

СБОРНИК
СТАТЕЙ И
ТЕЗИСОВ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Б.Г. АНДРЮКОВ, С.Н. ВЫБОРОВ, В.А. МАСЛИХИН, В.В. ШЕПЕЛЕВ, И.И. СИДОР УСТАНОВЛЕНИЕ РОЛИ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В МЕХАНИЗМЕ ЛОКАЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАТИВНОЙ ДИСКЭКТОМИИ	9
С.В. АНИКИН, В.В. ЯНОВОЙ, А.А. СИМОНЕНКО, К.А. ЛИТВИНЦЕВА ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	15
В.В. АНИЩЕНКО, В.Г. КУЛИКОВ, Ю.В. КОВГАН, Е.А. ШМАКОВА АХАЛАЗИЯ КАРДИИ 4 СТАДИИ – ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ	21
В.В. АНИЩЕНКО, П.А. ПЛАТОНОВ, М.С. РОЗУМАХИНА, В.Г. КУЛИКОВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЭРБ В НОВОСИБИРСКЕ	22
В.В. АНИЩЕНКО, С.А. СЕМЁНОВ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОМ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	23
В.В. АНИЩЕНКО, С.А. СЕМЕНОВ, М.Н. КОТКИНА, П.С. ШМЕРКО, А.А. БАСС «СЛИНГОВАЯ» ЛАПАРАСТОМИЯ РЕПЕРЕНОМ В ЛЕЧЕНИИ ДИФфуЗНОГО ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИТОНИТА	24
С.В. АРТЮХОВ, А.В. МАЛЯР ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	26
С.В. АРТЮХОВ, А.В. МАЛЯР ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	27
С.В. АРТЮХОВ, А.В. МАЛЯР ДВУХМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	28
Е.Е. АЧКАСОВ, М.Г. НЕГРЕБОВ, Л.В. АЛЕКСАНДРОВ, М.Р.БА, А.А. АНДРЕЙЧИКОВ ВЫРАЖЕННОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	29
Д.А. БАЛАГАНСКИЙ, А.П. КОШЕЛЬ, Т.И. ФОМИНА, Н.И. СУСЛОВ ПОЛИАКРИЛАМИДНЫЙ ГЕЛЬ В ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ)	30
В.Л. БОГДАНОВ, В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО, В.И. ФРОЛКИН, Ю.В. СУХАЯ НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	31
Н.И. БОГОМОЛОВ ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	36
Н.И. БОГОМОЛОВ, А.Г. ГОНЧАРОВ, Н.Н. ТОМСКИХ КЛАССИФИКАЦИЯ ЛАПАРОТОМИЙ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА	37
Н.И. БОГОМОЛОВ, П.П. ПАХОЛЬЧУК, Н.Б. ПРОХОРОВ, М.А. ГОНЧАРОВА, Н.Н. ТОМСКИХ КАРЦИНОИДЫ, АРУД-ОМЫ, НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ	43
Н.И. БОГОМОЛОВ, Н.Б. ПРОХОРОВ, П.П. ПАХОЛЬЧУК, И.В. ЖИЛИН ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ГИСО - GIST)	44
Н.И. БОГОМОЛОВ, О.А. ЧУГАЙ, Б.Н. ХАВЕНЬ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАСТИНИТА.....	45
Т. И. ВЕЛИЕВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	46
М.М. ВИНОКУРОВ, А.Е. ВАСИЛЬЕВ, Е.С. ГИЛЕВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	47
В.В. ВОЛЖЕНИН, В.В. ВОЛОДИН ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КАПРОФЕРОМ ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	48
В.В. ВОЛОДИН, А.П. ТОРГУНАКОВ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	49

И.В. ВОСТРОКНУТОВ, И.В. КУКА ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА	50
А.К. ГАГУА, И.М. ИВАНЕНКОВ, А.Н. ТЕРЕХОВ ЗНАЧЕНИЕ ЛЕТУЧИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	51
Р.Н. ГАРЕЕВ, В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ, Р.Р. ФАЯЗОВ, Д.И. МЕХДИЕВ, И.М. ЯРМУХАМЕТОВ, Д.З. ФАХРЕТДИНОВ, И.Д. ХАБИБУЛЛИН СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ЖИВОТА	52
Р.Н. ГАРЕЕВ, Р.Р. ФАЯЗОВ, Д.И. МЕХДИЕВ, И.М. ЯРМУХАМЕТОВ, И.Д. ХАБИБУЛЛИН ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ЗАБРЮШИННЫХ РАНЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ..	54
Р.Н. ГАРЕЕВ, Р.Р. ФАЯЗОВ, Д.И. МЕХДИЕВ, И.М. ЯРМУХАМЕТОВ, И.Д. ХАБИБУЛЛИН, Д.З. ФАХРЕТДИНОВ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ	55
Н.М. ГОГОЛЕВ, М.М. ВИНОКУРОВ, В.В. САВЕЛЬЕВ, А.Ф. ПОТАПОВ, С.Х. ШАМАЕВА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ	56
А.Е. ГРИБ, В.Ю. НОСОВ Г. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ В-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ.....	61
С.Е. ГРИГОРЬЕВ, С.А. ЛЕПЕХОВА, К.А. АПАРЦИН КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ НА МОДЕЛИ ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКОГО ГИПОСПЛЕНИЗМА.....	62
Е.Г. ГРИГОРЬЕВ, М.В. САДАХ, В.И. КАПОРСКИЙ, Е.А. ЧИЖОВА, Е.Э. ТЮРЮМИНА, Т.Н. БОЙКО ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	63
Р.Р. ГУМЕРОВ, С.М. ЕЛИСЕЕВ, В.А. МАЛАХАНОВ, Е.А. ЧИЖОВА, Е.Э. ТЮРЮМИНА, С.П. ЧИКОТЕЕВ, Н.Г. КОРНИЛОВ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ	65
А.Ж. ДАИРБЕКОВ, Ш.А. ЗИРО, А. КАНЫБЕКОВ, К.М.Н. СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	66
Т.В. ДИБИНА, А.П. КОШЕЛЬ ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ КАК СКРИНИНГ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА	67
Е.А. ДРОБЯЗГИН, Ю.В. ЧИКИНЕВ, М.С. АНИКИНА, И.В. ПЕШКОВА ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ЭНДСКОПИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ	68
С.М. ЕЛИСЕЕВ, Р.Р.ГУМЕРОВ, С.П.ЧИКОТЕЕВ, Н.Г.КОРНИЛОВ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ	70
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРЮК, Е.А. БОЙКО, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, С.В. ОСИПЕНКОВ, Е.С. ТАРАСЮК ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМИ ФОРМАМИ ЛОКТЕВЫХ БУРСИТОВ «ДРЕНАЖНЫМ» МЕТОДОМ	71
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРЮК, Б.А. ГОЛУБЕВ, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, А.И. ШТАРБЕРГ, С.В. ОСИПЕНКОВ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРИНЕВРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В МЕЖЛЕСТНИЧНОМ ПРОМЕЖУТКЕ	72
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРЮК, Б.А. ГОЛУБЕВ, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, А.И. ШТАРБЕРГ, С.В. ОСИПЕНКОВ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРИНЕВРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА	73
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРЮК, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, Н.Н. МИРОНЕНКО, С.В. ОСИПЕНК, А.В. САЮТИН К ВОПРОСУ ОБ АЛГОРИТМИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ	74
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРЗЛИЕВ, А.П. САХАРЮК, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, А.И. ШТАРБЕРГ, С.В. ОСИПЕНКОВ, И.А. КАМИНИНА К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОТАЦИОННЫМИ ПОДВЫВИХАМИ АТЛАНТА.....	75
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРЮК, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, А.И. ШТАРБЕРГ, С.В. ОСИПЕНКОВ, И.А. КАМИНИНА ОБ АКТУАЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ	76

А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРИЮК, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, А.И. ШТАРБЕРГ, С.В. ОСИПЕНКОВ, Е.С. ТАРАСЮК ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ НОТТА. АКТУАЛЬНОСТЬ. ТЕХНИКА. РЕЗУЛЬТАТЫ	77
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРИЮК, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, А.И. ШТАРБЕРГ, С.В. ОСИПЕНКОВ, Е.С. ТАРАСЮК ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГЛИЯМИ КИСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	78
А.Н. ЕМЕЦ, Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.П. САХАРИЮК, В.Н. ГРОХОЛЬСКИЙ, Н.Н. МИРОНЕНКО, С.В. ОСИПЕНКОВ, Е.С. ТАРАСЮК, А.В. САЮТИН ЛОКАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА. АВТОРСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ	80
Ю.В. ЖЕЛТОВСКИЙ, Е.В. ПЕШКОВ, В.А. ПОДКАМЕННЫЙ, В.С. НОСКОВ, З.З. НАДИРАДЗЕ, В.И. БАТЕХА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАВАЛЬВУЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	82
Е.А. ЗАГРЯДСКИЙ ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ С МУКОПЕКСИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ	83
Г.В. ЗАЧИНЯЕВ, Б.Г. АНДРЮКОВ АЛЛОСТАТИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА КАК ОСНОВА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ	84
В.П. ЗЕМЛЯНОЙ, Д.В. ГУРЖИЙ, Х. А. ГАМЗАТОВ, И.А. МЕЛЕНДИН, А.А. ЛЕРНЕР ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ИНТЕРЛЕЙКИН -10 У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	91
В.А. ЗОТОВ КЛАССИФИКАЦИЯ «ПРОТЕЗНЫХ ГРЫЖ» БРЮШНОЙ СТЕНКИ	92
А.С. ИБАДИЛЬДИН Г.И. ШАРУНОВ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА	94
А.С. ИБАДИЛЬДИН, В.К. ШЕГАЙ, И.Н. АНТИПОВА, А.К. КОКОБАЕВА, Ж.Е. ЕЛУБАЕВА, И.В. ФАСТ СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	95
Б.А. ИСМАИЛОВ, К.О. МАХМУДОВ, М.М. АЛИМОВ, О.Д. МАТЧАНОВ, Р.Р. БАЙБЕКОВ, Б.А. САИДХАНОВ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЛЕНКИ «ГЛИЛАГИН»	96
В.Н. ИЩЕНКО, Г.А. ШАБАНОВ, А.А. ГРИГОРЮК, А.Е. КРАСНОБАЕВ, С.А. СТУЖИН НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ...	97
А.И. КВАШИН, С.А. АТАМАНОВ, А.В. МЕЛЬНИК, А.О. БЫКОВ, А.А. ПОМКИН, М.Г. ШИРКИН, Е.Г. ГРИГОРЬЕВ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ	98
С.С. КЛОКОВ, А.П. КОШЕЛЬ, В.А. АЛЕКСЕЕВ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ОРГАНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ	99
С.С. КЛОКОВ, А.П. КОШЕЛЬ, А.С. ШИРОКОПОЯС КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ШАРОВИДНОГО РЕЗЕРВУАРА В ПРОФИЛАКТИКЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ	100
И.А. КОЛОТУШКИН, С.И. БАЛНЫКОВ, Л.Б. ШУБИН ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОКТРЕОТДА НА ДИНАМИКУ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ	102
П.М. КОСЕНКО, С.А. ВАВРИНЧУК ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА	103
Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, О.А. СМЕРНОВА НУТРИЦИОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ - ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ НАУКА. ВЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ	104
И.И. КОТОВ, О.А. БУБЛЕЙНИК ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛАКТАЦИОННЫМ МАСТИТОМ	105

И.И. КОТОВ, Р.Г. АГИШЕВ, О.К. КОЗЫРЬ, Д.В. ФЕДОРКИН, Е.С. ФЕДОРЕНКО ВНЕШНЯЯ ФИКСАЦИЯ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР	111
А.П. КОШЕЛЬ, С.С. КЛОКОВ, В.А. АЛЕКСЕЕВ, Т.Г. ЖЕРЛОВА НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ	112
А.П. КОШЕЛЬ, С.С. КЛОКОВ, Т.В. ДИБИНА, Е.Б. МИРОНОВА, Ю.Ю. РАКИНА О РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	113
А.П. КОШЕЛЬ, В.А. АЛЕКСЕЕВ, С.С. КЛОКОВ, М.В. ЗАВЬЯЛОВА, Е.А. РЫЖОВА, С.А. СИУХИНА НОВЫЙ СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	114
В.Г. КРУГЛОВ, А.И. БАРАНОВ, А.П. КОШЕЛЬ К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	115
И.П. ЛЕВЧУК, М.В. КОСТЮЧЕНКО, А.В. АЛЕХНОВИЧ, Е.С. ШИШКАНУ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ	116
В.Г. ЛУБЯНСКИЙ, И. В. АРГУЧИНСКИЙ, В. В. СЕРОШТАНОВ, П. В. АНДРЕЕВ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	121
В.Л. МАРТЫНОВ, Д.Г. КОЛЧИН, М.Г. РЯБКОВ, А.Г. СЕМЕНОВ, Н.Ю. ОРЛИНСКАЯ, В.А. КУРИЛОВ КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ «ЗАГЛУШКИ» НА ТОНКОЙ КИШКЕ	122
В.Л. МАРТЫНОВ, В.А. КУРИЛОВ, М.Г. РЯБКОВ, А.Г. СЕМЕНОВ, КОЛЧИН Д.Г., А.С. АВДЕЕВ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ	129
В.Л. МАРТЫНОВ, М.Г. РЯБКОВ, А.Г. СЕМЕНОВ, Д.Г. КОЛЧИН, Н.Ю. ОРЛИНСКАЯ, В.А. КУРИЛОВ, М.С. КУЗНЕЦОВ, Б.Т. ЧАРИЕВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИНТОКСИКАЦИИ	135
В.Л. МАРТЫНОВ, А.Х. ХАЙРДИНОВ, А.Г. СЕМЕНОВ, М.Г. РЯБКОВ, В.А. КУРИЛОВ, Б.Т. ЧАРИЕВ НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПО- И АВИТАМИНОЗА «С»	141
Т.Л. МАРУГИНА, В.В. ФЕДОТОВ ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	147
В. М. МЕЛЬНИКОВ, А. В. ВОЛКОВ, Д. В. КАПУСТИН НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА В ЛЕЧЕНИИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....	150
М.В. МЕШКОВ, ПРОФ. С.А. СТАРОСТИН Л.Л. ДЕРБЕКО, Е.А. АНДРЕЕВА, В.А. ЛОГИНОВ, Ю.Д. ГИРИЧ, А.П. ТИТОВ, М.Н. КАЛУГИНА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ: САНАЦИОННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ «ПО ПРОГРАММЕ» И «ПО ТРЕБОВАНИЮ»	156
А.С. МУХИН, Л.А. ОТДЕЛЬНОВ ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КИСТ	157
Е.В. НАМОКОНОВ, М.Н. ЛАЗУТКИН, А.М. МИРОМАНОВ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИМЕТИЛСЕЛЕНИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	161
Е.В. НАМОКОНОВ, А.М. МИРОМАНОВ, Е.В. СКВОРЦОВ, Н.А. ШЕМЯКИНА, З.А. АРТАМОНОВА РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО СТАТУСА В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	163
М.Г. НЕГРЕБОВ, Е.Е. АЧКАСОВ, Л.В. АЛЕКСАНДРОВ, М.Р. БА ПРИМЕНЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	168
К.М.Н. М.В. НЕКЛУДОВА, К.М.Н. В.К. ЛЯДОВ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТИРЕОИДЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ МИНЗДРАВА РОССИИ	169
А.В. НОВОЖИЛОВ, С.П. ЧИКОТЕЕВ, Н.Г. КОРНИЛОВ, С.Е. ГРИГОРЬЕВ, М.В. ПРОКОПЬЕВ, М.О. МОВСИСЯН НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	171

О.С. ОЛИФИРОВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	172
О.С. ОЛИФИРОВА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	176
Д.А. ОРАЗЛИЕВ, А.Н. ЕМЕЦ ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПАНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ДЕФЕКТАХ	177
Д.А. ОРАЗЛИЕВ, О.И. КИРИДОН ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	178
В.И. ОСКРЕТКОВ, А.А. ГУРЬЯНОВ, В.А. ГАНКОВ, В.В. ФЕДОРОВ, А.Р. АНДРЕАСЯН ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА	179
А.И. ПАНАСЮК, Н.И. АЮШИНОВА, А.В. АЛЕКСАНДРОВ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА I СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ В СТАДИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ТОНКОЙ, СЛЕПОЙ И ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	184
В.С. ПЕТРОВ, А.В. ТОБОХОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	188
В.С. ПЕТРОВ, А.В. ТОБОХОВ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ИХ СВЯЗЬ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОДУОДЕНОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ	193
В.С. ПЕТРОВ, А.В. ТОБОХОВ ОСОБЕННОСТИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	198
В.А. ПОДКАМЕННЫЙ, Ю.В. ЖЕЛТОВСКИЙ, Д.И. ЛИХАНДИ, А.А. ШАРАВИН, С.Ю. БОРОДАШКИНА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ ИБС В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	205
В.В. ПОМОГАЙБО, С.И. ДЕГТЯРЁВА, М.С. АНИКИНА, Д.А. ЛЮТИН, Е.А. ДРОБЯЗГИН РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	206
В.В. ПОПОВ, Я.К. БЕРНИК, Р.И. АГЛИУЛИН, М.Н. МОНОГОВА, А.Л. РОДИН, А.Г. КИМ, А.М. ШЕРМАТОВ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	207
В.В. ПОПОВ, Я.К. БЕРНИК, Р.И. АГЛИУЛИН, А.М. ШЕРМАТОВ, А.Г. КИМ, И.А. РОЗАНОВА ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТО-ПОДВОШНОМ СЕГМЕНТЕ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ	208
В.В. ПОПОВ, А.С. ЯЛТОНСКИЙ, Р.И. АГЛИУЛИН, А.Л. РОДИН, Я.К. БЕРНИК, И.А. РОЗАНОВА, А.М. ШЕРМАТОВ ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ	209
А.М. ПУТИНЦЕВ, Р.В. СУЛТАНОВ, Е.В. ЛИШОВ, В.Н. СЕРГЕЕВ, В.А. ЛУЦЕНКО СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КОНВЕРСИЙ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ	210
Т.Г. РАЗОРЕНОВА, А.П. КОШЕЛЬ, Т.В. ДИБИНА, С.С. КЛОКОВ К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ФУНКЦИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ	211
Э.И. РОМАНОВ, А.А. БОДРОВ, М.К. РЫЖОВ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ	212
Э.И. РОМАНОВ, А.А. БОДРОВ, М.К. РЫЖОВ, М.В. КУЛИГИН МАНГЕЙМСКИЙ ИНДЕКС ПЕРИТОНИТА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ	216
М.Г. РЯБКОВ, С.Г. ИЗМАЙЛОВ, В.Л. МАРТЫНОВ, А.Г. СЕМЕНОВ, Е.Е. ЛУКОЯНЫЧЕВ, М.Н. ПАНЧЕНКО КОНТРОЛЬ И КОРРЕКЦИЯ РАСШИРЕННОГО ПЕРЕЧНЯ БИОФИЗИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	222
С.Ю. САВГАЧЕВ, М.В. КЛИМОВИЧ, П.В. ТРУШИН, С.Ю. УСТЮГОВА, И.В. ЖИВОЛУП ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕЛЕМ ДАМ+ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ	228
А.Р. САРАЕВ, К.М. КУРБОНОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА И ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	229

А.Г. СЕМЁНОВ, В.Л. МАРТЫНОВ, А.С. АВДЕЕВ ПАК-ШОВ, КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА	234
Б.В. СИГУА ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ	240
Б.В. СИГУА СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ И ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ	246
А.Б. СИНГАЕВСКИЙ, А.М. ДАНИЛОВ, Б.В. СИГУА, К.Д. ЯЛДА ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	251
К.Е. СКЛЯР, Г.Д. КОРАБЕЛЬЩИКОВ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.....	252
А.В. СМЕРНОВА, А.А. БЕРСЕНЕВ ОБОСНОВАНИЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА	253
Н.Е. СМЕРНОВА, ПРОФ.Д.М.Н. В.В. ЯНОВОЙ, К.М.Н. Р.А. БЕЛОУС, Е.А. СТЕПАНЕНКО РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	254
С.А. СОВЦОВ НУЖНЫ ЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ?	259
С.А. СОВЦОВ СОВРЕМЕННАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА	260
ПРОФ. С.А. СТАРОСТИН, ЗАВ ОТД. М.В. МЕШКОВ, Л.Л. ДЕРБЕКО, Е.А. АНДРЕЕВА, В.А. ЛОГИНОВ, Ю.Д. ГИРИЧ, А.П. ТИТОВ, М.Н. КАЛУГИНА ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	261
ПРОФ. С.А. СТАРОСТИН, А.А. ЩЕЛКИН, К.А. ДОВГУЛЁВ, К.В. БАКОВ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ	262
ПРОФ. С.А. СТАРОСТИН, А.А. ЩЕЛКИН, К.А. ДОВГУЛЁВ, Е.Ю. ШЕВЕЛЁВ АНАЛИЗРЕЗУЛЬТАТОВЛЕЧЕНИЯБОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИОККЛЮЗИЯМИВЕРХНЕЙБРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ	264
В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО, В.Л. БОГДАНОВ, Ю.В. СУХАЯ, Б.В. КОВАЛЕВ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА КИШКИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН	265
В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО, С.Ю. СЕРПИОНОВ, В.Л. БОГДАНОВ, О.В. ВОРОНОВА, Ю.В. СУХАЯ К ПАТОГЕНЕЗУ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДЖЕВАТЕЛЬНЫХ ФЛЕГМОНАХ ЛИЦА	266
М.В. ТИМЕРБУЛАТОВ, Е.И. СЕНДЕРОВИЧ, Е.Е. ГРИШИНА, Э.Ф. ГИМАЕВ, Е.Н. САННИКОВ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	270
А.В. ТОБОХОВ, П.И. ЗАХАРОВ, В.Н. НИКОЛАЕВ, П.А. НЕУСТРОЕВ РЕЗУЛЬТАТЫ «ГИБРИДНОЙ» ХИРУРГИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	280
А.В. ТОБОХОВ, Л.В. ХОВРОВА ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	286
П.В. ТРУШИН, К.Е. СКЛЯР, Д.С. ШЕЛКОВНИКОВ, Е.С. КОСТЫЛЕВА, И.А. ТОЛМАЧЁВ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЁННЫХ В НОВОСИБИРСКЕ.....	291
Т.М. ТЯПТИРГЯНОВА АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	292
Т.М. ТЯПТИРГЯНОВА ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РБ №2 ЦЭМП	293
И.Е. УСЯТИНСКАЯ, И.С. СИМУТИС, Г.А. БОЯРИНОВ, А.С. МУХИН СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	294
А.А. ФАЕВ, А.М. АЛЕКСЕЕВ, И.Г. МУГАТАСИМОВ АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕДИНОГО ЛАПАПРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА	295

В.И. ФРОЛКИН, В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО, В.Л. БОГДАНОВ, А.В. ОВСЯННИКОВ К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА	296
А.Н. ХОРЕВ, А.В. ПЛЮТА, С.В. КОЗЛОВ, И.А. ХОРЕВ ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ – КЛИНИЧЕСКИЙ МАРКЕР ИЛИ ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА...	297
Е.А. ЦЕЙМАХ, А.В. ЛЕВИН, А.В. СИНЯВИН, П.Е. ЗИМОНИН ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ	302
А.В. ЧЕРДАКОВ ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ.....	303
А.В. ЧЕРДАКОВ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	304
С.С. ЧЕРНЯВСКИЙ, А.А. ФАЕВ, И.Г. МУГАТАСИМОВ, С.О. ВАСИЛЬЕВ ВИДЕОАССИТИРОВАННОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ИЗ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА	305
Ю.В. ЧИКИНЕВ, Е.А. ДРОБЯЗГИН, И.А. ТОКМАКОВ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗОВ.....	306
Ю.В. ЧИКИНЕВ, Е.А. ДРОБЯЗГИН, Б.Б. АЗИМТАЛИПОВ, Е.К. НУРЛАНБАЕВ, А.В. КОРОБЕЙНИКОВ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА	307
Ю.В. ЧИКИНЕВ, Е.А. ДРОБЯЗГИН, Е.К. НУРЛАНБАЕВ, И.В. ПЕШКОВА, А.В. КОРОБЕЙНИКОВ ВИДЕОМЕДИАСТИНОСКОПИЯ ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	308
С.П. ЧИКОТЕЕВ, Н.Г. КОРНИЛОВ, С.Е. ГРИГОРЬЕВ, А.В. НОВОЖИЛОВ, М.В. ПРОКОПЬЕВ ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	310
К.В. ШАЛЫГИН, Н.В. КОРНАЧ, В.Б. БАРБАРИЧ, М.П. ИЗВЕКОВ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ГБУЗ НСО ГКБ №1 В 2012-2013ГГ.	311
Л.Р. ШЕДЮЕВА, Л.Г. ЧХЕНКЕЛИ, В.Е. ПАК ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ TNF-А ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА	316
А.А. ШЕХИРЕВ, В.В. ПОМОГАЙБО ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ ЦРБ.....	317
М.Ю. ЮРЬЕВА, Ю.С. ВИННИК, А.Б. САЛМИНА, О.В. ТЕПЛЯКОВА, Н.А. МАЛИНОВСКАЯ, И.И. ОВЧАРЕНКО БЛЕБИНГ ЛИМФОЦИТОВ И АСПАРТАТАМИНОТРАНСФЕРАЗА КАК КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ.....	318
Р.М. ЮСЕФ, В.Л. БОГДАНОВ, В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	324
З.А. ЯКОВЛЕВА, Т.М. ТЯПТИРГЯНОВА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ У НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА.....	325

УСТАНОВЛЕНИЕ РОЛИ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В МЕХАНИЗМЕ ЛОКАЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАТИВНОЙ ДИСКЭКТОМИИ

**Б.Г. Андрюков, С.Н. Выборов, В.А. Маслихин, В.В. Шепелев, И.И. Сидор
г. Владивосток, ФГКУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь»
МО РФ**

Аннотация

Целью работы: исследование механизма локальной активации гемостаза при операционной дискэктомии с межстволовым спондилодезом титановым винтовым имплантом. В исследованных методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией пробах крови, взятых из операционной раны до и после постановки импланта было выявлено статистически значимое снижение относительного содержания эйкозаноидов $C_{18}-C_{22}$ во второй пробе крови ($p<0,02$) и, соответственно, повышение удельной концентрации жирных кислот с числом атомов углерода больше 25 ($p<0,01$) и меньше 16 ($p<0,05$). Выявлено, что спонтанная остановка кровотечения и локальный гемостаз в операционной ране сразу после установки импланта связана со статистически значимыми изменениями относительного содержания ненасыщенных жирных кислот. Делается вывод о возможной связи эффекта локальной активации гемостаза и удельным содержанием этих жирных кислот (арахидоновой, линолевой и линолиновой), которые играют ведущую роль в локальной активации гемостаза, на заключительном этапе операции, обеспечивая тромбогенный и вазодилатирующий эффект. Рекомендации пациентам, готовящимся для планового хирургического лечения, включать в рацион продуктов с повышенным содержанием жирные кислоты $C_{18}-C_{22}$ с двумя или тремя ненасыщенными двойными связями (оливковое, льняное масла, рыбий жир) было бы оправданным с точки зрения уменьшения и профилактики операционной кровопотери.

Ключевые слова

дискэктомия, титановый имплант, гемостаз, арахидоновая, линолевая, линолиновая жирные кислоты.

Усиление напряженности в системе гемостаза сопровождается практически любое оперативное вмешательство [3, 8]. В нейрохирургии они достигают степени клинических проявлений в 4–6% случаев. Это обусловлено многофакторным влиянием на систему гемостаза тромбопластически активных веществ, что обеспечивает прекращение кровотечения из поврежденных сосудов. Система подчинена сложной нейрогуморальной регуляции механизмов положительной и отрицательной обратной связи, вследствие чего

клеточный гемостаз и свертывание крови вначале подвергаются локальной активации [6, 7].

Хирургическое вмешательство на спинном мозге связано с потенциальной опасностью развития геморрагических и тромботических осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, что связывается с поступлением в кровоток протромботически активных веществ [2, 7, 8].

Несмотря на постоянный поиск эффективных методов эффективной тромбопрофилактики, которые являются обязательным компонентом предоперационной подготовки, проблема до сих пор остается неразрешенной [7].

Так, при нейрохирургических операциях нередко могут возникать проблемы локальной активации гемостаза. Этот процесс связан с самоактивацией и дальнейшим нарастанием антитромботического потенциала крови. Возникает потенциальная опасность трансформации локальной активации системы в местах тромбообразования в общее свертывание крови систему гемостаза [2, 3, 8].

В хирургической практике нейрохирургического отделения 1477 ВМКГ был обнаружен эффект локальной активации гемостаза при оперативной дискэктомии (удалении грыжи диска) с межтеловым спондилодезом титановым винтовым имплантом. После установки импланта происходило полное прекращение кровотечения в операционной ране и побледнение цвета слизистой.

Известно, что ряд жирных кислот (ЖК) и их метаболиты являются важными регуляторами всех звеньев гемостаза, гемодинамики и тонуса стенок кровеносных сосудов. Такое комплексное воздействие их на тромбообразование допускают предположить, что они могут проявлять свои анти- и прокоагулянтные свойства при локальной активации гемостаза [4, 5].

Цель исследования: исследование механизма локальной активации гемостаза при выполнении оперативной дискэктомии с межтеловым спондилодезом винтовыми титановыми имплантами.

Научной гипотезой было предположение о местном влиянии на свертываемость крови тканевых протромботических факторов, индуцирующий эффект которых проявлялся после постановки импланта.

Материалы и методы

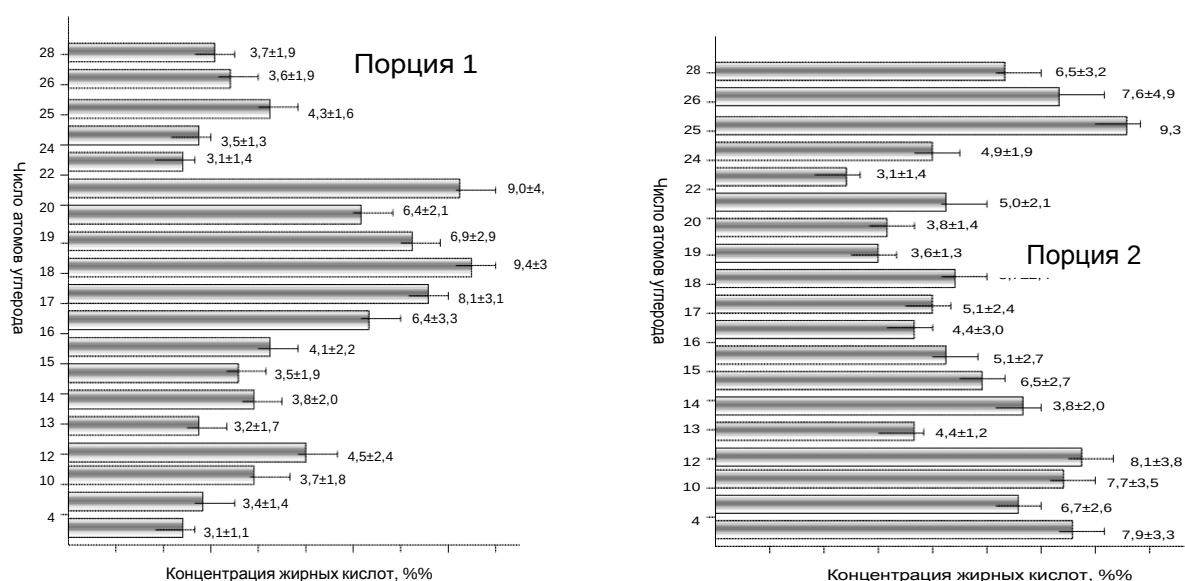
В нейрохирургическом отделении 1477 ВМКГ проводилось исследование крови, взятой из хирургической раны у 68 пациентов (18 мужчин и 20 женщин), которым проводилась плановая оперативная дискэктомия с межстволовым спондилодезом титановым винтовым имплантом под эндотрахеальным наркозом. Всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка и обследование. В ходе операции исследовалась кровь, собранная из операционной раны до (порция 1) и после (порция 2) постановки импланта, в которую добавляли 3,8% цитрат натрия (1:10). Образцы обрабатывали сразу после взятия и исследовали в лаборатории кафедры аналитической химии Дальневосточного федерального университета (заведующая кафедрой д.м.н., проф. Соколова Л.И.). Кровь фильтровали через 5 слоев марли, центрифугировали. Осадок (форменные элементы и сгустки крови) трижды промывали физиологическим раствором. При невозможности немедленного анализа их консервировали в органических растворителях или замораживали при -5°C . После третьей отмывки осадок высушивали и подвергали кислому метанолизу в 2,5 М HCl в метаноле. Метанолиз проводили в 0,5 мл реактива на 2–10 мг сухого остатка в течение двух часов при 70°C . Далее пробы Эти компоненты двукратно экстрагировали в 200 мкл гексана, высушивали и обрабатывали 20 мкл N,O-бис(триметил-силил)-трифторацетамида в течение 15 мин при 80°C . Спектр ЖК реакционной смеси определяли методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией системы QP-2000 (Шимадзу, Япония). Показатели гемостаза и электролиты в периферической крови исследовали на анализаторах CL-4 и Liasys (Германия).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ «STATISTICA 5.5». На первом этапе рассчитывали групповые показатели описательной статистики (Microsoft Office Excel 2003): среднюю арифметическую величину (M) и ошибку средней (m). Соответствие формы распределения нормальному закону проверяли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Оценку разности между генеральными долями (частотами) проводили, исходя из разности между выборочными долями (частотами) с помощью t -критерия Стьюдента. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$. При выборе статистических процедур учитывались методологические требования Международного конгресса по гармонизации GGP «Статистические принципы для клинических исследований» (1998).

Результаты и обсуждение

При лабораторном обследовании периферической крови пациентов, взятой до и после операции, статистических значимых изменений показателей свертывающей и антисвертывающей системы, а также содержания электролитов не выявлено ($p > 0,05$).

Хромато-масс-спектрометрическое исследование жирнокислотного состава крови выявило определенные различия в спектре длинноцепочечных ненасыщенных ЖК (рис. 1).



Примечание: порция 1 – состав жирных кислот до постановки импланта; порция 2 – состав жирных кислот после постановки импланта ($p < 0,02$ – для $C_{18} - C_{25}$; $p < 0,01$ для $C_{26} - C_{28}$; $p < 0,05$ для $C_4 - C_{14}$)

Рис. 1. Хроматограммы жирных кислот крови, взятой из хирургической раны

Анализ удельной концентрации ЖК в порциях 1 и 2 (до и после введения титанового импланта) показал статистически значимое снижение относительного содержания эйкозаноидов $C_{18}-C_{22}$ во второй пробе крови ($p < 0,02$) и, соответственно, повышение удельной концентрации ЖК с числом атомов углерода больше 25 ($p < 0,01$) и меньше 16 ($p < 0,05$).

Исследования, проведенные в конце XX в., показали, что продукты метаболизма ненасыщенных ЖК – оксипирины, включающие в себя группу биологически активных веществ (простагландинов, тромбоксанов, лейкотриенов, липоксинов и др.), играют существенную роль в поддержании жизненно важных функций организма. Важным аспектом действия оксипиринов является их участие в регуляции всех звеньев гемостаза [1, 5, 7].

Быстрое, но кратковременное повышение локального содержания оксипиринов (в первую очередь, простагландинов и тромбоксана), оказывающих протромботическое действие, связывают с повышением содержания арахидоновой кислоты ($C_{20:4\omega6}$), входящая в состав фосфолипидов клеточных мембран [2, 4]. Арахидоновая кислота, в свою

очередь, является метаболитом линоленовой ($C_{18:3\omega 6}$ и $C_{18:3\omega 3}$) и линолевой кислот ($C_{18:2\omega 6}$) [1, 4].

Время жизни тромбоксана и простагландина достаточно мало – до нескольких минут, поэтому путь от места синтеза до мишени должен быть достаточно коротким. В частности, простагландин под действием ферментов клеток эндотелия превращается в простациклин, который известен как мощный дилататор, а тромбоксан повышает агрегацию тромбоцитов. Таким образом, метаболиты эйкозаноидов играют чрезвычайно важную роль в тромбоцитарном гемостазе [7, 8].

Таким образом, физиологический механизм повышения относительного содержания ЖК C_{18} – C_{22} в крови, взятой из хирургической раны, связано с выходом эйкозаноидов из поврежденных клеточных мембран при проведении оперативного доступа. Метаболизм ЖК приводит к локальному образованию тромбоксана и простациклина, которые через несколько минут вызывают сосудосуживающий эффект и тромбообразование в ране, что проявляется в виде резкого побледнения слизистой и резкой остановке кровотечения. При этом местный запас эйкозаноидов истощается и происходит снижение их относительного содержания, что мы и наблюдали на хроматограмме. По времени этот процесс продолжается несколько минут и совпадает с установкой винтового импланта.

До настоящего времени, отмечая ведущую роль ненасыщенных ЖК в активации местного гемостаза, исследователи отмечали отсутствие прямых доказательств того, наличие значительного количества физиологически некоторые эндогенные оксилипинов *в естественных условиях* на месте тромба [4, 8], а их значение в тромбообразовании оценивалось только в эксперименте [3, 6].

Таким образом, рекомендации пациентам, готовящимся для планового хирургического лечения, включение в рацион продуктов с повышенным содержанием C_{18} -ЖК с двумя или тремя ненасыщенными двойными связями (оливковое, льняное масла, рыбий жир) было бы оправданным с точки зрения уменьшения и профилактики операционной кровопотери.

Вывод

В механизме локальной активации гемостаза при хирургической дискэктомии ненасыщенные жирные кислоты: арахидоновая, линолевая и линолиновая играют ведущую роль, обеспечивая на заключительном этапе операции тромбогенный и вазодилатирующий эффект, сопровождающимся местным снижением удельного содержания этих ЖК.

Благодарности

Авторы благодарят сотрудников кафедры аналитической химии Дальневосточного федерального университета и лично заведующую кафедрой д.м.н., профессора Соколову Ларису Ивановну за помощь в пробоподготовке, проведении хромат-масс-спектрометрических исследований и обработке результатов.

Список литературы

1. Бережанская С.Б., Тодорова А.С., Лукьянова Е.А. Роль оксилипинов в формировании эндотелиальной дисфункции и нарушений гемостаза при перинатальной патологии // Педиатрия, 2011. Т. 90. № 1. С. 137-141
2. Ежевская А.А., Прусакова Ж.Б. Клинико-биохимические аспекты эндокринно-метаболического стресс - ответа и нарушений системы гемостаза при операциях на позвоночнике высокой интенсивности // Фундаментальные исследования. 2012. № 4 (ч.1). С. 53-56; URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7982273 (дата обращения: 20.05.2012).
3. Выборов С.Н., Андрюков Б.Г., Маслихин В.А. и др. Локальная активация гемостаза при операционной дискэктомии с межтеловым спондилодезом винтовыми титановыми имплантатами // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. №1-2(47-48). С. 71-74.
4. Calder P.C. Long-chain n-3 fatty acids and inflammation: potential application in surgical and trauma patients: Review. Braz. J. of Med. and Biol. Research, 2003; 36: 433-446.
5. Knapp H.R. Dietary fatty acids in human thrombosis and hemostasis. Am J Clin Nutr. 1997; 65(5 Suppl): 1687-1698.
6. Lefevre, M., Kris-Etherton, P. M., Zhao, G. et al. Dietary fatty acids, hemostasis, and cardiovascular disease risk // J. of the Amer. Diet. Ass.; 2004; 104:3: 410-419.
7. Pupka A., Chudoba P., Barc P. et al. Intraoperative hemostasis during kidney transplantation and the use collagen mesh dressing covered by fibrin glue. Polim. Med., 2003; 33 (3): 27-32.
8. Sanders TA. Effects of unsaturated fatty acids on blood clotting and fibrinolysis. Curr Opin Lipidol., 1996; 7(1): 20-23.

Сведения об авторах

1. Андрюков Борис Георгиевич, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, заведующий лабораторным отделением ФГКУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, г.Владивосток.

2. Выборов Сергей Николаевич, ординатор нейрохирургического отделения ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ.

3. Маслихин Виктор Алексеевич, ординатор нейрохирургического отделения ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ.

4. Шепелев Валерий Владимирович, начальник нейрохирургического отделения ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, подполковник медицинской службы.

5. Сидор Игорь Иванович, старший ординатор нейрохирургического отделения ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, подполковник медицинской службы.

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

С.В. Аникин¹, В.В. Яновой¹, А.А. Симоненко², К.А. Литвинцева¹

г. Благовещенск, ¹Амурская государственная медицинская академия,

**²Амурской центр колопроктологии Амурская областная клиническая
больница**

Аннотация

Представлены результаты проспективного рандомизированного исследования 30 пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадий. Основная группа (n-15) – выполнена геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем, контрольная (n-15) – стандартная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Применение гармонического скальпеля привело к достоверному снижению продолжительности операции, интраоперационной кровопотери, интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, что улучшило качество жизни оперированных и сократило продолжительность реабилитационного периода.

Ключевые слова

геморроидэктомия, ультразвуковой скальпель, качество жизни.

Геморрой в структуре заболеваний анального канала занимает ведущее место. Данным заболеванием страдает более 10% взрослого населения планеты, причем каждый третий пациент нуждается в хирургическом лечении [1, 5]. Получившая в Российской Федерации наибольшее распространение операция геморроидэктомии Е. Milligan и G.

Morgan, имеет ряд существенных недостатков [1, 3, 4]. Поэтому поиск и изучение новых методов хирургического лечения геморроя является актуальной задачей. В настоящее время в России и за рубежом накапливается опыт применения ультразвукового скальпеля для проведения геморроидэктомии [2, 3, 6].

Цель исследования – оптимизировать результаты геморроидэктомии у пациентов с III - IV стадией хронического геморроя.

Материалы и методы исследования

Проведено проспективное рандомизированное исследование в период с август по октябрь 2013 г.и оно включало 30 пациентов с хроническим геморроем III – IV стадий (19 женщин и 11 мужчин). Возраст пациентов составлял от 31 до 61 года (в среднем $47,5 \pm 10,25$ лет).

В исследование включено 2 группы пациентов, рандомизированных методом случайных чисел. Полученные результаты обработаны с применением методик математической статистики. Статистическую обработку результатов проводили на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statsoft Statistica 6.0 (ППП Statistica). Сравнение групп больных и полученные числовые характеристики наблюдений анализировались методом оценки точности результата, основанным на определении доверительных пределов наблюдаемых величин. Использовалась методика вычислений средних величин и средней ошибки для больших и малых выборок по Стьюденту.

Для оценки функционального результата операции нами разработаны и применены программы для ЭВМ (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2013615852, №2013615853).

Основная группа включала 15 пациентов (средний возраст $47,25 \pm 11,16$ лет), которым выполнена геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем Harmonic (Ethicon Endo-Surgery, США). В контрольную группу включено 15 пациентов (средний возраст $47,8 \pm 12,5$ лет), которым произведена стандартная закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала во второй модификации ГНЦК. Статистически достоверных различий в исследуемых группах в зависимости от пола, возраста и стадии заболевания не выявлено. Во всех наблюдениях оперативные вмешательства производились под комбинированным обезболиванием - перидуральной анестезией.

Техника ультразвуковой геморроидэктомии была следующая: положение больного на столе и подготовка зоны вмешательства в группах не отличались и были

стандартными. Геморроидальный узел на 3 часа захватывали клеммой Алиса и подтягивали кнаружи. Для профилактики кровотечения накладывался один шов на ножку геморроидального узла нитью «Викрил» - сужения анального канала при этом не отмечалось т.к. узел накладывался на слизистую выше аноректальной линии. Далее эллипсоидным разрезом рассекали перианальную кожу. Затем поэтапно снаружи-внутри ультразвуковым скальпелем единым блоком иссекали наружный и внутренний геморроидальные узлы поочередно в режимах коагуляции и резания острой кромкой (до полного пересечения) с контролем интактности порций прямокишечного сфинктера (см рис. 1).



Рис. 1. Интраоперационная картина иссечения геморроидального узла ультразвуковым скальпелем Harmonic (Ethicon Endo-Surgery).

Аналогичным способом удаляли наружные и внутренние геморроидальные узлы на 7 и 11 ч. Послеоперационные раны слизистой оставляли открытыми, а кожные раны предпочитали восстанавливать, но без сужения анального канала (см рис. 2).



Рис. 2. Послеоперационная картина иссечения геморроидального узла ультразвуковым скальпелем Harmonic (Ethicon Endo-Surgery).

Результаты и их обсуждение

Применение ультразвукового скальпеля позволило достоверно сократить продолжительность операции по сравнению с геморроидэктомией по Миллигану-Моргану ($15,0 \pm 3,1$ и $42,0 \pm 6,2$ мин соответственно) ($p < 0,05$). Немаловажным является также тот факт, что в ходе ультразвуковой геморроидэктомии, кровопотеря минимальна и составляла не более 10 мл (определялась гравиметрическим методом). В случае стандартной геморроидэктомии, объем интраоперационной кровопотери был заметно выше и составлял в среднем 50 мл (ранжированный 25 – 120 мл).

В 1-е сутки после операции у пациентов основной группы выявлены достоверные различия в уровне послеоперационного болевого синдрома по сравнению с контрольной группой ($4,0 \pm 0,6$ и $8,0 \pm 0,5$ балла соответственно; $p < 0,05$). На 2-3 сутки отмечено еще более существенное снижение степени выраженности болевого синдрома у пациентов основной группы вплоть до 0 степени по оценке ВАШ, в то время как в контрольной группе болевой синдром находился на прежнем уровне (рис. 3).

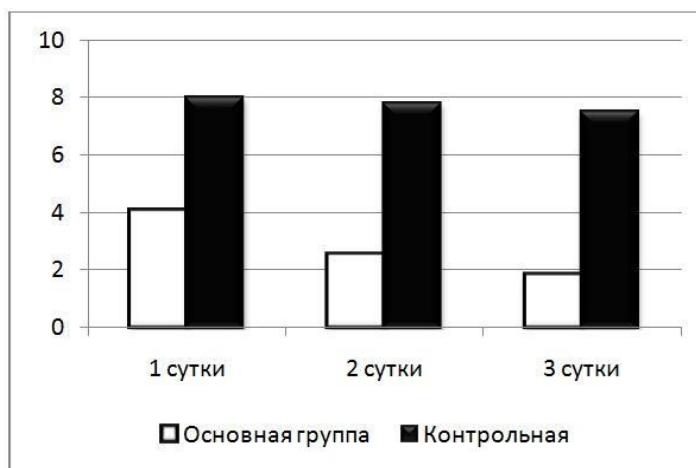


Рис. 3. Диаграмма оценки болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) у пациентов основной и контрольной групп на 1, 2 и 3 сутки после операции.

У пациентов основной и контрольной групп степень удовлетворенности качеством жизни по опроснику В.И. Помазкина (2010) в различные сроки после операции представлена на рисунке 4.

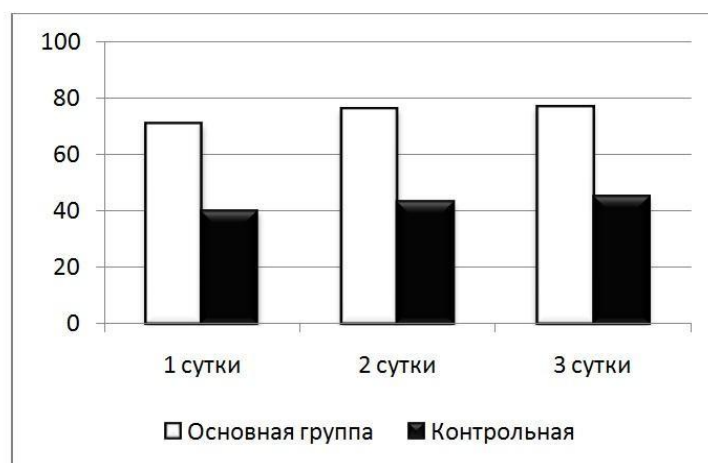


Рис. 4. Диаграмма оценки степени удовлетворенности качеством жизни пациентов по визуально-аналоговой 100-бальной шкале опросника В.И. Помазкина (2010) у пациентов основной и контрольной групп на 1, 2 и 3 сутки после операции.

У больных основной группы отмечалась заметно более низкая потребность в наркотических анальгетиках (2% раствор промедола) по сравнению с пациентами контрольной группы. Пациенты основной группы отмечали необходимость обезболивания в 1-е сутки $2,7 \pm 1,6$ раз, 2-е сутки $2,3 \pm 1,2$ раз, 3-е сутки $1,2 \pm 0,6$ раз. В контрольной группе отмечена необходимость в обезболивании в 1-е сутки $6,8 \pm 2,3$ раз, 2-е сутки $6,25 \pm 3,8$ раз, 3-е сутки $6,2 \pm 2,2$ раз. В основной группе пациенты не находили потребности в применении ненаркотических анальгетиков уже на 3-й день после операции, в контрольной группе потребность сохранялась на 6-7-й день после операции вплоть до выписки из стационара. Ранняя отмена анальгетических препаратов в основной группе позволила осуществить более раннюю выписку из стационара, снизить продолжительность реабилитационного периода и сроков временной нетрудоспособности. Дизурические явления в группах существенно отличались ($p < 0,05$): пациенты основной группы в связи с затрудненным мочеиспусканием нуждались в катетеризации мочевого пузыря в 1-е сутки после операции в 13,3% случаев, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 40%.

Нами выявлено, что у пациентов основной группы сроки послеоперационной реабилитации пациентов значительно короче ($11,1 \pm 1,7$ и $19,2 \pm 3,4$ дней в контрольной группе, $p < 0,05$). Это связано в первую очередь с минимальной выраженностью болевого синдрома у пациентов основной группы и более высоким качеством их жизни. Оценка качества жизни пациентов по опроснику SF-36 обеих групп к моменту выписки представлена на рисунке 3.

Вывод

На основании представленного исследования можно судить о том, что применение ультразвукового скальпеля Harmonic позволяет существенно улучшить функциональный эффект от операции в минимально короткие сроки и является операцией выбора.

Список литературы

1. Воробьев, Г.И. Геморрой: руководство для врачей /Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный, Ю.А. Шельгин// ЛитТерра. – 2010. – 200 с.
2. Воробьев, Г.И. Опыт применения ультразвукового скальпеля в колоректальной хирургии / Г.И. Воробьев, А.М. Кузьминов, А.П. Жученко и соавт. // Анналы хирургии. – 2001. - №1. С. 59 – 60
3. Наруллин, Р.Ф. Опыт геморроидэктомии с использованием ультразвукового скальпеля /Р.Ф. Наруллин, Ф.Я. Гюльалиев, М.Х. Закирзянов //Казанский медицинский журнал. – 2010. - №3. – С. – С. 346 – 348
4. Cormann, M. Colon and rectal surgery / M. Cormann // New York: Lippincot-Raven 1998; 41-59
5. Khan, S. Surgical treatment of hemorrhoids / S. Khan, S.E. Pawlak, J.S. Eggenberger, et al. // Dis Colon Rectum 2001; 44: 845-849
6. Thorbeck, C.V. Haemorrhoidectomy: randomised controlled clinical trial of Ligasure compared with Milligan-Morgan operation / C.V. Thorbeck, M.F. Monies // Eur. J. Surg., 2002,168(8-9):482-4

Сведения об авторах

1. Аникин Сергей Владимирович – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава РФ, +79098144379, e-mail: surgej@mail.ru
2. Яновой Валерий Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава РФ, заслуженный врач РФ, e-mail: valeryan001@mail.ru.
3. Симоненко Андрей Александрович – заведующий Амурским центром колопроктологии ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» Минздрава РФ, г. Благовещенск.
4. Литвинцева Кристина Александровна – клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава РФ.

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ 4 СТАДИИ – ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ

В.В. Анищенко, В.Г. Куликов, Ю.В. Ковган, Е.А. Шмакова

г. Новосибирск, Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность: По мнению ряда авторов (Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин (2009, 2011, (Эльдарханов В.-А.Ю., 1994; Черноусов А.Ф., 1996, 2008; Vita M.L, Piraino A. et. al., 2006, Glatz S.M., Richardson J.D., 2007 и др.). При ахалазии IV стадии заболевания необходимо выполнение экстирпации пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой или толстой кишкой. При этом, авторы публикуют о необходимости лечения в послеоперационном периоде – 43%. Наиболее часто формируется стриктура шейного анастомоза, провисание (slippage-sindrom), постваготомный синдром, также воспаление, эрозии, язвы, атрофия и метаплазия слизистой трансплантата. При любой пластике удаляется один орган и калечится другой. Основная мотивация-риск малигнизации. Систематический поиск литературы был проведен на MEDLINE Мы нашли 214: рандомизированные контролируемые исследования, мета-анализы, систематические обзоры, которые включают минимум 50 пациентов. В соответствии с этими критериями исключения 102 статьи были выбраны. Во всех публикациях риск малигнизации не рассматривается вообще, заместительная пластика только при осложнениях бужирования или дилатации.

Цель работы: оценить способ малотравматичного эндохирургической интрапросветной эзофагокардиофундопластики для лечения больных с ахалазией кардии IV пищевода.

Материал и методы: за период 2000-2011г. по разработанной в клинике методике выполнено 61 хирургическое вмешательство при ахалазии IV стадии, для сравнения взят материал региональной клиники где за тот же период 47 пациентов оперировано с пластикой пищевода желудочной трубкой.

Результаты: Из 61 пациента перенесших авторскую эзофагокардиофундопластику в отдаленном периоде 4 получают РРІ препараты, из них двое «по требованию», у остальных рефлюкса нет, при этом, дисфагия отсутствует, рентгенологически у 18% диаметр пищевода остался 6-7см, при этом без нарушения эвакуации, в остальных случаях сокращение до 3-4см с восстановлением перистальтики, из всей группы 12 пациентам

ранее была предложена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой. В расширении кардиоластики баллоном (2см) после операции нуждалось 18 пациентов, из них двукратно 2. Из всей группы 38 – женского пола, из них нормальное вынашивание беременности с родами здоровых детей – 4. Экономические расчеты: средняя себестоимость пластики пищевода 180-250 т.р., пребывание 14-21 к\день, осложнений 18-25% в ближайшем послеоперационном периоде, в предлагаемой лапароскопической методике себестоимость 55-60 т.р., пребывание 4-5 дней. За весь период применения данной операции осложнений не было. Гастроинтестинальный индекс качества жизни после эзофагофундокардиоластики на 18% выше по сравнению с пластикой.

Выводы: эзофагофундокардиоластика сохраняет и восстанавливает функцию пищевода; имеет преимущество перед пластикой пищевода любым способом; нивелирует риски для пациента; отсутствие повреждения вагусной иннервации не нарушает физиологии пищеварения, требует меньшей реабилитации. Технология проста и легко повторима в любой клинике в эндохирургии, полностью подменяет операцию Геллера и аналоги.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЭРБ В НОВОСИБИРСКЕ

В.В. Анищенко, П.А. Платонов, М.С. Розумахина, В.Г. Куликов
г. Новосибирск

ГЭРБ - хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного содержимого и/или содержимого двенадцатиперстной кишки, приводящему к постоянному повреждению слизистой оболочки пищевода.

Цель исследования: характеристика заболеваемости в регионе, хирургическое лечение.

Материал и методы: проведен анализ 54 тысяч эндоскопических исследований у взрослых в г. Новосибирске: признаки, либо эндоскопические диагнозы патологии пищеводно-желудочного перехода выставлены в 8,2% от общего числа обследований; более 60% выявлено в наиболее трудоспособном возрасте пациентов – от 30 до 59 лет, причем пик выявляемости приходится на 40-летний возраст; диагноз ГЭРБ по классификации Savary-Miller выставлен 6,4% обследованных; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы установлена у 30% из всех выявленных пациентов с рефлюксом; из

всего анализируемого контингента с выявленным нами рефлюксом оперировано 4,4% пациентов, или 0,36% от всех эндоскопически обследованных. Наш опыт с 1996 составил более 1100 операций. При анализе отдаленных результатов при сроках более 5 лет процент «отличных» и «хороших» результатов составил 86%. Значительное влияние на успешность операции оказывает также использование современных синтетических расходных материалов (проленовых и композитных сеток, клеевых композиций), поскольку смысл операции заключается в адекватном закрытии грыжевого дефекта и восстановлении связочного аппарата кардии и дна желудка, из 57 повторно оперированных всего 3 с поставленными протезами.

Рекомендации: 1. При экстраполяции полученных данных на общее число эндоскопий в Новосибирске необходимо выполнять около 250-280 лапароскопических фундопликаций; 2. Работа врача с пациентами, имеющими жалобы характерные для пищеводно-кардиальных дисфункций, должно заключаться в проведении диагностического PPI-test(a) (ОМЕПРАЗОЛ, ПАРИЕТ, НЕКСИУМ, УЛЬТОП И Т.Д.), при котором возможна не только постановка диагноза но и ранняя постановка показаний к хирургической коррекции кардии; 3. Выполнение хирургической коррекции кардии при наличие абсолютных показаний не требует дополнительных высокотехнологических и затратных обследований и доступно для широкой хирургической практики, а в случае сложных нарушений и относительных показаний необходимо направлять пациентов с дисфункцией кардии в высокоспециализированное отделение.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИРОМ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В.В. Анищенко, С.А. Семёнов.

г. Новосибирск, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст.

Новосибирск-Главный ОАО "РЖД"

Введение

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж пока далека от разрешения. Частота рецидивов в данной категории даже при применении безнатяжной методики находится в очень широком диапазоне 3,9-46 %. Одним из самых надежных и простых в техническом отношении методов является интраперитонеальная пластика - intraperitoneal onlay mesh (ИПОМ). Основными их преимуществами считают

возможность диагностической лапароскопии, малую травматичность, физиологичность и безнатяжную технологию, сокращение продолжительности стационарного лечения и сроков нетрудоспособности. Общее количество осложнений при лапароскопических операциях составляет, по данным различных авторов, от 0,1-0,2 до 4-5% (некоторые приводят цифры 25—40%) [3,6,7].

Цель исследования

Оценить отдаленные результаты ИРОМ.

К настоящему времени мы имеем опыт выполнения 57 вентропластик с использованием ИРОМ технологии со сроками наблюдения 6 - 24 мес., 21 пациентом оперированы лапароскопически. 36 пациентам оперативное вмешательство выполнено в открытом варианте – операция типа Ramires. В раннем послеоперационном периоде у 2-ух больных были диагностированы серомы подкожной клетчатки, которые купированы путем пунктирования под УЗИ контролем. У одного пациента произошло инфицирование протеза, с развитием перитонита (нераспознанное повреждение тонкой кишки). Протез был удален, санирована брюшная полость (21 к\д). В последующем этому больному выполнена повторно пластика типа Ramiresc установкой протеза Permacol. Рецидивов нет.

При всех видах послеоперационных грыж в качестве сетчатого протеза использовалась композитная сетка (Proceed, Fisiomesh, Permacol).

Заключение

Мы считаем преимущественным технологию ИРОМ

Интраперитонеальная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами представляет собой простой и надежный метод хирургического лечения грыж. Риск осложнений после применения ИРОМ следует считать преувеличенным.

«СЛИНГОВАЯ» ЛАПАРАСТОМИЯ РЕПЕРЕНОМ В ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИТОНИТА

В.В. Анищенко, С.А. Семенов, М.Н. Коткина, П.С. Шмерко, А.А. Басс
г. Новосибирск, НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Гл. ОАО «РЖД»

Цель: характеристика новой методики лапаростомии при перитоните.

Материал и методы. В клинике выработана определенная тактическая схема при лечении разлитого гнойно-фибринозного перитонита. Первичное вмешательство выполняется по стандартной методик: лапаротомия, ревизия, оперативный прием по удалению или локализации очага, санация брюшной полости большим объемом антисептика. В стандарте, при наличии фиксированного фибрина определяющей тактикой является «программная лапаротомия», которая выполняется через 24 часа. В течении нахождения в реанимации проводится постоянный мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД), с-реактивного белка (СРБ) с сопоставлением параллелей в пиковых значениях.

Показанием к постановке лапаростомии является: отсутствие положительной динамики после 3-ей «программной» лапаротомии; сохраняющееся высокое ВБД с компрессионной угрозой; совпадение пиковых значений ВБД более 200 мм водного столба и СРБ выше 230; развивающаяся флегмона по лапаротомной ране и не купированном перитоните.

«СЛИНГОВАЯ» лапаростома – форма перфорированной репереновой пленки позволяет дренировать малый таз, подпеченочное пространство, и за счет латеральных фланговых дренирующих слингов фиксировать с небольшой компрессией для улучшенного оттока перитонеального экссудата. Пленка не имеет пор (мономатериал выполнен на принтере) и не поддается микробной кантоминации, легко saniруется, гладкий и не повреждает петли кишечника.

Результаты: Слинговая лапаростомия репереновой пленкой применена в 16 случаях за последние 26 месяцев. Сроки постановки после первой лапаротомии $3,5 \pm 1,7$ суток, средняя продолжительность ведения с открытой брюшной полостью $5,2 \pm 3,7$ суток, смена пленки $2,1 \pm 0,7$ суток, релапаротомия по «требованию» после снятия лапаростомы и ушивания раны в 1 случае, умерло 2 пациента. После лапаростомии всем пациентам ушивание только кожи, после реконвалесценции – грыжесечение.

Рекомендации: лечение раны только гипертоническими повязками, ушивание после купирования продукции воспалительной жидкости, и нельзя применять швы через все слои на контрактированные мышцы – вновь высокое ВБД и практически сразу полиорганная недостаточность; нельзя выполнять интубацию кишечника, лучше илеостомия; в условиях методики очень массивные потери белка, коррекция постоянная и объемная; ушивание после визуального уменьшения объема петель кишечника и купирования отека брюшной стенки, после этого контроль ВБД сразу.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

С.В. Артюхов, А.В. Маляр

**г. Санкт-Петербург, СЗГМУ им И.И. Мечникова кафедра хирургии им
Н.Д. Монастырского**

Целью нашей работы явилось изучение особенностей постановки показаний, выполнения видеоассистированной правосторонней гемиколэктомии.

Под нашим наблюдением находились 18 пациентов с подозрением на рак правой половины ободочной кишки, им выполнялось общеклиническое обследование, обязательным было выполнение ФКС с биопсией, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Выполнялась диагностическая лапароскопия, при которой уточнялась техническая возможность выполнения мобилизации кишки эндовидеохирургическим способом. Учитывалась локализация, размер, подвижность, степень инвазии. В 13 случаях выполнялась мобилизация правого фланга ободочной кишки с использованием аппаратов Harmonic и/или Liga Sure, высоким выделением правых ободочных сосудов, их клипированием или обработкой электрокоагуляцией и мобилизацией кишки по медиальной поверхности. Следует отметить, что, не смотря на имеющиеся стандартные точки для введения троакаров и размещения членов операционной бригады, следует подходить к данному вопросу тщательно и индивидуально. Кишка выделялась единым блоком в фасциальном футляре. После мобилизации, выполняли параректальный или срединный разрез 6-8 см и резекцию кишки с формированием анастомоза экстракорпорально. Рану отграничивали салфетками, пропитанными 5-фторурацилом, брюшная полость также промывалась 5-фторурацилом. Обязательно проводили до - и интраоперационную профилактику раневых инфекций. Время операций не превышало 2 часов. Локализация рака у 6 человек в слепой, у 4 в восходящей, и у 3 в печеночном изгибе ободочной кишки. Следует отметить, что на следующий день после операции пациенты были активны и подвижны, отмечали хороший аппетит, у всех была перистальтика, отходили газы. Осложнений не отмечено. Выписку осуществляли на 6-7 день с контрольной явкой на осмотры и для снятия швов. В гистологическом заключении кроме морфологии самого рака, рутинно оценивали края резекции и количество пораженных лимфоузлов для стадирования опухолевого процесса.

По нашему мнению, использование ЭВХ технологий позволяет значительно улучшить результаты лечения, уменьшить койко-день и сократить послеоперационные осложнения.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

С.В. Артюхов, А.В. Маляр

**г. Санкт-Петербург, Елизаветинская больница (главный врач
Гуманенко Е.К.)**

Целью нашего исследования является определение и формирование единого методологического мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению больных с развившимися осложнениями в виде генерализованных воспалительных процессов (ГВП).

Генерализованные воспалительные процессы (ГВП) включают в себя синдром системной воспалительной реакции (ССВР), сепсис, тяжелый сепсис и септический шок. Организация работы по диагностике и лечению данных осложнений в многопрофильном стационаре требует мультидисциплинарного подхода, направленного, в первую очередь, на раннее определение группы риска развития каждого из осложнений, которые, как известно, могут сменять друг друга, а могут быть самостоятельными каждый в отдельности, без этапности. Отделения реанимации сталкиваются с данными видами осложнений чаще всего, однако, и в общесоматических отделениях разного профиля данная проблема при ближайшем рассмотрении имеет место быть.

В нашем стационаре создан отдел по лечению ГВП, основной задачей которого является диагностика и коррекция лечения данной категории больных. При появлении у больного критериев ССВР (SIRS - systemic inflammatory response syndrome) от двух параметров и более по R.Bone и наличии очага инфекции выполняется тест на уровень прокальцитонина в крови одновременно со средними молекулами в моче и крови. Повышение уровня прокальцитонина более 2 единиц позволяет судить о наличии у больного тяжелого сепсиса (при наличии SIRS 2 и более). Далее пациент ежедневно оценивается по шкале SOFA. Оценка количества средних молекул в моче и крови позволяет нам своевременно привлекать методологии гравитационной хирургии крови. Исходя из балльной оценки параметров шкалы SOFA, а также потребности нахождения больного в отделении реанимации, пациент подпадает под действие одного из четырех медико – экономических стандартов. Независимо от стандарта по каждому больному

проводится коллегиальное планирование лечения с участием реаниматолога, нутрициолога, клинического фармаколога и септолога (врача хирурга). Исходя из нашего опыта, чаще всего развитие ГВП сопровождается тяжелой сочетанной травмой, экстренную абдоминальную патологию.

Внедрение вышеуказанных подходов позволяет нам адекватно понимать и реагировать на развитие ГВП, иметь целостную картину и представление о ведении данной категории больных.

ДВУХМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

С.В. Артюхов, А.В. Маляр

**г. Санкт-Петербург, СЗГМУ им И.И. Мечникова кафедра хирургии им
Н.Д. Монастырского**

Острая кишечная непроходимость, осложняющая течение рака ободочной кишки не теряет своей актуальности. Существуют различные подходы к лечению и выполнению операций у данной категории больных. Наиболее часто применяется операция типа Гартман. Целью нашей работы явилось изучение возможности применения двухэтапных операций, когда первым этапом формируется разгрузочная колостома, а через некоторое время выполняется радикальная операция.

Мы наблюдали 27 человек с ОКН при раке левых отделов ободочной кишки. Мужчин 12, женщин 15. Возраст от 54 до 76 лет. Все пациенты поступали с клиникой ОКН. В 7 случаях до операции выполняли ФКС и предпринимали попытки реканализации опухоли. После необходимого обследования и подготовки выполняли диагностическую лапароскопию, визуализацию опухоли и формирования трансверзо или сигмостомы. В двух случаях потребовалась конверсия из-за спаечного процесса и не возможности адекватной визуализации. Несмотря на кажущуюся необходимость интубации тонкой кишки, для этой цели конверсия не проводилась, при стимуляции перистальтики кишка опорожнялась естественным образом. В дальнейшем проводилось лечение в условиях реанимации и профильном отделении. После купирования патологических процессов, связанных с ОКН, больные оперированы радикально. На 4-сутки оперировали шесть больных, на 5-е-семерых, на 6-е сутки девять, на 7-один пациент. Двум больным ввиду наличия метастатического поражения печени и брюшины показания к операции не ставили.

Выполняли левостороннюю гемиколэктомию в 16 случаях, резекцию сигмовидной кишки в 5 случаях, переднюю резекцию в двух случаях (с использованием циркулярных сшивающих аппаратов). Летальных исходов, осложнений со стороны анастомозов, ран нами не отмечено. Все больные были выписаны на 9-12 сутки после 2-го этапа. По нашему мнению, применение двухэтапных операций, позволяет снизить летальность, существенно улучшить качество жизни больных.

ВЫРАЖЕННОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е.Е. Ачкасов, М.Г. Негребов, Л.В. Александров, М.Р.Ба, А.А.

Андрейчиков

**г. Москва, Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, кафедра госпитальной
хирургии №1 лечебного факультета**

Клиническое исследование выполнено на базе ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы с 2012 по 2014 гг. Морфологическое исследование тонкой кишки провели у 52 (100%) больных на фоне острой тонкокишечной механической непроходимости (ОТМН) с некрозом кишки. Из них у 25 (48%) пациентов причиной ОТМН являлась спаечная тонкокишечная непроходимость по странгуляционному типу, у 20 (38,5%) – ущемленная грыжа, у 7 (13,5%) – заворот тонкой кишки. Возраст пациентов был от 17 до 83 лет, средний возраст – 47 ± 17 лет. Операции выполняли в первый час после предварительной подготовки. Пациенты распределены по степени компенсации: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОТМН (Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. Москва, 2005. С.224.). Определяли степень ОТМН по следующим критериям: клиническая картина, обзорная рентгенограмма брюшной полости в положении стоя, данным ультразвукового исследования брюшной полости. Операцию выполняли традиционным способом: срединная лапаротомия, интраоперационная декомпрессия кишечника резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. Из послеоперационного материала через равные расстояния (5 см) от зоны некроза вырезали фрагменты на всю толщину стенки.

Результаты. При сопоставлении клинических и морфологических данных выявили зависимость выраженности и протяженности морфологических изменений от степени

ОТМН. Так при компенсированной ОТМН необратимые изменения тонкой кишки распространялись в среднем $9,09 \pm 1,93$ см в проксимальном направлении от границы некроза и во всех случаях компенсированной ОТМН не более 5 см в дистальном. При субкомпенсированной ОТМН - в среднем $12,22 \pm 3,42$ см в проксимальном направлении от границы некроза и $7,77 \pm 2,48$ см в дистальном. При декомпенсированной ОТМН – $22,92 \pm 7,20$ см и $11,25 \pm 3,61$ см соответственно.

Закключение. Полученные результаты могут быть использованы для выбора оптимального объема резекции при ОТМН.

ПОЛИАКРИЛАМИДНЫЙ ГЕЛЬ В ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ)

Д.А. Балаганский ¹, А.П. Кошель ², Т.И. Фомина ³, Н.И. Суслов ³
г. Томск, ¹ОГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2»,
²ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова», ³ФГБУ «НИИ
фармакологии им. Е.Д. Гольдберга» СО РАМН

Цель. В эксперименте обосновать возможность применения препарата DAM+ для эндоскопического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материал и методы. Эксперименты выполнены крысах-самках линии Wistar. Было выполнено 5 острых опытов и 21 хронический опыт. В качестве исследуемого инъекционного препарата использовался синтетический материал для протезирования мягких тканей DAM+ производства ЗАО «Научный центр Биоформ», Москва, Россия. В подслизистый слой гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода под визуальным контролем путем инъекции вводили гель DAM^{+TM} в объеме 0,3-0,4 мл. В контрольные сроки (1,3,7,14,21,45, 90 сут.) после операции животных выводили из эксперимента проводили оценку макро- и микроскопических изменений после введения препарата.

Результаты и обсуждение. Во все сроки наблюдения гель определяется в подслизистом слое. Со стороны слизистой в проекции введенного геля имеется выбухание слизистой в просвет пищевода.

При гистологическом исследовании операционного материала признаков повреждающего и/или местно-раздражающего действия исследуемого препарата DAM+

на ткани пищевода у лабораторных животных отсутствовало. Возникающая в ранние сроки после введения препарата реакция окружающих тканей незначительная и не носит воспалительного характера. Значимой миграции препарата из места инъекции в сроки до 90 сут. от момента введения - не отмечено. Болюсы геля DAM+ сохраняются в области введения и создают дополнительный объем в просвете пищевода за счет увеличения толщины подслизистого слоя. проведение пробы с пневмопрессией показывает, что введенный в область гастроэзофагеального перехода гель DAM+ приводит к повышению давления открытия кардиального клапана.

Закключение. Полученные в ходе эксперимента данные свидетельствуют о возможности использования препарата DAM+ в клинике для коррекции несостоятельности пищеводно-желудочного перехода у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

В.Л. Богданов, В.К. Татьянченко, В.И. Фролкин, Ю.В. Сухая
г. Ростов-на-Дону, Государственный медицинский университет

Аннотация

Цель исследования: разработка путей оптимизации тактики лечения абсцесса эпителиального копчикового хода (ЭКХ).

92 пациента с абсцессом ЭКХ были разделены на 2 группы: в основной группе (в отличие от контрольной) проводилась диагностика острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС), и во время первого этапа операции осуществлялась ультразвуковая кавитация с озонотерапией гнойной раны.

При абсцессе ЭКХ повышение тканевого давления на 60% выше нормы является показанием к фасциотомии медиального фасциального узла ягодичной области. Сроки выполнения второго этапа операции у больных основной группы сократились до 5 суток (8 в контроле). В отдаленные сроки (0,5-2 года) хорошие результаты получены у 93,7% больных основной группы (в контроле – 70,4%).

Закключение. Разработанная тактика лечения больных с абсцессом ЭКХ обладает высокой эффективностью.

Ключевые слова

эпителиальный копчиковый ход, абсцесс, острый тканевой гипертензионный синдром, хирургическое лечение.

Введение

При анализе результатов двухэтапного хирургического лечения абсцесса эпителиального копчикового хода (ЭКХ) установлено, что рецидив заболевания зарегистрирован у 6-8% случаев, а у 20-25% больных отмечаются удовлетворительные результаты [3, 5, 6, 7]. К их числу в первую очередь следует отнести хронический болевой синдром тазового дна и промежности (триггерные зоны). Общим недостатком всех предложенных способов хирургического лечения абсцесса ЭКХ является то, что при их выполнении не учитывается градиент тканевого давления (ТД), а также не осуществляется лечение острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС), что не позволяет устранить отек тканей и развитие послеоперационных осложнений. При любых патологических процессах связанных со скоплением крови или другой патологической жидкости (гноя и т.д.) в пределах фасциальных футляров области, необходимо измерять ТД с целью диагностики ОТГС и своевременно выполнять фасциотомию [4, 8].

Цель работы

Разработка путей оптимизации тактики лечения абсцесса ЭКХ.

Материал и методы

Проанализированы материалы по двухэтапному хирургическому лечению 92 больных с абсцессом ЭКХ, выполненному в отделении гнойной хирургии БСМП №2 и отделении колопроктологии 2-ой ОКБ г. Ростова-на-Дону за период с 2005 по 2013 г. Основную группу составили 48 больных, которым выполнен ряд оригинальных разработок и прежде всего измерения ТД, и определения стадии развития ОТГС. В контрольную группу вошло 44 больных, которым выполнена стандартная операция. Больных мужского пола было 65 (70,8%) и женского – 27 (29,2%). Лица моложе 40 лет составляли 96,7% (89 случаев). У всех 92 больных на первом этапе лечения вскрывали абсцесс. Удаляли ЭКХ и нежизнеспособные ткани, назначали антибиотики и проводили местное лечение. У больных основной группы выполняли ультразвуковую кавитацию ран, а в послеоперационном периоде лечение ран дополнялось озонотерапией. Для измерения ТД мы использовали монитор фирмы «Stryker». Диагностику ОТГС проводили по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2393783) [1]. Критерием

завершенности первого этапа лечения и показанием к закрытию раневой поверхности после иссечения ЭКХ, было снижение микробной обсемененности раны до 10^5 микробных тел на 1 г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса. Вторым этапом выполняли иссечение остатков ЭКХ с измененными тканями. Операцию завершали у больных контрольной группы: ушиванием кожных краев швами над сквозным перфорированным дренажем (7 больных); подшиванием кожных краев раны ко дну в «шахматном порядке» (9 больных); ушиванием раны П-образными швами по методике А.М. Коплатадзе (23 больных) и перемещенным кожно-подкожным лоскутом из ягодичной области (5 больных). В основной группе операцию завершали: ушиванием кожных краев швами над сквозным перфорированным дренажем (8 больных); подшиванием кожных краев раны ко дну в «шахматном порядке» (6 больных); ушиванием раны П-образными швами по методике А.М. Коплатадзе (20 больных), перемещенным кожно-подкожным лоскутом из ягодичной области (4 больных) и пластикой раневого дефекта кожно-подкожно-фасциальным лоскутом на основе тонкой мышцы бедра по оригинальной методике (патент РФ №2398532) – 10 больных [2].

Результаты

Клинический анализ историй болезни пациентов с разными сроками заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 3-5 суток, то у больных обычно наблюдается симптоматика, выражающаяся в увеличении интенсивности болей, повышение потребности в анальгетиках, локальной болезненности в области заинтересованного фасциального ложа. У 9 больных, у которых вскрытие гнояника было осуществлено через 7 дней с момента заболевания, отмечалось нарушение функции нижней конечности. При этом величина внутритканевого давления у них была на 55-60% выше исходного уровня. Консервативная терапия у 21 из 39 (53,8%) больных была неэффективной и им была выполнена фасциотомия медиального фасциального узла ягодичной области. В процессе лечения следили за динамикой ТД. У 15 из 21 больного (71,9%) ТД нормализовалось через 6-8 часов после фасциотомии. У 6 больных (28,1%) наблюдалась тканевая гипертензия, которая постепенно (через 24–48 часов) была устранена до нормальных цифр ТД. По нашему мнению, именно запоздалая диагностика ОТГС ведет к увеличению фасциотомий. Подчеркнем, что выполненная фасциотомия не ухудшала результатов лечения. Напротив выжидательная тактика и консервативная терапия у больных ОТГС при абсцессе ЭКХ, фактически влияла на результат лечения.

До начала лечения абсцесса ЭКХ уровень микробной обсемененности ран во всех случаях был высоким и составлял от 10^6 до 10^8 микробных тел на 1 г ткани. После

вскрытия абсцесса, антибактериальной терапии (ципрофлоксацин, метронидазол и цефатоксим), а у больных основной группы - дополнительной ультразвуковой обработки гнойной раны и озонотерапии этот показатель на фоне проводимой профилактики или лечения ОТГС прогрессивно снижался. Так, у больных основной группы показатель микробной обсемененности тканей оказался ниже критического уровня (10^5 микробных тел на 1 г ткани) на 4-5 сутки, а у больных контрольной группы на 7-8 сутки. При этом завершающий этап лечения ЭКХ у больных основной группы проводили на фоне слабо выраженного (8 больных) или полного отсутствия (40 больных) отека тканей ягодичной и крестцово-копчиковой областей на фоне нормального градиента ТД. Тогда как у больных контрольной группы отек тканей сохранялся при выполнении второго этапа радикального лечения абсцесса ЭКХ.

Нами уточнены и определены следующие показания к выполнению каждой из предложенных восстановительных операций у больных с абсцессом ЭКХ: при этом учитывали степень тяжести патологического процесса, которая определялась по разработанной балльной шкале. Показаниями для наложения швов на кожные края раны были следующие: диаметр абсцесса ЭКХ не более 1,5-2 см; отсутствие свищевых затеков; визуальная возможность сопоставления краев раны без натяжения после иссечения полулунными разрезами раневой поверхности; неглубокая межъягодичная складка; тканевая гипертензия или ОТГС, стадия компенсации; по балльной шкале легкая или средняя тяжесть патологического процесса.

Показаниями к кожной пластике были следующие: размер абсцесса более 2 см или обширные свищевые затеки; отсутствие отека краев раны; образующаяся после иссечения тканей раневая поверхность (не более 40 см^2), которую невозможно ушить не только наглухо, но и подшиванием краев раны к дну; наличие ОТГС, стадия субкомпенсации; по балльной шкале средняя степень тяжести патологического процесса.

Показания к пластике раневой поверхности по разработанной нами методике: диаметр абсцесса более 2 см; множественные свищевые ходы в ягодичной области увеличивающие площадь иссечения (дефект тканей 40 см^2 и более); глубокая межъягодичная складка; наличие ОТГС, стадия субкомпенсации и декомпенсации; по балльной шкале средняя или тяжелая степень тяжести патологического процесса.

Заключение

Комплексный подход в лечении больных с абсцессом ЭКХ с учетом стадии развития ОТГС позволяет достичь хороших результатов в ближайшие сроки после операции у 91,6% больных, а в отдаленные сроки у 93,7% больных. Дифференцированный

подход к двухэтапному радикальному хирургическому лечению абсцесса ЭКХ с учетом стадии выраженности ОТГС в зависимости от размеров абсцесса и с учетом динамики бактериальной контаминации в зоне операции позволяет минимизировать уровень послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Список литературы

1. Богданов В.Л., Татьянченко В.К., Грошили В.С. Способ выбора тактики лечения острого тканевого гипертензионного синдрома при нагноившемся эпителиальном копчиковом ходе на стадии абсцесса // Бюл.: Изобретения. Полезная модель. – 2010. - № 19. – С. 9. - Патент РФ №2393783.
2. Богданов В.Л., Татьянченко В.К., Грошили В.С. Способ закрытия раневого дефекта после иссечения эпителиального копчикового хода на стадии абсцесса // Бюл.: Изобретения. Полезная модель. – 2010. - № 25. – С. 13. - Патент РФ №2398532.
3. Воробей, А.В. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом / А.В. Воробей, М.И. Римжа, В.Л. Денисенко // Колопроктология. – 2005. - №3. – С. 3-8.
4. Давыденко, А.В. Обоснование тактики хирургического лечения глубоких флегмон бедра / А.В. Давыденко // Автореф. кан. дисс.. – Ростов-на-Дону. – 2004. – С. 7-12.
5. Даценко, Б.М. Оптимизация путей лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода / Б.М. Даценко, А.Б. Даценко, Або Гали Мохаммед // Колопроктология. – 2004. - №3. – С. 6-11.
6. Коплатадзе, А.М. Хирургическая тактика у больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода / А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, Э.Э. Болквадзе, С.Д. Ким, Э.Э. Алекперов // Колопроктология. – 2003. - №4. – С. 6-10.
7. Лаврешин, П.М. Оптимизация хирургического лечения эпителиального копчикового хода / П.М. Лаврешин, Д.Ю. Никулин // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград. – 2011. – С. 196-197.
8. Heemskerk, J. Acute Compartment Syndrome of the lower leg: retrospective study on prevalence, technique, and outcome of fasciotomies / J. Heemskerk, P. Kitslaar // World J. Surg. – 2003. – v.27. – p. 744-747.

ВОРСИНЧАТЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Н.И. Богомолов

г. Чита, ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ

Ворсинчатые опухоли (аденомы) мы встречали на протяжении кишечной трубки от желудка до прямой кишки. Эндоскопическая полипэктомия при таких опухолях – достойная альтернатива резекционным традиционным открытым хирургическим пособиям. Однако, в ряде случаев приходится в связи с развившимися осложнениями эндоскопических операций, либо малигнизации опухоли прибегать к повторным операциям, но уже в традиционном варианте. По материалам двух клиник располагаем опытом диагностики и лечения 93 больных с ворсинчатыми опухолями. В желудке опухоль локализовалась у 6 пациентов, в 12-перстной кишке – у 9, в ободочной кишке – у 49 и в прямой – у 29 человек. Двойная локализация опухоли отмечена в 10 случаях, чаще это были желудок и прямая или ободочная кишка (3), 12-перстная и ободочная (2), ободочная и прямая (5 человек). Две опухоли в одном органе встретились в 3-х случаях. До операции малигнизация установлена в 17 случаях, им выполнены радикальные операции по онкологическим принципам, после эндоскопической полипэктомии малигнизация установлена у 6 пациентов, они оперированы традиционным способом. У 3 пациентов с опухолью большого дуоденального соска выполнено иссечение опухоли с соском и реплантацией протоков в 12-перстную кишку. В остальных случаях предпринята эндоскопическая полипэктомия. Кровотечение из культи ножки после полипэктомии отмечено в 12 случаях, эндоскопический гемостаз эффективен у 10, в 2 случаях пришлось выполнить лапаротомию и иссекать кровоточащий участок. Перфорация кишки (по 1 случаю 12-перстная, ободочная и прямая) отмечена у 3-х пациентов, предпринята лапаротомия и ушивание кишки. От операций отказались 3 человека, все они погибли, малигнизация наступила в сроки от 6 месяцев до 3-х лет, вновь обратились уже в инкурабельном состоянии. Для полипэктомии лучше использовать двухканальные операционные эндоскопы (TGF- 2D, 2S и др.). Ножку полипа, если она выражена и дифференцируется, можно коагулировать шаровым электродом, использовать для пересечения игольчатый папиллотом или петлю. Культю ножки желательно обработать аргонплазменной установкой. Результат эндоскопической полипэктомии всецело зависит от локализации, размера опухоли и выраженности ножки опухоли. Выбор метода операции строго индивидуален.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛАПАРОТОМИЙ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

Н.И. Богомолов, А.Г. Гончаров, Н.Н. Томских

г. Чита, ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Аннотация

Предложена классификация операции лапаротомия. Включены все особенности её исполнения, подтверждена значимость для объективной оценки качества выполнения лапаротомии во всех её вариантах.

Ключевые слова

лапаротомия, лапароцентез, релапаротомия, ре-релапаротомия, лапаростомия, классификация.

Введение

В современной хирургии лапаротомия является самым распространенным хирургическим пособием, которому посвящено гигантское количество публикаций. Вместе с тем, даже в самых современных изданиях, включая переводные, признанных и многократно переизданных в мире, мы не обнаружили важного и необходимого элемента - всеобъемлющей классификации лапаротомий [1-3, 5-19]. Классификация позволяет не только упорядочить и систематизировать различные признаки лапаротомии, но и создает предпосылки для единого подхода среди хирургов в решении неопределенностей, в том числе – хирургической тактики.

Цель работы. Предложить свой вариант классификации лапаротомий, который, надеемся, благосклонно будет принят хирургами.

Методы исследования

Работа с отечественной и иностранной литературой, протоколами и стандартами диагностики и лечения хирургических болезней.

Результаты и их обсуждение

Мы уже поместили первый вариант классификации в изданное с грифом УМО МЗ РФ учебное пособие «Лапаротомия» [4]. Итак, предлагаем делить все лапаротомии по назначению, объёму доступа и другим составляющим на следующие группы.

1. По цели. 1.1 Лечебная - составляет часть хирургического вмешательства и является оперативным доступом для выполнения оперативного приема с лечебной целью. В исключительных случаях лапаротомия может быть частью оперативного приема, например, при перитоните. 1.2 Диагностическая - предпринимается, как правило, для уточнения ситуации в брюшной полости и корректировки лечебных мероприятий (при проникающем ранении в брюшную полость, перитоните неясной этиологии, внутрибрюшном кровотечении, кишечной непроходимости, злокачественных новообразованиях и т.д.).

2. По срокам. 2.1 Экстренная (ургентная, неотложная) – выполняется при состояниях, угрожающих жизни пациента непосредственно в течение ближайших часов (1-2 часа) (профузное кровотечение, деструкция органов брюшной полости, механическая кишечная непроходимость, перитонит и т.д.). В ряду экстренных нужно выделить так называемые реанимационные операции, когда больной, немедленно, минуя приемный покой, подается в операционную или хирургическое пособие выполняется на месте. Конкретными примерами реанимационных операций являются: ранение сердца с гемотампонадой, требующее немедленной торакотомии и перикардиотомии, асфиксия вследствие попадания инородного тела в трахею или бронх нуждается в трахеотомии (стомии), профузное маточное кровотечение вследствие разрыва матки, либо неотхождения плаценты нуждается в реанимационном хирургическом (ручном) пособии или лапаротомии и другие. 2.2 Срочная - выполняется в ситуациях, угрожающих жизни пациента непосредственно в ближайшее время (минимального срока), в течение которого осуществляется подготовка организма, пока процесс не привел к декомпенсации органов и систем (механическая желтуха, диагностированная верифицированная злокачественная опухоль, например желудка или головки поджелудочной железы, субкомпенсированный стеноз привратника и прочее). 2.3 Отсроченная – выполняется при активно-выжидательной тактике, когда консервативная терапия эффективна, позволяет подготовить больного к предстоящей операции (аппендикулярный инфильтрат, язвенная болезнь, осложненная кровотечением, пенетрацией, стенозом, острый холецистит с перивезикальным инфильтратом и др.). 2.4 Плановая – выполняется при плановом вмешательстве, может быть отложена без ущерба для больного на неопределенный срок (неосложненная грыжа брюшной стенки, большинство пластических и косметических операций и т.д.). 2.5 Релапаротомия – повторный доступ (по требованию) по поводу

ранних послеоперационных осложнений, прогрессирования основного заболевания и выраженных операционных реакций (послеоперационный перитонит, несостоятельность шва межорганного анастомоза, внутрибрюшное вторичное кровотечение, эвентрация и т.п.). Релапаротомия, как впрочем, и первичная лапаротомия, могут сразу завершиться лапаростомией, предусматривающей возможность выполнения серии ре-релапаротомий (например, санационных).

2.6 Системная релапаротомия ("Second-Look" (S-L) (т.е. операция "второго взгляда") - выполняется для оценки остаточной опухоли у больных при отсутствии клинических проявлений заболевания после проведения курсов полихимиотерапии, или, к примеру, для того, чтобы удостовериться в жизнеспособности кишки (сохранения в ней адекватного кровообращения) после операций по поводу нарушения мезентериального кровообращения.

3. По степени завершенности. 3.1 Первичный шов. 3.1.1 Глухой; 3.1.2 С провизорными швами, дополнительно иммобилизирующими шов основного доступа; 3.1.3 Первичный отсроченный, при угрозе контаминации тканей раны швы на кожу и клетчатку наложены, но края раны не сведены, полость её заполняется салфеткой с антисептиком. По прошествии 3-х суток при отсутствии признаков воспаления (нагноения) края раны сводятся и швы завязываются, герметизируя ткани брюшной стенки; 3.2 Вторичный шов. 3.2.1 Ранний - до развития рубцовой и грануляционной ткани при отсутствии воспаления в тканях раны. 3.2.2 Поздний - при наличии грануляционной и рубцовой ткани, края кожи освежаются экономным разрезом и формируется глухой шов на рану, ускоряющий ее заживление и формирующий более нежный рубец. 3.2.3 Лапаростомия - предусматривает временное закрытие (полное или частичное) брюшной полости устройствами (спицы, молния-застежка и др.), позволяющими быстро и атравматично для апоневроза повторно входить в брюшную полость для осуществления лечебных мероприятий. В этой связи ряд авторов выделяют: а) открытую (рана зияет, например, при флегмоне брюшной стенки или множественных кишечных свищах), полуоткрытую (края раны сведены с оставлением щелей для оттока экссудата); б) закрытую (края лапаротомной раны сведены полностью замыкающим устройством); в) полужакрытую (часть раны не закрыта, например оментобурсопанкреатостома).

Очевидно, что деление лапаростомии на три варианта весьма условно, поскольку для укрытия петель кишки применяют протекторы (полиэтиленовая фенестрированная пленка, марлевая салфетка, пропитанная мазью, устанавливают специальный колпак).

4. По размеру доступа. 4.1 Пункция брюшной полости (колющий прокол брюшной стенки, заднего свода влагалища, передней стенки прямой кишки). 4.2 Лапароцентез (режущий прокол грудной стенки и диафрагмы, брюшной стенки, заднего свода

влагалища, передней стенки прямой кишки); 4.3 Минилапаротомия (мини-доступ, "мини-ассистент"). 4.4 Лапаротомия (доступ, позволяющий ввести руку в брюшную полость). 4.5 Комбинированный доступ (сочетание лапаротомии с проникновением в соседние с брюшной полостью области: лапароторакотомия, лапаролумботомия, промежностно-абдоминальный доступ (лапароперинеотомия).

5. По направлению разреза. 5.1 Продольные. 5.2 Поперечные. 5.3 Косые. 5.4 Угловые (сочетанные). 5.5 Переменные.

6. По месту проникновения в брюшную полость. 6.1 Через стенки брюшной полости: а) передне-боковую (передняя брюшная стенка) (трансвентральные); б) задне-боковую (поясничная область) (трансдорсальные); в) верхнюю (диафрагма) (трансфренальные); г) нижнюю (промежность) (трансперинеальные). 6.2 Через естественные отверстия, просвет и стенки органов брюшной полости (транслюминальные): а) органы пищеварительного тракта от полости рта до ануса (трансдигестивные); б) мочевыводящие пути (трансуретральные, трансвезикальные); в) женские половые пути (трансвагинальные).

7. По способам разъединения тканей. 7.1 Механическое. 7.2 Электрохирургическое. 7.3 Ультразвуковое. 7.4 Плазменное. 7.5 Лазерное.

8. По изменению направления оси разъединения тканей при послойном доступе. 8.1 Прямой (все ткани разъединяются послойно в направлении разреза кожи). 8.2 Переменный (направление оси разъединения тканей при послойном доступе не совпадает с направлением разреза кожи).

9. Поотягощающим (сопутствующим) обстоятельствам (факторам). 9.1 Чрезмерно тонкая брюшная стенка у истощённых больных. 9.2 Избыточно утолщенная брюшная стенка при ожирении. 9.3 Брюшная стенка с многочисленными рубцами, включая келоидные и (или) ожоговые. 9.4 Инцизионные, включая осложнённые, грыжи, особенно большие, гигантские, невосправляемые. 9.5 Кишечные свищи одиночные и множественные. 9.5.1 Несформированные. 9.5.2 Сформированные. 9.6 Беременность. 9.7 Релапаротомия «по требованию» при эвентрации, включая в гнойную рану. 9.8 Лапаротомия при угрожающих жизни заболеваниях в остром периоде (инфаркт миокарда, инсульт, ТЭЛА и др.).

10. По сопутствующим (параллельным) лечебным (профилактическим) пособиям. 10.1. Брюшная полость и брюшная стенка ушиты наглухо. 10.2. Брюшная полость дренирована (с лечебной или профилактической, контролирующей целью) в исходе традиционной лапаротомии. 10.2.1. Дренирована через отдельные доступы. 10.2.2. Дренирована через основной доступ (например, марсупиализация кисты поджелудочной

железы). 10.2.3. Дренирована трубчатыми дренажами, включая «обойму» дренажей (двухпросветными ТММК дренажами и другими модификациями). 10.2.4. Дренирована иными дренажами (rep-goos – сигарный, перчаточной резиной, дренаж pig tail, и др.). 10.3. Брюшная полость тампонирована. 10.3.1. Тампон выведен через лапаротомный доступ. 10.3.2. Тампон выведен через отдельный (кратчайший) доступ. 10.3.3. Тампоны (несколько) оставлены в брюшной полости. 10.4. Брюшная полость дренирована перкутанно (лапароцентез, под контролем лучевого наведения через брюшную стенку с использованием рентгенхирургических технологий, через задний свод влагалища и др.).

Дренирована рана брюшной стенки (лапаротомный доступ).

Классификация носит рабочий характер и поможет хирургам, особенно начинающим, принять единственно верное решение при выборе времени операции, оптимального доступа для её исполнения, способа завершения пособия. Классификация необходима ещё и по страховым соображениям. Экспертам компаний, страхующих пациентов на случай болезни, приходится доказывать целесообразность выбранного варианта лечения, объяснять длительность пребывания в стационаре и исходы лечебного процесса. Немаловажное значение имеет классификация лапаротомий и при судебно-медицинской экспертизе, наконец, при формулировке и патологоанатомического диагноза, если исход оказался неблагоприятным.

Выводы

1. Упорядочение классификацией самой частой операции общехирургических стационаров может существенно помочь в работе хирургу в условиях страховой медицины.
2. Предложенная классификация носит рабочий характер, она открыта для дополнения, изменения, может открыть дискуссию по столь важному для практики вопросу, как современная лапаротомия во всех её проявлениях.

Список литературы

1. Александрович, Г.Л. Неотложная релапаротомия /Г.Л.Александрович, А.Г.Росляков, Н.И.Бояринцев.- Владивосток: Изд-во ДГУ, 1989.- 152 с.
2. Атлас онкологических операций /Под ред. Б.Е.Петерсона, В.И.Чиссова, А.И.Пачеса.- М.: Медицина, 1987.- 536 с.
3. Богомолов, Н.И. Лапаротомия: учебное пособие с грифом УМО /Н.И.Богомолов, А.Г.Гончаров.- Чита: РИЦ ЧГМА, 2012.- 126 с.

4. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота /В.В.Жебровский.- М.: ООО»Медицинское информационное агентство», 2005.- 384 с.
5. Золлингер, Р.М. (мл.) Атлас хирургических операций /Р.М.Золлингер (мл.), Р.М.Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. В.А Кубышкина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 480 с.
6. Кэмерон Джон, Л. Атлас оперативной гастроэнтерологии /Джон Л. Кэмерон, Корин Сэндон; пер. с англ. Под ред. А.С.Ермолова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 560 с.
7. Оперативная хирургия /Под общей редакцией проф. И.Литтманна.- Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1982.- 1175 с.
8. Островерхов, Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия /Г.Е.Островерхов, Ю.М.Бомаш, Д.Н.Лубоцкий.- М.: ООО» Медицинское информационное агентство», 2005.- 736 с.
9. Старков, Ю.Г. Лапароскопическая холецистэктомия через гастроскоп – первый шаг на пути к транслуминальной эндоскопической хирургии (NOTES) /Ю.Г.Старков, К.В.Шишин, Е.Н.Солоднина, К.И.Алексеев // Хирургия, 2008.- № 5.- С. 70-72.
10. Старые и новые проблемы лапаротомии / Под ред. д.м.н., проф. Ю.Н.Белокурова.-Ярославль, 1987.- 157 с.
11. Шайн, М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Пер. с англ. проф. Б.Д.Савчука /М.Шайн.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003.- 272 с.
12. «Щадящая хирургия». Избранные главы /Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.- 320 с.

Сведения об авторах

1. Богомолов Николай Иванович, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЧГМА, д.м.н., профессор, заслуженный изобретатель РФ, заслуженный врач РФ.
2. Гончаров Андрей Геннадьевич, заведующий кафедрой анатомии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н., доцент.
3. Томских Наталья Николаевна, ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н.

КАРЦИНОИДЫ, APUD-омы, НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ

Н.И. Богомолов, П.П. Пахольчук, Н.Б. Прохоров, М.А. Гончарова, Н.Н.

Томских

**г. Чита, ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ, Краевое патологоанатомическое
бюро**

Уникальна эволюция взглядов хирургов, онкологов, эндокринологов и морфологов на нейроэндокринные опухоли (НЭО). Этот термин наиболее употребим, хотя для подобных опухолей в лёгком, червеобразном отростке по-прежнему используют термин карциноид. Они встречаются чаще в органах пищеварения, среди опухолей на их долю приходится 0,6-1,5%. Выделяя биологически активные вещества они формируют карциноидный синдром. Обобщена часть материала из 36 случаев карциноидов у больных, оперированных в 2 клиниках. Мужчин было 21, женщин - 15 в возрасте от 15 до 63 лет. Локализация была следующей: червеобразный отросток - 12, легкие - 6, поджелудочная железа - 5, прямая кишка - 3; по два случая было в тонкой, слепой, двенадцатиперстной кишке и желудке; по одному случаю в мочевом пузыре и щитовидной железе. В четырех случаях выявлены метастазы в паратрахеальные и(или) регионарные лимфоузлы и в печень. Диагноз установлен только после изучения операционного и (или) секционного материала. Рентгенологическое исследование, включая КТ у 3, выявило опухоль только у 5 человек, УЗИ - у 1 и у 3 из них заболевание заподозрено на основании клинико-лабораторных данных. Предварительными диагнозами были: у 12 человек острый аппендицит, у 6 - опухоль легкого, у 6 - язвенная болезнь, включая рецидивные пептические язвы, у 1 - зоб, у 1 - полип мочевого пузыря. Карциноид протекал в форме язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией у 1 и кровотечением - у 5 пациентов; в форме полипа 12-перстной кишки - у 2. В виде опухоли тонкой кишки карциноид был у 2 человек, включая одного с дивертикулом Меккеля и у 3 в прямой кишке. Карциноид сочетался с раком легкого у 1, раком прямой кишки - у 1 и раком простаты - у 1 человека. Перфорацией опухоль осложнилась у 2 и кровотечением - у 3 больных. Метастазы выявлены в 4 случаях, карциноидный синдром имел место у 5 человек. После аппендэктомии гемиколэктомия сделана 4 больным, а три человека от аналогичной операции отказались. В 23 других случаях сделаны адекватные радикальные и условно-радикальные операции. Химиотерапия применена 4 больным.

Умерло 5 пациентов, 4 в раннем послеоперационном периоде и пятый - в ближайший год после комплексного лечения.

Таким образом, НЭО (карциноиды) локализовались у 28 человек в органах пищеварения, у 6 - в легких и по одному случаю в щитовидной железе и мочевом пузыре. Окончательная диагностика оказалась возможной только после исследования операционного или секционного материала. Радикальное лечение было успешным у 29 из 36 человек.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ГИСО - GIST)

Н.И. Богомоллов, Н.Б. Прохоров, П.П. Пахольчук, И.В. Жилин
г. Чита, ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ

Опухоли кишечной трубки, развивающиеся из стромы, гладкомышечных структур и нервных элементов (клеток Кахала) с 1983 года называют GIST (gastrointestinal stromal tumors). Анализирован материал двух клиник и Краевого патологоанатомического бюро за 29 лет(1984-2013гг). Наблюдалось 53 пациента в возрасте от 42 до 73 лет, мужчин было 29, женщин – 24. На последние 11 лет (2003-2013гг) приходится 44 случая. Опухоль локализовалась: в пищеводе – у 7, в желудке – у 34, в 12-перстной кишке – у 2, в тощей кишке – у 2, в толстой кишке – у 6 и в прямой кишке – у 2 пациентов. Желудочно-кишечное и(или) внутриопухолевое (внутриканальное) кровотечение имело место у 28, в том числе сочетание с перфорацией желудка было у 1, инвагинацией опухоли желудка на ножке в 12-перстную кишку - у 1, обтурацией просвета тощей кишки – у 2. Все 44 наблюдения подтверждены маркером CD 117(+). В 26 случаях GIST диагностирована на операционном материале, в 5 – опухоль явилась находкой при другой фатальной патологии (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.), приведшей к смерти больного, и у 2 человек это заболевание явилось основным, сопровождалось распадом опухоли (размером 6-7 см) и смертельным кишечным кровотечением, оба погибли дома. Тридцать три клинических случая успешной диагностики и лечения GIST нами уже опубликованы.

При гистологическом исследовании опухолей смешанный вариант встретился в 4-х наблюдениях, в остальных случаях примерно в равном отношении были веретенноклеточный и эпителиоидноклеточный варианты. Химиотерапию в послеоперационном периоде получили 2 человека.

В стационаре умерло 6 больных, из которых только у 1 причиной смерти была стромальная опухоль и ее осложнения, 5 пациентов привели к гибели заболевания сердечно-сосудистой системы, а GIST- процесс оказался секционной находкой. На дому умерло 2 человека от фатальных осложнений стромальных опухолей, обнаруженных при патологоанатомическом исследовании. В отдаленном периоде (свыше 5 лет) зафиксирована смерть одного пациента от прогрессирования процесса, несмотря на радикальность операции (проксимальная резекция желудка) и получения трех курсов химиотерапии.

Данные примеры показывают эволюцию взглядов хирургов, онкологов и патологоанатомов на патологические процессы, прогресс в диагностике и лечении заболеваний, за счет развития методик инструментальной диагностики, гистологической и гистохимической верификации процесса.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАСТИНИТА

Н.И. Богомолов, О.А. Чугай, Б.Н. Хавень

г. Чита, ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ, ДКБ ЗабЖД

Цель исследования. Обобщить опыт диагностики и лечения медиастинита, оценить роль малоинвазивных методик в его лечении. Материалы и методы. По материалам двух клиник города за 37 лет оценены результаты диагностики и лечения медиастинита.

Основные результаты. Нами пролечено 84 больных медиастинитом. Мужчин было 39, женщин – 45 в возрасте от 16 до 77 лет, средний возраст - $42 \pm 6,3$ года. Длительность заболевания колебалась от 6 часов до 7 суток. Характерными жалобами были: одышка, боли за грудиной и в спине, озноб, гипертермия, осиплость голоса, отёк мягких тканей шеи, подчелюстной области, дисфагия и др. В 3-х случаях причину установить не удалось, у остальных она была следующей: одонтогенная (у 31), ятрогенная (бужирование пищевода, эзофагоскопия и др. – у 18), послеоперационный (у 12), перфорация инородным телом (у 9), перфорация опухоли (у 5), ранение (у 4), нагноение раны после стернотомии при кардиохирургической операции - у 2 пациентов. В большинстве случаев имела эмфизема средостения и мягких тканей, гипертермия, гиперлейкоцитоз, снижение белка крови, повышение шлаков. Среди средств визуализации доминировали лучевые методы. Исходы зависели от срока операции, её травматичности и эффективности дренирующих пособий. Дренирование средостения шейным доступом предпринято у

всех, дополнительно торакотомный (чаще справа) использован у 31 человека, торакоскопический – у 19, лапаротомный чресдиафрагмальный – у 7. Трахеостома сформирована в 18 случаях, временная гастростома – у 6. При дренировании использовали проточно-аспирационный вариант по Каншину в сочетании с пассивными дренажами. Сроки лечения колебались от 9 до 54 суток, средний срок $31 \pm 8,9$. Умерли 21 человек (25%), преимущественно после торакотомий при субтотальном и массивном поражении средостения, плевральных полостей и лёгких.

Выводы. Диагностика медиастинита опирается на данные анамнеза, результаты объективного и инструментального исследований. Дренирующие операции выполняются шейным и чресплевральным доступами лучше малоинвазивными способами с использованием проточно-аспирационного дренирования. Решающее значение в исходе имеют давность заболевания и адекватность saniрующих пособий.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Т. И. Велиев

**г. Барнаул, Алтайский колопроктологический центр, отделение
эндоскопической хирургии**

Задача исследования: установить эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста.

Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2013 год. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

Всего под наблюдением находилось 46 больных. Мужчин - 26, женщин – 20. Возраст пациентов составил 60-86 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

Выводы: эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться

эндоскопической операцией у пожилых больных. Дальнейшая лечебная тактика у больных, перенесших эндоскопическую электроэксизию с ранним раком толстой кишки, должна основываться на результатах динамического эндоскопического наблюдения со взятием биопсии: 1 раз в три месяца в течении первого года, затем 2 раза второй год и один раз в последующие годы.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

М.М. Винокуров, А.Е. Васильев, Е.С. Гилев

г. Якутск, Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова

Введение. Анализ работы проводился на основании клинического материала экстренного хирургического отделения Республиканской больницы №2- Центр экстренной медицинской помощи за период с 2010 по 2013 г.г.

Материал и методы. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите выполнена у 316 больных. Из них женщин 244(77.2%); мужчин 72(22.7%). Возраст составил от 20 до 60 и более лет, преобладающее количество больных составили люди трудоспособного возраста: от 30 до 60 лет, из них: <30 лет – 24(7.5%) человек; 30-60 лет – 253(80.0%) человек; 60> - 44(13.9%) человека. Хронический калькулезный холецистит выявлен у 9(2.8%) больных; острый катаральный холецистит 110(34,8%) больных; острый флегмонозный холецистит 159(50.3%) больных; холедохолитиаз 8(2.5%) больных; острый гангренозный холецистит 30(9.4%) больных. Местный серозный перитонит выявлен в 44 случаях; эмпиема желчного пузыря в 28 случаях. В 25 (7,9%) случаях выполнена конверсия на лапаротомию, из них в 13(4,1%) - при обнаружении гангренозного холецистита, в 11 (3,4%) - при наличии флегмонозного холецистита и в 1(0,31%) случае - при катаральном холецистите и массивных спайках. Интраоперационные осложнения в виде повреждения гепатикохоледоха произошли у 2 (0,63%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. В 25(7.9%) случаях переход на широкую лапаротомию ввиду развития интраоперационных осложнений и технических сложностей во время ЛХЭ: кровотечение из пузырной артерии – 5(1.5%), инфильтрат гепатодуоденальной связки – 9(2.8%), ранение гепатикохоледоха – 2(0.63%),

перивезикальный инфильтрат – 6(1.8%). Количество послеоперационных осложнений составило 11(3.4%) из них: у 3(0.9%) больных - недостаточный гемостаз ложа желчного пузыря; у 5(1.5%) - желчеистечение из-за не клипированных протоков Люшке. Летальный исход был у 1(0.3%) больного с интраоперационным повреждением гепатикохоледоха.

Заключение. Применение лапароскопической холецистэктомии возможно и оправдано при остром деструктивном холецистите в ранние сроки поступления больных в хирургический стационар.

ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КАПРОФЕРОМ ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

В.В. Волженин, В.В. Володин

г. Кемерово, ГОУ ВПО КемГМА министерства здравоохранения РФ

В клинике общей хирургии Кемеровской государственной медицинской академии при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта наряду с инфильтрационным методом эндоскопического гемостаза с 2007 года применяется гемостаз капрофером. Капрофер вызывает химическую коагуляцию белков плазмы крови и тканей, вследствие чего образуется плотный, хорошо фиксированный кровяной сгусток.

Целью исследования является оценка эффективности гемостаза капрофером в сравнении с инфильтрационным методом у больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты эндоскопического гемостаза у 176 больных. Причиной кровотечения у 58(33%) больных была язва желудка, язва ДПК- у 52(30%), синдром Маллори - Вейсса наблюдался у 41(23%) больных, прочие причины (язва пищевода, кровотечение после полипэктомии, эндоскопической папиллосфинктеротомии) выявлены у 25(14%) пациентов. Инфильтрационный метод гемостаза выполнен с язвой желудка у 32 больных, с язвой ДПК у 23 больных, с синдромом Маллори-Вейсса у 20 больных и группе прочие у 12 пациентов. Гемостаз капрофером осуществлен у 26 больных, у 29 больных, у 21 и у 13 больных соответственно. Сравнительный анализ эффективности этих методов эндоскопического гемостаза выглядит следующим образом. Первичный гемостаз инфильтрационным

методом выполнен у 87 больных. Повторный гемостаз потребовался у 44(50,5%) пациентов. У 22(25,5%) больных инфльтрационный метод гемостаза оказался неэффективным и, в связи с чем, эти больные были оперированы. Первичный гемостаз капрофером осуществлен у 89 больных, повторный гемостаз выполнен у 19(21,3%) больных. Проведение операции в экстренном порядке потребовалось у 9(10,1%) больных в связи с неэффективностью этого метода гемостаза.

Выводы. Таким образом, внедрение в клиническую практику доступного и относительно дешевого гемостатического препарата капрофер позволило повысить эффективность эндоскопического гемостаза, снизить количество рецидивов кровотечения.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.В. Володин, А.П. Торгунаков

г. Кемерово, ГОУ ВПО КемГМА министерства здравоохранения РФ

Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости, имеющая 3 – 4 степени распространения спаечного процесса, рецидивирующие формы течения заболевания, осложненные острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) является одним из наиболее сложных разделов в экстренной абдоминальной хирургии.

Целью настоящего исследования служит обоснование разработанного комплексного подхода в хирургическом лечении ОСКН с позиции улучшения течения послеоперационного периода и возможности профилактики образования брюшинных спаек.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 62 больных с ОСКН, имеющих распространенные формы спаечного процесса. Из них у 42% больных наблюдалось рецидивирующее течение СБ. В алгоритм лечения больных нами включено: денервация верхней брыжеечной артерии на уровне верхнебрыжеечных симпатических ганглиев с целью создания раннего и стойкого симпатолитического эффекта(40 б-х); программная видеолапароскопическая санация брюшной полости и адгезиолизис через 2 - 5 -7 суток после первичной операции с введением в брюшную полость противоспаечного «Линтекс-Мезогель» (10 больных); раннее применение полиферментной терапии вобэнзимом. С помощью УЗИ и рентгенографии в послеоперационном периоде

проводилось исследование эхоэмиотики, моторно-эвакуаторной функции кишечника, формирование висцеро-париетальных спаек.

Результаты. Денервация ВБА уже на операционном столе у 70% больных вызвала стойкую перистальтику кишечника, и она не угасала в течение всего послеоперационного периода. В процессе выполнения программной лапароскопии отмывается фибрин, кровь, экссудат, клеточный и белковый состав которого играют важную роль в патогенезе СБ. Своевременно диагностированы и вскрыты формирующиеся межкишечные абсцессы у 3 больных, повреждение кишки у 1 больного. Разрушаются формирующиеся шнуровидные и плоскостные висцеро-париетальные сращения. Отчетливо наблюдалось более раннее восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника после операции и уменьшение формирований висцеро-париетальных сращений (по данным УЗИ, рентгенографии).

Вывод. Таким образом, применяемая нами программа лечения больных ОСКН с распространенным спаечным процессом брюшной полости патогенетически обоснована, она улучшает течение послеоперационного периода и оказывает адгезиопротекторное действие.

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

И.В. Вострокнутов, И.В. Кука

г. Горно-Алтайск, БУЗ РА «Республиканская Больница»

Цель настоящей работы: оценить эффективность открытого метода лечения распространенного перитонита в зависимости от тяжести перитонита.

За период 1996 по 2013 год пролечено 13390 пациентов острой хирургической патологией, 11220 были оперированы, что составило 83,7 %. Во всей исследуемой группе оперированных пациентов поступивших позже 24 часов от момента заболевания было 2585. Всех пациентов поступивших позже 24 часов от момента заболевания объединяло наличие ограниченного или распространенного перитонита.

У 154 (29,1%) пациентов в послеоперационном периоде возникли осложнения, им потребовалось повторное вмешательство в виде релапаротомии. Причины приведшие к релапаротомии в данной группе пациентов были следующие. Абсцесс брюшной полости - 21 (13,6%), кишечный свищ - 1 (0,6%), подтекание желчи - 4 (2,5%), инородное тело брюшной полости (салфетка) - 1 (0,6%), некроз стенки сигмовидной кишки - 13 (8,4%),

несостоятельность швов анастомоза- 21(13,6%), продолжающийся перитонит- 62(40,2%), перфорация стенки тонкой кишки- 4 (2,5%), пропущенные раны на кишечнике во время первой операции - 5 (3,2%), ранняя спаечная кишечная непроходимость - 21 (13,6%).

После проведения релапаротомии 67 (43,5%) пациентам наложена лапаростома, а у 87 (56,4%) пациентов брюшная полость зашита наглухо. В группе пациентов где брюшная полость зашита наглухо у 61 (70,1%) пациента потребовалась релапаротомия по требованию, в сроки от 3 до 5 суток, в последующем им наложена лапаростома и проводились программированные санации брюшной полости. В этой группе умерло 19 (31,1%) пациентов. В группе пациентов которым наложена сразу лапаростома умерло 14 (20,8%) пациентов. Выбор интраоперационной тактики зависел от комплексной оценки двух критериев: оценки системных проявлений по шкале SOFA и местных проявлений по характеру выпота в брюшной полости. Применение тактики программированной санационной релапаротомии с лапаростомией у пациентов с тяжелым перитонитом и у пациентов с послеоперационным перитонитом позволяет проводить постоянный контроль за брюшной полостью, адекватную санацию брюшной полости, исключить возникновение синдрома интраабдоминальной гипертензии, что в конечном счете приводит к снижению летальности.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕТУЧИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А.К. Гагуа, И.М. Иваненков, А.Н. Терехов

г. Иваново, ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования: оптимизировать результаты хирургического лечения инфицированного панкреонекроза (ИПН) путем его ранней диагностики с использованием летучих жирных кислот (ЛЖК).

Материалы и методы. Проанализирован опыт диагностики и лечения ИПН у 52 больных, находившихся в клинике с 2009 по 2014 гг. Возраст пациентов составлял от 21 до 84 лет (в среднем $44,4 \pm 3,0$ года), среди которых было 40 (77%) мужчин и 12 (23%) женщин. Дополнительно в диагностике ИПН был использован метод газожидкостной хроматографии, с помощью которого определяли содержание в крови ЛЖК (уксусной,

пропионовой, масляной и изовалериановой), являющихся специфическими маркерами аэробных и анаэробных бактерий.

Результаты. У больных, на фоне продолжающейся интенсивной терапии, в динамике определяли концентрации ЛЖК для своевременной диагностики трансформации стерильного панкреонекроза в инфицированный. Начинаясь процесс инфицирования очагов деструкции сопровождался достоверным ($p < 0,01$) увеличением уровня ЛЖК, что соответствовало клинико-лабораторными и интегральными показателями оценки тяжести состояния, результатам лучевой диагностики и бактериологических исследований. При развитии ИПН установлены следующие показатели ЛЖК: уксусная кислота - более 0,11 ммоль/л, пропионовая - более 0,0095 ммоль/л, масляная - более 0,0035 ммоль/л и изовалериановая - более 0,0003 ммоль/л. Следует отметить, что увеличенные концентрации пропионовой, масляной и изовалериановой кислот характеризовали присутствие анаэробной флоры в очагах инфекции. Выявлена прямая корреляция между уровнем концентрации уксусной кислоты и степенью распространённости ИПН ($r = 0,98$, $p < 0,01$). У пациентов диагностированы следующие формы ИПН: панкреатогенный абсцесс - 8 (15,4%), парапанкреатическая флегмона - 16 (30,8%), паракольная флегмона - 14 (26,9%), тазовая флегмона забрюшинной клетчатки - 14 (26,9%). Им проводились различные варианты оперативных вмешательств. При этом сроки начала хирургического лечения варьировали от 11 до 30 дней от возникновения заболевания, составляя в среднем $16,8 \pm 0,9$ суток.

Выводы. Определение концентрации ЛЖК в крови является эффективным методом комплексной диагностики инфицированных форм панкреонекроза.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Р.Н. Гареев, В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, И.М. Ярмухаметов, Д.З. Фахретдинов, И.Д. Хабибуллин
г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы не прослеживается тенденция к снижению травматизма за счет неуклонного роста транспортных происшествий, падения с высоты, природных катаклизмов и локальных войн, что делает проблему лечения травмы живота (ТЖ) актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пострадавших с травмой живота.

Материалы и методы. В клинический материал вошли 1056 пострадавших с ТЖ. В основную группу вошли 519 пострадавших, которые велись с учетом показателей интраабдоминального давления (ИАД), уровня лактата крови, как индикатора реперфузионных осложнений, с использованием тактики DAMAGE CONTROL, с широким использованием в диагностике и лечении не- и миниинвазивных технологий, таких как ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия, ангиография, с применением органосохраняющих технологий. Контрольную группу составили 537 пострадавших, которые велись без учета вышеуказанных параметров. Такой метод как лапароцентез при обследовании основной группы больных полностью сменила диагностическая лапароскопия. У 10 пострадавших основной группы с забрюшинными гематомами, травмой печени гемостаз был достигнут эндоваскулярной эмболизацией сосудов поврежденных органов. Для профилактики интраабдоминальной гипертензии отказывались от лапароскопии при ИАД более 20 мм.рт.ст., применяли перидуральную анестезию, назогастроинтестинальную и трансанальную интубацию кишечника, при компартмент-синдроме миорелаксацию с продленной искусственной вентиляцией легких, декомпрессивную лапаротомию. У пострадавших основной группы 38,3% оперативных вмешательств выполнено полностью через минидоступы, нежели у пострадавших контрольной группы (21%). Этапному программированному хирургическому лечению в основной группе подверглось 32 пострадавших. В контрольной группе при любом состоянии коррекцию всех повреждений выполняли в один этап, а релапаротомии выполнялись исключительно «по требованию».

Результаты. В основной группе показатель среднего койко-дня составил $12 \pm 0,37$ дней, в группе контроля $14,5 \pm 0,42$. Показатели частоты послеоперационных осложнений, послеоперационной и общей летальности в основной группе составили 14%, 4,2%, 3% соответственно, в группе контроля 23,2%, 10,2%, 6,7%.

Выводы. Использование современных подходов в хирургии ТЖ позволили сократить количество койко-дней проведенных в стационаре, снизить показатели послеоперационных осложнений с 23,2 до 14%, послеоперационной летальности с 10,2 до 4,2%.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ЗАБРЮШИННЫХ РАНЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, И.М. Ярмухаметов, И.Д.

Хабибуллин

г. Уфа, Больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Диагностика ранений забрюшинного отдела толстой кишки (ТК) является сложным разделом хирургии. Как правило, забрюшинный ее отдел повреждается при ранениях поясничной области, которая характеризуется сложным анатомическим строением, существенно затрудняющим ревизию ран.

Цель исследования: улучшение диагностики повреждений ТК.

Материал и методы. Нами разработан способ способный сориентировать хирурга при ранении «трудных» анатомических зон и подозрении на повреждение ТК, который заключается в следующем. При поступлении пострадавшего с ранением «трудной» анатомической зоны (например, поясничной области) выполняется первичная хирургическая обработка раны с ее ревизией. В случае если раневой канал по данным хирургической обработки не проникает в брюшную полость, при стабильной гемодинамике и отсутствии перитонеальной симптоматики, при наличии сомнений в повреждении забрюшинного отдела ТК пострадавшему выполняется очистительная клизма, после которой промывные воды подвергаются химическому исследованию на наличие пигментов крови по одному из доступных способов (бензидиновая, гваяковая, пирамидиновая пробы и др.). Мы выполняли в таких случаях бензидиновую пробу, как наиболее чувствительную. Бензидиновая проба считается наиболее чувствительной и дает положительный результат с разведением крови 1:100000-1:250000.

Результаты. Положительный результат данного анализа не говорит о точном наличии повреждения ТК, как и отрицательный результат не опровергает его. Однако данный способ может в большинстве случаев сориентировать хирурга на проведение лапаротомии с полноценной ревизией всех отделов ободочной кишки. Эффективность данного способа демонстрирует клинический пример, когда пострадавшему с колото-резанным ранением поясничной области выполнена первичная хирургическая обработка раны, в ходе которой проникающий в брюшную полость характер раны не выявлен. Ввиду сомнений повреждения забрюшинного отдела ТК пострадавшему выполнена очистительная клизма, промывные воды подверглись химическому анализу на

содержание пигментов крови, результат которого оказался резко положительным. Пострадавший в экстренном порядке взят в операционную, где под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопия, лапаротомия, при которой выявлена рана задней стенки селезеночного изгиба ободочной кишки размерами 10 x 5 мм.

Вывод. Проведение химического анализа промывных клизменных вод при подозрении на ранение ТК может использоваться как дополнительный метод исследования у стабильных пострадавших без явлений перитонита.

ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

**Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, И.М. Ярмухаметов,
И.Д. Хабибуллин, Д.З. Фахретдинов
г. Уфа, Больница скорой медицинской помощи**

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с ранением в живот огнестрельным оружием ограниченного поражения (ОООП).

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 9 пострадавших с огнестрельным ранением в живот, полученных из ОООП. При проникающем ранении пострадавший оперировался независимо от тяжести состояния, как и при не проникающем характере ранения и подозрении на внутрибрюшное кровотечение. При признаках геморрагического шока выполнялась лапаротомия, гемостаз, обработка ран полых органов. В случае стабильного состояния при проникающем характере ранения операция начиналась с лапароскопии (ЛС). При не проникающем характере ранения, отсутствии перитонеальных симптомов, признаков шока, отсутствии свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового исследования (УЗИ) пострадавший госпитализировался с целью проведения динамического наблюдения.

Результаты и обсуждения. Из 9 пострадавших у 7 (77,8%) ранение проникало в брюшную полость. Из них 2 (22,2%) поступившим с признаками шока в экстренном порядке выполнена лапаротомия. У 1 пострадавшего выявлена напряженная нарастающая тазовая гематома слева, повреждение левой наружной подвздошной артерии. У второго пострадавшего с признаками шока выявлено слепое ранение печени в области V-VI сегментов. Остальным 5 пострадавшим с проникающим ранением без признаков шока выполнена ЛС. Из них у 1 выполнена конверсия в лапаротомию ввиду выявленного при

ЛС гемоперитонеума и подозрения на повреждение сигмовидной кишки, при которой выявлено повреждение корня брыжейки сигмовидной кишки. У 1 пострадавшего в ходе ЛС выявлено повреждение брыжейки тонкой кишки с гематомой не больших размеров. У 3 пострадавших с проникающим ранением повреждений внутренних органов при ЛС выявлено не было. У одного пострадавшего при ЛС повреждений внутренних органов не выявлено. Летальности среди данных пострадавших не наблюдалось.

Выводы. В 77,8% случаев выстрел в живот из ООП создает угрозу для жизни ввиду проникающего характера полученного ранения. При абдоминальных огнестрельных ранениях из ООП, при стабильном состоянии пострадавшего и отсутствии признаков шока возможно выполнение ЛС, которая в ряде случаев может перейти из диагностической в лечебную без конверсии в широкую лапаротомию. При этом, выполнение в таких случаях лапаротомии, минуя этап ЛС, не может считаться тактической ошибкой.

Результаты лечения больных с вторичным перитонитом

Н.М. Гоголев, М.М. Винокуров, В.В. Савельев, А.Ф. Потапов, С.Х. Шамаева

г. Якутск, ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», ГБУ МЗ РС(Я) «Республиканская больница №2»

Аннотация

Введение. Проблемы результатов лечения вторичного перитонита, побуждают к дальнейшему изучению вопросов абдоминального сепсиса.

Материалы исследования. Представленная работа основана на анализе результатов комплексного консервативного и хирургического лечения 1015 больных с вторичным перитонитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы №2 - Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2008 по 2013 гг.

Результаты исследования. В ходе исследования анализировались наиболее тяжелые этиологические факторы вторичного перитонита и наиболее агрессивные характеры брюшного выпота.

Выводы. Наиболее тяжелыми этиологическими причинами вторичного перитонита являются травмы брюшной полости, острые деструктивные панкреонекрозы. Наиболее

агрессивной патологической жидкостью является фибринозно-гнойный и каловый перитонит

Ключевые слова

Вторичный перитонит, этиологические факторы, экссудат.

Введение

Сложность и драматизм проблемы перитонита «растворяются» в клинической неопределенности обобщающего понятия [1].

Несмотря на прогресс и успехи современной хирургии перитонит продолжает оставаться самым частым и опасным осложнением острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Средние показатели летальности удерживаются на уровне 20-30%, а при послеоперационном перитоните достигают 40-50%. Летальность при тяжелом сепсисе остается очень высокой, достигая 50% случаев .

В последнее время многие авторы отмечают отсутствие прогресса в результатах лечения перитонита. В значительной мере это связано с тем, что до настоящего времени нет единой общепринятой классификации и статистических данных по перитониту, что обусловлено, как сложностью и многогранностью самого заболевания, так и различным пониманием отдельных терминов и особенностей клинического течения разными авторами [1].

Объективная оценка тяжести состояния больных, с внутрибрюшной инфекцией, необходима для анализа перспективных направлений, определении объема и интенсивности терапии, а также для оценки прогноза. Без эффективной оценки тяжести состояния больных невозможно определение клинической эффективности различных направлений лечения, в том числе антибактериальной терапии. Объективизация оценки тяжести состояния больных и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки перспективных направлений лечения абдоминального сепсиса, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений [2].

В то же время острота проблемы лечения распространенного гнойного перитонита, противоречивость данных литературы, теоретическая и практическая значимость выбора адекватных методов до-, интра- и послеоперационной хирургической тактики побуждают к совершенствованию методов лечения больных с перитонитом [3].

Таким образом, результаты лечения больных распространенным гнойным перитонитом не удовлетворяют на сегодняшний день ни врачей, ни пациентов. Следовательно, поиски новых путей решения этой важной проблемы вполне оправданы.

Материалы исследования

В представленной нами работе приведены результаты анализа данных лечения хирургических больных за период с 2001 – 2013 гг., находившихся на лечении в ГУ РБ №2 ЦЭМП (далее по тексту Центр) по поводу различных заболеваний и травм, осложненных вторичным перитонитом.

Всего за указанный временной период в связи с различными заболеваниями и травмами, осложненными вторичным перитонитом было проведено лечение 1015 пациентам. 647 из них – это мужчины, что составило 63,8% от общего числа. 368 – женщины (36,2%). Таким образом, соотношение мужчин к женщинам – 3:1.

Возрастной состав пациентов был очень разнообразным - от 15 до 83 лет. Но основную группу представили пациенты в возрасте до 45 лет – 534 человек (52,6%), в возрасте от 46 до 55 лет было зарегистрировано 278 человек, что составило 27,4% от общего количества пациентов, страдающих вторичным перитонитом.

Наиболее часто лечение проводилось городским жителям – 769 человек (75,8%).

При изучении социального статуса пациентов было установлено, что наибольшее количество пациентов – это работающие – 443 человека (43,7%), безработных пациентов было зарегистрировано 292 человека (28,7%), пенсионеров - 198(19,5%), учащихся – 82(8,1%) человек.

716 (70,5%) пациентов поступивших на лечение в Центр экстренной медицинской помощи доставлены Станцией скорой медицинской помощи, были направлены из ЛПУ г. Якутска – 139 (13,7%), доставлены санитарной авиацией из центральных районных больниц республики – 96(9,5%) человек, обратилось в Центр самостоятельно – 64 (6,3%) человек.

Все больные госпитализированы по экстренным показаниям через различное время с момента заболевания или травмы: через 6 часов – 519(51,1%), от 6 часов до суток – 334(32,9%) и более суток 162 (16%).

Большинству больных – 897(88,4%) человек была проведена по одному оперативному вмешательству, при этом летальность составила 4,8%. При повторных операциях проведенных 118(11,6%) пациентам, летальность составила 62,5%. Общая летальность составила 12,6% по отношению ко всем больным с разлитым перитонитом.

Таким образом, в результате проведенного анализа данных среднестатистический пациент с разлитым вторичным перитонитом – это мужчина трудоспособного возраста до 55 лет, житель города. Обращение за медицинской помощью происходит в течение суток. Операция проводится по экстренным показаниям чаще всего один раз. 85,4%

оперированных пациентов выписывается из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальность у пациентов с разлитым вторичным перитонитом составила 12,6%.

Результаты и обсуждения

При анализе клинического материала нами установлено, что причинами вызвавшими перитонит явились осложнения заболеваний – 919 (90,6%) , травмы органов брюшной полости – 96(9,4%) (табл. 1)

Таблица 1. Причины вторичного перитонита

Этиологические факторы	Б-х (%)	Умерло	Одна операция	Релапаротомии
Острая кишечная непроходимость	328(32,3%)	26(8,1%)	307(93,6%)	21(6,4%)
Перфоративные язвы ДПК и желудка	259(25,5%)	16(6,1%)	254(98,1%)	5(1,9%)
Острые деструктивные аппендициты	110(10,9%)	5(4,7%)	105(95,4%)	5(4,6%)
Травмы брюшной полости	96(9,4%)	16(16,6%)	64(66,7%)	32(33,3%)
Заболевания печени и желчных путей	89(8,8%)	10(11,7%)	79(88,8%)	10(11,2%)
Острые деструктивные панкреонекрозы	85(8,4%)	53(62,5%)	34(40%)	51(60%)
Ущемленные грыжи	48(4,7%)	2(4,7%)	43(89,6%)	5(11,4%)
Всего	1015(100%)	128(12,6%)	894(88,1%)	121(11,9%)

Учитывая выше приведенную таблицу, можно утверждать, что основным этиологическим фактором вторичного перитонита в нашем случае являются острые кишечные непроходимости и перфоративные язвы двенадцатиперстной кишки и желудка которые занимают 55,8% от всех наблюдений. Но, при сравнительно невысокой летальности в общем по распространенному перитониту 12,4%, анализируя по отдельности каждую нозологию отмечается высокая летальность при травмах органов брюшной полости 16,6%, а доминирующим является смерть при острых деструктивных панкреатитах, осложненных перитонитом 62,5%. Учитывая данное обстоятельство нами проведено разделение по кратности операциям в этом случае большинство занимают однократные операции, повторные операции занимают 11,9%. Но при этом отмечается также главенствующая роль повторных операций при осложненных панкреонекрозах 60% и при травмах – 33,3%, от объема оперативного лечения при данных причинах. Таким образом, на злокачественность течения распространенного перитонита влияет причина – панкреонекроз, травма органов брюшной полости и кратность проводимых оперативных вмешательств, при данных состояниях.

Чтобы определить другие факторы, влияющие на течение распространенного перитонита нами проведен анализ по клинической квалификации перитонитов (В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, 2000) в зависимости от характера патологической жидкости брюшной полости (табл. 2).

Таблица 2. Характер экссудата

№	**I /умерло	**II /умерло	**III /умерло	**IV /умерло	**V /умерло	**VI /умерло	**VII /умерло	Всего /умерло
*1	283(86,3%)	16(4,9%)	11(3,4%)	6(1,8%)	-	6(1,8%)	6(1,8%)	328(32,3%)
	16(5,6%)	6(37,5%)	-	4(66,6%)	-	-	-	26(8,1%)
*2	93(35,9%)	62(23,9%)	77(29,8%)	-	-	-	27(10,4%)	259(25,5%)
	-	7(11,3%)	9(11,7%)	-	-	-	-	16(6,1%)
*3	29(26,3%)	19(17,3%)	62(56,4%)	-	-	-	-	110(10,9%)
	-	-	5(8,1%)	-	-	-	-	5(4,7%)
*4	21(21,9%)	12(12,5%)	13(13,5%)	8(8,3%)	9(9,4%)	12(12,5%)	21(21,9%)	96(9,4%)
	7(33,3%)	9(75%)	-	-	-	-	-	16(16,6%)
*5	21(23,6%)	22(24,7%)	20(22,5%)	-	16(18%)	-	10(11,2%)	89(8,8%)
	-	5(22,7%)	-	-	-	-	5(50%)	10(11,7%)
*6	21(24,7%)	16(18,8%)	21(24,7%)	-	-	-	27(31,8%)	85(8,4%)
	10(47,6%)	15(93,7%)	12(57,1%)	-	-	-	16(59,3%)	53(62,5%)
*7	48(100%)	-	-	-	-	-	-	48(4,7%)
	2(4,2%)	-	-	-	-	-	-	2(4,2%)
Всего	516(50,8%)	147(14,5%)	204(20,1%)	14(1,4%)	25(2,5%)	18(1,8%)	91(8,9%)	1015(100%)
	35(6,8%)	42(28,6%)	26(12,7%)	4(28,6%)	-	-	21(23,1%)	128(12,6%)

*1. Острая кишечная непроходимость; 2. Перфоративные язвы ДПК и желудка; 3. Острые деструктивные аппендициты; 4. Травмы брюшной полости; 5. Заболевания печени и желчных путей; 6. Острые деструктивные панкреонекрозы; 7. Ущемленные грыжи

**I. серозно-фибринозный; II. фибринозно-гнойный; III. гнойный; IV. каловый; V. желчный; VI. геморрагический; VII. химический;

В результате анализа нами выявлено что основным патологическим экссудатом является серозно-фибринозный (50,8%). Но самая большая летальность выявлена при фибринозно-гнойном (28,6%) и каловом (28,6%) характере перитонита.

Выводы

1. Наиболее тяжелыми этиологическими причинами вторичного перитонита являются травмы брюшной полости, острые деструктивные панкреонекрозы
2. Наиболее агрессивной патологической жидкостью является фибринозно-гнойный и каловый перитонит

Список литературы

1. Ерохин И.А. Хирургия гнойного перитонита // 80 лекций по хирургии. Под общей ред. С.В. Савельева. М.: Литерра, - 2008. - С. 701 - 711.

2. Савельев В.С. Сепсис в хирургии: состояние проблемы и перспективы // 80 лекций по хирургии. Под общей ред. С.В. Савельева. М.: Литерра, - 2008. - С. 696 - 700.

3. Потапов А.Ф. Комплексная оценка интенсивной терапии хирургической абдоминальной инфекции в специализированном Центре экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия): Дисс.... д-ра мед. наук. - М., 2004. – С. 150.

Сведения об авторах

1. Гоголев Николай Михайлович к.м.н., доцент, зав. кафедрой хирургических болезней и стоматологии ИПОВ СВФУ.

2. Винокуров Михаил Михайлович д.м.н., проф. зав. кафедрой факультетской хирургии МИ СВФУ.

3. Савельев Вячеслав Васильевич к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии МИ СВФУ.

4. Потапов Александр Филлипович д.м.н., проф. зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПОВ СВФУ.

5. Шамаева Степанида Харитоновна к.м.н., зав. баклабораторией РБ№2 – ЦЭМП.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ В- АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ

**А.Е. Гриб, В.Ю. Носов г.Новосибирск, ГБУЗ НСО ГДКБСМП, ГБОУ
ВПО НГМУ Минздрава России**

Цель исследования: изучить эффективность и осложнения лечения гемангиом различной локализации у детей препаратом пропранолол (β -блокатор), внедрить метод в клинику в г.Новосибирске.

Материал и методы. Гемангиома одно из часто встречающихся новообразований у детей периода новорожденности и грудного возраста. Эти образования обнаруживают 1,1 – 2.6% детей данной возрастной категории. До 70% из них – девочки. Наиболее часто (до 70%) эти образования локализуются в области головы и шеи. На протяжении многих лет пропранолол использовали не только у взрослых для лечения гипертензии, но и у детей при кардиологической патологии для коррекции врожденных пороков сердца и аритмий. В процессе лечения кардиологической патологии у детей сотрудники госпиталя г. Бордо (Франция) во главе с доктором С. Leaute-Labreze обнаружили, что пропранолол может

тормозить рост и вызывать регрессию гемангиом (вазодилатация, подавление ангиогенеза, активация апоптоза). В исследовании изучена эффективность лечения препаратом пропранолол у 84 детей в возрасте от 2 месяцев до 1,5 лет с гемангиомами различного размера и локализаций. Из них 50 девочек и 34 мальчика. Всем больным, включенным в исследование, назначался пропранолол на срок от 6 до 8 месяцев. Начальная дозировка 0,5 – 1,0 мг/кг 2 раза в день перорально. При невыраженном регрессе опухоли производилось постепенное повышение дозировки до 2–3 мг/кг в 3 приема.

Результаты исследования. Из 84 пациентов положительный эффект достигнут у 80 (постепенное запустевание и исчезновение гемангиомы). 4 пациентам терапия отменена в связи с развитием побочных эффектов (брадикардия у 1, бронхоспазм у 3 пациентов).

Выводы:

1. Пропранолол эффективен и достаточно безопасен при лечении инфантильных гемангиом у детей и может применяться в качестве препарата первого ряда.
2. Выраженный терапевтический эффект пропранолола в отношении роста гемангиом обусловлен тремя молекулярными механизмами: сужением сосудов, ингибированием ангиогенеза и индукцией апоптоза.
3. Лечение должно длиться до завершения пролиферативной фазы гемангиомы, то есть до 1,5 лет, после этого возраста лечение малоэффективно.
4. Метод лечения гемангиом пропранололом может быть внедрен в детском онкогематологическом центре г.Новосибирска.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ НА МОДЕЛИ ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКОГО ГИПОСПЛЕНИЗМА

С.Е. Григорьев¹, С.А. Лепехова^{1,2,3}, К.А. Апарцин^{1,2,3}

**г. Иркутск, ¹ФГБУ «Научный центр реконструктивной и
восстановительной хирургии» СО РАМН, ²ФГБУН Иркутский научный
центр СО РАН, ³ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский
университет**

Удаление селезенки, при отсутствии резидуальной ее ткани, часто приводит к расстройствам гомеостаза, которые объединены в симптомокомплекс известный под названием – синдром постспленэктомического гипоспленизма (ПСГ). Одним из проявлений ПСГ в раннем послеоперационном периоде, наряду с нарушением иммунитета, является анемия различной степени выраженности. Существуют препараты природного и синтетического происхождения, содержащие тафцин – тетрапептид, продуцируемый в селезенке, с дефицитом которого связывают развитие ПСГ.

Целью исследования явилось изучить влияние тафцинсодержащих препаратов на течение анемии после спленэктомии в раннем послеоперационном периоде. В работе использовали пептиды селезенки свиньи, содержащие, в том числе, тафцин (препарат Спленопид), и гептапептид группы тафцина (препарат Селанк). Крысам-самцам Вистар моделировали ПСГ путем выполнения спленэктомии и удаления резидуальной пульпы. Распределение на группы: №1 (n=18) – введение Спленопида под кожу в дозе 600 мкг/кг в 0,2 мл физиологического раствора; №2 (n=18) – интраназальное введение 750 мкг/кг раствора Селанка 0,15%; №3 (n=24) – контроль с подкожным введением 0,2 мл физиологического раствора (плацебо). Препараты вводили ежедневно. Выраженность анемии изучали на 7-е и 21-е сутки эксперимента. Животные групп №2 и №3 погибли до 21-х суток от инфекционных осложнений. Референтные значения лабораторных показателей определены у 6 здоровых крыс-самцов Вистар. Данные представлены медианой. На 7-е сутки во всех группах отмечено снижение количества эритроцитов разной степени. Наиболее тяжелая анемия наблюдается в группе №3, количество эритроцитов составило $0,99 \times 10^{12}/л$. В группе №1 – $2,55 \times 10^{12}/л$, что больше чем в группе №3 ($p_U = 0,003$). В группе №2 анемия наименее выражена, количество эритроцитов ($4,25 \times 10^{12}/л$) превышает таковое в группе №3 ($p_U = 0,003$) и №1 ($p_U = 0,006$). На 21-е сутки количество эритроцитов крови в группе №1 не отличалось от нормальных показателей ($p_U = 0,68$). Таким образом, применение тафцинсодержащих препаратов сопровождается более легким течением анемии после удаления селезенки. При этом введение синтетического аналога тафцина аспленизированным крысам способствует поддержанию более высокого числа эритроцитов периферической крови, по сравнению со Спленопидом в раннем послеоперационном периоде. Применение Спленопида приводит к коррекции анемии к 21-м суткам эксперимента.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Е.Г. Григорьев^{1,3}, М.В. Садах^{1,2}, В.И. Капорский^{1,2}, Е.А. Чижова¹, Е.Э. Тюрюмина¹, Т.Н. Бойко^{1,2}

**г. Иркутск, ¹ФГБУ НЦРВХ СО РАМН, ²ГБУЗ «Иркутская Областная
клиническая больница», ³ГБОУ ВПО Иркутский государственный
медицинский университет**

В госпитальной хирургической клинике с 2000 по 2013 г. на лечении находилось 899 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита. Общая летальность остается высокой и достигает 26,8%. В случае развития таких осложнений острого панкреатита как инфицированная псевдокиста, парапанкреальный, параколярный абсцесс, одним из основных этапов в лечении является миниинвазивная хирургия с использованием методов диагностического изображения. Транскутанная *пункция* показана при абсцессах диаметром менее 4 см, не содержащих секвестров, не имеющих сообщения с просветом полого органа. При наличии абсцессов диаметром более 4 см показано миниинвазивное чрескожное *дренирование* под контролем УЗИ либо КТ (824 манипуляции). Распространенное забрюшинное нагноение, гнойный перитонит, неэффективность парахирургического лечения, являются показаниями к традиционной хирургии инфицированного панкреонекроза. У 210 пациентов в клинике выполнялись широкодоступные хирургические вмешательства. Выбор доступа и объема оперативного вмешательства определяется данными МСКТ живота с внутривенным усилением. При правом (11,3%) или левом (42,2%) типах гнойно-некротического парапанкреатита выполняли подреберную лапаротомию с соответствующей стороны, в случае центрального (39,4%) или смешанного (7,1%) типа – срединную лапаротомию. Следует особо отметить, что нет четко определенных сроков, когда необходимо выполнять хирургическое вмешательство. Процесс МСКТ-мониторинга носит динамический характер (оптимальным интервалом, когда возможно оценить динамику развития гнойно-некротического поражения забрюшинного пространства является выполнение МСКТ каждые 7-10 сут.). Хирургическая тактика включает в себя широкое вскрытие париетальной брюшины соответствующих участков зоны интереса, по возможности радикальное удаление девитализированных тканей (включая резекцию паренхимы самой поджелудочной железы, спленэктомию, некрсеквестрэктомию, а при наличии показаний и удаление пораженных сегментов ободочной кишки). Возможны варианты завершения первой операции программированным тампонированием забрюшинного пространства, выполнения ряда санационных релапаротомий. Таким образом, выбор оперативного доступа при миниинвазивном и традиционном хирургическом лечении некротического панкреатита определяется данными, полученными при УЗИ и МСКТ исследованиях. Кроме того, оперативный доступ должен обеспечивать адекватную санацию инфекционных очагов.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Р.Р. Гумеров, С.М. Елисеев, В.А. Малаханов, Е.А. Чижова, Е.Э.

Тюрюмина, С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов

**г. Иркутск, ФГБУ «Научный центр реконструктивной и
восстановительной хирургии» СО РАМН, ГБОУ ВПО Иркутский
государственный медицинский университет, ГБУЗ «Иркутская
областная клиническая больница»**

Цель: определить способ билиарной декомпрессии при МЖ в зависимости от уровня билиарного блока.

Задачи исследования: изучить эффективность и обоснованность лечебной тактики при механической желтухе (МЖ); проанализировать осложнения ante- и ретроградного БД и определить возможности выполнения в зависимости от уровня билиарного блока.

Материалы и методы. За период 1999-2013 гг. в отделении портальной гипертензии ГБУЗ ИОКБ пролечено 1167 пациентов с МЖ. Доброкачественные процессы и рак составили 665 (57,0 %) и 502 (43,0 %) случаев соответственно. Медиана 61 лет (min 19, max 88). С целью билиарной декомпрессии у 103 (21%) пациентов выполнены по 2 и более операции. Из них транспапиллярных 94 (69,1%) и транскутанных 42 (30,9%), из них 29 – наружный вариант дренирования, 13 – наружно-внутренний. Из наружно-внутренних выполняли бужирование стриктур желчных протоков – 5 случаев, стентирование стриктур билиодигестивных анастомозов – 3 случая. Показания чрескожным чреспеченочным вмешательствам – механическая желтуха опухолевого генеза независимо от уровня блока, доброкачественные стриктуры желчных протоков при длительной желтухе, недоступность БДС вследствие перенесенных операций на органах панкреатодуоденальной зоны, расположение БДС в полости крупных дивертикулов, наличии непреодолимого препятствия в устье холедоха. Антеградное дренирование выполняли под контролем УЗС (аппарат Aloka α7) и ЭОП (С-дуга «Электрон») дренажами «pigtail» Ø 7-12 Fr. Общее количество осложнений 28 (20,6%): дислокация дренажа 7 (25%), о. панкреатит 7 (25%), печеночная недостаточность 6 (21%), кровотечение 4 (14%), желчеистечение 2 (7%), биллома 1 (3,5%), холангит 1 (3,5%). По количеству осложнений и летальности транскутанный и эндоскопический способы БД не отличались: при проксимальном блоке $p = 0,84$ и $p =$

0,33, при дистальном блоке – $p = 0,73$ и $p = 0,74$ соответственно. Технический успех антеградного дренирования был выше по сравнению с ретроградным при проксимальном блоке ($p=0,0029$), в то время как при дистальном – разница не достоверна ($p=0,2$). Выводы:

1) при проксимальном уровне блока предпочтительно антеградное билиарное дренирование. 2) Чрескожные технологии с бужированием и стентированием послужили окончательным вариантом лечения в 15 наблюдениях (36%).

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

А.Ж. Даирбеков, студент 4 курса, Ш.А. Зиро, студентка 3 курса,
факультета «Общая медицина»; Научный руководитель: А. Каныбеков,
к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии КазНМУ
г. Алматы

Острый аппендицит – часто встречаемая патология в хирургической практике, аппендэктомия достигает 70-80% в сравнении с другими экстренно проводимыми операциями. Осложнения после нее в целом составляют 4,2 – 16,2%. Поэтому осложнения, появляющиеся после аппендэктомии до сегодняшнего дня остаются важной проблемой.

Цель работы: определить причину позднего поступления и диагностики острого аппендицита и возникновения осложнений.

Метод исследования: опрос пациентов отделения общей хирургии 7 ГКБ г. Алматы в послеоперационном периоде.

Обследовано 25 пациентов, из них 15 (60%) женщин, 10 (40%) мужчин. Возрастные группы пациентов: от 17 до 25 лет – 12 (48%), 26-55 лет – 11 (44%), выше 2 (8%). Из 25 больных на стационарном лечении по срокам появления симптомов острого аппендицита до 12 часов – 8 (32%), до суток – 10 (40%), свыше суток 7 (28%) находились на амбулаторном наблюдении и лечении по другим заболеваниям. Выявлено, что доставленные скорой медицинской помощью с диагнозом острый аппендицит после обследования в приемном отделении, у 10 (53%) из 19 пациентов установлен другой диагноз (почечная колика, острый гастрит, острый цистит и.т.д). В зависимости от диагноза у 15 (60%) пациентов операция была проведена под общей, у 10 (40%) под местной инфильтрационной анестезией. Во время операции из 25 больных у 17 (68%) в аппендиксе обнаружены деструктивные изменения: флегмонозных 8; гангренозных – 9; у

8 пациентов был катаральный аппендицит. Среди 17 больных с деструктивными изменениями в аппендиксе у 6 развились нагноения после операционной раны, в связи с чем сроки пребывания в стационарном лечении этих больных удлинились.

Заключение: 68% больных с патогномичными симптомами в брюшной полости, характерными для острого аппендицита, поздно обратились первый раз к врачу. У 53% больных врачами был установлен неверный диагноз. Среди поздно обратившихся больных с 68% случаев во время операции обнаружены деструктивные формы аппендицита.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ КАК СКРИНИНГ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Т.В. Дибина, А.П. Кошель

г. Северск, Томская область, ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова»

Цель исследования: показать возможности объемного ультразвука в первичном диагностическом поиске заболеваний грудного отдела пищевода.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования 320 пациентов за период с 01.2009 г по 02.2014 г. В том числе 240 человек с заболеваниями пищевода, 80 человек – контрольная группа без патологии со стороны ЖКТ. Исследование выполнялось на аппарате Assuview XQ (Корея) с использованием специализированного мультимодального конвексного объемного датчика 4-8 МГц. в положении лежа на спине или сидя, натощак и с контрастированием проксимального отдела ЖКТ дегазированной жидкостью. Стандартный алгоритм исследования дополняли методиками трехмерной реконструкции. С помощью аппаратной компьютерной программы проводили постобработку изображений в сочетании объемной реконструкции с энергетическим и цветовым доплеровским картированием. Полученные результаты сопоставляли с данными эндоскопической ультрасонографии, оперативных вмешательств и гистологического исследования.

Результаты и обсуждения. У 77 (32,15) пациентов при использовании 3D режима и энергетического доплера были диагностированы объёмные образования пищевода. В 23 (9,6%) случаях - полиповидные образования, у 11 (4,6%) - лейомиома, в 8 (3,3%) случаях – дивертикулы, у 6 (2,5%) человек - кисты (ретенционные). В 29 (12,1%) случаях

при 3D реконструкции получены данные за опухолевое поражение, при этом отмечалось нарушение послойной дифференциации структуры стенки, а неровность наружных контуров свидетельствовала об инвазии адвентиции, что соответствует T3 стадии. При вовлечении в патологический процесс паразофагеальной клетчатки - внеорганный гипоезохонный компонент был представлен в виде тяжелой неправильной формы, которые расходятся радиарно в стороны от измененной опухолью стенки пищевода. В 6 (2,5%) наблюдениях со стороны слизистой (после предварительного контрастирования дегазированной жидкостью) визуализировался кратерообразный (язвенный) дефект. В 2 (0,8%) случаях отмечалось вовлечение в патологический процесс трахеи. На основании сопоставления полученных ультразвуковых данных и данных эндоскопического (в сочетании с эндоскопической ультрасонографией) исследования диагностическая точность метода составила 87%.

Заключение. Полученные в ходе исследования результаты позволяют предложить методику объемной реконструкции в качестве скрининга онкопатологии грудного отдела пищевода.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, М.С. Аникина, И.В. Пешкова
г. Новосибирск, Новосибирский Государственный медицинский
университет, ГБУЗ НСО «Новосибирская Государственная областная
клиническая больница»

Актуальность. Увеличение количества пациентов со злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов, легких.

Материалы и методы. Эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и (или) бронхов выполнены 15 пациентам (9 - мужчин, 7 - женщин). Показаниями к вмешательствам явились: рак пищевода со сдавлением и /или прорастанием в трахею у 5, первичный рак трахеи у 5, рак щитовидной железы с прорастанием трахеи у 2, метастазы лейомиосаркомы матки в оба легких с полной окклюзией левого главного бронха и окклюзией правого главного бронха на 1/2 от ее нормального диаметра у 1, медиастинальная форма рака легкого с прорастанием обоих главных бронхов у 1, тимомы со сдавлением трахеи у 1 пациента. Протяженность участка опухолевого поражения

составляла от 2 до 5 см. Сужение просвета трахеи и бронхов менее чем на 1/2 от нормального диаметра было у 1, от 1/2 до 2/3 у 5, более 2/3 у 9 пациентов. Таким образом, у большинства пациентов имела место дыхательная недостаточность II степени.

Результаты. Силиконовый стент установлен 7, саморасправляющийся металлический – 8 пациентам. Длина стента была от 4 до 6 см, диаметр от 16 до 22 мм. В 5 случаях перед установкой силиконового стента проведено бужирование суженного участка тубусами ригидного бронхоскопа с частичным удалением опухолевых масс, что сопровождалось кровотечением, которое носило умеренный характер. Перед установкой саморасправляющегося стента расширение суженного участка трахеи не проводилось. В 10 случаях вмешательства осуществлялись под общей анестезией. В 5 случаях при установке металлических стентов вмешательства осуществлялись под местной анестезией с нейролептаналгезией. Стент устанавливался в зону сужения в доставочном устройстве по тонкой струне-проводнику, предварительно проведенной в правый нижнедолевой бронх, и под эндоскопическим контролем раскрывался в заданной позиции. Данный способ установки технически сложнее, но лучше переносится пациентами. Кроме этого возможна коррекция положения стента сразу же после установки. Осложнений в процессе установки стентов не было. Во всех случаях отмечено восстановление проходимости трахеи и бронхов, купированы явления дыхательной недостаточности.

В 1 случае на 1 сутки после вмешательства потребовалась коррекция положения стента из-за его миграции на 0,5 см выше участка сужения.

У 1 пациента через год после первичной установки стента проведено стентирование «стент в стент» из-за продолжающегося роста опухоли пищевода и сдавлении трахеи выше ранее установленного стента.

У пациентки с первичным раком трахеи через 13 месяцев после проведенного курса конформной лучевой терапии произошла миграция стента ниже участка сужения, и он был удален. Сужения просвета трахеи в зоне стояния стента нет, данных за рецидив опухолевого процесса нет. Наблюдение продолжается.

Заключение. Интервенционные эндоскопические вмешательства у пациентов с опухолевыми стенозами трахеи и бронхов позволяют эффективно купировать явления дыхательной недостаточности и восстановить проходимость дыхательных путей. Оптимальным считаем установку металлических стентов под эндоскопическим контролем в условиях внутривенной седации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

С.М. Елисеев, Р.Р.Гумеров, С.П.Чикотеев, Н.Г.Корнилов

**г. Иркутск, ФГБУ «Научный центр реконструктивной и
восстановительной хирургии» СО РАМН, ГБОУ ВПО Иркутский
государственный медицинский университет, ГБУЗ «Иркутская
областная клиническая больница»**

Материалы и методы. За период 1999-2013 гг. в отделении портальной гипертензии ГБУЗ ИОКБ пролечено 1167 больных сМЖ. Доброкачественные процессы и рак составили 665 (57,0 %) и 502 (43,0 %) случаев соответственно. Медиана возраста 61 лет (min 19, max 88). Мужчин 503 (43,1%), медиана 58 (50-67) лет; женщин 664 (56,9%), медиана 63 (54-74) года. В зависимости от нозологии все пациенты разделены на 2 группы: А – доброкачественные и В – злокачественные заболевания. Осложнения хирургического лечения: гр. А - 26(3,9%) и гр. В 26 (4,2%) ($\chi^2 = 0,81$); летальность в гр. А 16(2,4%) и гр. В 21(4,2%) ($\chi^2 = 0,09$). По кол-ву этапов хирургического лечения обе группы разбиты на 2 подгруппы: подгр.1 – 1 этап, подгр.2 – 2 этапа. Хирургические осложнения вА1 и А2 составили 19(4,2%) и 7(3,8%) ($p\chi^2 = 0,86$), в В1 и В2 9(8,5%) и 12(12,6%) соответственно ($p\chi^2 = 0,38$). Летальность вА1 и А2 составила 13(2,8%) и 3(1,6%) ($p\chi^2 = 0,38$), в В1 и В2 16(16,2%) и 5(4,9%) соответственно ($p\chi^2 = 0,018$). В 297 случаях (25,4%) послеоперационно развился с-м «быстрой билиарной декомпрессии», коррелировавший с развитием осложнений ($p\chi^2 = 0,034$). Радикальное лечение в гр.В оказалось возможным в лишь 44,2% (222) случаев, при этом в один этап в 21% (107), в два 23%(115). С целью паллиативного лечения 103 (21%) б-х перенесли по 2 и более операции. Из них транспапиллярных 94(69,1%) и транскутанных 42(30,9%). Общее кол-во осложнений 28(20,6%), из них: дислокация дренажа 7(25%), острый панкреатит 7(25%), печеночная недостаточность 6(21%), кровотечение 4(14%), желчеистечение 2(7%), биллома 1(3,5%), холангит 1(3,5%). По количеству осложнений и летальности транскутанный и эндоскопический способы БД не отличались: при проксимальном блоке $p = 0,84$ и $p = 0,33$, при дистальном блоке – $p = 0,73$ и $p = 0,74$ соответственно. Технический успех антеградного дренирования был выше по сравнению с ретроградным при проксимальном блоке ($p=0,0029$), в то время как при дистальном – разница не достоверна ($p=0,2$). Выводы: 1) Результаты лечения в группе ДЗ не зависят от количества хирургических этапов, а в группе ЗО необходимо этапное лечение; 2) Предиктор неблагоприятных исходов при МЖ

– с-м «рикошета». Выявление предикторов синдрома «рикошета» позволит прогнозировать течение болезни и на этом основании определять этапность лечения; 3) Решение о способе БД должно приниматься после оценки резектабельности опухоли; 4) Выбор способа миниинвазивного дренирования желчных протоков необходимо определять в зависимости от уровня блока: при проксимальном предпочтителен выбор антеградных способов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМИ ФОРМАМИ ЛОКТЕВЫХ БУРСИТОВ «ДРЕНАЖНЫМ» МЕТОДОМ

**А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, Е.А. Бойко, В.Н. Грохольский,
С.В. Осипенков, Е.С. Тарасюк**
**г. Благовещенск, ГБУЗ АО Благовещенская городская клиническая
больница, ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская
академия**

Проблема лечения больных экссудативными формами локтевых бурситов является чрезвычайно актуальной из-за частой встречаемости данной патологии в практике как хирургов, так и травматологов-ортопедов. Нередки осложнения (расхождение краев раны, нагноение и т.п.), что отражается на результатах лечения.

Цель исследования: Оценка эффективности «дренажного» метода лечения больных экссудативными формами локтевого бурсита

Материалы и методы: В течение 5 лет (2009-2013 гг) нами проведено лечение 24 больных экссудативной формой локтевого бурсита (возраст от 34 до 56 лет; мужчин было 20, женщин 4). Техника операции: под местной инфильтрационной анестезией после соответствующей обработки кожи в проекции нижнего участка локтевой синовиальной сумки в продольном направлении делается линейный разрез длиной до 1,0 см, проникающий в синовиальную сумку. После эвакуации экссудата к синовиальной сумке подводится резиновый дренаж, затем накладывается асептическая бинтовая повязка и гипсовая шина. В дальнейшем проводятся регулярные перевязки, кратность которых зависит от количества отделяемого по дренажу. Когда выделение жидкости из раны прекращается, дренаж удаляют. Гипсовую шину снимают в среднем через 2-2,5 недели.

Результаты: Достигнуто полное клиническое выздоровление всех больных (100%) в сроки от 3-х до 4-х недель. Осложнений и рецидивов не было.

Выводы:

1.Актуальность «дренажного» метода лечения больных экссудативными формами локтевых бурситов заключается в его высокой эффективности – достигается полное клиническое выздоровление всех больных (100%) при отсутствии осложнений и рецидивов.

2.Необходимо широкое внедрение данного метода в повседневную работу хирургов и ортопедов-травматологов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРИНЕВРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В МЕЖЛЕСТНИЧНОМ ПРОМЕЖУТКЕ

А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, Б.А. Голубев, В.Н. Грохольский, А.И. Штарберг, С.В. Осипенков
г. Благовещенск-на-Амуре, ГБУЗ АО Благовещенская городская
клиническая больница, ГБОУ ВПО Амурская государственная
медицинская академия

Методом выбора вида анестезии при различных манипуляциях на верхней конечности является регионарная периневральная анестезия в межлестничном промежутке.

Цель исследования: Анализ результатов применения регионарной периневральной анестезии в межлестничном промежутке при вправлении вывиха плеча.

Материалы и методы: В течение 2-х лет (2012-2013 гг) нами проведено вправление «свежих» вывихов плеча 24 больным (возраст от 18 до 57 лет, мужчин 11, женщин 13). Обезболивание выполнялось следующим образом: красителем наносится линия между вершиной сосцевидного отростка и верхним краем грудино-ключичного сочленения; вторая линия – ось ключицы. В полученный угол восстанавливается биссектриса и затем от середины ключицы восстанавливается перпендикуляр на эту биссектрису. Анатомическая точка пересечения перпендикуляра и биссектрисы является местом инъекции. Игла вводится под углом 40° к фронтальной плоскости и

перпендикулярно к оси шейного отдела позвоночника на глубину 2,5-3,5 см; вводится 45,0-50,0 мл 1% раствора новокаина.

Результаты: При проведении регионарной перинеуральной анестезии в межлестничном промежутке достигнуто полноценное обезболивание. Вправление вывихов произошло без каких либо усилий у всех больных (100%). Осложнений не было.

Выводы:

1. Актуальность применения регионарной перинеуральной анестезии в межлестничном промежутке при вправлении «свежих» вывихов плеча заключается в том, что она является высокоэффективной и не сопровождается осложнениями.

2. Внедрение указанного метода в широкую клиническую практику несомненно будет способствовать улучшению качества оказания помощи рассматриваемой категории больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРИНЕВРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, Б.А. Голубев, В.Н.

Грохольский, А.И. Штарберг, С.В. Осипенков

**г. Благовещенск, ГБУЗ АО Благовещенская городская клиническая
больница, ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская
академия**

При любой болезненной манипуляции обезболивание должно быть полноценным и сопровождаться расслаблением мышц. В разное время В.Г.Вайнштейном, И.А.Витюговым и В.А.Ланшаковым, а также В.А.Мешковым были предложены отдельные виды регионарной перинеуральной анестезии плечевого сплетения.

Цель исследования: Клиническая оценка применения отдельных видов регионарной перинеуральной анестезии при вправлении вывихов плеча

Материалы и методы В течение 3-х лет (2011-2013 г.г.) нами проведено вправление «свежих» вывихов плеча 132 больным (возраст от 16 до 72 лет, мужчин 62, женщин 70). Обезболивание проводилось следующим образом: при анестезии аксиллярного нерва по В.Г.Вайнштейну игла вводится из проекционной точки, расположенной на расстоянии 5,0-6,0 см вертикально вниз от заднего угла акромиона и

продвигается под углом 45° вверх до упора в лопатку. При анестезии надлопаточного нерва по И.А.Витюгову-В.А.Ланшакову место инъекции располагается на биссектрисе угла, образованного остью лопатки и ключицей в 3,5 см от его вершины, игла продвигается до упора в ость лопатки. При анестезии плечевого сплетения по В.А.Мешкову точка вкола иглы располагается под нижним краем ключицы на границе ее средней и наружной третей, игла вводится перпендикулярно к поверхности кожи на глубину 2,5-3,5 см. Суммарная доза 1% раствора новокаина (при введении в три точки) 40,0-45,0 мл.

Результаты: У всех больных (100%) при применении отдельных видов регионарной перинеуральной анестезии достигнуто безболезненное вправление «свежих» вывихов плеча. Каких-либо осложнений не отмечено.

Выводы:

1. Применение отдельных видов регионарной перинеуральной анестезии при вправлении «свежих» вывихов плеча является очень актуальным, так как при этом достигается полноценное обезболивание и мышечная релаксация.

2. Этот метод должен быть внедрен в повседневную работу как травматологов, так и анестезиологов.

К ВОПРОСУ ОБ АЛГОРИТМИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

**А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, В.Н. Грохольский, Н.Н.
Мироненко, С.В. Осипенк, А.В. Саяутин**

**г. Благовещенск-на-Амуре, ГБУЗ АО Благовещенская городская
клиническая больница ГБОУ Амурская государственная медицинская
академия**

Цель исследования: Разработка алгоритма диагностики периферических туннельных синдромов.

Материалы и методы: Было проведено клиническое обследование 300 человек с предположительным диагнозом «Периферический туннельный синдром» различной локализации. Анализ полученных клинических признаков заболеваний позволил нам разработать алгоритм диагностики периферических туннельных синдромов, состоящий из поэтапного выполнения нижеприведенных диагностических приемов:

1. Визуально-пальпаторный тест основан на выявлении отека в проекции того или иного канала (туннеля). Там же определяется точка наибольшей пальпаторной болезненности.

2. Тест Тинеля – появление боли и парестезий при перкуссии точки наибольшей болезненности.

3. Тест Фалена – производится максимальное сгибание кисти в течении 1-2 минут; при этом возникают боль и парестезии в зоне пораженного нерва

4. «Обратный» тест Фалена – воспроизведение боли и парестезий при разгибании кисти.

5. Тест Гиллиета-Уилсона – в наложенную на плечо манжетку сфигмоманометра нагнетается воздух до исчезновения периферической пульсации. При этом возникают проекционные боли и парестезии.

Результаты: Предложенный алгоритм диагностики периферических туннельных синдромов позволяет распознавать указанные заболевания в 100% случаев. Верификация проводилась путем ультрасонографии, электромиографии, а также интероперационно.

Выводы:

1.Алгоритм диагностики периферических туннельных синдромов является высокодостоверным при распознавании данных заболеваний (100% результат), что является чрезвычайно актуальным.

2.Авторы рекомендуют разработанный ими алгоритм для широкого применения, что будет способствовать улучшению диагностики и лечения рассматриваемой категории больных.

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОТАЦИОННЫМИ ПОДВЫВИХАМИ АТЛАНТА

А.Н. Емец, Д.А. Орзлиев, А.П. Сахарюк, В.Н. Грохольский, А.И. Штарберг, С.В. Осипенков, И.А. Камынина

г. Благовещенск-на-Амуре, ГБУЗ АО Благовещенская городская клиническая больница, ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия

Ротационные подвывихи атланта являются наиболее часто встречающейся травмой шейного отдела позвоночника. Традиционно лечение таких больных проводилось в

стационаре экстензионным методом. В 1969 г. И.А.Витюгов и Л.А.Волегов предложили метод «активного» вправления ротационных подвывихов атланта.

Цель исследования: Анализ результатов «активного» вправления ротационных подвывихов атланта.

Материалы и методы: В течение 2-х лет (2012-2013 г.г.) нами проведено «активное» вправление ротационных подвывихов атланта у 9 больных (возраст 16-47 лет, женщин 5, мужчин 4) в амбулаторных условиях. Выполнялась «высокая» сакроспинальная блокада 100,0-100,0 мл 0,25% раствора новокаина. Через 30 минут предлагали пациенту повернуть голову во всех направлениях. Затем накладывали воротник Шанца в положении гиперкоррекции головы на 2-3 недели. После снятия воротника дополнительного лечения не требовалось.

Результаты: «Активное» вправление ротационных подвывихов атланта приводит к полному клиническому выздоровлению пациентов (100%).

Выводы:

1.Актуальность «активного» вправления ротационных подвывихов атланта не вызывает сомнений, так как позволяет добиться выздоровления пациентов в 100% случаев.

2.Также, данный метод чрезвычайно актуален, так как применяется в амбулаторных условиях, а преимущества амбулаторного лечения общеизвестны.

3.Авторы предлагают предложенную схему лечения больных ротационными подвывихами атланта для широкого применения в повседневной врачебной практике.

ОБ АКТУАЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

**А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, В.Н. Грохольский, А.И.
Штарберг, С.В. Осипенков, И.А. Камнина**

**Г. Благовещенск-на-Амуре, ГБУЗ АО Благовещенская городская
клиническая больница, ГБОУ ВПО Амурская государственная
медицинская академия**

Основным методом лечения неосложненных переломов тел грудопоясничных позвонков является классический функциональный метод Е.Ф.Древинг-В.В.Гориневской,

применяемый в условиях стационара. В 70-х годах XX века был предложен функциональный метод ранней активизации при лечении рассматриваемой категории больных.

Цель исследования: Оценка эффективности функционального метода ранней активизации больных неосложненными стабильными переломами тел грудопоясничных позвонков.

Материалы и методы: В течение 2-х лет (2012-2013 гг) современный метод лечения был применен у 62 больных (возраст 17-59 лет, женщин 45, мужчин 17). Больные занимались гимнастикой ежедневно по 4-5 раз в день в течение 30-40 минут. К концу 3-й недели пациентам разрешали подниматься и ходить.

Результаты: Отличный – у 40 больных, хороший – у 19, удовлетворительный – у 3, неудовлетворительных результатов не было.

Выводы:

1. Функциональный метод ранней активизации больных стабильными неосложненными переломами тел грудопоясничных позвонков является высокоэффективным, так как позволяет добиться отличных и хороших результатов в подавляющем большинстве случаев.

2. Этот метод применяется в амбулаторных условиях, что является чрезвычайно актуальным, так как выгодно отличает его от классического функционального метода лечения, который используется в условиях стационара.

3. Предлагаемый метод должен занять прочное место при лечении соответствующей категории больных.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ НОТТА. АКТУАЛЬНОСТЬ. ТЕХНИКА. РЕЗУЛЬТАТЫ.

**А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, В.Н. Грохольский, А.И.
Штарберг, С.В. Осипенков, Е.С. Тарасюк**

**г. Благовещенск, ГБУЗ АО Благовещенская городская клиническая
больница, ГБОУ Амурская государственная медицинская академия**

Болезнь Нотта – это стеноз кольцевидной части фиброзного влагалища сухожилий сгибателей пальца. Лечение больных начинается с консервативных методов, при

неэффективности которых выполняется операция. Оперироваться такие больные могут как у ортопедов-травматологов, так и у хирургов (микрохирургов).

Цель исследования: Анализ результатов оперативного лечения пациентов болезнью Нотта.

Материалы и методы: В течение 2-х лет (2012-2013 гг) нами выполнены операции открытой лигаментотомии при болезни Нотта у 5 пациентов (возраст от 41 до 68 лет, женщин – 2, мужчин – 3). У всех больных было поражение 1 пальца кисти. Техника операции: под проводниковой анестезией по Оганесяну в условиях турникетной ишемии после соответствующей обработки кожи по ладонной поверхности в проекции 1 пястно-фалангового сустава делается линейный разрез длиной до 2,0 см., находят кольцевидную часть фиброзного влагалища сухожилий сгибателей 1 пальца, которая рассекается под контролем глаза, затем концы рассеченной связки иссекаются. Швы на кожу. Асептическая бинтовая повязка.

Результаты: Достигнуто полное клиническое выздоровление (100%) у всех больных в сроки от 4-х до 5-ти недель. Рецидивов не отмечено.

Выводы:

1. Оперативное лечение болезни Нотта является чрезвычайно актуальным, так как обеспечивает полное клиническое выздоровление всех больных (100%) при отсутствии рецидивов.

2. Актуальным является и то, что указанное лечение можно проводить в амбулаторных условиях.

3. Авторы рекомендуют метод оперативного лечения болезни Нотта для самого широкого применения.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГЛИЯМИ КИСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, В.Н. Грохольский, А.И.

Штарберг, С.В. Осипенков, Е.С. Тарасюк

г. Благовещенск, ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, ГБУЗ АО Благовещенская городская клиническая больница

Ганглии – это самая частая патология, с которой приходится сталкиваться при лечении заболеваний кисти как ортопедам, так и хирургам (микрохирургам).

Цель исследования: Оценка эффективности оперативного лечения больных ганглиями кисти в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: В течение 2-х лет (2012-2013 гг) нами проведено оперативное лечение 6 больных ганглиями кисти (возраст больных от 18 до 45 лет, мужчин 2, женщин 4).

Техника операции: под проводниковой анестезией по Оганесяну в условиях турникетной ишемии после соответствующей обработки кожи делается поперечный разрез непосредственно над хорошо контурируемой припухлостью мягких тканей. Длина кожного разреза вдвое больше определяемого поперечника ганглия. После выделения ганглия в подкожной клетчатке капсулу его рассекаем (капсулотомия) на всем протяжении, содержимое ганглия удаляем. Капсулу выворачиваем и подшиваем по окружности к подкожной клетчатке (насколько это возможно технически) – частичная капсулопексия. Швы на кожу. Асептическая бинтовая повязка. Гипсовая шина на 7-10 дней.

Результаты: Выздоровление больных наступало в сроки от 3-х до 4-х недель. Послеоперационных осложнений не было. У одной больной через 6 месяцев наступил рецидив заболевания.

Выводы:

1.Применяемая нами методика оперативного лечения ганглиев кисти (капсулотомия с частичной капсулопексией), основанная на использовании хорошей всасывающей способности подкожной клетчатки, является высокоэффективной. Процент рецидивов не превышает среднестатистический (20%).

2.Актуальным является то, что эти операции выполняются в амбулаторных условиях.

ЛОКАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА. АВТОРСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

**А.Н. Емец, Д.А. Оразлиев, А.П. Сахарюк, В.Н. Грохольский, Н.Н.
Мироненко, С.В. Осипенков, Е.С. Тарасюк, А.В. Саяутин**

**г. Благовещенск, ГБУЗ АО Благовещенская городская клиническая
больница, ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская
академия**

Как известно, единой классификации плечелопаточных периартрозов не существует.

Цель исследования: Разработать клинко-анатомическую классификацию локальных форм плечелопаточного периартроза и основные критерии клинической диагностики.

Материалы и методы: Было проведено клиническое обследование 500 человек с болями в области плечевого сустава. На основании присущих каждому случаю отличительных знаков исследуемые объекты были распределены следующим образом (создана классификация):

1.Подакромиально-поддельтовидный бурсит. При проведении теста «дуги болезненного отведения плеча» боль возникает в среднем секторе. Тест активного резистивного отведения плеча отрицателен.

2.Остеоартроз акромиально-ключичного сочленения. При проведении теста «дуги болезненного отведения» боль возникает в верхнем секторе.

3.Тендинит сухожилия головки двуглавой мышцы. Пальпаторно – болезненность в области межбугорковой борозды плеча. Положителен тест сопротивления активной супинации кисти (резистивная супинация).

4.Острый разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Будет западение мягких тканей и пальпаторная болезненность по ходу межбугорковой борозды плеча. При попытке активного сокращения двуглавой мышцы она контурируется ниже места обычного расположения.

5.Тендинит (тендиноз) сухожилия надостной мышцы. При проведении теста «дуги болезненного отведения плеча» боль возникает в среднем секторе. Положительны тест активного резистивного отведения плеча и проба на утомление.

6.Тендиниты мышц вращающей манжеты плеча. Положительны тесты сопротивления активной наружной и внутренней ротации плеча (резистивная ротация). Положителен симптом Дауборна.

7.Острый разрыв вращающей манжеты плеча. Будет резко выражен синдром «дуги болезненного отведения плеча»,который может сопровождаться полным блоком отведения или приведения плеча.

8.Фибромиозит области плечевого сустава. Пальпаторно определяются участки болезненных локальных мышечных гипертонусов.

9.Туннельный синдром надлопаточного нерва в вырезке лопатки (невральная форма плечелопаточного периартроза). Положительны тесты дигитальной компрессии, Тинеля-Гольдберга, резистивных гипераддукции, флексии и наружной ротации плеча.

10.Туннельный синдром подмышечного нерва (синдром четырехстороннего отверстия). Положительны тесты Кахилла, резистивной внутренней ротации и гипераддукции плеча.

Результаты: Применение предложенной классификации и основных критериев клинической диагностики позволили упорядочить поток пациентов с сходными клиническими проявлениями и распознавать заболевания в 100% случаев.

Выводы:

1.Распределение пациентов по квалификационным ячейкам нацеливает врача на целенаправленный поиск того или иного заболевания во время осмотра больного, что обеспечивает 100 % диагностику.

2.Авторы рекомендуют разработанные ими классификацию и основные критерии клинической диагностики для широкого применения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАВАЛЬВУЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Ю.В. Желтовский, Е.В. Пешков, В.А. Подкаменный, В.С. Носков, З.З. Надирадзе, В.И. Батеха

г. Иркутск, ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования», ГБОУ ВПО « Иркутский государственный медицинский университет» , Кардиохирургический центр

Цель исследования: разработать и внедрить в практику методы надежной фиксации искусственных клапанов сердца (ИКС) при хирургическом лечении инфекционного эндокардита (ИЭ), осложненного паравальвулярным абсцессом аортального клапана.

Материалы и методы. Нами прооперировано 124 больных с ИЭ аортального клапана. Из них у 36 (29%) были обнаружены паравальвулярные абсцессы в области корня аорты. У 8 больных абсцессы выявлены в области фиброзного кольца с его разрушением. Первичный ИЭ выявлен у 24 пациентов (67%), вторичный – у 12 (33,3%). При абсцессах возникших на створках клапана возникали перфорации створок, их рубцевание, выраженная деформация, разрушение. При расположении в области фиброзного кольца абсцессы (в том числе 4 не дренированных) располагались в области левой коронарной створки, имели полость от 1 до 7 см, которая контактировала со стволом легочной артерии, либо возникал свищ в полость правого желудочка. В дооперационной диагностике абсцессов сердца лучшим методом является чреспищеводная эхокардиография, которая позволила нам выявить околоклапанные абсцессы в 94,4% случаев. При наличии абсцесса возникает необходимость удаления значительно разрушенных околоклапанных структур, что существенно усложняет технику хирургической коррекции, требует создания дополнительной «опоры» для имплантации ИКС. У всех анализируемых больных применена разработанная нами методика обработки разрушенного фиброзного кольца иммобилизованными бактериальными протеиназами. Осложнений при использовании препарата не было.

Результаты. При применении данной методики нам удавалось в значительной степени уменьшить иссечение тканей фиброзного кольца аортального клапана. Затем

формировалось фиброзное кольцо с применением синтетических материалов. Умер 1 больной (2,8%) на 18 сутки после операции от полиорганной недостаточности. При обследовании больных в сроки от шести месяцев до 8 лет после операции, ни у одного из них не выявлено протезного эндокардита или параклапанной фистулы.

Заключение. Таким образом, применение имобилизованных ферментов при абсцессах сердца является надежным способом санации внутрисердечных структур, сохранения собственных тканей, применения синтетических материалов, тем самым, способствуя надежной и эффективной фиксации ИКС.

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ С МУКОПЕКСИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Е.А. Загрядский

г. Москва, Медицинский центр «ОН Клиник»

Введение. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукопексией, является новым направлением в малоинвазивном лечении геморроидальной болезни. Эффективность данного метода лечения в силу своей новизны еще не установлена.

Цель исследования. Анализ десятилетнего опыта лечения геморроя с использованием Трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукопексией в лечении геморроя.

Материалы и методы. С 2003 по 2006 год проведено лечение 452 больным хроническим геморроем II-IV стадией в возрасте от 23 до 74 лет с использованием доплер-контролируемой дезартеризации. Отдаленные результаты лечения прослежены у 375 (82,9%) пациентов в течение 5-лет. Отсутствие симптомов заболевания отмечено у 92(88,5%) больных с II стадией геморроя. У пациентов с III и IV стадией рецидив симптомов через 5 лет возник у 21,6%(51) и 32,4%(11) у пациентов соответственно. В связи с этим, методика трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации была дополнена мукопексией. С января 2007г. по август 2008 г., проведено лечение 180 пациентов с хроническим геморроем III и IV стадий. Возраст больных от 18 до 68 лет. Ближайшие результаты лечения опубликованы в «European Surgery» 2013 году. Результаты прослежены в срок от 36-60(42,9±8,9)месяцев. Через 40 месяцев после операции

отсутствие симптомов у 160(88,9%) больных, соответственно у 117(91,4%) с III стадией и у 43(82,7%) IV стадией. Периодические эпизоды кровотечения отмечено у 11(8,6%)больных III стадии и у 6(11,5%) больных с IV стадии геморроя. При аноскопии пролапс выявлен - у 11(8,6%) больных с III стадии и у 9(17,3%) больных IV стадией геморроя.

Заключение. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией слизистой, является органосберегающей, безопасной малотравматической альтернативой стандартной геморроидэктомии у больных III и IV стадии геморроя. Опыт лечения более 1000 пациентов с помощью технологии трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукопексией позволил нам полностью отказаться от геморроидэктомии в лечении пациентов с III и IV стадии геморроя.

АЛЛОСТАТИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА КАК ОСНОВА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Г.В. Зачиняев, Б.Г. Андрюков

г. Владивосток, ФГКУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота»

Аннотация

Парадигма аллостатической нагрузки стала важным инструментом для кумулятивной оценки влияния различных соматических стрессов. С целью оценки аллостатической нагрузки в динамике эндокринного ответа при стресс-реакциях, вызванных хирургическим лечением холецистита проведен анализ мониторинга уровней кортизола и адреналина как маркеров хирургического стресса в периоперационном периоде при хирургическом лечении острого и хронического холециститов. Было обследовано 156 пациентов ($59,27 \pm 24,35$ лет) с диагнозом хронический (ХрХ, 51,28%), и острый (ОХ) холецистит с осложненными и неосложненными вариантами течения. Исследовалась динамика уровня кортизола (Кр) и адреналина (А) в крови (ЭДТА-плазма) в пред-, интра- и постоперационном периодах. Выявлено, что динамики уровней гормонов в крови при этих вариантах течения заболевания находились в зависимости от этапа лечения и отражали уровень стрессорного напряжения. Сделан вывод, что кортизол и адреналин, как гормоны стресса, могут рассматриваться в качестве посредников аллостаза, а разница в уровнях этих гормонов, Δ Кр и Δ А, на

этапах хирургического лечения холецистита могут использоваться для оценки аллостатической нагрузки при периоперационном стрессе и тяжести метаболических нарушений в организме; выявлено максимальное влияние на аллостатическую нагрузку по ΔKp было выявлено на этапе проведения операционного доступа ($p < 0,02$) и зависела от возраста, варианта течения холецистита; для ΔA величина аллостатической нагрузки зависела от длительности заболевания, наличия болевого синдрома, времени пребывания в стационаре и варианта течения заболевания ($p < 0,05$).

Ключевые слова

хирургический стресс, острый и хронический холецистит, аллостаз, аллостатическая нагрузка, кортизол, адреналин.

Парадигма аллостатической нагрузки за более чем 30-летнюю историю своего существования стала важным инструментом для кумулятивной оценки влияния различных соматических стрессов [6]. Этот термин является производным от греческих слов "allo" (переменный) и "stasis" (стабильный), что буквально означает "достижение стабильности через изменения". Это связано с тем, что организм действительно изменяется в ответ на выброс гормонов стресса и эти изменения помогают ему не только преодолеть стрессовую ситуацию, но и фактически восстановить гомеостаз [6,7].

Применительно к хирургическим больным, стресс-синдром развивается следующим образом: пациент проявляет эмоциональную и физическую лабильность уже в предоперационном периоде, подтвержденную опросом, медицинский осмотр и специализированными тестами. Некоторые пациенты чувствуют эйфорию, связанную с предстоящей операцией. Тревожное ожидание операции генерирует психологические расстройства, которые усугубляются неопределенностью относительно его результатов. Согласно описанному Г. Селье адаптационному синдрому, стресс является универсальной формой реакции человека на экстремальные ситуации [8]. Реакция выражается в этапной мобилизации компенсаторных механизмов. Первая стадия («тревоги») протекает при ведущем участии эндокринной системы. Она протекает при ведущем участии эндокринной системы – выброса в кровь адреналина надпочечниками, стимуляцией секреции глюкокортикоидов (кортизола), которым принадлежит главная роль в механизме развития стресса [5, 8].

Секреция надпочечниковых гормонов обычно имеет адаптивный эффект при краткосрочном действии. Однако при длительном (хроническом) или повторном стрессе они могут вызывать патофизиологические изменения в организме. Повреждающий

эффект глюкокортикоидов в этих условиях был определен как "аллостатическая нагрузка". Таким образом, гормоны стресса несут как защитный, так и разрушительный последствия [4, 7].

Хирургический стресс после полостных вмешательств обусловлен многочисленными факторами, в том числе травмой и ишемией тканей, реперфузией и гемодинамическими нарушениями, а также состоянием симпатической нервной системы пациента. Согласно проведенным исследованиям, состояние эндокринного стресса сохраняется и в послеоперационном периоде, поэтому в современной хирургии часто предметом исследования является периоперационный стресс [1, 5]. Хирургические стресс-реакции могут привести к послеоперационным осложнениям, вызванным иммунодепрессией в условиях повреждения тканей [2, 6].

Можно представить определенные клинко-эндокринные проявления реакций при системном реагировании организма на хирургический стресс (табл. 1).

Таблица 1. Клинко-эндокринные проявления реакций при системном реагировании организма на хирургический стресс

Фазы	Начало и длительность	Клинко-метаболические	Эндокринные
Кatabолическая (отлива)	Пред-операционный период; 5 дней и более	Взволнованность, эмоциональная и физическая лаби-льность, эйфория; увеличивается ЧСС, повышается АД, увеличивается сердечный выброс.	Повышаются продукция и доставка источников питания (глюкоза, свободные жирные кислоты) к жизнеобеспечивающим органам (сердце, мозг, мышцы); задержка натрия и воды, потеря калия; выброс в кровь адреналина, стимуляция секреции кортизола, СТГ, АДГ, пролактина, подавление инсулина.
Анаболическая (прилива)	После-операционный период, дни и месяцы	Восстановление положительного азотистого баланса и потерянной мышечной массы	Основным анаболическим гормоном является инсулин. Его влияние чрезвычайно разнообразно, но основной эффект – трансмембранный перенос и улучшение утилизации тканями глюкозы. Инсулин стимулирует синтез аминокислот и тормозит липолитические процессы.

Таким образом, в обеих фазах неспецифических клинко-эндокринных системных адаптационных реакций организма при хирургическом стрессе определяющее значение принадлежит эндокринным реакциям, обеспечивающим весь спектр клинко-метаболических проявлений и определяющих при определенных условиях аллостатическую нагрузку [4, 7]. Стресс возникает, когда аллостатические механизмы

недостаточны для поддержания гомеостаза, что приводит к дисфункции систем организма [3, 5, 7].

Несмотря на то, что аллостаз и аллостатическая нагрузки являются общими понятиями, используемые для характеристики физиологических и поведенческих реакций, они требуют в каждом случае раскрытия основных механизмов и динамики стрессорного ответа и основных систем регулирования. Рассмотрим эти реакции на примере периоперационных адаптационных стресс-реакций, возникающих при хирургическом лечении холецистита.

Цель исследования: оценка аллостатической нагрузки в динамике эндокринного ответа при стресс-реакциях, вызванных хирургическим лечением холецистита.

Материалы и методы

Обследовались 156 пациентов ($59,27 \pm 24,35$ лет) с диагнозом хронический (ХрХ, 51,28%), и острый (ОХ) холецистит с осложненными и неосложненными вариантами течения. Исследовалась динамика уровня кортизола (Кр) и адреналина (А) в крови (ЭДТА-плазма) в пред-, интра- и постоперационном периодах методом ИФА (Labor Diagnostika Nord GmbH & Co). Периодичность исследования уровня гормонов: при поступлении (№1, контроль), перед убытием в операционную (№2), перед операцией (№3), после оперативного доступа (№4), после оперативного приема (№5), после операции (№6), через 2 часа после операции (№7), через 3 суток после операции (№8). Контрольные значения уровней гормонов определяли при исследовании донорской крови ($n = 30$).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы «Statistica 5.5» Statsoft Inc., США с использованием на первом этапе описательной статистики. Для выбора критерия оценки значимости парных различий проверяли соответствие формы распределения нормальному, используя критерий Колмогорова-Смирнова. Критериями предпочтения непараметрического критерия U-теста Манна-Уитни для независимых выборок явились малые выборки и удовлетворение условий ограничения их количества ($3 \leq n_1; n_2 \leq 60$), а условием его применения явилось отсутствие нормального распределения признака в совокупностях. Результаты представлены в виде значений медиан (Me) выборок и границ диапазона значений при 95% доверительном интервале [$CI_{25}; CI_{75}$]. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. Для дисперсионного анализа зависимых выборок применялся дисперсионный анализ Фридмана (Friedman ANOVA) и критерий согласованности Кендалла.

Таблица 2. Динамика уровней кортизола в крови в периоперационный период при хроническом (ХрХ, $n = 57$) и остром (ОХ, $n = 59$) вариантах течения холецистита

Группы	Уровни кортизола в крови (нмоль/л)
--------	------------------------------------

сравнения	При поступлен.	Убытие в операцион	Перед операцией	После операт дост	После опер приема	После опер 2 час	После опер 3 сут
ХрХ(б/о), <i>Me</i> 95 % CI	412 [264; 560]	474 ¹⁻¹ [268; 561]	567 ¹⁻² [379; 639]	785 ¹⁻² [513; 946]	786 ¹⁻² [473; 879]	714 ¹⁻¹ [474; 845]	443 ¹⁻¹ [274; 578]
ХрХ(о), <i>Me</i> 95 % CI	164 [107; 304]	163 ¹⁻¹ [108; 303]	303 ¹⁻¹ [262; 378]	412 ¹⁻¹ [501; 1176]	757 ¹⁻² [264; 560]	320 ¹⁻¹ [183; 668]	143 ¹⁻¹ [108; 170]
ОХ(б/о), <i>Me</i> 95 % CI	745 [324; 763]	739 ¹⁻² [396; 943]	870 ¹⁻² [639; 1018]	1006 ²⁻² [713; 1101]	948 ²⁻² [697; 1119]	915 ²⁻² [648; 1023]	499 ¹⁻¹ [428; 564]
ОХ(о, с/в), <i>Me</i> 95 % CI	404 [198; 596]	486 ¹⁻¹ [291; 680]	672 ¹⁻² [439; 895]	1016 ²⁻² [753; 1158]	983 ²⁻² [714; 1049]	714 ¹⁻² [498; 988]	236 ¹⁻¹ [124; 548]
ОХ(о, п/в), <i>Me</i> 95 % CI	709 [667; 884]	906 ²⁻² [264; 560]	1011 ²⁻² [264; 560]	1376 ²⁻³ [264; 560]	1600 ³⁻³ [1005; 1988]	1321 ²⁻³ [958; 1929]	514 ¹⁻² [414; 672]
Контроль	295 [224; 403]						

Обозначения: *Me* – медиана выборки; *p* – статистическая значимость различий медианных значений соответствующих показателей; 1 – $p > 0,05$; 2 – $p < 0,05$; 3 – $p < 0,02$ со значениями уровней кортизола, соответственно, при поступлении и контрольной группой; 95 % CI – доверительный интервал медианы. (б/о) и (о) – варианты течения заболевания без осложнений; и с осложнениями; (с/в) и (п/в) – пациенты среднего и пожилого возраста..

Результаты и обсуждение

Анализ динамики уровней кортизола и адреналина в периоперационном периоде при ОХ оказался статистически значимо выше, соответствующих значений у пациентов с ХрХ ($p < 0,05$) и в контрольной группе ($p < 0,02$). Особенно значимо это различие наблюдалось у пациентов престарелого возраста (> 70 лет): в интраоперационных пробах №№ 3-6 статистическая значимость различий была $< 0,02$ по сравнению с аналогичными уровнями контрольными и при поступлении (табл. 2).

При этом максимальные значения уровней кортизола при ОХ выявлены в пробах крови, взятой после оперативного доступа, а адреналина – после окончания операции (табл. 3).

Таблица 3. Динамика уровней адреналина в крови в периоперационный период при хроническом (ХрХ, $n = 57$) и остром (ОХ, $n = 59$) вариантах течения холецистита

Группы сравнения	Уровни эпинефрина в крови (мкг/л)						
	При поступлен.	Убытие в операцион	Перед операцией	После операт дост	После опер приема	После опер 2 час	После опер 3 сут
ХрХ(б/о), <i>Me</i> 95 % CI	69,5 ¹ [68,2; 70,1]	71,1 ¹⁻¹ [64,6; 78,4]	75,3 ¹⁻¹ [68,3; 80,1]	73,5 ¹⁻¹ [68,4; 83,1]	69,2 ¹⁻¹ [61,2; 76,4]	67,1 ¹⁻¹ [60,4; 72,6]	65,3 ¹⁻¹ [59,2; 76,4]
ХрХ(о), <i>Me</i>	67,7 ¹	72,0 ¹⁻¹	89,9 ¹⁻¹	90,2 ¹⁻¹	75,7 ¹⁻¹	70,7 ¹⁻¹	66,3 ¹⁻¹

95 % CI	[63,1; 72,9]	[66,3; 79,5]	[71,1; 108,6]	[69,1; 111,3]	[59,2; 92,1]	[59,1; 82,3]	[54,1; 78,6]
OX(б/о), <i>Me</i> 95 % CI	71,5 ¹ [68,6; 79,4]	77,3 ¹⁻¹ [67,3; 88,3]	79,8 ¹⁻¹ [68,3; 89,1]	104,5 ¹⁻² [84,4; 117,1]	70,9 ¹⁻¹ [63,1; 78,4]	67,8 ¹⁻¹ [62,3; 75,4]	65,9 ¹⁻¹ [60,2; 77,8]
OX(о), <i>Me</i> 95 % CI	72,9 ¹ [65,4; 75,8]	82,0 ¹⁻¹ [67,4; 89,5]	92,8 ¹⁻¹ [78,4; 109,1]	103,2 ¹⁻² [79,1; 111,3]	75,7 ¹⁻¹ [63,9; 95,3]	72,5 ¹⁻¹ [64,1; 83,5]	69,3 ¹⁻¹ [58,1; 79,7]
Контроль	49,5 [28,6; 60,3]						

Обозначения: *Me* – медиана выборки; *p* – статистическая значимость различий медианных значений соответствующих показателей: 1 – $p > 0,05$; 2 – $p < 0,05$; со значениями уровней кортизола, соответственно, при поступлении и контрольной группой; 95 % CI – доверительный интервал медианы; (б/о) и (о) – варианты течения заболевания без осложнений; и с осложнениями; (с/в) и (п/в) – пациенты среднего и пожилого возраста.

Подобная системность в периоперационном периоде, определенная фазовость, последовательность и разная степень выраженности позволяют рассматривать эндокринный ответ организма в концепции аллостаза и аллостатической нагрузки, которая предусматривает развитие каскада причинно-следственных событий, начинающегося с секреции первичных медиаторов стресса, таких как катехоламинов и кортикостероидов.

Проведенная оценка аллостатической нагрузки выражена в разнице уровней содержания в крови кортизола (ΔKp) и адреналина (ΔA) при влиянии однотипных стрессорных факторов на периоперационных этапах. Значительно влияние на аллостатическую нагрузку по

ΔKp было определена как максимальная на этапе проведения операционного доступа ($p < 0,02$) и зависела от возраста, варианта течения холецистита. Для ΔA величина аллостатической нагрузки зависела от длительности заболевания, наличия болевого синдрома, времени пребывания в стационаре и варианта течения заболевания. При этом, динамика значений ΔKp и

ΔA при острых и хронических формах холецистита отражала степень функциональных и метаболических нарушений (липидный и углеводный профили, гемостаз, параметры ЭКГ, температура тела после операции).

Таким образом, на величину аллостатической нагрузки оказывают влияние многие аспекты состояния пациента, которые регулируют и уровень эндокринных медиаторов аллостазии. Ранее было показано, что среди многих факторов, которые влияют на аллостатическую нагрузку, большое значение имеют генотип и раннее развитие, образ жизни, диета, физическое развитие вредные привычки [3, 4, 5, 8]. Все эти факторы влияют на реакционную способность адаптационных систем, инициирующих физиологический выброс медиаторов стресса.

Выводы

- кортизол и адреналин, как гормоны стресса, могут рассматриваться в качестве посредников аллостаза, а разница в уровнях этих гормонов, ΔKp и ΔA , на этапах хирургического лечения холецистита могут использоваться для оценки аллостатической нагрузки при периперационном стрессе;
- максимальное влияние на аллостатическую нагрузку по ΔKp было выявлено на этапе проведения операционного доступа ($p < 0,02$) и зависела от возраста, варианта течения холецистита;
- Для ΔA величина аллостатической нагрузки зависела от длительности заболевания, наличия болевого синдрома, времени пребывания в стационаре и варианта течения заболевания ($p < 0,05$).

Список литературы

1. Зачиняев Г.В., Андрюков Б.Г., Шуматов В.Б. Уровень кортизола в крови как маркер хирургического стресса и антиноцептивной защиты в периперационном периоде // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. № 1-2 (47-48). С. 82-83.
2. Самохвалов И.М., Зачиняев Г.В., Андрюков Б.Г. и др. Динамика эндокринного ответа при стресс-реакциях в хирургическом лечении калькулезного холецистита // Вестник Российской военно-мед акад, 2013, №3, С. 38-42.
3. Dowd J.B., Simanek A.M., Aiello A.E. Socio-economic status, cortisol and allostatic load: a review of the literature. Int J Epidemiol. 2009; 38(5): 1297-309. doi: 10.1093/ije/dyp277.
4. Desborough J.P. The stress response to trauma and surgery. Br J Anaesth, 2000; 85: 109-117.
5. Huiku M., Uutela K., van Gils M. et al. Assessment of surgical stress during general anesthesia. Br. J. Anaesth. 2007; 98 (4): 447-455.
6. McEwen B.S. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. Eur J Pharmacol. 2008; 583(2-3): 174-185. doi: 10.1016/j.ejphar.2007.11.071.
7. McEwen B.S. Brain on stress: how the social environment gets under the skin. Proc Natl Acad Sci USA. 2012; 109 Suppl 2:17180-17185. doi: 10.1073/pnas.1121254109.
8. Selye H. Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. Can Med Assoc J., 1976; 115: 53-6.

Сведения об авторах

1. Зачиняев Григорий Вячеславович, подполковник медслужбы, главный хирург ФГКУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ; 690005, Владивосток.

2. Андрюков Борис Георгиевич, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, заведующий лабораторным отделением ФГКУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ИНТЕРЛЕЙКИН -10 У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

В.П. Земляной¹, Д.В. Гуржий¹, Х. А. Гамзатов¹, И.А. Мелендин¹, А.А. Лернер²

г. Санкт-Петербург, ¹Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова, кафедра факультетской хирургии (зав.- проф. В. П. Земляной), ²Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Поликлиника №1 Российской академии наук (главный врач – Л.В. Львова)

Введение. Распространённый перитонит (РП) остаётся одной из основных медицинских проблем во всём мире. Ведущим патогенетическим механизмом развития системной воспалительной реакции при перитоните является увеличение уровня интерлейкинов (ИЛ). В последнее время появились данные, что повышение уровня гомоцистеина (ГЦ) - гипергомоцистеинемия (ГГЦ) может влиять на усиление экспрессии ИЛ.

Цель исследования. Оценить изменения уровня интерлейкина -10, в зависимости от повышения уровня гомоцистеина у больных распространённым перитонитом.

Материалы и методы. Обследовано 88 пациентов с диагнозом распространённый перитонит. Пациенты были разделены на две группы: I-я группа - лица с благоприятным исходом заболевания (59 человек), II –я группа – пациенты с неблагоприятным исходом (29 человек). Контрольную группу (КГ) составили 65 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. У всех пациентов и лиц КГ исследовали уровень ГЦ (мкмоль/л) и ИЛ – 10 (пг/мл) методом твёрдофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Для описания полученных результатов применяли медиану (Me) и 95% доверительный интервал. Взаимосвязь между показателями оценивали по ранговой корреляции Спирмана с уровнем $p < 0,05$ (программа Statistica 6.0).

Результаты. При исследовании было получено, что уровень ГЦ и ИЛ-10 и в I-й и во II-й группах пациентов превышал значения КГ : 14,1 (11,7;16,4), 25,7 (11,5; 36,8) vs 9,7 (7,2;11,7), $p<0,05$; 16,7 (13,2;21,3), 205,6 (146,5;299,7) vs 7,6 (1,2;9,2), $p<0,05$, соответственно. При сравнении результатов между группами пациентов было выявлено, что в I-й группе уровень и ГЦ и ИЛ-10 был достоверно ниже чем во II-й: 14,1 (11,7;16,4) vs 25,7 (11,5; 36,8), $p<0,05$; 16,7 (13,2;21,3) vs 205,6 (146,5;299,7), $p<0,05$, соответственно. Также в ходе исследования во II-й группе больных была отмечена умеренная положительная корреляция между увеличением уровня ГЦ и ИЛ-10 $r=0,47$, $p=0,03$.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно предположить, что у больных распространённым перитонитом гипергомоцистеинемия является одной из причин более значительного повышения интерлейкина – 10. Повышение уровня гомоцистеина и интерлейкина – 10 у больных распространённым перитонитом может являться маркёром неблагоприятного исхода заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ «ПРОТЕЗНЫХ ГРЫЖ» БРЮШНОЙ СТЕНКИ

В.А. Зотов

г. Новосибирск, Новосибирский государственный медицинский университет

Протезирующая пластика грыжевых ворот значительно уменьшила, но не избавила полностью от рецидивов грыж в зоне имплантации. В связи с большим количеством применения сетчатых протезов накопилось значительное количество наблюдений, характеризующих данную группу больных. Основная масса классификаций не расширяет понятий о рецидивах грыж после протезирующей пластики (Миланов Н.О. 2010; Яцентюк М.Н.1989; Тоскин К.Д. и Жебровский В.В.1990, Бородин И.Ф., 1986 Кравченко А.В., Гуринова И.В., Дорошенко Г.Т., 1992. ,Lichtenstein (1987 г.), Gilbert (1989 г.), Rutkow и Robinss (1993 г.), Schumpelick (1995 г.), Bendavid (1994 г.), Alexander (1998 г.), Zollinger (1999 г.).

Грыжи, возникшие после протезирования, называем «протезными грыжами». Этот термин краток, но достаточно ёмко характеризует прошлое и суть настоящего состояния: возникновение рецидива грыжи после протезирующей пластики грыжевых ворот.

Классификация протезных грыж включает в себя :

1. Подпротезные грыжи
2. Чрезпротезные грыжи
3. Парапротезные грыжи
4. Околопротезные грыжи

Подпротезная грыжа возникает при технике on lay и характеризуется отслоением в виде купола сетчатого протеза и выходом под него грыжевого содержимого через зону старых грыжевых ворот. Край протеза фиксирован по всему периметру. При внешнем осмотре поверхность протеза скрывает под собой грыжевое содержимое и грыжевые ворота. Ревизия грыжевых ворот требует отделения протеза по участку периметра или требуется рассечение протеза над грыжевым содержимым. Сам протез участвует в образовании грыжевого мешка.

Чрезпротезная грыжа характеризуется наличием дефекта (отверстия) в самом протезе, через которое выходит грыжевой мешок. Отверстие в протезе является грыжевыми воротами. Причина, как правило, разрушение ткани протеза при манипуляциях в зоне имплантации «вслепую» при ревизии лигатурных свищей зажимом или ножницами, либо распускание тканого протеза.

Парапротезная грыжа характеризуется отрывом части протеза и выходом грыжевого мешка вдоль оторвавшегося протеза в подкожную клетчатку. Протез является частью грыжевых ворот. В свою очередь, степень отрыва можно характеризовать, как отрыв на $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ и $\frac{4}{4}$ периметра.

Околопротезная грыжа. Грыжевые ворота и грыжевой мешок находятся в непосредственной близости от протеза, но не касаются его. Протез не участвует в образовании грыжевого мешка, и не является частью грыжевых ворот. Однако, грыжа является протезной. Так как, причина ее рецидива связана с предшествующей протезирующей пластикой. Излишняя мобилизация, разрушение анатомических структур, денервация, девакуляризация ослабили ближайший участок апоневроза, либо был использован протез недостаточной площади.

Данная классификация помогает лучше представить биомеханику формирования «протезных грыж», и облегчает выбор варианта последующей операции.

Сравнительный анализ классификаций Lichtenstein (1987 г.), Gilbert (1989 г.), Rutkow и Robinss (1993 г.), Schumpelick (1995 г.), Bendavid (1994 г.), Alexander (1998 г.), Zollinger (1999 г.) выявляет большое их сходство. Все они выделяют, как в традиционной классификации, косые, прямые и бедренные грыжи. Но в отличие от традиционной классификации в большинстве из них косые и прямые паховые грыжи рассматриваются по степени повреждения внутреннего пахового кольца и задней стенки пахового канала.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

А.С. Ибадильдин Г.И. Шарунов

г. Алматы, Казахстан, КазНМУ им. Асфендиярова С.Д. кафедра

«Хирургические болезни №3»

Актуальность: Ежегодно в мире выполняется более 1,5 млн. грыжесечений при наружных грыжах живота, частота рецидивов после аутопластики гигантских вентральных грыж составляет 20-50%, что свидетельствует о актуальности проблемы.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с вентральными грыжами.

Материал и методы: В клинике оперировано 290 больных с наружными грыжами живота, у 55,2 % выявлены сопутствующие заболевания. Возраст 20-87 лет, жен-54,8 %, муж.-45,2 %, Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) были у 107 (35,9%), больных. С ущемлением поступило 56 (53,8%), в плановом порядке 34 (32,7%), больных. У 37,7%, ПВГ были рецидивными. В работе использована классификация Cherk- Rath, 80 (77%) больных имели срединную локализацию грыжи, боковая была у 24 (23%), грыжевые ворота занимали 1-2 анатомические области у 80(77%) больных. У 30%, больных, из числа экстренно поступивших, выполнены вмешательства на органах брюшной полости, резекции различных участков кишечника, большого сальника. При ширине грыжевых ворот от 5 см (W2-W4) 60 больным выполнена протезирующая герниопластика, местные осложнения имели место у 8 (13,3%),

Основные результаты. Профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась в полном объеме. Умерло после операций ПВГ - 12 (11,2%), больных. Летальность обусловлена поздним обращением больных с развитием некроза кишечника, абдоминального сепсиса.

Основные выводы. Каждый второй больной с ПВГ поступает в клинику в экстренном порядке, в 30% им выполнены резекции тонкого, толстого кишечника или большого сальника. В связи с поздним обращением больных летальность при ПВГ продолжает оставаться высокой. Для улучшения результатов лечения с ПВГ необходим диспансерный учет, плановая санация, применение протезирующей герниопластики.

СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. Ибадильдин, В.К. Шегай, И.Н. Антипова, А.К. Кокобаева, Ж.Е.

Елубаева, И.В. Фаст

**г. Алматы, Казахстан, КазНМУ им. Асфендиярова С.Д, кафедра
«Хирургические болезни»**

Актуальность. В мире увеличивается количество больных с узловыми образованиями щитовидной железы, что обусловлено широким применением неинвазивных лучевых методов диагностики, применением тонкоигольных прицельных методов исследования. Несмотря на имеющиеся достижения вопросы дифференциальной диагностики, показаний к операции и его объему при узловых образованиях щитовидной железы не решены и являются актуальными.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость соноэластографии в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. В клинике обследовано 1750 больных с узловыми образованиями щитовидной железы, в возрасте от 25 до 75 лет. Первоначально всем пациентам проводится стандартное УЗИ в В- режиме далее использовались методики цветного и энергетического картирования, затем проводилась соноэластографии (СЭ) на том же УЗИ аппарате, тем же датчиком. Всем пациентам была проведена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ). Гистологически рак щитовидной железы (РЩЖ) был подтвержден у 39 больных. При СЭ образования окрашивались в синие тона, и коэффициент деформации (КД) превышал 4,3. Таким образом, на основании ретроспективной оценки можно вывести следующие СЭ критерии высокодифференцированного РЩЖ:

- окрашивание исследуемого образования в режиме СЭ в синие цвета
- значение коэффициента деформации более 4,3 единиц.

Результаты. Исходя из полученных данных, чувствительность метода СЭГ составила 90 %, специфичность-93,3%, диагностическая точность -92,9%.

Заключение. Таким образом, применение в алгоритме комплексного УЗИ щитовидной железы новой методики- соноэластографии повысило информативность ультразвукового метода в дифференциальной диагностике узловых образований.

Выводы:

1. Соноэластография повышает точность проведения тонкоигольной аспирационной и трепан-биопсии.

2. Динамическое СЭ мониторирование показано пациентам с уже имеющимися узлами щитовидной железы после проведенной ТАБ с целью выявления атипичных клеток и своевременного оперативного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЛЕНКИ «ГЛИЛАГИН»

Б.А. Исмаилов, К.О. Махмудов, М.М. Алимов, О.Д. Матчанов, Р.Р. Байбеков, Б.А. Саидханов.

г. Ташкент, Узбекистан, РЦСХ им. акад.В. Вахидова

Кровотечение из паренхиматозных органов являются одним из наиболее тяжелых видов хирургической патологии. Повреждение их как правило сопровождается явлениями тяжелой кровопотерей и тканевой гипоксией, для предупреждения последних широко применяются различные материалы – гемостатические гели и губки.

Цель исследования: Дать сравнительную характеристику эффективности разрабатываемым нами гемостатическим материалам.

Материалы и методы: Нами было изучено местное гемостатическое средство в виде коллагеновой пленки. Экспериментальные исследования специфической активности были проведены на модели паренхиматозного кровотечения (травматическое кровотечение из печени, атипичные резекции печени). Для каждого разработанного состава гемостатических коллагеновых пленок опыты были проведены на 66 белых крысах породы «Vistar» по 6 в каждой группе. Учитывая контрольные группы в общей сложности, были использованы 500 крыс. Время остановки кровотечения определялось секундомером. Критерием оценки момента остановки кровотечения служило полное отсутствие проникновения крови через поверхность и края применяемого гемостатика.

Результаты исследования: Анализ полученных результатов показал, что марля (контрольная) останавливает кровотечение – за 356 ± 40 сек. Порошок субстанции «Глилагин» за 34 ± 2 сек. Коллагеновая губка с содержанием 0,5% «Глилагин» останавливала кровотечение за 92 ± 10 сек. Коллагеновая пленка с содержанием 1% «Глилагин» останавливала кровотечение за 65 ± 5 сек., коллагеновая губка с содержанием 2% «Глилагин» соответственно за 126 ± 3 сек., коллагеновая губка с содержанием 1%

«Глилагин» с 3% и 1% глицерином остановила кровотечение за 67 ± 2 сек. и 66 ± 1 сек. соответственно; коллагеновая губка с содержанием 1% Лагохолина с 3% и 1% глицерином останавливала кровотечение за 74 ± 3 сек. и 72 ± 2 сек. соответственно.

Вывод: Таким образом, гемостатическая коллагеновая пленка с содержанием 1% «Глилагин» по своей гемостатической активности останавливала паренхиматозное кровотечение за 65 ± 5 сек. и дала наиболее стойкий гемостатический эффект. Сравнительные результаты анализов активности гемостатических пленок разработанных нами на основе из местного сырья по своей эффективности не уступают гемостатическим субстанциям данного назначения и могут конкурировать с зарубежными аналогами.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Н. Ищенко, Г.А. Шабанов, А.А. Григорюк, А.Е. Краснобаев, С.А.

Стужин

г. Владивосток, Кафедра оперативной и клинической хирургии ТГМУ

НИЦ «Арктика» ДВО РАН

Актуальность проблемы. Результаты хирургического лечения рак толстой кишки в основном, зависят от стадии заболевания, что отмечает большинство российских и зарубежных специалистов. Однако бессимптомность начала онкозаболеваний заставляет медицинское сообщество либо назначать достаточно дорогие методы исследования широкому кругу пациентов, либо искать новые способы ранней диагностики.

Материал и методы исследования. В течение последних 15 лет коллективом НИЦ «Арктика» был разработан способ и прибор для функционально-топической диагностики заболеваний человека на основе анализа ритмической активности головного мозга. Накопленные данные позволили систематизировать различные заболевания и уточнять их локализацию, в том числе и доброкачественные и злокачественные процессы различных органов. В первую фазу исследования сотрудниками кафедры направлялись больные с заведомо известными и подтвержденными современными способами диагностики заболеваниями (клиническими и биохимическими тестами и УЗИ, ФКС, МРТ, КТ) и обязательно верифицированными морфологически. На основе анализа более 10 тысяч пациентов составлен алгоритм топической диагностики и индекс децентрализации,

который четко подтверждал наличие пролиферативных процессов. Для проверки достоверности и разрешающей способности данного вида исследования (МЭГИ) под наблюдением сотрудников кафедры и научного центра в период с 2012 по 2014 годы на базе Медицинского объединения ДВО РАН находилось 207 пациентов, что являлось второй ступенью клинических испытаний. В этот период пациенты направлялись к исследователям без диагноза с направлением на скрининг (выявление заболеваний, в основном, онкопроцессов толстой кишки), то есть методом двойного слепого контроля. После полного обследования и заключений МЭГИ и полных современных онкостандартов обследования, анализировались совпадения и различия предложенного способа и имеющихся на вооружении в настоящее время. Специфичность МЭГИ составила 88 %, чувствительность – 92%.

Заключение. Считаем предложенный способ ранней диагностики перспективным, недорогим, неинвазивным, достаточно чувствительным и специфичным для выявления онкоколоректальной патологии. Имеется целесообразность продолжить научные исследования по данной проблеме в различных регионах страны и за рубежом.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

А.И. Квашин^{1,2}, С.А. Атаманов^{1,2}, А.В. Мельник¹, А.О. Быков¹, А.А. Помкин¹, М.Г. Ширкин¹, Е.Г. Григорьев^{1,3}

г. Иркутск, ¹ФГБУ НЦРВХ СО РАМН, ²ГБУЗ «Иркутская Областная клиническая больница», ³ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

Введение: желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) – одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Летальность при данной патологии составляет 8–20%.

Цель: показать возможности рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения острых ЖКК у пациентов с высоким операционным риском.

Материал и методы. За период с 1974 г. по 2013 г. эндоваскулярный гемостаз в нашей клинике выполнен 515 пациентам.

Ангиографическая диагностика основывалась на выявлении прямых (экстравазация контрастированной крови), тромботическая ампутация артерии, регионарный артериальный спазм, аневризма ветвей чревного ствола (ЧС) и косвенных признаков геморагии.

Выполнялись три варианта эндоваскулярных вмешательств: 1. временное уменьшение или прекращение кровотока в бассейне ЧС инфузией вазопрессоров; 2. и/или введение макроагрегата альбумина сыворотки человека; 3. материальная суперселективная эмболизация разветвлений ЧС.

Для постоянной рентгено-эндоваскулярной окклюзии (РЭО) использовались нерассасывающиеся материалы: мелкопористый полиуретан, хирургический фетр, микросферы (PVA 500-700), спирали различных модификаций (MR eye Embolization coil фирмы COOK, MR eye Flipper фирмы COOK) гемостатическая губка, стент-графт. При проведении РЭО левой желудочной артерии, рецидив кровотечения возник у 23,2%, а при окклюзии гастродуоденальной артерии (ГДА) - у 10% пациентов.

Выводы. РЭО ветвей ЧС при остром ЖКК позволяет остановить кровотечение, предупредить его рецидив и подготовить пациента к плановому оперативному лечению или продолжению консервативной терапии язвенной болезни.

Материальная эмболизация наиболее эффективна при острых дуоденальных кровотечениях (задняя нижняя язва двенадцатиперстной кишки), когда источником геморагии является ГДА.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ОРГАНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

С.С. Клоков, А.П. Кошель, В.А. Алексеев

г. Северск, Томская обл., ОГАУЗ «МЦ им. Г.К. Жерлова»

Цель. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов пластического замещения пищевода.

Материалы и методы. Проведен анализа результатов хирургического лечения 95 пациентов, в т.ч. 63 (66,3%) мужчины и 32 (33,7%) женщины, в возрасте от 21 до 72 лет с заболеваниями пищевода. Наиболее частым показанием к оперативному лечению был рак пищевода - 59 больных, послеожоговая стриктура - 31 и травма пищевода - 5 пациентов. Субтотальная резекция пищевода была выполнена у 67 (70,5%) больных, а у 28 (29,5%) пациентов произведена экстирпация пищевода.

Операция первичной эзофагогастропластики изоперистальтическим стеблем желудка с формированием мышечного жома на дистальном конце пищевода и инвагинационного клапана в зоне пищеводно-желудочного анастомоза по методике Г.К. Жерлова, выполнена у 79 (83,2%) пациентов. Пластика толстой кишкой с формированием инвагинационно-клапанного эзофагоколоанастомоза – у 16 (16,8%).

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли у 20 (21,1%) пациентов. Госпитальная летальность составила 7,4% (8). Причиной смерти у 4 больных явилась острая дыхательная недостаточность, у 2 – острая сердечная недостаточность, в 2 случаях смерть больных была обусловлена ТЭЛА. Несостоятельности швов анастомозов не выявлено. Средний послеоперационный койко-день составил $20,3 \pm 1,7$ сут.

С целью объективной оценки отдаленных результатов операций проводилось комплексное обследование больных, включающее клинические и инструментальные методы обследования (рентгеноскопия, эндоскопия, эндоскопическая и трансабдоминальная ультрасонография, «эзофагеальная» манометрия). Качество жизни пациентов оценивали по шкале GIQLI и опроснику SF-36. Проведенные исследования свидетельствуют, что в разработанной методике операции заложены основы профилактики наиболее часто встречающихся осложнений пластики пищевода после его резекции или экстирпации.

Заключение. Таким образом, операция пластического замещения удаленного пищевода с формированием сфинктерподобных механизмов позволяет надежно предупредить развитие несостоятельности швов анастомозов в ранние сроки после операции и повысить качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде за счет предупреждения развития тяжелых форм рефлюкс-эзофагита и значительного уменьшения количества их лёгких форм.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ШАРОВИДНОГО РЕЗЕРВУАРА В ПРОФИЛАКТИКЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

С.С. Клоков, А.П. Кошель, А.С. Широкопояс

г. Северск, Томская обл., ОГАУЗ «МЦ им. Г.К. Жерлова»

Цель. Снижение частоты послеоперационных осложнений обусловленных резекцией прямой кишки

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения больных раком прямой кишки, которым была выполнена низкая передняя резекция прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара по методике Г.К. Жерлова. Всего было оперировано 65 пациентов в возрасте от 46 до 74 лет. Все пациенты в послеоперационном периоде проходили комплексное обследование, которое включало в себя клинические и инструментальные методики. Качество жизни изучали по опроснику SF-36 и шкале инконтиненции Wexner score.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде все пациенты поправились. Они в одном случае мы не наблюдали осложнений связанных с несостоятельностью швов в зоне формирования соустьев и резервуара. Среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило $11,7 \pm 2,4$ сут. Средние сроки временной утраты трудоспособности после операции составили $71,3 \pm 10,8$ сут.

В сроки 1-3 мес. после операции ведущими жалобами пациентов с вновь сформированной «ампулой» прямой кишки были недержание жидкого кала и газов - 61,9%, что требовало изменения образа жизни. В сроки от 6 до 12 мес. после операции только 14,3% пациентов были вынуждены «изменять образ жизни», что обусловлено в первую очередь «включением в работу» сформированного, взамен удаленной «ампулы» прямой кишки, резервуара. Анализ шкалы SF 36 в ближайшие сроки после операции показал рост качества жизни, в первую очередь за счет PF (физическое функционирование), BP (физическая боль) и, что очень важно, SF (социальное функционирование). Все это свидетельствует о социальной реабилитации и трудовой реабилитации больного, а также о достаточно высоком уровне качества жизни в ближайшие и отдаленные сроки после операции низкой передней резекции прямой кишки с формированием ампулоподобного резервуара.

Таким образом, формирование «ампулы» прямой кишки после ее низкой передней резекции позволяет получить новый, функционально «полноценный» отдел толстой кишки, в достаточной мере компенсирующий утраченную часть прямой кишки.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОКТРЕОТИДА НА ДИНАМИКУ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

И.А. Колотушкин, С.И. Балныков, Л.Б. Шубин

г. Ярославль, Кафедра хирургии ИПДО ГБОУ ВПО ЯГМА Минздрава России

Введение. В Российской Федерации октреотид считается обязательным препаратом в лечении острого панкреатита. В протоколах лечения панкреатита Японии, Великобритании, Международной и Американской ассоциации панкреатологов, его применять не рекомендуют из-за неэффективности.

Цель исследования. Оценить влияния октреотида на динамику летальности у больных с деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на трех выборках: на общей совокупности больных ($n=672$), прогностически нетяжелых ($n=468$) и тяжелых ($n=204$). В начале, методами одномерной статистики сравнивались показатели летальности у больных получавших и не получавших октреотид. Для корректной интерпретации полученных результатов, проводилось сравнение по другим потенциальным предикторам (тяжести состояния и лечения). На втором этапе, использовался множественный регрессионный анализ Кокса, который позволил оценить совокупное, с другими факторами, влияние октреотида на летальность. Достоверным, для всех статистических методов, считали значение уровня коэффициента « r » меньше 0,05.

Полученные результаты. При простом сравнении групп, у общей совокупности пациентов, группы по летальности не отличались (31% против 27%, χ^2 , $p=0,257$). Но различия по тяжести состояния и применяемого лечения были существенны. При использовании регрессии Кокса, установлено, что октреотид является самым значимым фактором влияния на уменьшение летальности ($\beta=-0,452$, $p=0,004$). У больных с нетяжелым течением панкреонекроза, группы по летальности так же не отличались (17% против 13%, χ^2 , $p=0,224$). Но различия по факторам тяжести состояния и лечения были существенны. Регрессионный анализ не выявил влияния октреотида на летальность ($\beta=0,155$, $p=0,526$). При оценке у больных с тяжелым течением установлено, что в группе получавшей октреотид, летальность была достоверно меньше (52% против 72%, χ^2 , $p=0,003$). Но группы существенно различались по применяемому лечению. Анализ Кокса установил, что модель влияния факторов на летальность достоверно существует, и

октреотид является самым значимым предиктором, влияющим на уменьшение летальности ($\beta=-0,805$, $p=0,0001$).

Выводы. Применение у больных панкреонекрозом препарата октреотид, способствует снижению летальности, особенно это относится к пациентам с изначально тяжелыми формами заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

П.М. Косенко, С.А. Вавринчук

**г. Хабаровск, ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный
медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ**

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения язвенного пилородуоденального стеноза (ПДС) путем создания автоматизированной компьютерной диагностической системы.

Материалы и методы. Всего обследовано 65 больных с язвенным ПДС. Всем больным проводилось электрофизиологическое исследование моторики желудочно-кишечного тракта методом периферической электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ) аппаратом «Гастроскан-ГЭМ» по стандартной методике. Статическая обработка данных проводилась с использованием кластерного и дискриминантного анализа (ДА).

Результаты исследования. На основе полученных данных были выявлены неоднородные изменения моторики ЖКТ у больных с суб- и декомпенсированным ПДС, указывающие на наличие несоответствия между эвакуаторными и моторными нарушениями с наличием переходных типов моторики, которые на основании кластерного и дискриминантного анализов были выделены в отдельные подгруппы.

На основании ДА полученных электрофизиологических данных были созданы математические модели (ММ) прогнозирования моторно-эвакуаторных нарушений, включающие в себя обнаруженные переходные типы моторики желудка с общим процентом правильной классификации наблюдений в соответствующие группы 96,2%. Значения чувствительности, специфичности и точности, созданных ММ составили 96,2%, 85,7% и 96,9% соответственно.

На основе полученных ММ и эталонных баз данных была создана компьютерная программа «Система поддержки принятия решения определения степени компенсации

пилоро-дуоденального стеноза», (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2013618128), что позволило осуществить автоматизированную компьютерную скрининговую диагностику ПДС и определение степени его компенсации.

Программа имеет модульную структуру и обеспечивает пользователю следующие возможности: установление диагноза ПДС и определение степени его компенсации; возможность получать графики нелинейных дискриминантных функций различных электрофизиологических параметров в их сочетании с отображением индивидуальных параметров пациента; проводить актуализацию базы данных обучающей и контрольных выборок для коррекции статистики.

НУТРИЦИОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ - ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ НАУКА. ВЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ

Л.Н. Костюченко, О.А. Смирнова

**г. Москва, Московский клинический научно-практический центра
Департамента здравоохранения г. Москвы (МКНЦ)**

Введение: Нутриционная коррекция метаболических нарушений на основе применения современных технологий заметно улучшила результаты лечения хирургических пациентов (Louis Flancbaum, et al., 1999; Kyle UG, et al., 2006; Национальное руководство по парентеральному и энтеральному питанию 2014 и др.). Использование современных диагностических методик в нутрициологии (биоимпедансометрических определений состава тела; определения истинных потребностей организма с помощью метаболографов; исследования функциональных резервов органов, лимитирующих усвоение питательных веществ, с помощью доплерографии или другой техники и др.) позволяет составлять программу адресной (индивидуальной) алиментационно-волемической поддержки.

Цель: обосновать необходимость применения метаболографов в определении программ нутриционной поддержки утяжелых больных хирургического профиля.

Материал и методы: наблюдались пациенты с хирургическим сепсисом (APACHE 10-11), находившиеся на ИВЛ в реанимационном отделении МКНЦ. Для определения программы нутриционной поддержки всем выставлялся алиментационно-волемический диагноз, в структуру которого входит определение потребностей в пластическом и энергонеиссуемых компонентах (Ермолов А.С., Абакумов М.М., 1999;

Костюченко Л.Н., 2013 и др.). При оценке энергопотребностей нами были сопоставлены расчетные данные определённые с помощью метабологафа ССМ Express (MedGraphics, США) с последующим уточнением программы нутриционной поддержки.

Результаты: Определенные метабологом энергопотребности оказались у 2-х больных ниже по сравнению с расчётными, что позволило оценить их нутриционную поддержку как не вполне адекватную. Индивидуальная программа нутриционной поддержки была в этих случаях пересмотрена.

Выводы: Измерение энергопотребностей не только позволяет экономить нерационально избыточно используемые препараты парентерально-энтерального питания, но необходима для профилактики метаболических осложнений, связанных с передозировкой липидов. Полноценная экспресс- диагностика метаболизма обеспечивает возможность своевременной коррекции программы нутриционной поддержки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛАКТАЦИОННЫМ МАСТИТОМ

И.И. Котов, О.А. Бублейник

г. Омск, ГБОУ ВПО ОГМА, БУЗОО ГК БСМП №1

Аннотация

Цель: улучшить результаты лечения больных с лактационным маститом с приоритетным сохранением лактации путем использования энергии аргоноплазменного потока.

Проанализированы результаты лечения 207 больных послеродовым маститом. Разработана оригинальная методика, основанная на применении аргоноплазменной коагуляции с вакуумным проточно-промывным дренированием. По данной методике пролечено 34 пациентки. Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 8-9 сутки. Койко-день составил 8 суток. У всех пациенток удалось сохранить лактацию.

Вывод. Предложенная методика позволяет санировать гнойную полость, сократить сроки лечения, сохранить лактацию, добиться хороших косметических результатов.

Ключевые слова

аргоноплазменная коагуляция, вакуумное проточно-промывное дренирование, лактация, гнойный мастит.

Введение

Вопрос лечения острого гнойного лактационного мастита (ОГЛМ) представляет сложную многогранную проблему в современной неотложной хирургии. Частота возникновения послеродового мастита (ПМ) составляет 0,5-6% от общего числа родов [7]. При этом в деструктивную форму переходит от 10 до 19% всех случаев ПМ [1]. В структуре послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у родильниц мастит составляет 26-67% [10]. В последние годы наметился рост заболеваемости острым маститом, а количество деструктивных форм послеродового мастита не имеет тенденции к уменьшению [8]. Трудности лечения деструктивного послеродового мастита связаны с необходимостью санации гнойного очага в лактирующей молочной железе, поэтому в ряде случаев возникают показания для прекращения лактации [2, 5]. Мнения по поводу сохранения лактации при ОГЛМ различны. Одни авторы, рекомендуя её сохранять, отмечают образование молочных свищей до 45% случаев, другие предлагают прекращать и включать в схему лечения препараты, подавляющие лактацию [2, 4]. Формирование молочных свищей приводит к вторичному инфицированию молочной железы, молоко при этом не является стерильным, возможны инфекционные заболевания грудных младенцев. Грудное вскармливание имеет колоссальное значение в полноценном развитии ребенка и физиологии матери в послеродовом периоде. Раннее искусственное прекращение лактации может стать причиной дисгормональных заболеваний молочной железы [3].

Цель работы заключается в улучшении результатов лечения больных с острым гнойным лактационным маститом (ОГЛМ) с приоритетным сохранением лактации.

Задача: разработать двухэтапный комбинированный метод лечения больных ОГЛМ с применением аргоноплазменной санации и вакуумного проточно-промывного дренирования гнойной полости, с наложением первично отсроченного кожного шва с приоритетным сохранением лактации.

Материалы и методы

На базе МУЗ «ГКБСМП-1» г. Омска с 2001 года функционирует единый городской центр по оказанию неотложной хирургической помощи беременным и родильницам. В круглосуточном режиме в МУЗ «ГКБСМП-1» доставляются пациентки указанных категорий с острой хирургической патологией, в том числе с ОГЛМ.

В данной публикации представлены результаты лечения 207 больных с ОГЛМ в отделении гнойной хирургии МУЗ ГК «БСМП-1» города Омска за период 2006-2014 года. Ежегодно в отделении лечится 23 – 26 пациенток с данной патологией. Тенденции к уменьшению заболеваемости ОГЛМ не имеет.

Возраст больных колеблется от 17 до 42 лет. Средний возраст пациенток 26,8 лет. Наибольшее количество обращений в возрасте от 21 года до 35 лет и составило 82,2%.

Воспалительный процесс в молочной железе возникал на первой неделе послеродового периода у 5,2% больных, в период со 2 по 5 неделю – 56,9%, в более поздние сроки – 37,9% пациенток. Чаще в период со 2 по 5 неделю послеродового периода. Родильницы составили 68,1% от общего числа больных ОГЛМ. При опросе выяснилось, что большинство пациенток посещали «школы будущих матерей» при женских консультациях и поликлиниках по месту жительства, где объяснялись правила подготовки молочных желез к предстоящему кормлению и уход за ними в период лактации. При появлении первых признаков заболевания женщины зачастую занимались самолечением на дому, а позднее обращение за медицинской помощью связывали с нежеланием лечиться в стационаре, опасаясь отлучения от общения с ребёнком, перерыва в грудном вскармливании, прекращения лактации. В связи с этим, больные поступали в стационар с запущенными деструктивными формами лактационного мастита, требующими хирургического лечения.

Причиной, приводящей к острому гнойному лактационному маститу, по нашим наблюдениям в 14,7% случаев, является патология со стороны соска молочной железы (трещины, мацерация соска молочной железы, втянутый сосок), но основная роль принадлежит не устранённому своевременно лактостазу (85,3%).

Наиболее часто гнойный воспалительный процесс локализовался в верхнем наружном квадранте молочной железы в 46,7% случаев, практически одинаково в правой и левой молочных железах. В верхнем внутреннем - 18,3%; в нижнем наружном -18,3%; в нижнем внутреннем - 10%; субареоларно - 6,7%. При этом односторонний лактационный мастит развивался в 93,1% случаев, двусторонний в 6,9% случаев. В ряде случаев гнойный процесс распространялся на два и более квадрантов молочной железы.

Для диагностики ОГЛМ использовались общеклинические методы. При этом диагностическая пункция уходит на второй план, уступая место ультразвуковому исследованию (использовался аппарат «LOGIQ P6|PRC» GE Healthcare с линейным датчиком 11МГц), позволяющему выявить сочетанную патологию молочной железы (кисты, фиброаденомы и др.), определить локализацию, распространённость и форму гнойно-воспалительного процесса.

Доступ к гнойному очагу выбирали с учётом локализации и распространённости гнойного процесса и возможного сохранения её функции и эстетического вида.

При бактериальном исследовании доминирующим возбудителем заболевания является золотистый стафилококк, как в монокультуре, так и в ассоциации с другими микроорганизмами, высеивается в 90,2% случаев. В антибактериальной терапии, с учётом видовой чувствительности возбудителя, использовались антибиотики широкого спектра действия.

До 2011 года по традиционной методике под общим обезболиванием гнойную полость вскрывали и санировали, в большинстве случаев вели открыто на тампонах с мазью на водорастворимой основе, с ежедневными перевязками до появления грануляций (7-8 сутки), после чего проводили хирургическую обработку раны и накладывали вторичные швы. В 13,8% случаях операцию заканчивали накладыванием первичных швов с введением в полость разнокалиберных полихлорвиниловых трубок с боковыми отверстиями для проточно-промывного дренирования. Проточно-промывное дренирование проводилось 5-7 суток. С гранулирующими ранами было выписано 61,2% случаев, с зажившими первичным натяжением - 15,5%, с вторичными швами - 23,3%. Койко-день составлял в среднем 12 суток.

По данным литературы при лечении острого гнойного мастита используют лазер [9], низкочастотный ультразвук [6]. Благодаря высоким бактерицидным свойствам аргоноплазменную коагуляцию используют в урологии, гинекологии, торакальной хирургии.

С 2011 года с целью улучшения результатов лечения применяем оригинальную методику (Патент на изобретение № 2471434 «Способ лечения острого гнойного лактационного мастита»). На первом этапе лечения по неотложной помощи производят вскрытие гнойной полости в молочной железе и первичную хирургическую обработку по традиционной методике, при этом рану оставляют открытой с тампонадой марлевыми салфетками с мазью на водорастворимой основе. На втором этапе лечения через сутки проводят сцеживание молока и повторную хирургическую обработку раны, что позволяет выявить участки оставшихся некротических тканей, открывающиеся в рану млечные протоки. Проводят аргоноплазменную санацию полости гнойника аппаратом «Электропульс С-350 РЧПА (аргон)», при этом млечные протоки, открывающиеся в полость гнойника, заваривают, а стенки обрабатывают до образования тонкой коагуляционной пленки. Через отдельный прокол устанавливают двухпросветный промывной вакуумный дренаж (силиконовая перфорированная дренажная трубка с микроирригатором), кожную рану ушивают наглухо.

Вакуумное проточно-промывное дренирование с разряжением 120-140 см водного столба проводят в течение 5 суток.

В комплексном лечении использовали: внутримышечное введение антибиотиков широкого спектра действия в среднетерапевтических дозах; дезинтоксикационную терапию; десенсибилизирующую терапию; общеукрепляющие мероприятия; особое внимание уделяли борьбе с лактостазом: за 20 минут до сцеживания молока из больной молочной железы внутримышечно вводили 2 мл раствора спазмолитика 3 раза в день 3 суток, за 2 минуты до сцеживания молока 0,5 мл окситоцина 3 раза в сутки; сцеживали молоко из обеих молочных желез каждые 3 часа; накладывали полуспиртовые повязки на молочную железу ежедневно; физиопроцедуры (УВЧ-терапия). На период купирования воспалительного процесса, кормление молоком прекращали.

Результаты исследований

По данной методике пролечено 34 пациентки. Все раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 8-9 сутки. Больные были выписаны на 7-8 сутки. Остаточной полости в молочной железе при ультразвуковом исследовании не отмечено. В двух случаях в зоне швов на 3 и 4 сутки сформировались серогалактомы, которые были ликвидированы дренированием резиновыми выпускниками. В одном случае в течение трех недель функционировал молочный свищ через рану от дренажа, который закрылся самостоятельно. Койко-день составил в среднем 8 суток. У всех пациенток удалось сохранить лактацию.

Обсуждение результатов

Аргоноплазменная обработка гнойной полости позволяет выполнить ее качественную санацию и коагуляцию молочных фистул, открывающихся в полость раны, что предотвращает развитие молочных свищей, а проточно-промывное дренирование с вакуумной аспирацией способствует эффективному удалению раневого экссудата, скорейшему заживлению раны в паренхиме железы без формирования остаточной полости посредством плотного сближения её стенок.

Вывод

Предложенная методика лечения острого гнойного лактационного мастита позволяет наложить первичный глухой шов на кожную рану с заживлением первичным натяжением, сократить сроки лечения, сохранить лактацию, получить хороший косметический результат.

Список литературы

1. Гостищев, В.К. Инфекции в хирургии: Руководство для врачей / В.К. Гостищев. - ГЭОТАР-Медиа, 2007.-гл.-8.-с.261-275.
2. Гуртовой, Б.Л. Послеродовой мастит. Научно-практические итоги по диагностике и лечению/ Б.Л. Гуртовой, А.И. Емельянова, С.Д. Воропаева // Акушерство и гинекология. - 2008. - №5. – С. 15-18.
3. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – Т.3. – гл. – 72. – С. 1008.
4. Кулаков, А.А. Лактационный мастит: проблемы и перспективы / А.А. Кулаков, С.М. Шкода // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2004. - №6. – С. 36-38.
5. Мурашко, А.В. Послеродовой мастит / А.В. Мурашко, И.Д. Драгун, Е.Н. Коноводова // Лечащий Врач. – 2007. - № 4. – С. 59-62.
6. Оскретков, В.И. Хирургическое лечение больных с острым абсцедирующим и флегмонозным лактационным маститом / В.И. Оскретков, Е.Ф. Кокин // Вестник хирургии. Журнал им. И.И. Грекова. – 2001. - № 2. – С. 70-76.
7. Пустотина, О.А. Лактационный мастит и лактостаз / О.А. Пустотина, Ю.А. Павлютенкова // Российский вестник акушера- гинеколога. - 2007. - № 2. –С. 55-57.
8. Рутенбург, Д.Г. Клинико-эпидемические аспекты и хирургическое лечение лактационных маститов / Д.Г. Рутенбург [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. - № 3. – С. 55-59.
9. Скобелкин, О.К. Использование лазера в лечении острого гнойного мастита / О.К. Скобелкин [и др.] // Вестн. хир. – 1988. - № 9. – С. 46-48.
10. Чадаев, А.П. Острый гнойный лактационный мастит / А.П. Чадаев, А.А. Зверев – М.: Медицина, 2003. – 126.

Сведения об авторах

1. Котов Игорь Игнатьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Омской государственной медицинской академии, торакальный хирург БУЗОО ГК БСМП №1 г. Омска.
2. Бублейник Оксана Алексеевна, врач-хирург отделения гнойной хирургии МУЗ «ГК БСМП-1», ассистент кафедры госпитальной хирургии ОГМА.

ВНЕШНЯЯ ФИКСАЦИЯ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР

И.И. Котов, Р.Г Агишев, О.К. Козырь, Д.В. Федоркин, Е.С. Федоренко
г. Омск, ГБОУ ВПО ОГМА, БУЗОО ГК БСМП №1

В последнее время отмечается рост количества пострадавших трудоспособного возраста с тяжелой закрытой травмой груди, при этом наиболее выраженные нарушения дыхательной функции возникают при флотирующих переломах ребер (ФПР).

Цель исследования. Разработать в эксперименте и внедрить в клиническую практику простую и эффективную методику внешней фиксации ФПР.

Материал и методы. В исследовании на 9 трупах мужчин и женщин был воспроизведен окончательный перелом из трех и четырех ребер в передне-боковой части груди. На них проведено изучение по моделированию и расположению фиксирующей нагрудной шины (ФНШ) из ВВГ кабеля (патент РФ № 110252 от 20.11.2011 г), а также ее крепления методом чрекожной вокруг реберной лигатурной фиксации с помощью специального инструмента (патент РФ №107037 от 10.08.2011 г). У 8 пациентов с множественными переломами ребер, осложненными флотацией грудной стенки метод применен в клинике. Все они обследованы методом СКТ с последующим анализом топографии переломов при полипозиционном просмотре реберного каркаса в 3 D формате

Результаты. Во всех случаях удалось стабилизировать грудную стенку и устранить флотацию, ФНШ были сняты через 2-2,5-3 недели при явлениях консолидации сломанных ребер. Семь пациентов были выписаны в удовлетворительном состоянии без осложнений в сроки от 2,5 до 3,5 недель. Одна пациентка с двусторонним множественным переломом ребер с ФПР слева, двусторонним ушибом легких, осложнившихся РДСВ и двусторонней пневмонией, погибла.

Выводы. ФНШ устойчиво стабилизирует флотирующий фрагмент, не ограничивает респираторные движения груди, не мешает выполнению инструментальных исследований, перевязок уходу за ранами и лигатурами.

Способ стабилизации грудной стенки экстраторакальной шиной может успешно применяться для лечения множественных нестабильных и флотирующих переломов ребер, позволяет осуществить раннюю активизацию пациентов, способствует снижению респираторных осложнений и сокращает сроки их лечения в стационаре.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

А.П. Кошель, С.С. Клоков, В.А. Алексеев, Т.Г. Жерлова

г. Северск, Томская обл., ОГАУЗ «МЦ им. Г.К. Жерлова»

Цель. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ахалазией кардии путем разработки стратегии выбора оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 59 пациентов, оперированных по поводу ахалазии кардии, в том числе 27 (45,8%) мужчин и 32 (54,2%) женщины в возрасте от 27 до 68 лет. II-я степень заболевания (по классификации Петровского Б.В., 1957) выявлена у 17 (28,8%) пациентов, III-я – у 24 (40,7%), и у 18 (30,5%) пациентов имела место ахалазия кардии IV-ой степени. Средняя длительность заболевания составила $7,4 \pm 1,3$ года (от 6 мес. до 15 лет). Диагноз ахалазии кардии устанавливался на основании данных клинического и инструментального (ФЭГДС, рентгеноскопия, эзофагеальная манометрия) исследований.

Результаты и обсуждение. Методом выбора в лечении ахалазии кардии II-III степени остается консервативное (в т.ч. эндоскопическое) лечение. Однако у части пациентов возникает настоятельная необходимость хирургической коррекции. При этом в выборе тактики большую роль играет углубленное исследование. Помимо данных клинического и рентгенологического исследований в нашей клинике в определении показаний к оперативному лечению этой группы больных являются данные эзофагеальной манометрии: повышение давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) более 42 мм.рт.ст.; отсутствие пищевой перистальтики или ее значительное ослабление; расслабление НПС при глотании менее чем на 60%. Наличие одного, а тем более сочетание нескольких симптомов по данным инструментальных исследования у пациентов с ахалазией кардии II-III ст. является показанием для хирургической коррекции. У этих больных выполнялась тотальная демускуляризация суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне по методике Г.К. Жерлова. Все больные после операции поправились. Показатель качества жизни по шкале GIQLI через год после операции составил $121,9 \pm 5,2$ vs $89,6 \pm 6,9$ до операции, что всего на 9,5 балла ниже

(131,4±7,3), чем у пациентов после операции по поводу ЖКБ. Рецидивов заболевания в сроки до 5 лет не было.

Заключение. Таким образом, использование новых методов диагностики позволяет определить показания для оперативного лечения пациентов с ахалазией кардии III и тем более II ст. Сформированная искусственная кардия сохраняют свою органическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных и отсутствие рецидивов заболевания во все сроки наблюдения.

О РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.П. Кошель, С.С. Клоков, Т.В. Дибина, Е.Б. Миронова, Ю.Ю. Ракина
г. Северск, Томская обл., ОГАУЗ «МЦ им. Г.К. Жерлова»

Цель: изучить влияние реконструктивно-пластических технологий хирургического лечения рака поджелудочной железы на продолжительность жизни больных и ее качество.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 гг. в нашей клинике проходили лечение 138 пациентов с диагнозом «рак поджелудочной железы», в том числе 84 (60,9%) мужчины и 54 (39,1%) женщин в возрасте от 44 до 81 года. Радикальные операции были выполнены у 23,2% пациентов, в том числе пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция - 62,5% больных, гастропанкреатодуоденальная резекция - 18,75% и дистальная резекция поджелудочной железы - 8,75%. В ближайшие и отдаленные сроки после операции все пациенты проходили комплексное стационарное обследование, которое включало клинические, лабораторные и инструментальные методики, направленные на оценку морфофункционального состояния сформированного арефлюксного механизма и качества жизни.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде умерло два пациента, таким образом, госпитальная летальность составила 6,3%. Среди осложнений раннего послеоперационного периода чаще всего встречалась гипотония желудка - 33,3% больных, послеоперационный панкреатит 6,7%, и левосторонний экссудативный плеврит – 13,3% больных. Средний послеоперационный койко-день составил 17,1±4,6 сут.

При сравнении полученных результатов выживаемости, с выживаемостью больных оперированных в нашей клинике ранее по «стандартной» методике гастропанкреатодуоденальной резекции мы не выявили достоверных отличий. Медиана

выживаемости при этих операциях составила $18,2 \pm 3,7$ мес., более трех лет прожили 28,3% пациентов.

Таким образом, формирование арефлюксного панкреатоеюноанастомоза при раке поджелудочной железы не оказывает влияния на онкологическую радикальность и, как следствие, на продолжительность жизни больных. В то же время, изучение качества жизни у пациентов в различные сроки после операции показало, что формируемое соустье, обладая арефлюксными свойствами, предупреждает заброс желудочного и/или кишечного содержимого в панкреатический проток, предупреждает развитие послеоперационного панкреатита в ранние сроки, а в отдаленном послеоперационном периоде - рефлюкс-панкреатита, обеспечивая приемлемый уровень качества жизни оперированных больных.

НОВЫЙ СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**А.П. Кошель¹, В.А. Алексеев¹, С.С. Клоков¹, М.В. Завьялова²,
Е.А. Рыжова², С.А. Сиухина²**

**г. Северск, Томская обл., ¹ОГАУЗ «МЦ им. Г.К. Жерлова», ²ГБОУ ВПО
«Сибирский государственный медицинский университет»**

В связи со сложностью получения «гистологического» субстрата заболевания при «искусственной» ахалазии кардии, описано мало способов моделирования данного заболевания, что затрудняет поиск новых путей лечения этой сложной патологии.

Цель исследования: модификация общепринятой методики моделирования ахалазии кардии у крыс, максимально схожей морфологически с изучаемой нозологией.

Материалы и методы. Для создания экспериментальной модели ахалазии кардии использовали белых крыс линии Вистар массой тела 150-200 г. Использовали р-р бензалкония хлорида 0,02% объёмом 0,2-0,3 мл, который вводили в абдоминальный отдел пищевода внутримышечно в 4 точки: на 3, 6, 9 и 12 часах. Доза, кратность и место введения подбирали эмпирически, что позволило снизить гибель животных и сократить время формирования модели. Животных выводили из эксперимента на 1,3,15,30,60-е сутки после первичного вмешательства. Макро- и микроскопические данные сравнивали с гистологической картиной пищеводно-кардиального перехода у 2-х интактных крыс, которые составили контрольную группу.

Результаты и обсуждение. На 10 сутки в пищеводно-желудочном переходе выявлены гиперплазия эпителия, акантоз, дисплазия 2 степени. Нервные ганглии в подслизистом слое отсутствуют. В мышечном слое один нервный ганглий с резко выраженными дистрофическими изменениями клеток. Начиная с 30-х суток, пищевод был несколько расширен выше места инъекций: $3\pm 0,47$ мм в сравнении с диаметром до операции $2,66\pm 0,38$ мм, $p=0,05$. В области пищеводно-желудочного перехода визуализируется один нервный подслизистый ганглий с резко выраженными дистрофическими изменениями. Межмышечных нервных ганглиев нет.

На 60-е сутки эпителий без особенностей, нервных подслизистых ганглиев нет. Имеется два межмышечных нервных ганглиа с резко выраженными дистрофическими изменениями.

Таким образом, усовершенствованная нами модель ахалазии кардии позволяет получить морфологический субстрат заболевания и является адекватной и перспективной для дальнейшего изучения этиологии, патогенеза и разработки подходов к лечению данной патологии.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В.Г. Круглов¹, А.И. Баранов¹, А.П. Кошель¹

г. Северск, Томская обл., ¹ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К.

Жерлова; г. Новокузнецк, Кемеровская обл., ²ГБОУ ДПО

Новокузнецкий ГИУВ Минздрава России

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов лечения деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 1561 больных с острым панкреатитом (705 мужчин и 856 женщины) в возрасте от 21 до 80 лет. Отечная форма острого панкреатита имела место у 1341 (85,9%) больных, деструктивные - у 220 (13,3%) (геморрагический панкреонекроз - 118 (53,6%) и жировой - 102 (46,4%)). Средний койко-день составил $14,3\pm 5,7$ сут. Оценка тяжести состояния больных при поступлении проводилась по шкале Ranson.

Результаты и обсуждение. При количестве баллов по шкале Ranson менее 3 (отечная форма) пациентам назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию, парентеральные формы H_2 блокаторов или ингибиторов

протонной помпы, антиферментные, при необходимости длительного (более 48 часов) голодания – назначали нутритивную поддержку (зондовое энтеральное питание). Антибактериальная терапия не проводилась. Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корректировалась на основании данных инструментальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований. При тяжелой форме панкреатита (Ranson > 4 баллов), на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 204 (92,7%) из 220 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита. «Открытые» операции были выполнены у 76 (37,3%) пациентов, малоинвазивные вмешательства (дренирование желчного дерева и брюшной полости с использованием лапароскопической техники) – у 128 (62,7%). Летальность составила соответственно 38,04% и 17,2%. Общая летальность с диагнозом «панкреатит» - 4,8%, послеоперационная – 25,9 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых – малоинвазивных технологий, позволила снизить общую и послеоперационную летальность.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

И.П. Левчук, М.В. Костюченко, А.В. Алехнович, Е.С. Шишкану
**г. Москва, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И.Пирогова»**

Аннотация

В статье проводится обзор острой хирургической патологии и частоты её встречаемости, осложняющей отравления алкоголем, прижигающими жидкостями, наркотическими и психотропными препаратами. Развитие хирургических осложнений при отравлениях наблюдается у больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии и сопровождается резким ростом летальности до 75%. Наиболее разнообразные и тяжело

протекающие хирургические осложнения встречались при отравлениях алкоголем и прижигающими жидкостями.

Ключевые слова

острые отравления, осложнения, острая хирургическая патология.

Острые химические отравления занимают 3-4 место среди всех поражений, но выходят на 1-е место по летальности. Широко распространенными отравляющими веществами с высоким уровнем тяжелых осложнений и летальных исходов являются в 38,5% случаев алкоголь, прижигающие жидкости - в 10,44%, опиаты – в 9,42%, психотропные препараты – в 28,8% [6,8]. Несмотря на существенный прогресс в области диагностических и лечебных мероприятий, развитие осложнений, требующих неотложной помощи, у отравленных в токсикологических стационарах сопровождается резким ростом летальности, поскольку клинические проявления острых экзогенных отравлений и тяжесть состояния пострадавших зачастую успешно маскируют симптомы как сопутствующей патологии, так и развивающихся осложнений [5].

Исследований, посвященных анализу осложнений острых несуицидальных отравлений как в России, так и за рубежом не много. В научной литературе и практических руководствах, как правило, описываются осложнения, обусловленные резорбцией отравляющих веществ в кровь, токсическим воздействием на органы и ткани, местным воздействием некоторых групп токсикантов на ткани [6-8,10]. Все описанные в литературных источниках и изученные нами осложнения отравлений можно разделить три основные группы:

1) группу специфических осложнений (синдромов), связанных с природой воздействия токсического вещества на организм (метаболическое воздействие, нейротоксическое, воздействие на органы пищеварения, гепато- и нефротоксичность и т.д.),

2) группу осложнений в результате прямого контакта вещества (ожоги слизистой дыхательных путей и пищеварительного тракта, язвы, перфорации и др.)

3) группа осложнений в результате развития эндотоксикоза и сепсиса (острые эрозивно-язвенные дефекты, парез желудочно-кишечного тракта, печечно-почечная дисфункция, реактивный перитонит и т.д.).

При отравлении, кроме типичного экзотоксикоза, возможно развитие специфических синдромов поражения органов и систем в зависимости от характера воздействия отравляющего вещества на организм (табл.1).

Таблица 1. Специфические синдромы отравлений.

Синдром	Клинические проявления и отравляющие вещества
Синдром поражения нервной системы	головная боль, судороги, нарушение сознания, соматовегетативные нарушения (изменение ширины зрачков, расстройство функций потоотделения, слюноотделения, терморегуляции и т.д.)
Синдром нарушения кровообращения	изменение тонуса и проницаемости сосудов, снижение артериального давления (барбитураты, нитриты, резерпин, кислоты), повышение артериального давления (адреналин, окись углерода, свинец), брадикардия (ФОС, производные опиоидов, барбитураты), тахикардия (никотиновая кислота, адреналин и эфедрин, атропина сульфат).
Синдром поражения органов дыхания	угнетение дыхательного центра, повреждение паренхимы легких, токсический отек легких
Синдром поражения органов пищеварения	тошнота, рвота, явления гастроэнтерита, боль в животе, жидкий стул, желудочно-кишечные кровотечения
Синдром печеночной и почечной недостаточности	(при отравлениях хлорированными углеводородами, сулемой, солями тяжелых металлов, высокоатомными спиртами, анилиновыми красителями, нитратами, сульфаниламидами и др.) - прямое токсическое действие на почки проявляется угнетением мочеотделения, гемолизом, геморрагическими явлениями; действие ядов на печень проявляется желтухой, увеличением печени, нарушением сознания вплоть до комы.
Судорожный синдром	(отравления фосфорорганическими веществами, цианидами, салицилатами, стрихнином) – судороги, нарушение дыхания, усиление гипоксии.
Гипертермический синдром	(чаще пищевые токсикоинфекции) обусловлен токсическим или гипоксическим возбуждением центров терморегуляции гипоталамуса - повышается температура тела до 41-42 ⁰ С, повышаются обменные процессы, нарастает гипоксия.
Гипотермический синдром	(отравления опиатами, нитратами) - спонтанное снижение температуры тела, нарушения микроциркуляции (спазм сосудов, охлаждение кожи).

Специфические поражения органов и систем значительно утяжеляют общее состояние больного, снижают устойчивость детоксикационно-метаболической системы организма, провоцируя более быстрое развитие эндотоксикоза. В этой группе осложнений исследованная нами острая хирургическая патология была представлена желудочно-кишечными кровотечениями и острыми эрозивно-язвенными повреждениями, острой ишемией органов, функциональные нарушения органов.

Наибольшее количество острых хирургических состояний было выявлено в группе осложнений, возникших в результате прямого контакта вещества. В зависимости от вида токсиканта и его механизма действия и способа проникновения в организм спектр

хирургических осложнений менялся, как и время их развития (ранние и поздние осложнения).

Так, при отравлениях алкоголем осложнения выявлялись в виде острого гастроэнтерита с эрозивным поражением в 64,2%, острого панкреатита в 32-47%. При этом в 1-2 сутки чаще наблюдались желудочно-кишечные кровотечения. Среди более поздних осложнений отмечены панкреонекроз, гнойно-септические и печеночно-почечные расстройства [3,8].

Среди осложнений отравлений опиатами при их внутрисосудистом введении встречались флебиты, венозные и артериальные тромбозы 43,8%, имеются также в литературе упоминания о повреждениях артерий, образовании ложных аневризм артерий, облитерации подкожных вен, пневмотораксе, острой ишемии органов с кровоизлияниями. В 78,9 % поступающие в стационар с отравлениями требовали неотложного хирургического лечения (по поводу синдрома позиционного сдавления в 4,1 % и гнойно-воспалительных заболеваний: абсцессов - в 34,0% случаев, флегмон - в 45,0%, инфицированных ран - в 1,7%, некрозов - в 4,6%, сепсиса - в 2,4% [1,4,9]).

Отравления прижигающими жидкостями наиболее часто встречались при случайном приеме вещества внутрь. Учитывая основной механизм воздействия на организм - выраженное прижигающее действие на слизистые оболочки — в таких случаях в первую очередь развиваются ожоги полости рта, пищевода, выходного отдела желудка. Бывают сочетанные ожоги дыхательных путей. Спектр описанных при этих отравлениях осложнений был наиболее широким и также включал ранние и поздние. В раннем периоде в результате прижигающего воздействия практически у 100% пострадавших развивается острый ожоговый эзофагит с эрозивно-язвенным поражением, в 6,3-100% наблюдаются кровотечения, в 28,5% - функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, в 7,7-10,5% - сужения пищевода. Более поздние хирургические осложнения представлены некрозом и перфорацией стенки органа в 1-2,5% случаев, кровотечением в 21-50%, флегмоной стенки, рубцовой деформацией в 73%, стенозами пищевода и желудка в 65-67,8%, функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта в 2,9-8,1%, несколько реже отмечаются образование внутренних свищей, облитерация пищевода, спонтанные разрывы пищевода, возникновение рака [2].

Таким образом, проблема хирургических осложнений, связанных с отравлениями, экзотоксикозами является, как показывает более детальное изучение, достаточно частой и серьезной проблемой медицинской токсикологии и хирургии. Практически все развивающиеся при этом хирургические осложнения требуют оказания неотложной

специализированной помощи. Проведенный нами анализ показал, что наиболее разнообразные и тяжело протекающие хирургические осложнения встречались при отравлениях алкоголем (панкреонекроз, желудочно-кишечные кровотечения) и прижигающими жидкостями (кровотечения, некрозы, перфорации). Практически все поступающие пациенты с отравлениями, осложненными острой хирургической патологией, госпитализируются в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, что ощутимо затрудняет раннюю диагностику и применение стандартных хирургических алгоритмов и методов лечения. По данным ряда авторов [8] летальность у этой группы больных составляет 75%. Разнообразие встретившихся типов хирургических осложнений в различные сроки их развития обуславливает необходимость комплексного подхода к лечению этой группы пациентов, постоянного наблюдения за ними, а также определения лечебной тактики непосредственно хирургом в составе токсикологической и реаниматологической бригад.

Список литературы

1. Богданов С.И. Острые отравления опиоидами: эпидемиологические, социально-экономические и клинические аспекты [Текст]: автореф. дис... д.м.н./С.И.Богданов.- Москва, 2011.-48с.
2. Волков С.В. Химические ожоги пищевода и желудка [Текст]: монография / С.В.Волков, А.С.Ермолов, Е.А. Лужников.- Москва, 2005.-120с.
3. Диагностика деструктивного панкреатита [Текст]: монография / В.Ф.Зубрицкий, [и др.]- Москва, 2011.-144с.
4. Льготина А.В. Гнойно-септические постинъекционные осложнения у больных наркоманией [Текст]: автореф. дис... к.м.н./А.В.Льготина.-Москва, 2007.- 24с.
5. Левчук И.П. Проблема диагностики острой хирургической патологии и осложнений у пострадавших с экзотоксикозами [Текст] / И.П.Левчук, М.В.Костюченко, Е.С. Шишкану // Современная медицинская наука.-2013.-№4.-С.93-95.
6. Лужников Е.А. Острые отравления у взрослых и детей [Текст]: монография / Е.А.Лужников, Г.Н. Суходолова - Москва, 2009.-560с.
7. Медицинская токсикология [Текст]: национальное руководство / под ред. Е.А. Лужникова - Москва, 2012.-928с.
8. Симоненко Б.В. Острые отравления: неотложная помощь [Текст]: монография / Б.В.Симоненко, Г.П.Простакишин, С.Х. Сарманаев.- Москва, 2008.-269с.

9. Холбаев С.А. Особенности течения и лечения постинъекционных гонойно-воспалительных и сосудистых осложнений у больных, страдающих наркоманией [Текст]: автореф.дис.к.м.н./ С.А.Холбаев.- Душанбе, 2012.-28с.

10. Olson K.R. Poisoning and Drug Overdose [Text]: monography / K.R.Olson-McGraw-Hill Medical, 2007. — 1132 p.

Сведения об авторах

1. Левчук Игорь Петрович – профессор, зав.кафедрой медицины катастроф ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова».

2. Костюченко Марина Владимировна – д.м.н., доцент кафедры медицины катастроф ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова».

3. Алехнович Александр Владимирович – д.м.н., профессор кафедры медицины катастроф ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова».

4. Шишкану Елена Сергеевна – аспирант кафедры медицины катастроф ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова».

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**В.Г. Лубянский, И. В. Аргучинский, В. В. Сероштанов, П. В. Андреев
г. Барнаул, ГБОУ ВПО АГМУ, КГБУЗ Краевая Клиническая Больница**

Цель: улучшить результаты резекции поджелудочной железы при хроническом панкреатите и опухоли головки путем внедрения технологий герметизации панкреатокишечного анастомоза.

Материалы и методы: нами проанализированы результаты хирургического лечения 360 больных с хроническим панкреатитом и опухолью головки поджелудочной железы.

Среди них были 214 мужчин и 146 женщин.

Резекция поджелудочной железы была выполнена у 97 больных.

Хронический панкреатит был у 53, у 44 опухоли поджелудочной железы. Морфологическая характеристика ткани поджелудочной железы была представлена в 2 формах: мягкая (11 (11%) больных и плотная (86 пациентов (86%)). В целях профилактики осложнений у 13 больных (13%) применялся медицинский клей наложением на зону панкреатоентероанастомоза. У 3 больных клей наносили на гепатикоентероанастомоз в области вколов.

Профилактика острого панкреатита включала назначение всем больным октреотида и октреотида-депо в 4 случаях. Наконец у 5 больных мы прибегли к дополнительной герметизации панкреато-кишечного анастомоза задней стенкой желудка или свободным концом кишечной петли мобилизованной по Ру.

Результаты: осложнения были зарегистрированы у 23 больных (23%), в большинстве случаев у больных с мягкой железой. Несостоятельность анастомоза возникла у 18 (18%) больных, из них у 1 (1%) с применением клея «сульфокрилат». В 5 случаях были выявлены жидкостные скопления, 1 (1%) случай абсцедирования в области анастомоза. В случаях с использованием октреотида-депо осложнений не наблюдалось. При использовании октреотида достоверного влияния на частоту несостоятельности панкреатоентероанастомоза не выявлено.

Герметизация панкреатоентероанастомоза свободным концом кишечной петли мобилизованной по Ру или задней стенкой желудка у 7 больных не сопровождалось возникновением осложнений. В оценке эффективности применения клея установлено, что у 12 больных осложнений не возникло, и только в одном случае возникла несостоятельность панкреатоентероанастомоза (7%).

Выводы: таким образом, наиболее эффективным способом предотвращающим несостоятельность панкреатокишечного анастомоза является укрепление свободным концом кишечной петли или использование октреотида-депо.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ «ЗАГЛУШКИ» НА ТОНКОЙ КИШКЕ

В.Л. Мартынов, Д.Г. Колчин, М.Г. Рябков, А.Г. Семенов, Н.Ю.

Орлинская, В.А. Курилов

г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «ГКБ № 12»

Аннотация

Создание анастомозов между полыми органами брюшной полости, забрюшинного пространства и тонкой кишкой всегда ставит вопрос о предупреждении рефлюкса в дренируемую полость (пищевода, желудка, желчного пузыря, наружных печеночных протоков, кист печени и поджелудочной железы). После операции любой рефлюкс приобретает патологический характер.. Авторами разработан способ создания «заглушки» на петлю тонкой кишки, которая используется для профилактики указанных рефлюксов. Показаны исследования по ее безопасности, адекватности функционирования, общедоступности, анализируются клинические предложения.

Ключевые слова

операция, рефлюкс, «заглушка» на тонкую кишку.

Введение

Создание анастомозов между полыми органами брюшной полости, забрюшинного пространства и тонкой кишкой всегда ставит вопрос о предупреждении рефлюкса из тонкой кишки в дренируемую полость. После операции любой рефлюкс приобретает патологический характер. Рефлюкс – это предрак [6]. Критична оценка отдаленных результатов гастрэктомии, идут поиски новых, физиологичных арефлюксных технических аспектов операции [2, 10], которые переходят в тяжелую функциональную патологию оперированного желудка и встречаются от 19,2 до 95,4% случаев [3]. Формирование билиодигестивных анастомозов вызывает свободное сообщение желчных протоков с желудочно-кишечным трактом, изменяет ритм желчеотделения и создает условия для восходящей инфекции в билиарной системе, что ведет к развитию рефлюкс-холангита у 0,7-21,1% больных, а рубцевание сформированных желчно-кишечных анастомозов наступает в 9,8-28% случаев [9]. Наложение цистопанкреатоеюноанастомоза, а частота его применения доходит до 80% [1], с полностью неотключенной кишечной петлей недопустимо [4]. Для предупреждения рефлюкса формировались У-образные анастомозы. Наибольшее распространение получила операция в модификации Ру, но она имеет свои недостатки: необходимо полностью пересекать кишку, что вызывает дополнительное инфицирование брюшной полости, нередко развивается Ру-стаз синдром. Только достаточный по длине отводящий отрезок (80 – 100 см) кишки значительно снижает кишечный рефлюкс, что уменьшает вероятность развития восходящего холангита [6]. Дренирование в тонкую кишку с межкишечным анастомозом по Брауну не полностью предотвращает рефлюкс [7]. Автор «заглушки» на тонкую кишку А.А. Шалимов сам указывает на возможное восстановление проходимости кишечного канала вследствие

пролежня в области лигатур или крепок, что зависит от ишемии кишечной стенки. Удельный вес пациентов с питательной энтеростомой составляет 3,3-8% среди больных с кишечными стомами. Дегидратация, электролитные нарушения, а также местные парастомальные проявления ограничивают применение этой операции. Однако, число больных, нуждающихся в формировании энтеростомы, не уменьшается [8, 5]. Вопрос о выборе метода искусственного питания должен сводиться к правилу: «Если кишечник работает, его следует использовать».

Цель исследования – разработать и внедрить в практику «заглушку» на приводящую петлю тонкой кишки, не мигрирующую в просвет кишки, при внутреннем дренировании полых органов и полостных образований органов брюшной полости и забрюшинного пространства и оценить клинические возможности способа.

Материалы и методы

Для дренирования полостного образования накладываем соустье между ним и петлей тонкой кишки в 40-50 см от связки Трейтца. Формируем межкишечное соустье по Брауну. Выше данного соустья длина приводящего к дренируемому образованию участка тонкой кишки составляет около 10 см, в середине которого накладываем «заглушку». Длина отводящего от дренируемого образования участка тонкой кишки до межкишечного брауновского анастомоза составляет около 30 см (рис. 1).

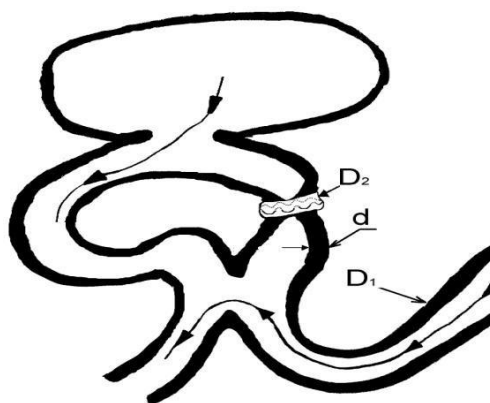


Рис. 1. Схема дренирования полостного образования брюшной полости или забрюшинного пространства с использованием «заглушки».

Для формирования «заглушки» используем свободный участок большого сальника с проведенной через него лигатурой из полипропилена (рис. 2).



Рис. 2. Участка большого сальника с проведенной через него лигатурой.

Для исключения рефлюкса в дренируемое полостное образование из приводящей петли на последнюю на 2-5 см дистальнее межкишечного соустья накладываем «заглушку» по разработанной методике (рис. 3) - патент РФ № 2253379.

Для наложения «заглушки» по разработанной методике во время операции определяется толщина стенки тонкой кишки (d) и диаметр участка тонкой кишки (D_1), на котором планируется выполнение «заглушки». При получении искомых параметров по формуле $D_2 = 2\sqrt{D_1 d}$ – рассчитывается необходимый диаметр сгофрированного участка тонкой кишки (D_2), после чего выполняется намеченный этап операции: d – толщина стенки тонкой кишки; R_1 – радиус тонкой кишки; R_2 – радиус сгофрированного участка тонкой кишки; D_1 – диаметр тонкой кишки; D_2 – диаметр сгофрированного участка тонкой кишки «заглушкой».

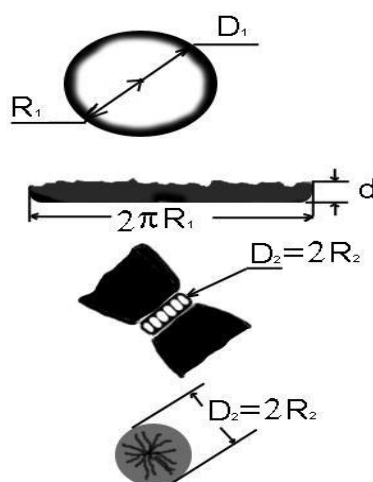


Рис. 3. Формула наложения «заглушки» на приводящую петлю при дренировании полостного образования.

Полученные до- и интраоперационные значения толщины стенки тонкой кишки, ее диаметр и получаемый искомый диаметр «заглушки» по формуле $D_2 = 2\sqrt{D_1 d}$ объединены в таблицу (табл. 1). Сопоставляя полученные результаты, находим в таблице необходимый диаметр «заглушки» и формируем ее хирургическим путем. Арефлюксность проверяем интраоперационной водной пробой.

Указанная методика использована в 73 клинических наблюдениях: в 15 – при дренировании кист поджелудочной железы, в 5 – при гастроэнтеростомии, в 5 – при гастроэнтеростомии после резекции желудка, в 3 – при эзофагоэюностомии после гастрэктомии, в 19 – при дуоденоэюностомии с целью коррекции хронического нарушения дуоденальной проходимости, в 2 – при внутреннем дренировании кист печени, в 11 – при холецистоэюностомии, в 7 – при реконструктивных операциях на желчных путях. В 4 клинических наблюдениях свободная часть петли тонкой кишки

использовалась не для дренирования, а выводилась на кожу с целью энтерального питания. Дополнительно формировался межкишечный анастомоз по Брауну с «заглушкой» на приводящую к стоме петлю. В 1 случае – для изоляции мочевого пузыря от кишечного содержимого при его свище с тонкой кишкой. В 1 случае для изоляции остаточной полости, сообщающейся с тонкой кишкой, при распаде опухоли яичника.

Результаты

Давность наблюдения за оперированными пациентами составила от 1 до 5 лет. Ни в одном случае не отмечено миграции созданной конструкции в просвет кишки, не отмечено специфических осложнений. В 5 случаях после повторных релапаротомий по поводу других заболеваний сформированная конструкция адекватно выполняла свои функции, представляя собой первоначально созданную систему, в то время как в 5 клинических наблюдениях «заглушка», созданная по А.А. Шалимову в других клиниках, не была найдена в местах её формирования и изоляция дренированного полостного образования не была достигнута.

Таблица 1. Определение искомого диаметра «заглушки» на приводящую петлю тонкой

Диаметр кишки(см)	Толщина стенки кишки (см)			
	0,2 см	0,3 см	0,4 см	0,5 см
3 см	0,68 см	1,02 см	1,4 см	1,7 см
3,5 см	0,76 см	1,12 см	1,5 см	1,87 см
4 см	0,8 см	1,2 см	1,6 см	2 см
4,5 см	0,84 см	1,26 см	1,7 см	2,1 см
5 см	0,88 см	1,32 см	1,8 см	2,2 см
	Искомый диаметр «заглушки» (см)			

Исследование микроциркуляции (МЦ)

В области «заглушки» - сальник с лигатурой МЦ уменьшилась на 10,3%. В области «заглушки» - УКЛ между линиями скрепок МЦ отсутствовала. В области «заглушки» - лигатуры МЦ между нитями также отсутствовала. То есть велика угроза некроза стенки кишки между линиями скрепок и между лигатурами с возможными опасными последствиями. В 1 мм в стороне от «заглушки» - УКЛ МЦ уменьшилась на 17,9%, в 1 мм в стороне от «заглушки» - лигатуры МЦ уменьшилась на 14,1%. В зоне каждой

«заглушки» отмечен веноулярный застой. В зоне «заглушки» с салъником заработали все компенсаторные механизмы по нормализации МЦ.

Рентгенологическое исследование

Затекания бария в дренируемую структуру не отмечалось. Контраст останавливался перед «заглушкой», проходит через отводящую от эзофагоэнтероанастомоза петлю тонкой кишки (рис.4).

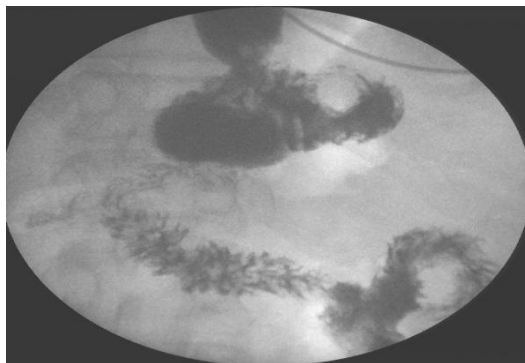


Рис. 4. Барий доходит до зоны «заглушки» приводящего отдела, не проникая ее.

Создание арефлюксной питательной еюностомы

Во всех 4 клинических наблюдениях создания питательной стомы осложнений местного характера не отмечено.

Выводы

1. Разработан и внедрен в клиническое использование безопасный, общедоступный, адекватно выполняющий арефлюксную функцию способ формирования «заглушки» на тонкую кишку для дренирования полых органов и полостных образований органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
2. Способ не вызывает некротических ишемических изменений в зоне операции.

Список литературы

1. Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В.Харин А.Л. / Пункционный метод в лечении постнекротических кист поджелудочной железы. Хирургия. – 2007. - № 8. – С. 33-37.
2. Давыдов, М.И., Тер-Ованесов, И.С. Стилиди Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Вести Рос. акад. мед. наук. 2002. - № 1.-С. 25-29.
3. Жерлов Г.К. Клинико-эндоскопические и морфологические критерии оценки функции пищеводных анастомозов / Г.К. Жерлов, Н.С. Рудая, А.И. Смирнов // Хирургия. - 2005. - № 7. - С. 9-14.

4. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. – Москва: Медицина, 1985, 368 с.

5. Мосолков В. Ю. Обоснование и выбор способа нутритивной поддержки в периоперационном периоде у больных раком и послеожоговыми стриктурами пищевода. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.01.12 – онкология. Томск – 2011. 28 с.

6. Оноприев В.И. Гастрэктомия с концево-петлевой еюногастропластикой при раке желудка / В.И. Оноприев, И.В. Уваров // Хирургия. - 2004. - № 9. - С. 32-36.

7. Сысолятин А.А. Хронические заболевания поджелудочной железы: учебное пособие. – 2010, Благовещенск: Амурск. гос. мед. академия, 2010 г.

8. Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Ибатуллин А.А., Куляпин А.В., Хафизов Р.М., Биганяков Р.Я., Абдуллин А.И. Опыт лечения пациентов с энтеростомой / Казанский медицинский журнал. – 2011.- Том 92. - №1. - С.124-127.

9. Шатверян Г.А. Панкреатодуоденальная резекция в лечении рака головки поджелудочной железы и периампулярной зоны. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 14.00.27. – Хирургия. Москва, 2006. – 29с.

10. Yasuda K. Papillary adenocarcinoma of the stomach / K. Yasuda, Y. Adachi, N. Shirashi et al. // Gastric Cancer. - 2000. - V. 3. - P. 33-38.

Сведения об авторах

1. Мартынов Владимир Леонидович, консультант хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород». доктор медицинских наук, доцент.

2. Колчин Дмитрий Германович, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород».

3. Рябков Максим Георгиевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.

4. Семенов Андрей Геннадьевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.

5. Орлинская Наталья Юрьевна, профессор кафедры патологической анатомии НижГМА, доктор медицинских наук.

6. Курилов Вадим Александрович, ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ № 12» г. Нижнего Новгорода.

7. Авдеев Александр Сергеевич, клинический ординатор кафедры хирургических болезней.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ

**В.Л. Мартынов, В.А. Курилов, М.Г. Рябков, А.Г. Семенов,
Колчин Д.Г., А.С. Авдеев
г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «ГКБ № 12»**

Аннотация

Язвенная болезнь - это дисбаланс между факторами агрессии и защиты гастродуоденальной зоны. Несостоятельность баугиниевой заслонки, хроническое нарушения дуоденальной проходимости обуславливают агрессию в виде дуоденогастрального рефлюкса, диагностика и коррекция которых при ушивании перфорационного отверстия, по мнению авторов, и является профилактикой рецидивирования язвенной болезни. В группе пациентов, оперированных в плановом порядке, где баугинопластика дополнена дуоденоюностомией в сроки от 1 до 4 лет после операции наблюдалось стойкая ремиссия в течении ЯБ.

Ключевые слова

язвенная болезнь, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, несостоятельность баугиниевой заслонки, операция.

Уменьшение у нас в стране и за рубежом число плановых операций при неосложненных гастродуоденальных язвах совпало по времени с широким внедрением в практику новых противоязвенных препаратов. Одни полагают, что в настоящее время нет никаких оснований расширять показания к хирургическому лечению при язвенной болезни (ЯБ) [9, 10]. Другие же считают, что от 1/2 до 2/3 больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-ПК неоправданно долго лечатся консервативными средствами, при этом более или менее стойкое заживление наблюдается у 35 - 40% больных, а различные хирургические осложнения язвенной болезни развиваются у 30 - 60% больных [5, 8].

Результаты хирургического лечения ЯБЖ и 12-ПК также оставляют желать лучшего. Так, в течение 10 лет рецидив язвенной болезни после ваготомии выявляется в среднем у 10% больных [3], постваготомические синдромы могут проявляться в различные сроки после органосохраняющих операций в 20 - 69,3% наблюдений [4]. После ушивания прободной язвы рецидив язвообразования наблюдается в 70 – 80%, повторные перфорации – в 14 – 69% наблюдений [3], причем рецидив наиболее вероятен через год с момента операции [6]. В настоящее время вопросы эффективности ваготомии и выбора ее способа, особенно в ургентной хирургии, остаются предметом оживленной дискуссии хирургов всего мира, что и определяет актуальность дальнейших исследований в этом направлении [1].

Таким образом, на сегодняшний день медицина не располагает безопасным, надежным и эффективным органосберегающим методом лечения ЯБЖ и 12-ПК, что заставляет продолжить исследование этиопатогенеза указанной патологии и методов ее коррекции. Известные сведения ульцерогенеза и осложнений диктуют необходимость их учета при определении программы диагностики и лечения таких больных [5].

Для понимания нашего подхода к этиопатогенезу и лечению ЯБ нужно напомнить некоторые моменты уже забытой кортико-висцеральной теории язвообразования. Так раздражение механо- и хемо- рецепторов илеоцекальной области может заметно сказаться на функции желудка, нарушая гемодинамику в сосудах его стенки и вызывая явления воспалительного и деструктивного характера [7]. Такие условия могут складываться при наличии острого и хронического процесса в илеоцекальной области, формировании спаек. По нашим данным такие условия могут складываться при несостоятельности илеоцекального запирающего аппарата (баугиниевой заслонки). Возникновение дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), реализация его патологического действия - следствие хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) и несостоятельности баугиниевой заслонки (НБЗ). Подобное понимание патогенеза ЯБ с позиции рефлюксов не противоречит существующим теориям язвообразования, а лишь отводит им определенное место.

Цель работы

Обосновать гипотезу влияния баугинопластики с одновременной коррекцией ХНДП при прободной язве на течение язвенной болезни.

Материалы и методы

У 106 плановых пациентов в возрасте от 29 до 61 года, страдающих ЯБЖ и 12-ПК, выявлены жалобы, характерные по нашему опыту для НБЗ и ХНДП. 49 пациентам (3-с ЯБЖ и 46-с ЯБ 12-ПК) в плановом порядке произведено обследование: ирригоскопия; рентгеноскопия 12-ПК с зондом без гипотонии; поэтажная манометрия методом открытого катетера; ФГДС перед операцией, перед выпиской и контрольная в сроки от 1 года до 4 лет; определено расстояние между аортой и верхней мезентериальной артерией на уровне нижнегоризонтальной части 12-ПК (рис. 1) методами УЗИ и КТ (АМК - артериомезентериальная компрессия).

Определена АМК у пациентов с осложненной формой ЯБ. С ЯБЖ исследовано 16 больных, из них 6 – с кровотечением, 10 – с прободением. С язвенной болезнью 12-ПК исследовано 52 пациента, из них 24 – с кровотечением, 20 – с прободением, 8 – со стенозом выходного отдела желудка.

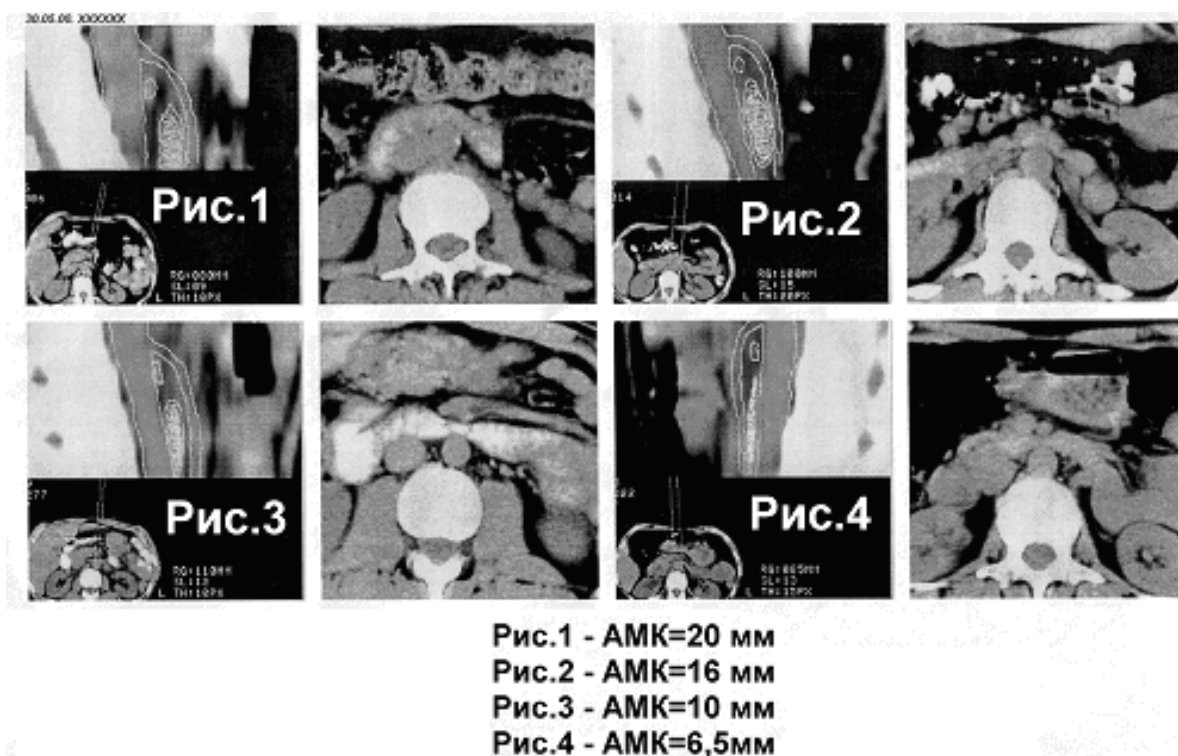


Рис. 1. На КТ-грамме показана степень компрессии нижнегоризонтальной части 12 ПК в зависимости от расстояния между аортой и верхней мезентериальной артерией. Напомним, что диаметр 12-ПК в норме равен 25 – 35 - 40 мм.

49 пациентам в плановом порядке выполнена баугинопластика по разработанной в клинике методике: 10 пациентам баугинопластика дополнена рассечением связки Трейтца (РСТ); 39 пациентам баугинопластика дополнена дуоденоюностомией с межкишечным анастомозом по Брауну и формированием «заглушки» собственной методики (патент РФ № 2253379) на приводящую петлю тонкой кишки в 2-3 см сразу выше межкишечного анастомоза.

Результаты исследования пациентов без осложнения ЯБ

При ирригоскопии у всех определялся заброс контраста в подвздошную кишку – НБЗ.

При определении артериомезентериальной компрессии (АМК) нижнегоризонтальной части 12-ПК получены результаты: АМК в 5-6 мм - у 22 пациента, в 7-8 мм - у 13, в 11-15 мм - у 13, в 16-20 мм у 1 пациента, среднее значение - 8,1 мм

ФГДС (выявление язвы и признаков ХНДП): у 3 больных выявлена язва желудка, у 46 - язва 12-ПК, зияние кардии определено в 59 %, рефлюкс-эзофагит - в 61 %, атрофия слизистой желудка в 31%, зияние привратника - в 73%, ДГР - в 69%, гастродуоденит - в 100% клинических наблюдений. Поэтажная манометрия методом открытого катетера выявила: изолированная гипертензия в 12-ПК - 7 %, гипертензия в 12-ПК со сбросом в желудок - в 93 % клинических наблюдений (признаки ХНДП).

Рентгеноскопия 12-ПК с зондом без гипотонии с целью выявления признаков ХНДП: выявлены ДГР - в 79%, антиперистальтика в подкове 12-ПК - в 83%, задержка контраста в с/3 нижнегоризонтальной части 12-ПК - в 78%, позднее опорожнение 12-ПК (позднее 40 сек) - в 51%, высокий дуоденоюнальный переход - 87%, юнодуоденальный рефлюкс или остановка контраста у дуоденоюнального перехода при антиперистальтике в тощей кишке - в 38 % исследований. Последний признак на наш взгляд обусловлен процессами гниения и брожения в тонкой кишке при НБЗ и микробной колонизации тонкой кишки, что ликвидируется после адекватной баугинопластики. Этот признак является одним из важнейших звеньев ХНДП, на что внимания практическими врачами не обращается.

Пациентам перед выпиской выполнена контрольная ФГДС. Из 39 больных, которым баугинопластика дополнена дуоденоюностомией, у 30 определены рубцевание и эпителизация области язвенного дефекта, у 9 - значительное уменьшение размеров язвы. Из 10 пациентов, которым баугинопластика дополнена РСТ, эпителизация язвы выявлена у 4, у 4 - уменьшение размеров язвы, у 2 - слабая динамика заживления язвы. При первичном анализе результатов хирургического лечения в сроки от 1 до 4 лет выявлено, что у пациентов, которым выполнена баугинопластика с дуоденоюностомией, после операции наступила стойкая ремиссия в течении язвенной болезни, у пациентов, которым баугинопластика дополнена РСТ после операции в те же сроки наблюдения стойкая ремиссия достигнута у 3 пациентов, у 7 пациентов наступил рецидив ЯБ.

Результаты исследования пациентов с осложненной ЯБ

АМК у пациентов с язвенной болезнью 12-ПК, осложненным кровотечением (всего 24), выявлено: 5 мм – у 6; 6 мм – у 4; 7 мм – у 2; 10 мм – у 2; 11 мм – у 2; 13 мм – у 2; 17 мм – у 2; 18 мм – у 2; 20 мм – у 2.

АМК у пациентов с язвенной болезнью 12-ПК, осложненным прободением (всего 20): 5 мм – у 2; 6 мм – у 4; 7 мм – у 6; 8 мм – у 2; 10 мм – у 2; 11 мм – у 2; 15 мм – у 2.

АМК у пациентов с язвенной болезнью 12-ПК, осложненным стенозом выходного отдела желудка (всего 8): 5 мм – у 6; 11 мм – у 2.

АМК у пациентов с ЯБЖ, осложненной кровотечением: 6 мм – у 2; 7 мм – у 2; 22 мм – у 2.

АМК у пациентов с ЯБЖ, осложненной прободением: 5 мм – у 4; 7 мм – у 4; 10 мм – у 2.

Убедителен пример клинического наблюдения пациента В., 30 лет, ист. бол. № 3020, который поступил в хирургическое отделение ГБУЗ НО «ГКБ № 12» г. Нижнего Новгорода 15.10.02 с диагнозом «Язвенная болезнь 12-ПК в стадии обострения. Состояние после ушивания перфоративной язвы 12-ПК в 1996, 2001, 2002 г.г., СРК». При обследовании выявлена язва 12-ПК, НБЗ, ХНДП (АМК – 5 мм). Выполнена дуоденоюностомия с межкишечным брауновским анастомозом и «заглушкой» на приводящую петлю собственной методики, баугинопластика. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное наблюдение. В течение трех лет обострения ЯБ 12-ПК не отмечено. При контрольных ФГДС язвы не выявлено.

Выводы

1. НБЗ и ХНДП - звенья этиопатогенеза ЯБЖ и 12-ПК.
2. Адекватная хирургическая коррекция НБЗ и ХНДП – новый органосохраняющий метод лечения ЯБЖ и 12-ПК.
3. Коррекция НБЗ и ХНДП – перспективное направление в профилактике рецидива ЯБ при прободении язвы.
4. Для коррекции ХНДП в условиях прободения язвы адекватнее использовать отсроченный дуоденоюнальный компрессионный анастомоз.

Список литературы

1. Антонов О.Н., Рыбальченко А.В. Эволюция хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв // Анналы хирургии. – 2013. - № 2. – С. 22 – 28
2. Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В. Выбор объема операции при сочетании перфорации язвы двенадцатиперстной // Хирургия. – 2013. - № 11. – С. 29 – 31.

3. Курбонов К.М., Хамидов М.Г., Сафаров Ф.Ш., Шарипов Дж. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с перфорацией хронических гастродуоденальных язв // Анналы хирургии. – 2012. - № 5. – С. 31 – 36.
4. Риккль А.В. Влияние илеоцекальной области кишечника на деятельность желудка. / А.В. Риккль // В кн.: нервно-гуморальная регуляция деятельности пищеварительного аппарата. Изд. Академии мед.наук СССР, 1949.
5. Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Коровин Н.А., Сибирев С.А., Сидорчук П.А. Новые подходы в лечении больных с перфоративной дуоденальной язвой // Вестник хирургии. – 2013. - № 3. – С. 42 – 50.
6. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Сим М.И., Шичкин Н.А., Аленкин А.Г. Прободные гастродуоденальные язвы // Хирургия. – 2012. - № 12. – С. 19 – 22.
7. Черноусов А.Ф. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, П.М Богопольский // Клин. Мед. – 2000. - № 8. – С. 88-90.
8. Шептулин А.А. Язвенная болезнь - расширять ли показания к хирургическому лечению? / А.А. Шептулин // Рос. Журн. Гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. - № 5. – С. 4 - 6.
9. Allgower M. Gerfareuswohl bei der chirurgischen Behandlung des gastroduodenalculus. Langebeers arch // Chirurg. – 1977. - № 345. – P. 229 - 236.
10. Lawson H.H. Brit. Journ. Surg. // 1972. - № 59 (1). – P. 13 - 15.

Сведения об авторах

1. Мартынов Владимир Леонидович, консультант хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород». доктор медицинских наук, доцент.
2. Курилов Вадим Александрович, ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ № 12» г. Нижнего Новгорода
3. Рябков Максим Георгиевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.
4. Семенов Андрей Геннадьевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук
5. Колчин Дмитрий Германович, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород».

6. Авдеев Александр Сергеевич, клинический ординатор кафедры хирургических болезней.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИНТОКСИКАЦИИ

**В.Л. Мартынов, М.Г. Рябков, А.Г. Семенов, Д.Г. Колчин,
Н.Ю. Орлинская, В.А. Курилов, М.С. Кузнецов, Б.Т. Чариев
г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «ГКБ №12»**

Аннотация

Авторы доказали, что при несостоятельности баугиниевой заслонки наступает микробная колонизация тонкой кишки. Продукты жизнедеятельности микробов в полной мере не инактивируются печенью, переходят в общий кровоток, обуславливая хроническую интоксикацию организма человека. Баугинопластика является методом хирургического лечения данного патологического состояния. Следствием интоксикации могут быть различные формы дерматозов, в течение которых наступает стойкая фаза ремиссии после баугинопластики.

Ключевые слова

несостоятельность баугиниевой заслонки, интоксикация, операция, дерматозы.

Введение

Баугиниевая заслонка – важнейший конструктивный элемент пищеварительной системы, в норме надежно разделяющий два существенно различающихся биотопа тонкой и толстой кишок [2]. Изоляция тонкой кишки необходима в связи с резкими различиями химического состава, физического состояния и бактериального спектра ее содержимого и содержимого толстой кишки [1]. Так, по данным Л.Г. Перетца (1955), в 1 мл тонкокишечного содержимого имеется до 5000 микробов, а в 1 г содержимого толстой кишки их около 30-40 млрд [8]. Следствием нарушения запирающей функции баугиниевой заслонки является избыточная микробная контаминация тонкого кишечника (синдром избыточного бактериального роста – СИБР) или тонкокишечный дисбактериоз [6, 3]. Часто встречаются, но редко диагностируются нарушения функции кишечника у человека, связанные с недостаточностью баугиниевой заслонки (НБЗ). Само по себе

присутствие в тонкой кишке микрофлоры фекального типа при развитии НБЗ является вредным, даже если оно не вызывает клиническую патологию у некоторых больных [4, 6, 7]. Нарушение микроэкологии кишечника приводит к расстройству всасывательной его функции [6, 7]. Абсорбция продуктов метаболизма микробов создает повышенную дезинтоксикационную нагрузку на печень. Бактериальные аминокислотные метаболиты переносятся в кровь и не могут быть достаточно обезврежены [6, 9]. По мнению многих авторов, важным является постоянный рефлюкс толстокишечного содержимого в тонкую кишку, что нарушает не только функцию, но и структуру этого органа [1, 3]. И.И. Греков высказывал положение, сохранившее свою актуальность: «Несмотря на ряд работ, посвященных проксимальному отделу толстых кишок, патология этого отдела все-таки недостаточно разъяснена потому, что в этих работах роль баугиниевой заслонки совершенно не принималась в расчет».

Бактериологический метод определения дисбиоза тонкой кишки сложен, длителен, требует особых условий. В настоящее время для ориентировочных суждений о состоянии микробной флоры тощей кишки широко используются косвенные методы в более доступном субстрате [9]. Резко повышенная экскреция индикана позволяет судить о размножении флоры, активно разлагающей триптофан, не только в дистальных, но и в проксимальных отделах кишечника. В норме в суточной моче из организма выделяется не более 100 мг индикана, что не обнаруживается обычными качественными пробами. Реакция бывает положительной только в том случае, если содержание индикана в моче превышает норму. Многие методы, в том числе и качественная реакция мочи на индикан, могут давать вполне удовлетворительные результаты, если дисбиоз достаточно выражен и касается многих групп микроорганизмов. Уровень индикана в моче мы определяли качественным методом в ходе пробы Обермейера [9]. Данная проба может трактоваться как скрининг-диагностика синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке на почве несостоятельности баугиниевой заслонки. Так же в качестве показателя аутоинтоксикации организма мы оценивали уровень молекул средней массы по Н.И. Габриэлян. В норме этот показатель составляет $0,24 \pm 0,02$ у.ед. Литературные данные свидетельствуют о развитии синдрома вегетососудистой дистонии при хронической аутоинтоксикации организма, потому в качестве косвенного показателя аутоинтоксикации мы использовали данные кардиоинтервалографии.

Результаты

Качественная реакция мочи на индикан при НБЗ по нашим данным, оказалась положительной в 173 случаях из 182 (95%). После баугинопластики в сроки более года

качественная реакция мочи на индикан определена как положительная в 12 (14%) из 86 случаев. До и после операции эта реакция определялась у 24 пациентов. У всех 24 до операции качественная реакция мочи на индикан оценена как положительная, после баугинопластики указанная реакция оказалась положительной лишь у 4 пациентов ($p < 0,001$). У 4 больных положительная качественная реакция мочи на индикан объясняется рецидивом НБЗ вследствие неполной адекватности методики операции.

Уровень средних молекул сыворотки крови при НБЗ выше нормы был зафиксирован у 82 из 100 пациентов (82%) с медианой, раной 0,34. Уровень средних молекул сыворотки крови после операции определен у 32 пациентов. Нормальные показатели отмечены у 12 (34%) пациентов, повышенные – у 20 (66%) с медианой 0,29. До и после баугинопластики уровень средних молекул сыворотки крови определен у 20 пациентов. Нормальные показатели до и после операции выявлены в одном случае. После баугинопластики уровень средних молекул увеличился у трех пациентов, что связано с развитием спаечной болезни в области операции. Уровень средних молекул уменьшился по сравнению с дооперационным у 16 пациентов, при этом у 7 из них он достиг нормы (до операции: медиана – 0,34, интерквартильный размах от 0,31 до 0,36; после операции: медиана – 0,29, интерквартильный размах от 0,26 до 0,32).

Синдром вегетативной дистонии по данным кардиоинтервалографии был выявлен у 118 из 128 пациентов (92%). Клинически синдром вегетативной дисфункции проявлялся повышенной утомляемостью (92%), головокружением (72%), сердцебиением (65%), головными болями (74%), гипергидрозом (66%), вазомоторной лабильностью (66%). Вегетативный тонус большинства больных изменялся в сторону симпатикотонии (98%). У 73 пациентов (57%) отмечалось умеренное повышение симпатического тонуса, у 26 (20%) – выраженное повышение симпатического тонуса и только у 3 пациентов (2%) преобладала парасимпатическая активность. Синдром вегетативной дистонии до и после баугинопластики оценен у 57 пациентов. По данным кардиоинтервалографии исчезновение признаков вегетативной дисфункции отмечено у 37 пациентов (65%, $p < 0,001$), а у 10 пациентов (17%) отмечено уменьшение его выраженности. Чувство сердцебиения исчезло у 46 (80%), оно уменьшилось у 37 (65%) больных; головокружение перестало беспокоить 43 (74%), уменьшилось у 9 (16%); потемнение в глазах не отмечают 43 (76%), эта жалоба стала менее выражена у 9 (16%) пациентов.

Наличие патологии желудочно-кишечного тракта и соответствующей симптоматики у больных дерматозами является известным фактом [5]. Под нашим наблюдением находилось 54 пациента с дерматозами и жалобами, характерными для НБЗ. Кожная патология была представлена псориазом, атопическим дерматитом, хронической

крапивницей. У 36 пациентов имелись кожные проявления: папулезные высыпания розового цвета и шелушением на волосистой части головы, коже конечностей, туловища, уртикарные высыпания розового цвета. У других пациентов видимых кожных элементов не было. У больных брались биоптаты как из пораженных участков, так и из участков без видимых изменений. Обнаруженные при гистологическом исследовании изменения сводились к трем группам признаков. Во-первых, облигатным для всех препаратов являлись дистрофические изменения, выражающиеся в развитии роговой дистрофии эпителиального пласта и проявляющиеся в пара- и гиперкератозе, мукоидном набухании волокнистых структур сосочкового и ретикулярного слоев дермы, особенно выраженном под базальной мембраной. Постоянной находкой в коже больных с НБЗ являлся гиалиноз, особенно выраженных в ретикулярном слое; параллельно развитию соединительнотканного гиалиноза отмечается тенденция к атрофии придатков кожи (потовых и сальных желез). Вторая группа морфологических процессов, проявившихся в коже, это пролиферация клеток, в первую очередь, эндотелия капилляров. Эндотелий становился высоким, сочным; нередко образовывал многоядерные пласты, почти полностью перекрывающие просвет. В меньшей мере пролиферативные изменения касаются клеток покровного эпителия, которые встречаются в виде очагов акантоза. Наконец, третья группа процессов, зафиксированных в коже, выражалась в виде диффузного или очагового дерматита. Воспалительный процесс носил продуктивный характер с превалированием в клеточном составе лимфоцитов с умеренной примесью сегментоядерных лейкоцитов. Воспалительные явления, как правило, сочетались с интенсивной реакцией сосудистого русла, отеками и экстравазатами. Выраженность воспалительных явлений в кожных биоптатах, которыми мы располагаем, колебалась и чаще всего оценивалась как умеренная. Всем 36 пациентам с хроническими дерматозами была выполнена баугинопластика. Через год после операции дерматологами констатирована стойкая ремиссия кожного процесса. Примеры на рис. 1 – 2.

Выводы

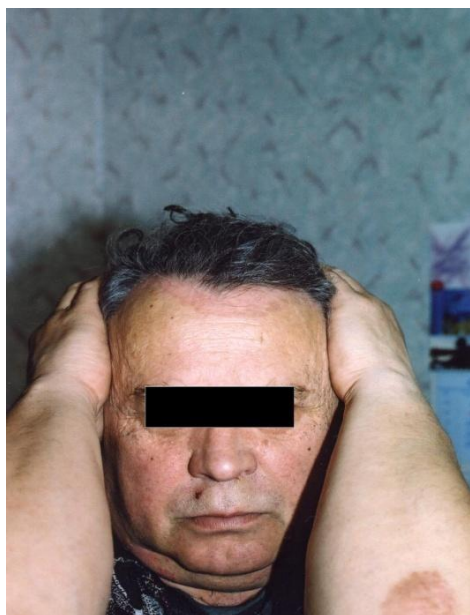
1. При НБЗ у пациентов развивается синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР), хроническая аутоинтоксикация;
2. Баугинопластика является хирургическим методом коррекции синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке, хронической аутоинтоксикации;
3. Теорию И.И. Мечникова о преждевременном старении человеческого организма можно объяснить с позиции НБЗ;

4. В патогенезе некоторых форм дерматозов важным звеном является НБЗ, адекватная коррекция которой является перспективным методом лечения;

5. В свете теории старения И.И. Мечникова пророчески воспринимаются слова академика В.Т. Ивашкина, произнесенные на Всероссийская конференция гастроэнтерологов (Геленджик, 1996): «Даже идеальная реализация всех программ сердечно-сосудистой помощи населению в среднем может продлить жизнь человеку лишь до 80 лет, а полноценные гастроэнтерологические программы гарантировано увеличат ее до 160 лет».



а



б

Рис. 1 (а, б). Больной В., 58 лет с НБЗ и псориазом: а – до операции; б – через год после баугинопластики, достигнута стойкая ремиссия псориаза.



а



б

Рис. 2 (а, б). Больной Ю., 46 лет с НБЗ и псориазом: а – до операции; б – через год после баугинопластики, достигнута стойкая ремиссия псориаза.

Список литературы

1. Аскаров А.А., Финкель А.А. Терминальные илеиты при недостаточности баугиниевой заслонки у больных хроническим колитом // Изв. АН Узб. ССР- Сер. Медицина – 1959 - № 6. - 49 с.
2. Витебский Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника. - М.: Медицина, 1973. - 111 с.
3. Гиберт Б.К. Экспериментальное обоснование и хирургическое лечение рефлюкс-илеита при приобретенной недостаточности илеоцекального запирающего аппарата: автореф. дис....канд. мед. наук: 14.00.27. - Пермь, 1984. - 42 с.
4. Дубяга А.Н., Гиберт Б.К. О диагностике и лечении рефлюкс-илеита // Вестник хирургии. - 1980. - № 1. - С. 49 – 53.
5. Заерко В.В., Парфенов А.И. О роли заболеваний кишечника в патогенезе некоторых дерматозов // Вестник дермат. и венеролог. - 1979. - № 4. - С. 47 – 53.
6. Курыгин А.А. Клинические аспекты синдрома избыточной колонизации тонкой кишки толстокишечной микрофлорой // Вестн. хир. - 1993. - № 5 - 6. - С. 118 – 123.
7. Конев Ю.В. Эндотоксин и старение // Клин. геронтол. – 1999. - №4. – С. 43 – 52.
8. Перетц Л.Г. Значение нормальной микрофлоры для организма человека. М.: Медгиз, 1955. - 436 с.
9. Смирнова Т.В., Дамшенкова Т.П., Чебыкина Н.В. Косвенный метод выявления дисбактериоза кишечника // Врачебное дело. - 1978. - № 6. - С. 90 – 921.
10. Мечников И.И. Этюды оптимизма. - М.: Наука, 1913 – 213 с.

Сведения об авторах

1. Мартынов Владимир Леонидович, консультант хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород». доктор медицинских наук, доцент.
2. Семенов Андрей Геннадьевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.
3. Рябков Максим Георгиевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.

4. Орлинская Наталья Юрьевна, профессор кафедры патологической анатомии НижГМА, доктор медицинских наук.

5. Курилов Вадим Александрович, ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ № 12» г. Нижнего Новгорода.

6. Колчин Дмитрий Германович, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород».

7. Кузнецов Максим Сергеевич, хирург – интерн хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород».

8. Чариев Батыр Тахирович, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород».

НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПО- И АВИТАМИНОЗА «С»

В.Л. Мартынов, А.Х. Хайрдинов, А.Г. Семенов, М.Г. Рябков,

В.А. Курилов, Б.Т. Чариев

г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «ГКБ №12»

Аннотация

Цель работы: создать аппарат капиллярорезистометр для определения «С»-витаминного состояния у пациентов с несостоятельностью баугиниевой заслонки (НБЗ) и после ее коррекции. Созданный прибор состоит из металлическая насадка на кожу; дифференциальный манометр; система разряжения. Предложен алгоритм диагностики: проведение пробы капиллярорезистометром; морфометрия получаемых петехий; статистическая обработка полученных результатов.

У 30 пациентов с НБЗ был выявлен гиповитаминоз «С», причем у 17 «С» расценивался как средней и тяжелой степени. Из 14 пациентов в отдаленном периоде (от 1 до 2 лет) после баугинопластики у 9 пациентов гиповитаминоз отсутствовал, у 5 имел легкую степень выраженности. Сделаны выводы, что при НБЗ развивается «С»-витаминная недостаточность; операция баугинопластика оказывает положительное влияние на «С»-витаминный статус пациента.

Ключевые слова

несостоятельность баугиниевой заслонки, авитаминоз «С», операция баугинопластика.

Введение

Аскорбиновая кислота — неперенный участник большинства обменных процессов [1]. Она пассивно всасывается в кишечнике (диффузия, осмос) наравне с водой и хлоридами, но возможен и активный транспорт витамина аналогично транспорту глюкозы [2]. При несостоятельности баугиниевой заслонки (НБЗ) и развитии синдрома избыточной микробной колонизации тонкой кишки страдает всасывательная функция последней, в частности развивается авитаминоз «С».

Одной из объективных и доступных скрининговых методик определения недостаточности витамина «С» была постановка баночной пробы на резистентность капилляров [3]. Возникновение петехиальной сыпи после этой пробы позволяло судить о наличии и степени гиповитаминоза. Появление петехий, их размер и форма определяются степенью «ранимости» стенки капилляров дермы [4]. В организме имеется сильная прямая положительная связь между степенью прочности капилляров и уровнем витамина «С» в крови [5]. Нами предложен способ определения «С»-витаминного статуса аппаратом капиллярорезистометром. Принцип действия прибора заключается в следующем. При создании отрицательного давления внутри специальной насадки, наложенной на кожу предплечья, появляются петехии разного размера и формы. Размер и форма петехий определяются степенью «ранимости» стенки капилляров сетчатого слоя дермы, которая, в свою очередь, тесно связана с уровнем витамина «С» в крови.

Цель работы: создать аппарат капиллярорезистометр для определения «С»-витаминного состояния у пациентов с несостоятельностью баугиниевой заслонки и после ее коррекции.

Материалы и методы

Разработанный нами прибор (патент РФ на полезную модель № 87889 «Капиллярорезистометр» от 19.01.2009) состоит из следующих элементов, формирующих при работе замкнутую среду: металлическая насадка на кожу; дифференциальный манометр; система разряжения. При этом характеристики насадки соответствуют характеристикам стеклянной банки (внутренний диаметр воронки равен 15,8 мм), что создает возможность применить стандартные данные (табл. 1) для оценки полученных результатов.

В качестве дифференциального манометра используется электронный манометр «Testo 506», произведенный в Германии, сертификат № 23187, регистрационный №17270-06, диапазон измерения равен +/- 2 атм. На дисплей манометра выводятся показания тензодатчика в 6 единицах измерения (мм рт. ст., мм водн. ст, атм., Па и т.д.).

Манометр посредством пластиковых трубок подсоединяют через тройник к системе с последующим измерением давления во время проведения пробы. В качестве системы разряжения используется шприц Жане и удерживающая штанга, предназначенная для поддержания постоянного уровня разряжения в системе. Общий вид прибора и его функциональных элементов изображен на рис. 1.

Капиллярорезистометр применяется следующим образом: при наложенной на внутреннюю поверхность верхней трети предплечья пациента металлической насадки отсасывают воздух из замкнутой системы трубок прибора с помощью шприца. Степень разряжения контролируется электронным дифференциальным манометром. При достижении нужного давления в системе (240 мм рт. ст.) накладывается зажим на трубку, соединяющую насадку и шприц. Выдерживается 3 минуты. При случайной разгерметизации системы (о чем свидетельствует изменение давления) насадка накладывается на кожу повторно. По истечении времени экспозиции разряжение прекращается, прибор снимается с кожи пациента. Производится регистрация результата и его последующая оценка (табл. 1).

Таблица 1. Оценка результатов баночной пробы

Показатель	Степень прочности капилляров	Состояние С-витаминного питания
До 15 мелких геморрагий	1	Нормальное
15-30 мелких и средних геморрагий	2	Пре- и гиповитаминозное
От 30 и больше мелких, средних и крупных геморрагий до сплошного сливного кровоизлияния	3	Гипо- и авитаминозное

Для объективизации получаемых данных и их оценочных результатов мы предложили алгоритм обработки, подразумевающий под собой:

1. Проведение пробы капиллярорезистометром (рис. 1, рис.2 а, б);
2. Морфометрия получаемых петехий при помощи программы Image Tool v. 3.0 (рис. 3).
3. Статистическая обработка полученных результатов морфометрии.



Рис. 1. Проведение пробы капиллярорезистометром.

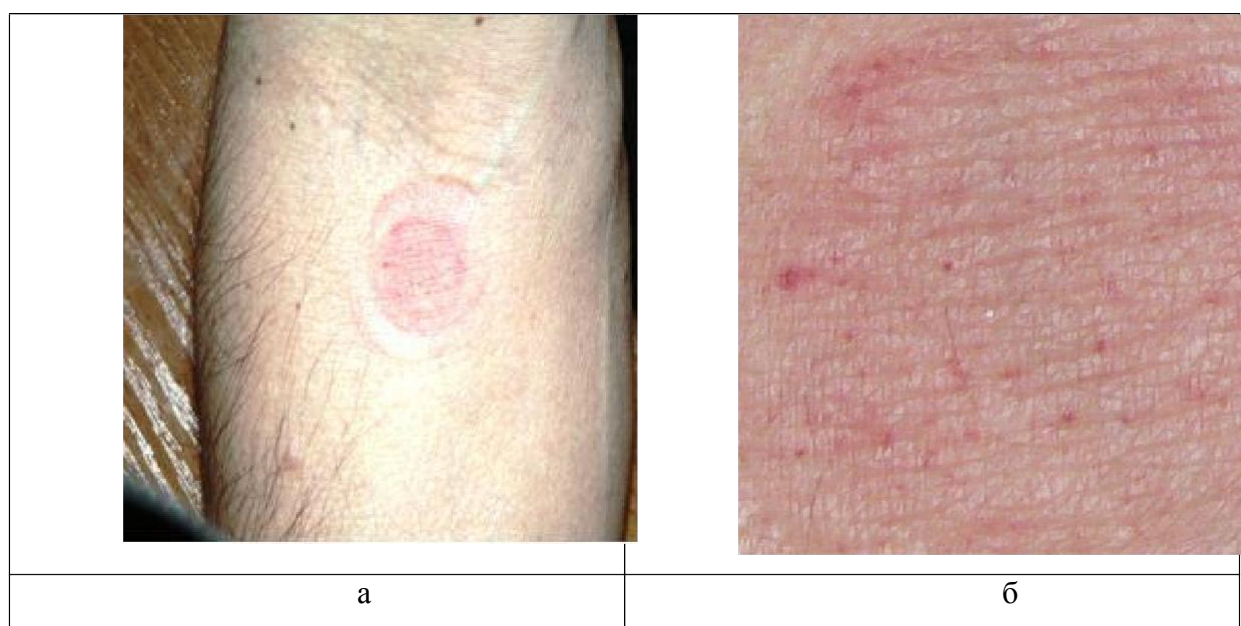


Рис. 2. Результат пробы: а – внешний вид кожных петехий; б – петехии при увеличении (x15).

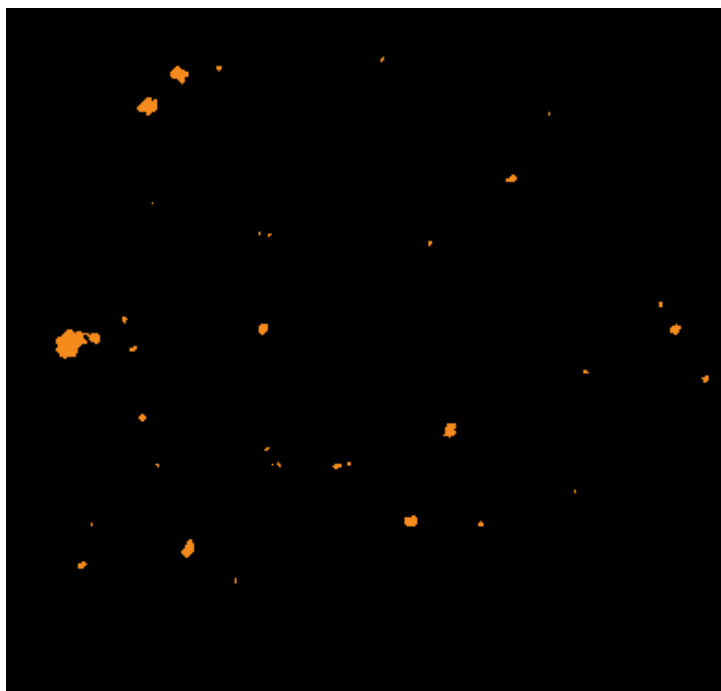


Рис. 3. Морфометрия петехий с помощью программы Image Tool v. 3.0 (final): результат компьютерной переработки изображения петехий

Результаты

Нами проведены пробы на резистентность капилляров с использованием разработанных прибора и схемы у 30 пациентов с доказанной НБЗ. У всех был выявлен гиповитаминоз «С», причем у 17 больных тяжесть гиповитаминоза «С» расценивалась как средней и тяжелой степени.

Мы также изучили «С»-витаминный статус у 14 пациентов в отдаленном периоде (от 1 до 2 лет) после баугинопластики. У 9 пациентов гиповитаминоз отсутствовал, у 5 имел легкую степень выраженности.

Выводы

1. «С»-витаминная недостаточность играет важную роль при НБЗ, обуславливая манифестацию вторичных ассоциированных состояний, таких как, обострение рефлюксной болезни, язвенной болезни, СРК, вегето-сосудистых расстройств, бронхиальной астмы, дерматозов, синдрома повышенной кровоточивости.

2. Полученные первые результаты дают основание полагать, что операция баугинопластика, являясь радикальной по отношению к функциональной и анатомической недостаточности баугинивой заслонки, оказывает положительное влияние на «С»-витаминный статус пациента.

Список литературы:

1. Березов Т. Т., Коровкин Б. Ф. Биологическая химия.- М.: Медицина, 2002, 2667 с.
2. Девис М., Остин Дж., Патридж Д. Витамин С - химия и биохимия, пер. с англ.- М.: Мир, 1999, 304 с.
3. Мартинчик А. Н., Маев И. В., Петухов А. Б. Питание человека (Основы нутрициологии). - Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002, 186 с.
4. Методы оценки и контроля витаминной обеспеченности населения / под ред. В.Б. Спиричева.- М., 1984, 126 с.
5. Сумцов Б. М. Природные соединения витамина С и возможность его связывания с белками / Витамины и реактивность организма: труды Моск. об-ва испытателей природы.- М., Изд. Московского университета, 1978, 132 с.

Сведения об авторах

1. Мартынов Владимир Леонидович, консультант хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород». доктор медицинских наук, доцент.
2. Хайрдинов Артур Хасянович, адъюнкт кафедры хирургических болезней
3. Семенов Андрей Геннадьевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.
4. Рябков Максим Георгиевич, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород», кандидат медицинских наук.
5. Курилов Вадим Александрович, ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ № 12» г. Нижнего Новгорода.
6. Чариев Батыр Тахирович, хирург-ординатор хирургического отделения ГБУЗ НО «ГКБ №12 Сормовского района г. Нижний Новгород».

ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Т.Л. Маругина, В.В. Федотов

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. С целью поиска альтернативного способа цистэктомии парадентальных кист, сопровождающих болезни прорезывания нижних восьмых зубов проведен сравнительный анализ двух оперативных методов лечения (традиционное оперативное вмешательство и метод пьезохирургии).

Установили что, в послеоперационном периоде при применении метода пьезохирургии заживление раны происходит первичным натяжением, наблюдается улучшение репаративной регенерации, сокращаются сроки послеоперационного периода, отсутствуют рецидивы данного заболевания. Данные показатели обусловлены более щадящим действием ультразвука на костные структуры, что снижает риск ожога костной ткани, за счет эффекта кавитации достигается бактерицидный эффект.

Таким образом, метод пьезохирургии является атравматичным способом лечения парадентальных кист по сравнению со стандартным методом лечения данной патологии, который необходимо шире использовать в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: зубы мудрости; ретенция; дистопия; пьезохирургия, парадентальная киста.

Введение. На современном этапе хирургии полости рта продолжает оставаться актуальным совершенствование техники оперативного вмешательства. Традиционные хирургические методы лечения удаления ретенированных нижних третьих моляров сопровождаются травмой мягких и твердых тканей, что увеличивает сроки реабилитации пациентов, этим снижая качество жизни. В связи с этим использование альтернативных подходов решения этой проблемы, является актуальной задачей[2,3,4].

Ультразвуковые аппараты обладают щадящим воздействием как на ткани зуба, окружающие мягкие ткани, так и на костную ткань, отмечен также ярко выраженный антимикробный эффект, возникающий за счет разрыва оболочек клеток микроорганизмов.

Ретенция отдельных зубов нередкое явление в практике врача-стоматолога. Ретенированные нижние третьи моляры встречаются в 13-16% случаев не имеют характерного топографо-анатомического положения в челюсти и проявляют тенденцию к позднему и медленному прорезыванию [1]. Значительные затруднения при их естественном

прорезывании, как правило, завершаются хирургическими вмешательствами.

Цель исследования. Обосновать применение аппарата PiezonMasterSurgery (Electromedicalsystem) с пьезоэлектрическим эффектом при операциях, связанных с иссечением парадентальных кист при ретенированных зубах мудрости на нижней челюсти на базе стоматологической поликлиники КрасГМУ.

Материалы и методы исследования. Проведено сопоставление клинической картины, анамнеза заболеваний и результатов рентгенологического исследования у 60 пациентов, обратившихся за помощью в стоматологическую поликлинику КрасГМУ, по поводу ретенции нижних восьмых зубов с патологическими изменениями в окружающих тканях. По способу расположения зуба и методов лечения больные распределены на две группы по 30 человек. Первую группу составили больные с традиционным способом оперативного вмешательства. Во вторую группу вошли пациенты, у которых применялся метод пьезохирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте от 19 до 28 лет (лица молодого и среднего возраста). При анализе клинических случаев, выявили, что у всех пациентов (60) наблюдается дистопия и ретенция в 100% случаев. Среди лиц женского пола болезни прорезывания зубов встречаются чаще (68%), чем у мужчин (32%), это обусловлено недостатком места в ретромолярной области нижней челюсти.

При диагностике расположения нижних восьмых зубов большая роль отводилась рентгенологическому обследованию (ОПГ, КТ). У всех обследуемых имелся очаг деструкции костной ткани полулунной формы за коронковой частью ретенированных зубов (парадентальная киста). При изучении топографии нижних восьмых зубов выявили четыре основных положения, при которых формируется парадентальная киста – вертикальное положение зуба и составляет 48% (28), на втором месте по частоте встречаемости медиально-косое – 26% (16), горизонтальное положение – 17% (10), дистально-косое – 9% (6) (табл.1).

Положение ретенированного зуба	Вертикальное	Медиально-косое	Горизонтальное	Дистально косое
Процент зубов	48%	26%	17%	9%

Таблица 1. Положение ретенированных третьих моляров нижней челюсти

Все больные с парадентальными кистами были распределены на две группы в зависимости от метода лечения данной патологии.

Первую группу - 50% (30) составили пациенты с традиционным методом лечения парадентальных кист. Всем больным, обратившимся в поликлинику, в одно посещение проводилось хирургическое лечение с последующей цистэктомией.

Во вторую группу – 50% (30) вошли больные, у которых применялся метод пьезохирургии для лечения парадентальных кист. Оперативное вмешательство проводилось по общепринятой методике, и цистэктомия с последующим удалением зоны склероза. Парадентальные кисты окружала зона склероза, которая замедляет сроки репаративной регенерации. Удаление зоны склероза при помощи пьезохирургии снижает степень ожога костных структур, что способствует благоприятному послеоперационному периоду. Сравнительный анализ методов лечения представлен в таблице 2.

Таблица 2. Сравнительная характеристика оперативных методов лечения

Критерии оценки	Традиционный способ	Метод пьезохирургии
Коллатеральный отек	Выраженное	Отсутствуют
Степень открывания рта	Ограниченное	Свободное
Сроки экссудации	3 дня	2 дня
Заживление раны	Первичное, вторичное натяжение	Первичное натяжение
Сроки регенерации	Замедленная	Соответствует норме
Рецидивы	Отсутствуют	Отсутствуют
Сроки нетрудоспособности	7 дней	4 дня

парадентальных кист

Выводы. Применение метода пьезохирургии снижает степень ожога костных структур, что способствует благоприятному послеоперационному периоду (уменьшение коллатерального отека, заживление раны первичным натяжением, снижение сроков временной нетрудоспособности).

Использование пьезохирургического метода снижает риск развития осложнений во время операции, за счет гемостатического действия ультразвука.

Удаление зоны склероза при цистэктомии улучшает регенеративные возможности костной раны.

Кавитационный эффект пьезохирургии, обуславливающий бактерицидное действие, предотвращает послеоперационные осложнения воспалительного характера.

Список литературы

1. Андреищев А.Р. Осложненное прорезывание зубов / А.Р. Андреищев, Т.Д. Федосенко // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. СПб., 2007. С. 115-146;

2. Брайловская Т. В. Клинико-экспериментальное обоснование нового метода хирургического лечения больных с ретенцией нижних третьих моляров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара., 2005., 107 с.;
3. Соловьев М.М., Семенов Г.А., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист // Стоматология. 2005. №3. С. 23-29;
4. Liberman K., Abidal K., Markes T. Ways of reconsideration of traditional preventive dental health care // J. Epidemiol. 2007. Vol.46. P.48-52.

Авторская справка

1. Маругина Татьяна Леонидовна, к.м.н., доцент, зав.кафедрой-клиникой хирургической стоматологии, Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, контактный телефон 2202292, tatiana.marugina@yandex.ru
2. Федотов Вадим валентинович, препаратор кафедры-клиники хирургической стоматологии, Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, контактный телефон 2202292, wadim0305.ru@mail.ru

НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА В ЛЕЧЕНИИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В. М. Мельников, А. В. Волков, Д. В. Капустин

г. Новосибирск, ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

Аннотация

С целью изучения и разработки новых методов лечения бронхиальной астмы (БА) обследованы 51 больной БА, которым была выполнена новокаиновая блокада верхнего гортанного нерва с целью купирования острого приступа. Разработана патогенетическая концепция эффективности данной манипуляции и установлено, что новокаиновая блокада верхнего гортанного нерва является эффективным методом купирования приступа бронхиальной астмы, существенно снижая риск осложнений, потребностей в лекарственных препаратах и может быть использована в комплексном лечении больных бронхиальной астмой совместно с пульмонологами.

Ключевые слова

Бронхиальная астма, блокада, рефлексорный бронхоспазм.

Введение

По данным Российского респираторного общества, на сегодняшний день количество больных бронхиальной астмой в России приближается к 7 млн., однако на учете у пульмонологов состоит всего 1 млн. больных (Федеральная целевая программа РФ «Бронхиальная астма» на 2011-2015 годы, 2009; Чучалин А.Г. 2000, 2003, 2006; Биличенко Т. Н., 1997; Лещенко И.В., 2001; Емельянов А.В., Федосеев Г.Б., Сергеева, 2002; Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., 2006; Княжеская Н.П., 2006). В Российской Федерации в 2007 году от бронхиальной астмы умерло 3333 человека (Росстат, 2007), а общий коэффициент смертности составил 2,3 на 100000 населения (в США – 0,4). (Федеральная целевая программа РФ «Бронхиальная астма» на 2011-2015 годы, 2009). По данным исследования Регионального благотворительного общественного фонда «Качество жизни», только в 2007 году общие затраты на лечение ХОБЛ и бронхиальной астмы в России составили около 27,2 млрд. рублей или 1,8% бюджета страны на здравоохранение (Федеральная целевая программа РФ «Бронхиальная астма» на 2011-2015 годы, 2009; Карпушкина А.В. Геппе Н.А., 2007; Цой А.Н., Архипов В.В., Чапурин С.А., 2007). В этой ситуации закономерен интерес к новым методам лечения БА, в особенности купирования острого приступа. Хирургические методы лечения в основном направлены на прерывание патологической импульсации [4,5], без оказания системного эффекта на весь организм.

Материалы и методы исследования

Работа основана на результатах наблюдения и лечения 51-го больного БА, которые находились в торакальном отделении Новосибирской городской клинической больницы № 1.

После первичного осмотра больных, проведения специфического обследования (спирография, пикфлоуметрия) по данным исходного состояния ФВД все больные были разделены на 3 группы:

Группа 1: ОФВ1 – в пределах 60%; П25, П50, П75 – в пределах 50% ФЖЕЛ(25 больных)

Группа 2: ОФВ1 – в пределах 50%; П25, П50, П75 – в пределах 40% ФЖЕЛ (12 больных)

Группа 3: ОФВ1 – в пределах 40% и менее; П25, П50, П75 – в пределах 20% и менее ФЖЕЛ (14 больных)

Нами, с целью купирования приступа бронхиальной астмы с согласия пациентов была выполнена новокаиновая блокада верхнего гортанного нерва. На данную

манипуляцию был получен патент №2088227 (25.10.93)

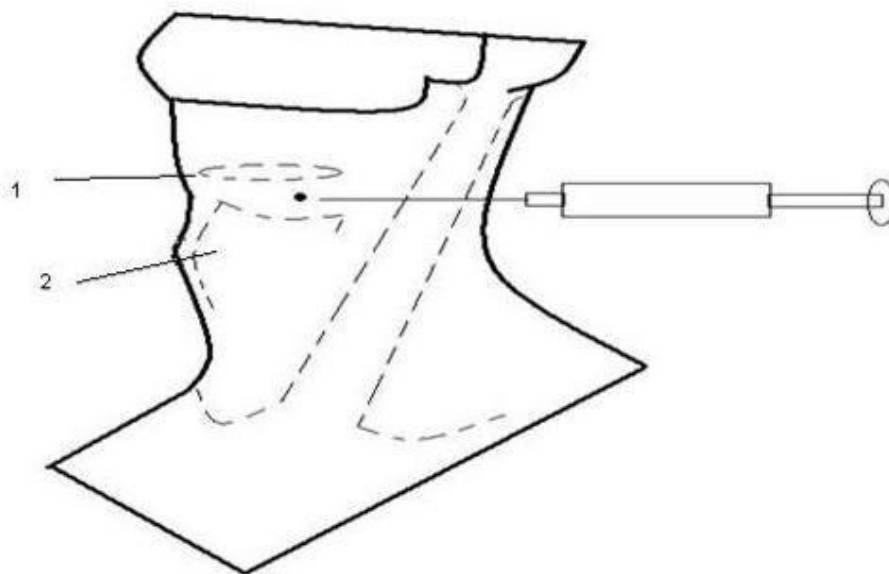


Рис 1: Ориентиры для выполнения новокаиновой блокады верхнего гортанного нерва.

1 - Подъязычная кость 2- Щитовидный хрящ

Техника новокаиновой блокады верхнего гортанного нерва. Больной находится в положении на спине, голова повернута вправо. Пальпаторно определяем верхний край щитовидного хряща. После асептической обработки кожи шеи вкалываем иглу в промежуток между щитовидным хрящом и подъязычной костью(рис.1) до щитоподъязычной мембраны на глубину 1,0 - 1,5 см, в зависимости от конституции больного и вводили 20 мл 0,25% раствора новокаина.

При введении иглы соблюдали постепенность и осторожность, чтобы не проколоть щитоподъязычную мембрану. Через 10-15 минут после введения новокаина у больного появлялось чувство легкого онемения в глотке и легкое затруднение глотания, которое сохранялось в течение 30 минут.

Для анатомического обоснования применения блокады и для отработки техники ее проведения нами произведены исследования на 10 трупах разной конституции с давностью смерти не более суток. При шейной блокаде на трупе вводили 0,25% - 18,0 раствор новокаина с добавлением к нему 2 мл черной туши. После препаровки ткани было выяснено, что у всех трупов интенсивно окрашивалась тушью внутренняя ветвь верхнего гортанного нерва, тогда как окраски верхнего шейного симпатического узла и синокаротидной зоны не наблюдалось. Следовательно, анатомические исследования подтвердили наши клинические наблюдения, что при введении новокаина по описанной технике наступает блокада верхнего гортанного нерва, изолированно от верхнего шейного симпатического узла и синокаротидной зоны.

Результаты исследования

После выполнения новокаиновой блокады 51 больному результаты оказались следующими:

В 1 клинической группе – прирост показателей ФВД (ОФВ1, П25,П50,П75) выявлен у 25 больных из 25

Во 2 клинической группе – прирост показателей ФВД выявлен у 6 больных из 12

В 3 клинической группе – прирост показателей ФВД выявлен у 1 больного из 14

Таким образом у 32 больных из 51 наблюдается положительный эффект блокады.

Обсуждение результатов исследования

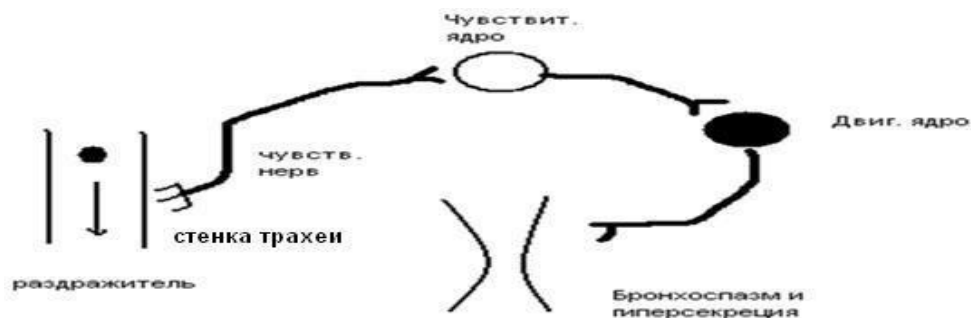


Рис 2: Схема патологической рефлекторной дуги при бронхоспазме.

Патогенетическое обоснование: Рефлекторный спазм бронхов является ведущим синдромом в патогенезе бронхиальной астмы. Рефлекс осуществляется по n. vagus. W.Ulmer и соавт. (1982). Доказали, что пересечение чувствительных нервов верхних дыхательных путей (n. laryngeus superior) влияет на моторику бронхов, т.к осуществляется рефлекторная связь между чувствительными и двигательными нервами.

Данная рефлекторная дуга имеет следующую структуру(см. рис 2): Рецепторы бронхов → афферентное звено (Верхний гортанный нерв) → Чувствительное ядро → Двигательное ядро → Двигательные ветви X пары → Орган – эффектор (бронхоспазм и гиперсекреция)

Патогенетическое звено новокаиновой блокады: При проведении блокады верхнего гортанного нерва, мы временно «выключаем» чувствительное звено данной рефлекторной дуги, и тем самым нарушаем ее целостность согласно закону И.П.Павлова. В результате возникает временное снижение парасимпатического влияния на бронхи, а отсюда резкое снижения бронхоспазма и гиперсекреции бронхов.

Согласно данному звену патогенеза Новокаиновую блокаду верхнего гортанного нерва можно использовать для купирования приступа бронхиальной астмы, при неэффективности консервативной терапии

По полученным результатам исследования прослеживается взаимосвязь между обратимостью бронхиальной обструкции, высоким исходным уровнем ФВД и положительными бронхолитическими пробами (В2-агонисты, М-холиноблокаторы) и эффективностью блокады: Чем выше данные показатели, тем эффективней блокада.

Выводы

Новокаиновая блокада верхнего гортанного нерва является эффективным методом купирования приступа бронхиальной астмы и может быть применена в комплексном лечении больных бронхиальной астмой совместно с пульмонологами, а также может быть использована для определения показаний к оперативному лечению (пересечение внутренней ветви верхнего гортанного нерва).

Список литературы

1. Антонов Н.С. Эпидемиология бронхолегочных заболеваний в России // Пульмонология, 2006.-4.-83-8;
2. .В.В. Гноевых, А.Ю. Смирнова, Ю.С. Нагорнов. Бронхиальная астма и табакокурение //ТОМ 12, СТ. 23 (стр. 261-289) март 2011 г.
3. Геппе Н.А. Современные представления о тактике лечения бронхиальной астмы у детей // РМЖ, 2002.- т.10. -7.- 353-58;
4. Nakajama K. Surgical removal of the carotid body / K. Nakajama // J. Surg. — 1972. — Vol. 54, N 6. — P. 455.
5. Zur Technik der Durchtrennung des N. laryngeus superior in der Therapie des Asthma bronchiale / D. Schlenkhoff [et al.] // Zbl. Chirurgie. — 1985. — Bd. 110. — S. 1556–1559.
6. Operative Behandlung der Atemwegsobstruktion / W. T. Ulmer [et al.] // Bochumer Treff. — 1981. — Muenchen. — 1982. — S. 106.
7. Williams M. H. Increasing severity of asthma from 1960 to 1987 / M. H. Williams // N. Engl. J. Med. — 1989. — Vol. 320, N. 15 — P. 1015–1016.

Сведения об авторах

1. Мельников Василий Михайлович - кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Новосибирского государственного медицинского университета.
2. Д. В. Капустин- студент 5-го курса леч. ф-т Новосибирского

государственного медицинского университета.

3. А. В. Волков - д.м.н. профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Новосибирского государственного медицинского университета.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ: САНАЦИОННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ «ПО ПРОГРАММЕ» И «ПО ТРЕБОВАНИЮ»

**М.В. Мешков, проф. С.А. Старостин Л.Л. Дербеко, Е.А. Андреева, В.А.
Логинов, Ю.Д. Гирич, А.П. Титов, М.Н. Калугина
г. Новосибирск, ГБУЗ НСО «ГКБСМП №2», НГМУ**

Лечение больных с распространенным перитонитом остается сложной клинической проблемой и сопровождается высокой летальностью. Анализированы результаты лечения больных с распространенным перитонитом с применением тактики санационных релапаротомий «по программе» и «по требованию» в период с 2010 по 2012 годы. Контрольная группа – больные, пролеченные в период с 2007 по 2009 годы. Группы сопоставимы по возрасту, по полу, а также по причине развития распространенного перитонита. В анализ вошли следующие нозологии. 2007 – 2009 г. - язвенная болезнь желудка или двенадцати перстной кишки с перфорацией – 14 больных, острый аппендицит – 14, ущемленная грыжа – 2, острая кишечная непроходимость – 5; всего 35 больных. 2010 - 2012 год – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки с перфорацией – 24 больных, острый аппендицит – 31, ущемленная грыжа – 1, острая кишечная непроходимость – 3; всего 59 больных. Для решения вопроса о необходимости санационной релапаротомии «по программе» использовали шкалу, предложенную академиком В.С. Савельевым, с балльной оценкой различных показателей брюшной полости в условиях распространенного перитонита. За период с 2010 по 2012 год по методике релапаротомий «по программе» пролечено 12 больных. Кратность санационных релапаротомий «по программе» составила от 1 до 4. Из 12 больных, которым выполнялись релапаротомии «по программе» умерло 6 человек, однако общая летальность снизилась до 35% в 2010 – 2012г.г. против 61% в 2007-2009г.г.

Выводы: балльная оценка состояния брюшной полости и санационных релапаротомий «по программе» в лечении больных с распространенным перитонитом позволяет снизить послеоперационную летальность и может применяться в любых хирургических отделениях.

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КИСТ

А.С. Мухин, Л.А. Отдельнов

**г. Нижний Новгород, Нижегородская государственная медицинская
академия Минздрава России**

Аннотация

Анализированы результаты лечения 131 больного с кистами поджелудочной железы с 2003 по 2012гг. Больные поступали в экстренном порядке. При постановке диагноза наиболее информативными были данные УЗИ и МРТ. У 34.4% больных имели место осложнения, среди которых преобладали нагноение и перфорация. Оперированы 100 больных, частота послеоперационных осложнений составила 22%, летальность – 5%. Наилучшие результаты получены при операциях внутреннего дренирования, которые считаем операциями выбора.

Ключевые слова

киста поджелудочной железы, псевдокиста, панкреатогенная киста, хирургия кист поджелудочной железы.

Введение

Диагностика и лечение панкреатогенных кист (ПК) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной панкреатологии в связи с возрастающей заболеваемостью острым панкреатитом и, как следствие, с ростом частоты кистообразования, достигающей при деструктивных формах острого панкреатита 50% [1-3, 7-8]. Выбор показаний, сроков и объемов оперативных пособий на сегодняшний день является одним из наиболее дискуссионных вопросов [6, 7]. К настоящему времени разработано множество вариантов операций, различных по объему и степени сложности: от пункций под УЗ-контролем до панкреатодуоденальной резекции. В последние годы широкое внедрение в клиническую практику получают малоинвазивные пункционные и эндоскопические методики, однако они не всегда оказываются эффективными, о чем свидетельствует высокая частота рецидивов [4,5,9].

Цель исследования: представить результаты оперативного лечения больных с ПК с применением индивидуализированного подхода к выбору объема и метода оперативного пособия.

Материалы и методы

Анализированы результаты лечения 131 пациента с ПК с 2003 по 2012 гг. в возрасте от 21 до 86 лет. Мужчин было 100 (76.3%), женщин – 31 (23.7%). Большинство больных (83.2%) поступило в экстренном порядке с абдоминальным болевым синдромом. При постановке диагноза уделялось большое значение тщательному сбору анамнеза, что нередко давало информацию о причинах и сроках кистообразования. Важную роль уделяли также сведениям о ранее перенесенных операциях по поводу ПК (у 16 больных), а также предшествовавшего консервативного лечения острого панкреатита с исходом в кисту (у 14 пациентов). Жалобы больных носили неспецифический характер и в абсолютном большинстве случаев укладывались в рамки болевого и диспептического синдромов. При первичном осмотре у 11 пациентов определялась асимметрия живота за счет опухолевидного образования брюшной полости и еще у 25 – опухолевидное образование пальпировалось через переднюю брюшную стенку. В диагностическом поиске ведущую роль играли данные инструментальных методов обследования. В качестве скринингового метода, выполненного всем пациентам, применялось УЗИ брюшной полости, оказавшееся информативным в 91.9% исследований. Метод давал информацию о локализации, характере стенки и содержимого кисты, состоянии паренхимы и протоковой системы поджелудочной железы (ПЖ), позволял диагностировать наличие конкрементов в желчном пузыре, желчевыводящих путях и явления желчной гипертензии. Более информативными методами инструментальной диагностики явились КТ и МРТ брюшной полости. Наличие связи протоковой системы ПЖ с полостью кисты устанавливали по данным ЭРХПГ, МРТ с контрастированием, а также по данным интраоперационной цистогграфии. Кисты, исходящие из головки ПЖ, наблюдались у 40 пациентов, из тела – у 8, из хвоста – у 31, в 28 случаях имелась сочетанная локализация, у 24 больных диагностированы множественные кисты. Большие кисты (>10 см) были у 50 пациентов (38.2%), а максимальный диаметр кисты составил 30 см. У 45 пациентов (34.4%) имели место различные (в т.ч. сочетающиеся между собой) осложнения, среди которых наиболее частыми было нагноение (n=31) и перфорация (n=11, из них: в брюшную полость – у 7, в плевральную полость – у 2, в переднюю брюшную стенку – у 1, в двенадцатиперстную кишку – у 1). Компрессионные осложнения были у 6 пациентов: механическая желтуха – у 3 и пилородуоденальная компрессия – у 3 больных. Реже диагностировались: асцит-перитонит (n=2), кровотечение (n=1), спонтанный разрыв селезенки (n=1). Множественные кисты диагностированы у 9 пациентов, большие (>10 см) – у 17.

Результаты и обсуждение

При отсутствии показаний к экстренной операции, пациентам назначалось лечение острого панкреатита с применением препаратов сандостатина, ингибиторов протонной

помпы, эфферентной терапии. Эффективность консервативного лечения оценивали по динамике общего состояния, лабораторных показателей и данным УЗИ. Средние и большие кисты, наличие осложнений, а также отсутствие положительной динамики от консервативного лечения считали показанием к операции. Вопрос о выборе объема и метода операции в каждом конкретном случае решался индивидуально: учитывали размер, локализацию, толщину стенки кисты, ее связь с протоковой системой ПЖ, наличие и характер осложнений, состояние главного панкреатического протока. Интраоперационная ревизия как завершающий этап диагностики имела решающее значение при выборе объема и метода оперативного пособия, при этом определяющими критериями считали состояние стенок кисты, локальные условия (рубцово-спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости) и связь полости кисты с главным панкреатическим протоком. Из 131 больного оперированы 100 пациентов (76,3%). Поводом для отказа от операции послужили: положительная динамика от консервативного лечения (в виде купирования болевого и диспептического синдромов, уменьшения размеров ПК по данным динамического УЗИ), а также отказ от операции и социальная дезадаптация больного. Радикальные операции удалось выполнить 10 больным. Показаниями к цистэктомии у 3 больных явились: техническая возможность выполнения и отсутствие связи кисты с протоковой системой ПЖ. 7 больным с левосторонней локализацией кист, а также при подозрении на злокачественный характер кисты произведена дистальная резекция ПЖ, при этом в 4 случаях получили осложнения: формирование наружного панкреатического свища (n=2), поддиафрагмальный абсцесс (n=1), послеоперационный панкреатит (n=1). Чрескожные пункции и дренирования под УЗ-контролем выполнены 12 больным при несформированности стенок кисты, а также при нагноении. У 2 больных были осложнения, потребовавшие открытой операции (формирование забрюшинного абсцесса и нагноение кисты при неэффективности дренирования). Операции наружного дренирования (в т.ч. из мини-доступа) выполнены 39 пациентам с осложненными кистами и в тех случаях, когда чрескожные вмешательства были невыполнимы. Послеоперационные осложнения развились у 12 больных: аррозивное кровотечение (n=5, в т.ч. 2 – с летальным исходом), гнойные осложнения (n=3), формирование наружного панкреатического свища (n=2), продолжающийся перитонит (n=2 в т.ч. с одним летальным исходом). У 6 больных с нагноившимися кистами операции наружного дренирования выполнены как первый этап оперативного лечения, позволивший купировать явления эндогенной интоксикации и острого воспаления, подготовить больных к более радикальным операциям: в последующем 5 пациентам выполнено внутреннее дренирование, 1 больному – дистальная резекция ПЖ. В 38 случаях выполнены операции внутреннего дренирования. При сращениях кист с задней стенкой желудка и выраженном спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости 20 больным наложены анастомозы с желудком (трансгастрально или —бок в бок);

при локализации кист в головке 4 больным произведена цистодуоденостомия (трансдуоденально или —бок в бок); при сочетании ПК с вирсунголитиазом, расширением, извитостью Вирсунгова протока прибегали к вирсунголитотомии, вирсунгографии с последующим наложением панкреатикоцистогастро- или панкреатикоцистоеюноанастомоза (n=7). Операции завершали заведением в полость кисты назогастрального зонда с целью профилактики стриктуры анастомоза, промывания полости растворами антисептиков, рентгенологического контроля за размерами кисты, а также с целью своевременной диагностики возможного кровотечения в послеоперационном периоде. Цистоеюностомия (на выключенной петле по Ру либо на кишечной петле с брауновским соустьем) выполнялась в 8 случаях при множественных кистах, при кистах, несвязанных с желудком. В данной группе осложнения развились у 4 пациентов: аррозивное кровотечение (n=2 в т.ч. 1- с летальным исходом), эвентрация (n=1), абсцедирование кисты при неэффективности цистодуоденоанастомоза (n=1). Таким образом, послеоперационные осложнения развились у 22%, а летальность составила 5%.

Выводы

На этапе диагностического поиска наиболее информативно сочетание УЗИ и МРТ. При отсутствии показаний к экстренной операции больным с ПК должно быть назначено консервативное лечение, аналогичное лечению панкреонекроза с динамической оценкой клинических и лабораторно-инструментальных данных. Показаниями к операции следует считать средние, большие, осложненные ПК, а также отсутствие положительной динамики на фоне проводимого консервативного лечения. Операция — важная составляющая лечения, ее выбор должен осуществляться строго индивидуально и учитывать размер, локализацию кисты, характер стенки, связь полости с протоковой системой ПЖ, наличие и характер осложнений, явления хронического панкреатита и общее состояние больного. Операцией выбора считаем внутреннее дренирование с обязательным заведением в полость кисты назогастрального зонда. У больных с осложненными ПК выбор объема и метода операции должен быть в пользу наименее травматичной. Следует отдавать предпочтение малоинвазивным методикам, а также этапным операциям.

Список литературы

1. Войтковский А.Е., Боташева В.С., Немчинов А.О. Хирургическое лечение постнекротических кист и свищей поджелудочной железы // Актуальные проблемы неотложной хирургии: Тез. докл. науч. практ. конф. Москва Ставрополь, 2006. С. 98-99.
2. Гришин, И.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н.Гришин, В.Н.Гриц, С.Н.Лагодич. - Минск: из-во «Вышэйшая школа», 2009. - 272с.
3. Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Кислицин Д.П. Постнекротическая киста

поджелудочной железы, осложненная механической желтухой и кровотечением в двенадцатиперстную кишку // Хирургия. 2007. №12. С. 50-51.

4. Красильников, Д.М. Малоинвазивные вмешательства в лечении больных с постнекротическими кистами / Д.М.Красильников, М.А.Бородин, А.А.Абдульянов, М.М.Миннуллин // Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Ижевск, 2012. – С. 55-57.

5. Назаренко, П.М. Дифференцированный выбор методов лечения псевдокист поджелудочной железы / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, А.Л. Локтионов и др. // XVII международный Конгресс хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии»: тезисы докладов. – Уфа, 2010. - С. 228-229

6. Оценка эффективности способов дренирования осложненных кист поджелудочной железы / Т.А.Кадошук, О.Е.Каниковский, В.В.Петрушенко, С.С.Стукан // XVII международный Конгресс хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии»: тезисы докладов. – Уфа, 2010. – С.216.

7. Тактика хирургического лечения осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В.К.Гостищев, В.И Хрупкин, А.Н.Афанасьев, А.В. Устименко // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т. 13. №3. С. 156-157.

8. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев. М., 2008. - С. 49-51, 76-77, 80.

9. Varadarajulu S., Trevino J., Wilcox C.M. et al. Randomized trial comparing EUS and surgery for pancreatic pseudocyst drainage. Gastrointest Endosc. 2010; 71: AB116-AB116.

Сведения об авторах

1. Мухин Алексей Станиславович, заведующий кафедрой хирургии ФПКВ НижГМА, доктор медицинских наук, профессор.

2. Отдельнов Леонид Александрович, ассистент кафедры хирургии ФПКВ НижГМА.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИМЕТИЛСЕЛЕНИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Е.В. Намоконов, М.Н. Лазуткин, А.М. Миromanов

г. Чита, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»

Цель исследования: улучшить результаты лечения ран мягких тканей путем использования для местного лечения антиоксидантной лекарственной композиции на

основе селена.

Материалы и методы. Для повышения эффективности лечения путем стимуляции репаративных процессов в ране мы для местного лечения использовали лекарственную композицию – диметилселенит (патент РФ № 2369395- 2009 г). Основным антиоксидантным ингредиентом в предлагаемой лекарственной композиции является селенит натрия, который, активируя глутатионпероксидазу, регулирует перекисный гемостаз. Диметилсульфоксид используют в качестве, как бактерицидного компонента, так и в качестве стабилизатора и диполярного носителя, способствующего проникновению селенита натрия через биологические мембраны вглубь тканей. Дистиллированная вода является растворителем селенита натрия.

Результаты. Изучение лечебного эффекта предлагаемой композиции проводили на модели экспериментальной раны у 55 белых беспородных крысах-самцах массой 200-220 г. Патогистологическими исследованиями биоптатов ран при использовании диметилселенита установлено, что к 4-ым суткам лейкоцитарная инфильтрация отсутствовала, вся раневая поверхность покрыта широким слоем молодой грануляционной тканью в виде множества мелких новообразованных сосудов. Элементы грануляционной ткани с признаками созревания видны и между пучками мышечных волокон. Отмечалось наличие многочисленных коллагеновых волокон, окруженных большим количеством полибластов, с тенденцией их трансформации в профибробласты. У животных контрольной группы в эти же сроки в области ран наблюдался выраженный отек и воспалительный инфильтрат. В инфильтрате преобладали нейтрофильные лейкоциты, прилежащие мышечные волокна были раздвинуты и частично некротизированы, по периферии в инфильтрате встречались единичные макрофаги.

Таким образом, предлагаемая лекарственная смесь предохраняет рану от вторичной инфекции благодаря действию введенного в состав диметилсульфоксида, селен оказывает выраженное антиоксидантное действие в области патологического очага в условиях тканевой, что значительно улучшает репаративные процессы в ране, тем самым, сокращая сроки заживления ран.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО СТАТУСА В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Е.В. Намоконов ¹, А.М. Мироманов ¹, Е.В. Скворцов ², Н.А. Шемякина ¹,
З.А. Артамонова ¹**

**г. Чита, ¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская
академия, ²НУЗ Дорожная клиническая больница ст. Чита 2 ОАО
«РЖД»**

Аннотация

Целью работы было оценить прогностическую значимость некоторых показателей перекисного статуса в развитии СДС - синдрома.

Проведено исследование содержания в сыворотке крови первичных и вторичных (липогидропероксиды, малоновый диальдегид) продуктов свободнорадикального окисления липидов и показателей активности антиоксидантных ферментов (глататионпероксидаза и глутатионредуктаза) у 62 больных сахарным диабетом II типа, из которых у 28 пациентов течение заболевания осложнилось гнойно-воспалительными процессами стопы.

На основании полученных данных предложен способ прогнозирования развития инфекционных осложнений у данной категории больных на стадии доклинических проявлений. Это позволит своевременно вносить необходимую фармакологическую коррекцию в лечение больных сахарным диабетом с целью предупреждения развития синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова

сахарный диабет, перекисное окисление липидов, раневая инфекция, синдром диабетической стопы.

Введение

Сахарный диабет (СД) 2-го типа – одно из наиболее распространенных заболеваний в мире, самостоятельным осложнением которого является синдром диабетической стопы (СДС). Возникая у 80% больных СД, синдром диабетической стопы в половине случаев приводит к ампутации одной или обеих конечностей [1,2].

Известно, что *in vitro* присутствие глюкозы усиливает свободнорадикальное окисление липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Основным фактором, вызывающим атерогенную модификацию ЛПНП являются α -оксоальдегиды, образующиеся при автоокислении глюкозы в условиях гипергликемии [3,6,7]. Стойкая гипергликемия, вызывающая окислительный стресс за счет образующихся при автоокислении глюкозы свободных радикалов приводит к истощению антиоксидантной системы организма и утяжелению патологического процесса [9].

Цель работы было оценить прогностическую значимость некоторых показателей показателей перекисного статуса в развитии СДС - синдрома.

Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование 62 больных сахарным диабетом второго типа, из которых у 28 пациентов последующее течение заболевания осложнилось гнойно-некротическими процессами (группа № 1), а у 34 больных заболевание протекало без инфекционных осложнений (группа № 2). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Возраст больных варьировал от 45 до 72 лет. Длительность заболевания составила от 5 до 28 лет. Мужчин было 33%, женщин – 67%. В структуре гнойно-некротических осложнений у больных 1-ой группы нами были выделены: гангрена одного или нескольких пальцев, имевшая место у 10 пациентов, обширные флегмоны - у 8, трофические язвы, осложненные острым гнойным артритом либо, остеомиелитом стоп - у 10 пациентов, что соответствовало 3-4 - степени по классификации P. Wagner [10]. Нейропатическая форма СДС выявлена у 18, ишемическая у 12, смешанная - у 3 пациентов.

Все группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, нозологическим формам сахарного диабета и получали базовое лечение, при этом в первой группедополнительно проводилось оперативное вмешательство (вскрытие флегмон, этапные некрэктомии, ампутация пальцев и др.).

Определение в сыворотке крови уровня начальных интермедиатов липопероксидации проводили методом спектрофотометрии [8], содержание малонового диальдегида по методике Промыслова М.Ш. [8], показатели ферментной антиоксидантной системы организма исследовали методом Карпищенко А.И., 2002 [4]. Исследования проводили при поступлении в стационар и на 7 сутки наблюдения. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для связанных и не связанных между собой наблюдений, а также вычислен показатель достоверности различий (P) при помощи электронной программы (Microsoft Office 2003 for Windows XP Professional).

Результаты исследований и обсуждение

Установлено, что у пациентов 1-ой группы уровень ЛПНП и МДА, повышался в 1,36 и 1,32 раза соответственно, по сравнению с контролем ($p < 0,001$), а исследуемые показатели антиоксидантной системы (ГПР и ГР) снижались в 1,32 и 1,20 раза ($p < 0,01$). На фоне проводимой терапии у всех больных к 7 суткам отмечалось снижение содержания ЛПНП и МДА по сравнению с 1 сутками в 1,2 и 1,18 раза ($p < 0,001$), тогда как уровень ГПР и ГР существенно не менялся ($p > 0,05$). Та же динамика нарастания изучаемых показателей прослеживалась при поступлении в стационар у пациентов 2-ой группы - ЛПНП в 1,26 раза, МДА в 1,23 раза, ГПР и ГР в 1,16 и 1,21 раза соответственно, по сопоставлению с контрольными значениями ($p < 0,01$).

В последующем на фоне проводимой терапии уровень исследуемых параметров снижался, приближаясь к контрольным значениям на 7 сутки. Исследуемые значения достоверно различались между первой и второй группами, как в первые, так и на седьмые сутки исследований ($p < 0,01$).

Учитывая полученные результаты, нами предложен способ прогнозирования развития гнойно-воспалительных осложнений [5], основанный на расчете интегрированных показателей относительного содержания липопroteинов низкой

плотности: $P_1 = \frac{ЛПНП_i}{ЛПНП_n}$ и малонового диальдегида: $P_2 = \frac{МДА_i}{МДА_n}$ и их отношении к

интегрированным показателям антиоксидантной системы организма –

глутатионпероксидазе и глутатионредуктазе по формуле: $P_3 = \frac{ГПО_i}{ГПО_n}$ и $P_4 = \frac{ГР_i}{ГР_n}$..

Для расчета показателей использовали средние значения (i) регионального содержания первичных (липопротеинов низкой плотности-окси-ЛПНП) и вторичных (малоновый диальдегид - МДА) продуктов перекисного окисления липидов, а также активность ферментов антиоксидантной защиты (глутатионпероксидазу и глутатионредуктазу) здоровых людей: окси-ЛПНП-115 мкмоль на 1 мг белка; МДА - 2,31 нмоль на 1 мг белка; глутатионпероксидаза (ГПО) – 183 мкмоль/с·мг белка; глутатионредуктаза (ГР) – 78 мкмоль/с·мг белка.

После чего производили расчет прогностического коэффициента (К) - отношение количества полученных популяций липопротеидов низкой плотности и малонового диальдегида к содержанию антиоксидантных ферментов организма по формуле:
$$K = \frac{P_1 * P_2}{P_3 * P_4}$$

.

Параметры интегрированного коэффициента трактуют следующим образом. Если коэффициент равен или больше 3,0, прогнозируют неблагоприятное течение воспалительного процесса (таблица 1).

Таблица 1. Значение прогностического коэффициента (К) у больных в послеоперационном периоде в различных клинических группах (M±m).

Группы	n	Липогидропероксиды в ЛПНП (мкмоль на 1 мг белка)	МДА в ЛПНП (нмоль на 1 мг белка)	ГПО эритроцитов (мкмоль/с · мг белка)	ГР эритроцитов, (мкмоль/с · мг белка)	К	Исход
Группа I	n=28	157±7,3*	3,07±0,05*/**	142±4,9*	59±2,4*	3,08±0,08*/**	Неблагоприятный
Группа II	n=34	145±7,1*	2,92±0,04*/**	157±6,1*	65±3,5*	2,24±0,13*/**	Благоприятный
Группа III	n=30	115±6,5	2,31±0,05	183±8,2	78±3,1	1,0±0,02	Норма

Примечание: * - различия достоверны по сравнению с контролем; ** - различия достоверны между I-ой и II-ой группами;

I – группа больных с неблагоприятным течением;

II- группа больных с благоприятным течением;

III - группа здоровых лиц.

Выводы

Таким образом, исследование содержания липопротеидов низкой плотности, малонового диальдегида и глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы с вычислением прогностического коэффициента у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, позволяет с большей точностью прогнозировать развитие гнойно-воспалительных осложнений синдрома диабетической стопы на стадии доклинических проявлений. Использование прогностического коэффициента может позволить своевременно вносить необходимую коррекцию в лечение данной группы больных.

Список литературы

1. Брискин Б.С. Алгоритм комплексной терапии у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы / Б.С. Брискин, А.В. Порошин, В.В.Лебедев, Я.И. Якобишвили // Хирургия . - 2008.- № 2 - С. 14-18.
2. Бенсман В.М. Дискуссионные вопросы классификации синдрома диабетической стопы // В.М. Бенсман, К.Г. Триандафилов // Хирургия. - 2009. - № 4. - С. 37-42.
3. Газин И.К. Критерии интоксикации в оценке тяжести эндотоксикоза, эффективности озонотерапии и традиционного лечения у больных сахарным диабетом, осложненным гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей / И.К. Газин // Клиническая лабораторная диагностика. - 2008. - № 6. - С. 21-22.
4. Медицинские лабораторные технологии. Справочник. / Под ред. А.И.

5. Намоконов Е.В. Антиоксидантная стимуляция репаративных процессов в ране в эксперименте/ Е.В. Намоконов, М.Н. Лазуткин // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра № 4 (86), Часть 1.- 2012.- С. 215-217.

6. Номоконова И.Н. Влияние различных факторов на течение синдрома диабетической стопы / И.Н. Номоконова, Д.Г. Болотова // Вестник РГМУ. - 2007. - №2. - С. 120-121.

7. Пашина С.Н. Клинические и гемолимфатические нарушения при гнойно-деструктивных процессах у больных с синдромом диабетической стопы / С.Н. Пашина // Автореф. канд. мед. наук. – Новосибирск. - 2007. - 20 с.

8. Промыслов М.Ш. Модификация метода определения суммарной антиоксидантной активности сыворотки крови / М.Ш. Промыслов, М.Л. Демчук // Вопр. мед. химии. – 1990. – № 4. – С. 90 – 92.

9. Ступин В.А. Метаболическая терапия у больных при синдроме диабетической стопы / В.А. Ступин, С.В. Горюнов, А.И. Привиденцев // Хирургия.- 2013.- № 10.- С. 25-31.

10. Wagner P.M. A classification and treatment program for diabetic, neuropathic and disvascular foot problems. In the American Academy of Orthopedics Surgeon instructional course lectures. / P.M. Wagner // St. Louis: Mosby.-1979. - P. 143-165.

Сведения об авторах

1. Намоконов Евгений Владимирович – зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», д.м.н., профессор.

2. Миromanов Александр Михайлович – зав. кафедрой травматологии, ортопедии, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», д.м.н., доцент.

3. Скворцов Евгений Валерьевич – зав. отделением общей хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II» ОАО РЖД.

4. Шемякина Надежда Анатольевна – ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», заочный аспирант кафедры.

5. Артамонова Зоя Александровна – ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», заочный аспирант кафедры

ПРИМЕНЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

М.Г. Негребов, Е.Е. Ачкасов, Л.В. Александров, М.Р. Ба

г. Москва, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета

Введение. В последние годы данные литературы свидетельствуют об увеличении послеоперационной летальности больных с острой тонкокишечной механической непроходимостью (ОТМН). Многие пациенты поступают в стационар с уже выраженной белково-энергетической недостаточностью. В раннем послеоперационном периоде неблагоприятное воздействие оказывают метаболические нарушения различной степени выраженности, что в свою очередь отражается на результатах оперативного лечения пациентов с ОТМН.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с ОТМН.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с ОТМН, находившихся на лечении в ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова с 2009 по 2012гг. В данное исследование включены 142 (100%) пациента с ОТМН, которые перенесли резекцию нежизнеспособного участка тонкой кишки. Из исследования были исключены пациенты с опухолевой кишечной непроходимостью и мезентеральным тромбозом. Выделены две клинические группы: основная 68 (47,8%) и контрольная 74 (52,2%). Причиной непроходимости в 52 (%) случаях была ущемленная грыжа, в 86 (60,6%) спайки, в 4 (2,8%) заворот тонкой кишки. Пациентам основной группы после интраоперационной декомпрессии устанавливали назоюнональный капилляр (НИК) за зону анастомоза. В 1-е сутки после операции в НИК вводили охлажденный до 14-16 °С 0,9% физиологического раствора. С 2-3х суток пациенты основной группы получали энтеральное питание через капилляр, с последующим переходом на сипинг и оральное питание. Пациенты контрольной группы в первые сутки получали инфузионную терапию и на 4-5 сутки переходили на оральное питание.

Результаты. Осложнений в послеоперационном периоде и умерших среди пациентов основной группы не было. В контрольной группе у пациентов наблюдалась длительная динамическая кишечная непроходимость, в связи с чем у 5-ти пациентов развилась очаговая пневмония, у 1 развилось ОНМК, у 4-х послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза. 22 пациентам понадобилась длительная ИВЛ. Летальный исход в 2 случаях. Причиной смерти явилась полиорганная

недостаточность.

Выводы:

1. Пациентам с ОТМН необходимо контролировать трофический статус и проводить коррекцию до и после операции водно-электролитных и белково-энергетических нарушений.
2. Раннее энтеральное питание способствует скорейшему разрешению динамической кишечной непроходимости и поддержанию белково-энергетического и пластического обмена на оптимальном уровне, что способствует снижению уровня летальности в послеоперационном периоде, риска развития осложнений и сокращению сроков госпитализации.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТИРЕОИДЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ МИНЗДРАВА РОССИИ

к.м.н. М.В. Неклюдова, к.м.н. В.К. Лядов

**г. Москва, Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России,
отделение онкологии хирургического профиля**

Заболеваемость раком щитовидной железы в России, с 1995 по 2002 год, в России, выросла приблизительно на 200%. Основным методом лечения является хирургический. Эндоскопические операции впервые начали проводиться в 80х годах 20го столетия. Первые эндоскопические операции на щитовидной и паращитовидной железах были проведены в 1996 и 1997 годах. Большая часть пациентов раком щитовидной железы - женщины, которые обеспокоены качеством послеоперационного рубца на шее, что и послужило толчком к разработке различных методик выполнения эндоскопических операций на щитовидной железе.

Нами освоена методика эндоскопической тиреоидэктомии - Bilateral Axillo-Breast Approach (BABA). Оперативное лечение проведено 4 пациентам, с диаметром опухолевых узлов до 4см. Все пациенты женщины в возрасте от 23 до 63 лет. Гистологический тип удаленных опухолей: у 2-х пациенток папиллярный рак, у 2-х фолликулярная аденома. Средняя продолжительность операции составила 3,5 часа. Трем пациенткам выполнена гемитиреоидэктомия, одной – териоидэктомия. Основные этапы выполнения операции: нанесение разметки разрезов в аксиллярных областях и в периареолярных зонах для введения троакаров, зон отсепаровки мягких тканей груди и шеи, ограниченных снизу - ключицами, снаружи - передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы с двух сторон, сверху - щитовидным хрящом; установка троакаров и видеокамеры, инструментальное эндоскопическое выделение щитовидной железы; выделение возвратного нерва; мобилизация удаляемой доли, введение —endobag’’ для извлечения

удаленной доли; сшивание передних мышц шеи; наложение швов на кожные разрезы; тугое бинтование в послеоперационном периоде. Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 3 – 5 дней. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались ограниченные подкожные гематомы в проекции отсепарованных тканей груди и шеи. У одной пациентки на 10-е сутки аспирационно удалена серома в проекции яремной вырезки.

Эндоскопическая тиреоидэктомия сочетает в себе радикализм всех этапов операции, с учетом законов абластики, с минимальным травматизмом оперируемой зоны, за счет использования ультразвуковых инструментов, и превосходным косметическим результатом внешнего вида послеоперационных рубцов. Выполнение эндоскопических операций позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре и период реабилитации.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А.В. Новожилов, С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, С.Е. Григорьев, М.В.

Прокопьев, М.О. Мовсисян

г. Иркутск, ГБУЗ Иркутская округа «Знак Почета» областная

клиническая больница, ФГБУ «Научный центр реконструктивной и

восстановительной хирургии» СО РАМН, ГБОУ ВПО Иркутский

государственный медицинский университет

Цель: изучение непосредственных результатов лечения пациентов с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым выполнено оперативное вмешательство в объеме панкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. Критериям включения соответствовало 62 пациентов, из них мужчин 37, женщин 26. Все пациенты оперированы по поводу рака периампулярной зоны: рак головки поджелудочной железы (36), большого дуоденального сосочка (11), дистального отдела общего желчного протока (6), хроническом головчатом панкреатите (4), рак двенадцатиперстной кишки (2), желчного пузыря (1), желудка (1) и в одном случае по поводу рака внепеченочных желчных протоков в отделении портальной гипертензии ГБУЗ ИОКБ в период 2009-2014 гг.. В качестве предоперационной подготовки пациентам с механической желтухой предварительно выполняли билиарную декомпрессию с целью коррекции печеночной недостаточности различными методами: холецистостомия (24), ЭРХПГ, билиарное стентирование (3), у одного пациента выполнена лапаротомия, дренирование холедоха по Керу. 45 пациентам операция выполнена на фоне желтухи. Технология

выполнения операции предусматривает 3 основных этапа: мобилизация, резекционный этап и реконструктивный этап. Предпочтительнее выполнять пилоросохраняющую модификацию. ПДР у большинства больных сочеталась с лимфаденэктомией, у 1 пациента с боковой резекцией мезентериальной вены, в четырех случаях выполнялось гастропанкреатодуоденальная резекция, у одного пациента выполнялось правосторонняя гемиколэктомия, панкреатодуоденальная резекция, холецистэктомия, атипичная резекция печени по поводу рака желчного пузыря. В ходе реконструктивного этапа операции формировали все анастомозы на одной кишечной петле. Послеоперационные осложнения возникли у 14 (20%) больных, общая летальность 4,8%. Наиболее значимыми послеоперационными осложнениями явились – несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (6), несостоятельность гепатикоеюноанастомоза (1), абсцессы (2) и др. Частота послеоперационных осложнений достоверно не зависела от характера основного заболевания. Непосредственные результаты зависят, прежде всего, от соблюдения технологии выполнения операции, а именно – формирования широкого билиодигестивного соустья и панкреатикоеюноанастомоза на скрытом дренаже.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О.С. Олифирова

г. Благовещенск, ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Аннотация

Цель исследования: провести анализ результатов диагностики и лечения кровотечений при осложненных гастродуоденальных язвах. Изучены результаты обследования и лечения 75 больных. У большинства больных (70%) гастродуоденальные язвы имели большие и гигантские размеры. Наиболее частым осложнением являлась пенетрация язв (64%) в соседние органы. В связи недостаточной эффективностью эндоскопических методов гемостаза и высоким риском рецидива кровотечения в 80% наблюдений выполнено экстренное или срочное оперативное лечение с применением резекционных методов.

Введение

Язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) составляют 50-70% из общего числа желудочно-кишечных кровотечений [3]. Благодаря достижениям современной гастроэнтерологии, проблема хирургического лечения язвенной болезни во многом утратила свою актуальность [4]. Это проявляется значительным уменьшением числа плановых операций по поводу язвенной болезни. Вместе с тем, язвенная болезнь занимает лидирующее место среди причин желудочно-кишечных кровотечений и количество

неотложных вмешательств по поводу этой патологии возрастает [1]. Отечественная статистика подтверждает неуклонный ежегодный рост числа осложнений гастродуоденальных язв [1, 2]. Частота госпитализаций по поводу ЯГДК составляет от 31 до 150 человек на 100 тысяч пациентов в год [2]. Количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении по поводу ЯГДК, достигает 15% [3]. Несмотря на значительные успехи в диагностике, эндоскопическом гемостазе, развитии малоинвазивных вмешательств и фармакотерапии желудочно-кишечных кровотечений, летальность составляет 10 – 15%, и практически не изменилась за последние 20 лет [3, 4]. Кроме того, при запоздалых вмешательствах на фоне тяжелой кровопотери, а также рецидиве ЯГДК, послеоперационная летальность достигает 30 – 70% [3]. Причем если летальность больных с состоявшимся ЯГДК у больных до 41 года не превышает 5% (и во всех случаях связана с тяжелой сопутствующей патологией), то у пациентов старше 60 лет этот показатель возрастает до 35% [3, 4]. Особые трудности в выборе хирургической тактики и методе оперативного лечения представляют ЯГДК при осложненных гастродуоденальных язвах, так как в этих случаях эндоскопический гемостаз оказывается невозможным или малоэффективным [5].

Цель исследования: провести анализ результатов диагностики и лечения кровотечений при осложненных гастродуоденальных язвах.

Материал и методы исследования

Изучены результаты обследования и лечения 75 больных с кровотечениями из осложненных гастродуоденальных язв в возрасте 21 – 76 лет, находившихся на лечении в Амурской областной клинической больнице. Больные старше 50 лет составили 54%. Мужчины – 65%, женщины – 35%. Стандартный комплекс диагностических исследований включал экстренную гастродуоденоскопию.

Результаты исследования

У 32 (43%) больных язвы локализовались в желудке, а двенадцатиперстной кишке – у 43 (57%). Большинство больных с ЯГДК поступили в стационар после 24 часов (42; 56%), из них свыше 48 часов – 88% (37). Язвенный анамнез более 3 лет был у 52% (39) больных. При поступлении у большинства больных установлены вторая и третья степени тяжести кровопотери (86,9%).

Согласно классификации А.Ф. Черноусова и др.(1996) размеры язв оказались следующими: средние ($>0,5 - 1,0$ см) – 30% (22), большие ($>1,0 - 3,0$ см) – 17% (13) и гигантские ($>3,0$ см) – 53% (40). Таким образом, большие и гигантские гастродуоденальные язвы преобладали в 70% наблюдений.

ЯГДК возникли на фоне других осложнений язв. Из них чаще наблюдалась пенетрация язвы в 64% (48) случаев: в поджелудочную железу (26), гепатодуоденальную связку (8), малый сальник (7), поперечно-ободочную кишку (4), левую долю печени (2), желчный пузырь (1). Несколько реже ЯГДК были при пилородуоденальном стенозе – 7 (9%), перфорации – 6 (8%), малигнизации – 3 (4%), множественных язвах – 6 (8%) и одновременном стенозе с перфорацией и пенетрацией – 5

(7%). Эндоскопический гемостаз во многих случаях осложненных язв оказался неэффективным. Превалирующее большинство больных (70; 93%) с ЯГДК на фоне осложненных язв были оперированы. Показаниями к операции явились: продолжающееся ЯГДК и невозможность достижения гемостаза нехирургическими методами (Forest IA, FIB), рецидив ЯГДК, высокий риск рецидива ЯГДК (FIIA, FIIB), наличие других осложнений язвенной болезни. У 5 (7%) больных, в виду отсутствия кровотечения на момент поступления в стационар, оперативное лечение не проводилось. Консервативная терапия включала: полный покой, локальную гипотермию, применение антацидов, блокаторов желудочной секреции, заместительную и гемостатическую терапию. Экстренные операции (в первые 2 – 4 часа от момента поступления) при продолжающемся кровотечении или его рецидиве (Forrest IA, FIB) выполнены в 47% (33) случаев от общего числа оперативных вмешательств. Срочные операции (через 24 – 48 часов) в связи с высоким риском рецидива кровотечения произведены в 33% (23), а плановые операции – 20% (14). Предоперационную подготовку больных с высоким риском рецидива кровотечения проводили в условиях палаты реанимации и осуществляли эндоскопический мониторинг.

У большинства больных (80%), особенно оперированных по экстренным показаниям, сочетанные осложнения кровоточащих язв были выявлены интраоперационно. Из-за грубых периульцерогенных изменений и больших размеров язв оперативные вмешательства сопровождалась значительными техническими трудностями и имели резекционный характер. Резекция желудка по Бильрот-1 выполнена в 51% (36), резекция желудка по Бильрот-2 – в 46% (32), гастрэктомия – в 3% (2) случаев. Резекцию желудка «на выключение» не выполняли. Послеоперационная летальность составила 13% (9) от общего числа оперированных больных (70). Причинами летальных исходов являлись тяжелая степень кровопотери, дооперационное декомпенсированное состояние больных, ДВС-синдром, сопутствующая патология, присущая пожилому и старческому возрасту. Послеоперационные осложнения возникли у 4 (5,7%) больных: несостоятельность культи 12 п.кишки (2), несостоятельность гастродуоденального анастомоза (1), абсцесс брюшной полости (1).

Обсуждение результатов

Лечение больных с кровотечениями из осложненных гастродуоденальных язв является сложной хирургической проблемой. У большинства больных (70%) гастродуоденальные язвы имели большие и гигантские размеры. Наиболее частым осложнением являлась пенетрация язв (64%) в соседние органы. Тяжесть состояния больных ЯГДК при осложненных гастродуоденальных язвах обусловлена декомпенсированным состоянием и выраженной степенью кровопотери, сопутствующими заболеваниями и возрастными изменениями. Учитывая недостаточную эффективность эндоскопических методов гемостаза и высокий риск рецидива кровотечения при этой патологии, в большинстве случаев показано экстренное или срочное оперативное лечение с применением резекционных методов. Оперативные вмешательства из-за выраженных периульцерогенных изменений и больших размеров язв представляют значительные трудности с большой вероятностью послеоперационных осложнений. В связи с этим хирургическое лечение этой группы больных следует выполнять опытному хирургу, имеющему

Выводы

1. Кровотечения из осложненных язв желудка имели место в 43% случаев и двенадцатиперстной кишке – 57%.
2. Пенетрация язвы в 64% наблюдений являлась наиболее частым сочетанным осложнением гастродуоденальных язвенных кровотечений.
3. Экстренные и срочные операции резекционного характера выполнены в 80% случаев при кровотечениях из осложненных гастродуоденальных язв.

Список литературы

1. Алиев, С.А. Выбор метода радикальной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии [Текст] / Алиев С.А., Хидырова Н.М. // Хирургия. – 2010. – №2. – С. 30-36.
2. Багненко, С.Ф. Применение протоколов организации лечебно – диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике [Текст] / С.Ф. Багненко, Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – № 4. – С. 71- 75.
3. Гостищев, В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) [Текст]: практическое руководство / В.К. Гостищев, М.А.Евсеев – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 384 с.
4. Лебедев, Н.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения [Текст]: монография / Н.В.Лебедев, А.Е. Климов – М.: Бином-пресс, 2010. – 176 с.
5. Олифирова, О.С. Сочетанные осложнения при кровотечениях из гастродуоденальных язв [Текст] / О.С. Олифирова, В.А.Омельченко, Л.И. Мушта и др. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. - №4 (86). – С. 77.

Сведения об авторах

Олифирова Ольга Степановна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой хирургических болезней факультета последипломного образования Амурской государственной медицинской академии, г. Благовещенск.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

О.С. Олифирова

**г. Благовещенск, ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская
академия» МЗ РФ**

Цель: изучить результаты оперативного лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) с использованием ауто- и аллопластических методов.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 66 больных с ПВГ, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Амурской областной клинической больницы, из них – 23 мужчины и 43 женщины. Средний возраст 57,4 года. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания были у 55 % больных. Ожирение I степени наблюдалось у 25,7% больных с (ИМТ 30-35); II степени – у 30,2% (ИМТ 35-40); III степени – у 19,6% (ИМТ более 40). Критериями готовности больных ПВГ к оперативному вмешательству являлись отсутствие тяжелой сопутствующей патологии или стойкая ее компенсация.

Результаты. Преобладали ПВГ средних и больших размеров по Chevrel-Rath: W1 (до 5 см) – 10 %, W2 (5 – 10 см) – 45%, W3 (10 – 15 см) – 10%, W4 (более 15 см) – 35%. ПВГ

возникли после гинекологических операций (15), лапаротомной холецистэктомии (12), аппендэктомии (9), лапаротомии по поводу ножевых (6) и огнестрельных ранений (2), панкреонекроза (7), ЛХЭ (6), операций на аорте (4), внутрибрюшной резекции толстой кишки (5). Рецидивные грыжи были у 16 больных (24% от общего числа ПВГ): R1 – 7, R2 – 4, R3 – 3, R4 – 2 случаев. Из них у 8 рецидивные ПВГ возникли после аллопластики. Причины рецидивов ПВГ: выполнение натяжной герниопластики без аллопластики, несоответствующий размер эндопротеза, послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения, несоблюдение больными рекомендаций в послеоперационном периоде и ранняя физическая нагрузка. Объем операции и вид пластики зависел от размера грыжи и состояния передней брюшной стенки. Пластика местными тканями выполнена при W1 (19% больных). Грыжесечение с ненатяжной аллопластикой сеткой «пролен» onlay произведена у 32% больным, грыжесечение с натяжной аллопластикой сеткой «пролен» onlay – у 49% больных. По окончании

операции в подкожную клетчатку устанавливали вакуум-дренаж по Редону. Средняя продолжительность дренирования составляла 6,4 дня. Средняя длительность лечения в стационаре – 15,3 дня. Осложнения возникли у 3 (4,5%) больных: серома (2), нагноение(1).

Выводы:

1. ПВГ чаще возникают у больных с высоким индексом массы тела после лапаротомных операций. Причиной рецидивных ПВГ в большинстве случаев являлись технические погрешности и ранняя физическая нагрузка.

2. Технически правильно выполненная ненатяжная герниопластика является эффективным методом лечения ПВГ, позволяющим получать хорошие результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПАНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ДЕФЕКТАХ

Д.А. Оразлиев, А.Н. Емец

**г. Благовещенск, Амурская государственная медицинская академия,
кафедра хирургических болезней ФПДО, ГБУЗ АО БГКБ «Городская
поликлиника №4»**

В последние годы коллапАн нашел широкое применение в травматологии и ортопедии, не зависимо от уровня оказания травматологическо-ортопедической помощи. Часто в отечественной литературе приводятся примеры успешного лечения коллапАном после нарушения процессов остеогенеза, а также при повреждениях и заболеваниях костной системы. Способности коллапАна доказаны и проявляются в том, что он перестраивается в костную ткань при имплантации в костное ложе без промежуточной хрящевой ткани и фиброзной прослойки по мере прорастания в него сосудов. (Берченко Г.Н. в соавт. Харьков 2000г, Кавалерийский Г.М. и соавтор. Курган 2003г.).

Материалы и методы исследования. Нами было прооперировано четверо больных, с различной патологией опорно-двигательного аппарата, где при костных дефектах использовался коллапАн с антибиотиками. Пациенты: трое мужчин от 25 до 42 лет.

В двух случаях мы применяли коллапАн в костных кистах. Дефект, который образовался после оперативного вмешательства, был замещен коллапан – гелем. В постоперационном периоде заживление раны первичное, без осложнений. На контрольных рентгенографиях через 6 недель полость, заполненная коллапан-гелем, от окружающей структурой костной ткани не отличалась.

КоллапАн в гранулах использовался при лечении абсцесса Броди. Были получены хорошие результаты.

Учитывая результаты, после лечения наших больных с использованием коллапАна можно сделать следующие *выводы*:

1. В сочетании с традиционными методами лечение костных ран с использованием коллапАна дает результат возмещения костных дефектов с улучшением репаративных процессов;
2. КоллапАн снижает применение костно-пластической операции;
3. Учитывается содержание в составе антибиотика, который положительно воздействует на местное лечение как антибактериальный препарат.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д.А. Оразлиев¹, О.И. Киридон²

**¹г. Благовещенск, Амурская ГМА, ФПДО, кафедра хирургических
болезней; ²г. Архангельск, ГБУЗ АО АОКБ, заведующий отделением
гипербарической оксигенации**

В послеоперационном периоде на опорно-двигательном аппарате (ОДА), независимо от объема внешних вмешательств, во внутренней среде организма происходят существенные изменения, не только функциональные, но и энергические потенциалы организма.

В раннем послеоперационном периоде происходит активизация гликолиза, с наличием гипоксии, лактацидоза, снижением энергетических процессов (по уровню АТФ), с нарушением между энергосинтезирующими и энергоутилизирующими процессами, повышением индекса фосфотаз и системного индекса электролитов, что приводит к катаболической паратгормональной фазе костеобразования [1].

При изучении влияния гипербарической оксигенации (ГБО), при нарушении целостности ОДА, мы поставили основную *задачу исследования*- изучить по данным официальной учетно-отчетной документации пролеченных больных в областной клинической больнице за три последних года влияние ГБО на образование, ускорение и перестройку репаративного костеобразования.

Материалы и методы: 87 больных с различными повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Больные в основном работоспособного возраста, в основном от 21 до 48 летнего возраста. Среди больных больше лиц мужского пола 61 (71%), 26 женского пола (29%).

Контрольную группу взяли больных, которым не была назначена процедура сеансов гипербарической оксигенации. Сеансы гипербарической оксигенации проводились в лечебной барокамере БЛКС 3-01 с применением медицинского кислорода (ГОСТ 5583-78) 1,2 -1,8 АТ^а- 40 – 50 минут экспозиции, 1,2-1,8 АТ^адавлениеизопрессии. Проводился индивидуальный подбор режима сеансов, учитывая переносимость ГБО, реакцию сердечно-сосудистой системы и сопутствующую патологию.

Нами с целью уточнения эффективности ГБО, были использованы клинические, лабораторные методы исследования (забор венозной крови). При анализах данных полученных с использованием ГБО положительная динамика, а клинически улучшение репаративных процессов.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА

В.И. Оскретков, А.А. Гурьянов, В.А. Ганков, В.В. Федоров, А.Р. Андреасян
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ
РФ (г. Барнаул)

Аннотация. Обобщен опыт различных типов видеоэндохирургических вмешательств, выполненных 455 больным с различными заболеваниями пищевода. Разработана оригинальная техника видеоторакоскопической экстирпации пищевода с одномоментной видеолапароскопической эзофагогастропластикой, видеолапароскопической дозированной эзофагофундопликации, видеолапаротрансхиатального дренирования заднего средостения, видеоторакоскопической энуклеации лейомиомы пищевода, дивертикулэктомии пищевода, видеолапароскопической растяжной эзофагокардиомиотомии.

Ключевые слова. Экстирпация пищевода, эзофагогастропластика, эзофагофундопликация, эзофагокардиомиотомия, энуклеация лейомиомы пищевода, дивертикулэктомия пищевода.

В клинике общей хирургии с использованием видеоэндохирургических технологий оперированы 455 пациентов с различными заболеваниями пищевода (Табл 1).

Таблица 1.

Характеристика оперированных больных

Характер патологии пищевода	Число	P±m %
-----------------------------	-------	-------

	больных	
Послеожоговая рубцовая стриктура пищевода	55	12,1±1,5
Перфорация пищевода	14	3,1±0,8
Ахалазия пищевода	48	10,5±1,4
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ГЭРБ,	315	69,2±2,2
Дивертикул грудного отдела пищевода	4	0,9±0,4
Лейомиома пищевода	13	2,9±0,8
Папиллома пищевода	1	0,2±0,2
Рак грудного отдела пищевода	5	1,1±0,5
Всего	455	100

В зависимости от характера заболевания им выполнены различные типы оперативных вмешательств (Табл. 2.).

У больных с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, различными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни выполняли разработанную нами видеолaparоскопическую дозированную эзофагофундопликацию. Для этого переднюю брюшную стенку пунктировали пятью троакарами. С использованием ультразвукового гармонического скальпеля или монополярной диатермокоагуляции производили пристеночную мобилизацию кардиального отдела желудка и области пищеводно-желудочного перехода с сохранением переднего и заднего стволов блуждающего нерва, которые отводили вправо. У пациентов с кардиофундальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и укорочением пищевода выполняли его мобилизацию в заднем средостении с низведением пищеводно-желудочного перехода в брюшную полость.

Табл. 2.

Типы видеоэндохирургических операций на пищеводе

Типы видеоэндохирургических вмешательств	Число больных	P±m %
Видеоторакоскопическая экстирпация пищевода	57	12,5±1,5
Видеоассистированная экстирпация пищевода абдоминоцервикальным доступом	3	0,7±0,4
Видеолaparотрансхиатальное дренирование заднего средостения	14	3,1±0,8
Видеолaparоскопическая растяжная эзофагокардиомиотомия с передней гемиезофагофундопликацией по Dor	48	10,5±1,4
Видеолaparоскопическая дозированная эзофагофундопликация	315	69,2±2,2
Видеоторакоскопическая дивертикулэктомия пищевода	4	0,9±0,4
Видеоторакоскопическое удаление лейомиомы пищевода	9	2,0±0,6
Видеолaparоскопическое удаление лейомиомы пищевода	4	0,9±0,4
Видеолaparоскопическая резекция передней полуокружности пищевода	1	0,2±0,2
Всего	455	100

Эзофагофундопликационную манжету формировали на калибровочном зонде, предварительно установленном в области кардии. Длина манжеты, охватывающая абдоминальный отдел пищевода в среднем составила 3,0 см. Заднюю диафрагмокрурорафию выполняли пациентам, которым удавалось низвести пищеводно-

желудочный переход в брюшную полость, при длине абдоминального отдела пищевода не менее 2,0 см (105 чел.). При значительном укорочении пищевода и невозможности его низведения производили формирование фундопликационной манжеты в заднем средостении.

Необходимость выполнения протезирующей хиатопластики определяли интраоперационно в зависимости от расстояния между ножками диафрагмы и их выраженностью. При значительном расширении пищеводного отверстия диафрагмы (превышающем 4,0 см.) и атрофии ножек диафрагмы после выполнения диафрагмокрурорафии производили имплантацию полипропиленового или комбинированного (полипропиленового и политетрафторэтиленового) протеза с его фиксацией к ножкам диафрагмы герниостеплером (64 чел.).

Интраоперационные осложнения возникли у 3 человек (%). В одном наблюдении кровотечение из декапсулированного участка печени потребовало выполнения спленэктомии из лапаротомного доступа. Карбокситоракс, возникший вследствие повреждения медиастинальной плевры у двух пациентов устранен плевральной пункцией. Причиной конверсии видеолапароскопического доступа у второго больного явился выраженный спаечный процесс после ранее выполненной операции из верхнесрединного лапаротомного доступа.

У больных послеожоговым рубцовым стенозом пищевода, при невозможности его реканализации, выполняли разработанную нами видеоторакоскопическую экстирпацию пищевода с одномоментной эзофагопластикой. Операцию выполняли в положении пациента на левом боку. Правую плевральную полость пунктировали четырьмя троакарами. Выше дуги непарной вены пересекали медиастинальную плевру. Пищевод выделяли из рубцовоизмененной периезофагеальной клетчатки на протяжении 5,0 см. и пересекали. Проксимальную культю мобилизовали до верхней апертуры грудной клетки, дистальную культю пищевода низводили через тоннель, сформированный под дугой непарной вены и выделяли до пищеводного отверстия диафрагмы.

Конверсия видеоторакоскопического доступа произведена 8 пациентам (14,5%) на этапе освоения методики. У 3 чел. торакотомия выполнена из-за невозможности дифференцирования пищевода в рубцовоизмененной периезофагеальной клетчатке, у 3 пациентов – из-за повреждения непарной вены, в 1 наблюдении произошло вскрытие пищеводно-трахеального свища, у одного больного конверсия эндоскопического доступа осуществлена по причине сохраняющихся выраженных воспалительных изменений в пищеводе и окружающих тканях, фрагментации пищевода.

В качестве реконструктивного вмешательства отдавали предпочтение выполнению эзофагопластики целым желудком с его проведением в заднем средостении. 11 пациентам произведена разработанная нами видеолапароскопическая эзофагогастропластика. Операция выполнялась из пяти троакарных доступов. С помощью ультразвукового гармонического

скальпеля или монополярной диатермокоагуляции производили мобилизацию желудка по большой кривизне с сохранением желудочно-сальниковой артерии. Левую желудочную артерию клипировали и пересекали проксимальнее ее деления на восходящую и нисходящую ветви. После рассечения связочного аппарата желудка ранее мобилизованную дистальную культю пищевода переводили в брюшную полость и отсекали из мини лапаротомного доступа. Мобилизованный желудок в заднем средостении проводили на шею, где анастомозировали с проксимальной культей пищевода.

Наиболее тяжелые осложнения (некроз трансплантата) возникли у двух пациентов после эзофагоколопластики. Несостоятельность эзофагогастро- или колоанастомоза (3 чел.) приводила к формированию слюнного свища на шее, который самостоятельно закрылся на фоне консервативного лечения.

Для лечения больных с перфорацией грудного отдела пищевода в средней и нижней 1/3 нами разработана техника видеолапаротрансхиатального дренирования заднего средостения. Из пяти троакарных доступов производили рассечение париетальной брюшины, покрывающей пищеводное отверстие диафрагмы. Далее, наконечником отсасывателя и тупфером формировали тоннель в заднем средостении вдоль пищевода до вскрытия гнойного затека. Выполняли медиастиноскопию с тщательной санацией гнойной полости водными растворами антисептиков. Двухпросветную дренажную трубку подводили к верхней точке гнойной полости, где и располагалось перфоративное отверстие, над трубкой герметично сшивали ножки диафрагмы интракорпоральным швом. Зашивание перфоративного отверстия пищевода считали необязательным и производили его лишь при наличии технических условий, что позволяло временно разобщить просвет пищевода и заднего средостения, способствовало ограничению воспалительного процесса в нем. Функциональное выключение пищевода осуществляли путем видеоассистированного формирования гастростомы при перфорации пищевода в средней 1/3 грудного отдела и еюностомы при перфорации грудного отдела пищевода в нижней 1/3. В течение первых 3 суток проводили активную аспирацию отделяемого из гнойной полости, после чего начинали проточно-промывное дренирование.

Интраоперационное повреждение медиастинальной плевры у 2 пациентов не привело к развитию эмпиемы плевры. Течение раннего послеоперационного периода у 6 чел. осложнилось развитием пневмонии. На фоне проводимого лечения происходило закрытие гнойной полости в заднем средостении с рубцеванием перфоративного отверстия.

У пациентов с лейомиомой пищевода выбор хирургического доступа зависел от локализации новообразования. При локализации опухоли в средне- или нижнегрудном отделах пищевода выполнялась их видеоторакоскопическая энуклеация (9 чел.). При сочетании лейомиомы абдоминального отдела пищевода с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы энуклеацию опухоли выполняли лапароскопически (4 чел.), операцию завершали формированием эзофагофундопликационной манжеты. В раннем

послеоперационном периоде несостоятельность швов нижнегрудного отдела пищевода возникла у 2 пациентов, что потребовало видеолaparотрансхиатального дренирования заднего средостения.

У 4 пациентов с дивертикулом грудного отдела пищевода его видеоторакоскопическое удаление осуществлялось с использованием эндоскопических сшивающих аппаратов. Линию аппаратного шва погружали непрерывным адвентициально-мышечным швом. Несостоятельность швов пищевода возникла у 1 пациента. Осложнение устранено путем видеолaparотрансхиатального дренирования средостения.

Пациентам с ахалазией пищевода II – IV стадии выполнялась разработанная в клинике видеолaparоскопическая растяжная эзофагокардиомиотомия, передняя гемиезофагофундопликация по Дор. Для выполнения операции переднюю брюшную стенку пунктировали пятью троакарами. Производили пристеночную мобилизацию передней стенки кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода с частичным сохранением желудочно-ободочной связки. С использованием монополярной диатермокоагуляции выполняли продольную миотомию на протяжении суженного участка пищевода, на 2 см. выше и ниже него. Отсепаровывали адвентициально-мышечный слой краев миотомной раны на $\frac{1}{2}$ полуокружности пищевода. Интракорпоральным непрерывным швом сшивали левый край миотомной раны с малоподвижной частью дна желудка, что обеспечивало эффект растяжения раны мышечной оболочки пищевода. Правый край миотомной раны без натяжения сшивали с подвижной частью дна желудка.

Интраоперационные осложнения в виде точечной перфорации слизистой оболочки пищевода ликвидировали путем наложения узлового слизистого шва. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. В отдаленном послеоперационном периоде отмечено достоверное уменьшение диаметра пищевода, увеличение просвета кардии в момент ее раскрытия более чем в 2 раза, снижалась продолжительность задержки контрастного вещества над кардией, возрастала скорость опорожнения пищевода.

Таким образом, видеозендоскопические технологии могут быть широко и эффективно использованы в лечении различной патологии пищевода, и являются альтернативой в выборе метода оперативного лечения.

Информация об авторах:

1. Оскретков Владимир Иванович. Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ. (3852) 40-32-94 voskretkov@mail.ru
2. Гурьянов Андрей Александрович. К.м.н., доцент, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ (3852) 40-22-38 agurjanov@rambler.ru

3. Ганков Виктор Анатольевич. Д.м.н., доцент, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ (3852) 40-38-54 viktorgankov@yandex.ru

4. Федоров Виктор Викторович. Ординатор хирургического отделения КГБУЗ «Городская больница №12 г. Барнаула» (3852) 40-19-84 vikfed75@mail.ru

Андреасян Армен Ромикович. К.м.н., доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ (3852) 40-22-38 andreasyanarm@rambler.ru

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА I СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ В СТАДИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ТОНКОЙ, СЛЕПОЙ И ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

А.И. Панасюк^{1,3}, Н.И. Аюшинова^{2,3}, А.В. Александров³

г. Иркутск, ¹ ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава РФ ²ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН ³ГБУ Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница

Аннотация

Острая окклюзия а. mesenterica superior - экстренная ситуация, требующая срочной постановки диагноза и немедленного хирургического лечения с возможной артериальной реконструкцией - эмболэктомией, тромбэктомией - и/или интестинальной резекцией. Настоящее сообщение об эффективном результате тромбэктомии из I сегмента верхней брыжеечной артерии в стадии острой ишемии тонкой, слепой и правой половины ободочной кишки у пациентки преклонного возраста.

Ключевые слова: верхняя брыжеечная артерия, острая мезентеральная ишемия.

Сильная боль в животе, не соответствующая находкам при обследовании, – повод подумать об остром нарушении мезентериального кровообращения. Моше Шайн [4].

Острая интестинальная ишемия вызывается нарушением мезентериального кровоснабжения и представляет собой серьезную хирургическую проблему. Острая окклюзия а. mesenterica superior – экстренная ситуация, требующая срочной постановки диагноза и немедленного хирургического лечения с возможной артериальной

реконструкцией – эмбоэктомией, тромбэктомией – и/или интестинальной резекцией [1, 2, 3].

Несвоевременный диагноз – главная причина высокой летальности, которая при острой артериальной ишемии достигает 70–100% [5, 6].

В течение 5 лет (2009–2013 гг.) в хирургическом отделении ГБУЗ ИОКБ наблюдалось 26 пациентов с тромбоэмболией и тромбозом верхней брыжеечной артерии. В 4-х случаях операция носила ревизионный характер ввиду субтотального некроза тонкой и правой половины ободочной кишки. Резекция кишки как самостоятельная операция в 4 случаях. Тромбэмбоэктомия выполнена в 19 случаях, в 18 наблюдениях – с резекцией кишки. Умерло 17 человек, летальность – 65,4%. Приводим одно из наблюдений.

Пациентка П., 83 лет (медицинская карта стационарного больного № 23297) доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение ГБУЗ ИОКБ 11.08.2011 г. в 22:30 через 3 часа после начала заболевания с диагнозом острый инфаркт миокарда, который после обследования был исключен.

Сбор анамнеза был затруднен, в связи с ранее перенесенными ишемическими инсультами (последний в июле 2011), энцефалопатией сочетанного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая). Правосторонний гемипарез. Сахарный диабет II тип, уровень гликированного гемоглобина > 8,5%.

Объективно: состояние тяжелое. Глубокое оглушение. Пульс 100 в минуту, артериальное давление 180/100 мм рт. ст. При аускультации сердца шумов не выявлено.

Язык сухой. Обложен серым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Обнаружена вправимая пупочная грыжа до 5 см. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины не обнаружены. Перистальтика не выслушивается. Шума плеска нет.

Per rectum: тонус сфинктера снижен, анальный канал свободно проходим, нависания, болезненности передней стенки прямой кишки не выявлено, на перчатке следы кала желтого цвета.

По данным ультразвукового исследования: свободной жидкости в брюшной полости нет, патологии паренхиматозных органов нет.

Лабораторные исследования крови: лейкоцитов $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов – 3%, сегментоядерных – 63%, гемоглобин – 136 г/л, эритроцитов – $4,16 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит – 40,3%, общий белок – 62,7 г/л, сахар крови – 11,4 ммоль/л.

Предположительный диагноз: острое нарушение мезентериального кровообращения.

Выполнена МСКТ-ангиография. Выявлен тромбоз I сегмента верхней брыжеечной артерии (рис. 1).

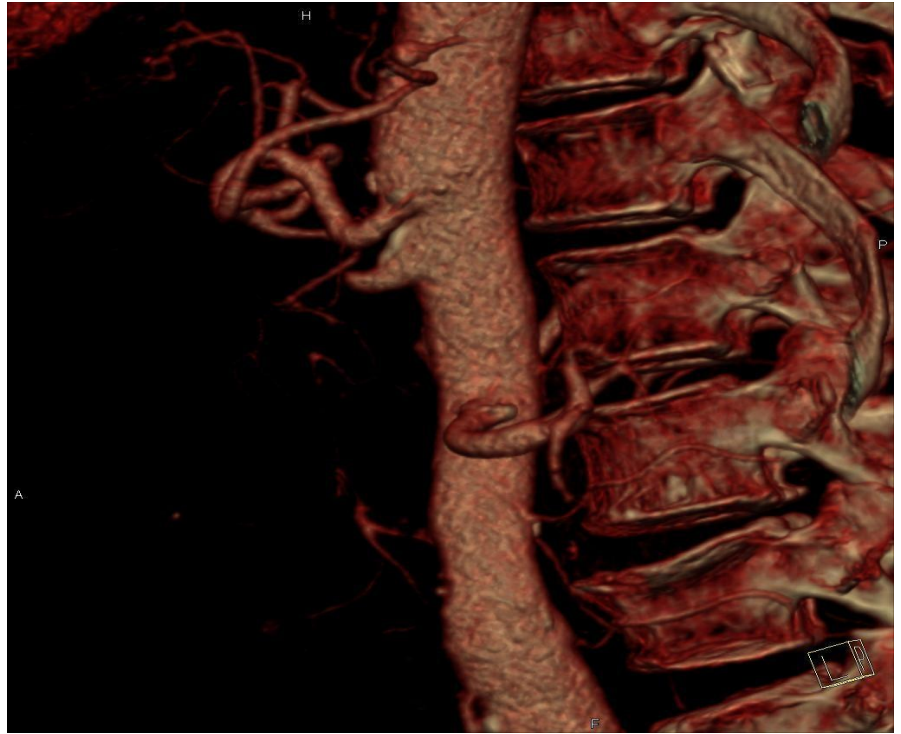


Рис. 1. Дооперационная 3D МСКТ- аортограмма пациентки П. в боковой проекции

Больная оперирована через 5 часов от начала заболевания. Выполнена срединная лапаротомия с иссечением пупочной грыжи. В брюшной полости выпота нет. Петли тонкой кишки спавшиеся, начиная с 15см. от связки Трейца кишка бледная, не перистальтирует, пульсации сосудов брыжейки нет. Участками серозная оболочка синюшного цвета. Аналогично изменена слепая и восходящая ободочная кишка. Выделена верхняя брыжеечная артерия левосторонним доступом тот час под поджелудочной железой. Поперечная артериотомия. Катетером Фогарти удалены тромботические массы (рис. 2).



Рис. 2. Тромботические массы из верхней брыжеечной артерии

Восстановлен орто- и ретроградный кровоток. Артериотомическое отверстие

ушито проленом 6/0 непрерывно. Появилась отчетливая пульсация на сосудах брыжейки, появилась перистальтика, нормализовался цвет серозного покрова тонкой кишки. Участок 1,5 м от связки Трейца на протяжении 15 см остался несколько синюшного цвета. В связи с этим, для определения жизнеспособности кишки назначена программированная релапаротомия через 24 часа.

Состояние пациентки в послеоперационном периоде оставалось тяжелым. В связи с этим, после стабилизации состояния оперирована спустя 58 часов.

На операции установлено, что тонкая и толстая кишка жизнеспособны. Пульсация на верхней брыжеечной артерии и периферических ветвях отчетливая. Учитывая кистозную трансформацию червеобразного отростка (размерами 6 на 2,5 см), выполнена аппендэктомия.

Гистология №15666: тромботические массы, состоящие из эритроцитов, с примесью фибрина и лейкоцитов. Гистология №15746: мукоцеле червеобразного отростка.

В связи с тяжелым состоянием на фоне двухсторонней нозокомиальной пневмонии, пациентка длительно находилась на лечении в отделении интенсивной терапии. 18.08.2011 наложена верхняя трахеостомия, деканюлирована через две недели.

На 19 сутки после первой операции пациентка выписана для продолжения лечения и реабилитации в гериатрический центр.

Таким образом, ранняя госпитализация, своевременная диагностика острого нарушения мезентериального кровообращения и адекватное восстановление кровотока позволили предотвратить развитие гангрены кишечника у пациентки пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Список литературы

1. Гаджиев, М.М. К диагностике и лечению острых тромбозов верхних мезентериальных сосудов / М.М. Гаджиев, Э.Н. Гаврилов, Ю.Г. Васильев // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 9. – С. 42–44.
2. Покровский, А.В. Острая мезентериальная непроходимость / А.В. Покровский, В.И. Юдин // В кн. Клиническая ангиология: руководство / под ред. А.В. Покровского. – М.: Медицина, 2004. – Т. 2. – С. 626–645.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2004. – 415 с.
4. Шайн, М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии / М. Шайн. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.
5. Betzler, M. Surgical technical guidelines in intestinal ischemia / M. Betzler // Chirurg. – 1998. – Vol. 69. – № 1. – P. 1–7.

6. Yasuhara, H. Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology / H. Yasuhara // Surg. Today. – 2005. – Vol. 35, № 3. – P. 185–195.

Сведения об авторах

1. Панасюк Александр Иосифович – заведующий хирургическим отделением ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница» (главный врач к.м.н. П.Е. Дудин), ассистент кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО Иркутского государственного медицинского университета (зав. кафедрой – чл.-корр. РАМН Е.Г. Григорьев).

2. Аюшинова Наталья Ильинична – кандидат медицинских наук, врач – хирург отделения гнойной хирургии клиники № 1 ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (директор - чл.-корр. РАМН Е.Г. Григорьев).

3. Александров Александр Васильевич- заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 4 ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница» (главный врач к.м.н. П.Е. Дудин).

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

В.С. Петров, А.В. Тобохов

г. Якутск, ГБУ РС (Я) "Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины", ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»

Аннотация

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) и их осложнений.

В настоящее время существует большое количество классификаций интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) и их осложнений. Предложенные классификации базируются на различных принципах отображения повреждений ВПЖП, что приводит к их сложности и многочисленности. Такое многообразие приводит к расхождению во мнениях, усложняет выработку единого подхода к выбору тактики лечебных мероприятий, что и обуславливает актуальность исследований по обсуждаемой в статье проблеме. На основе результатов хирургического лечения 107 больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков авторами разработана классификация, учитывающая вид, уровень, осложнение повреждений и их

количество, характер перенесенных операций. По мнению авторов, эта классификация наиболее информативна и удобна для правильного планирования и выбора лечебной тактики, учета и анализа результатов лечения повреждений ВПЖП и ее осложнений.

Ключевые слова

Повреждение внепеченочных желчных протоков, хирургия, классификация повреждений внепеченочных желчных протоков.

Введение

В настоящее время существует большое количество классификаций интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) и их осложнений. Предложенные классификации базируются на различных принципах отображения повреждений ВПЖП, что приводит к их сложности и многочисленности. Такое многообразие приводит к расхождению во мнениях, усложняет выработку единого подхода к выбору тактики лечебных мероприятий, что и обуславливает актуальность исследований по обсуждаемой в статье проблеме.

Материалы и методы исследований

На основе результатов хирургического лечения 107 больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков нами разработана классификация, учитывающая вид, уровень, осложнение повреждения и количество, характер перенесенных операций. Классификация повреждений внепеченочных желчных протоков имеет множество модификаций [1]. Каждая из них имеет свои положительные и отрицательные стороны. Одни построены по топографоанатомическому принципу, в них акцент сделан на уровень поражения желчных протоков, другие отражают характер повреждения, третьи содержат рубрику, посвященную повреждению сосудистых структур, иные весьма подробны, но в то же время сложны и воспринимаются с трудом. Такое многообразие приводит к расхождению во мнениях, мешает выработке единого подхода в выборе тактики лечебных мероприятий, а также усложняет правильную оценку и анализ результатов лечения в практической хирургии. Универсальной было бы считать ту классификацию, которая четко разграничивает виды повреждения, ее осложнения, имеет деление по топографоанатомическому признаку, отражает количество и характер перенесенных операций, одинаково понятна всем, на основе которого можно было четко определить лечебную тактику и прогноз [2]. К сожалению, в настоящий момент, такой классификации нет. Наиболее распространенной следует считать классификацию Н.Вismuth и Р.Мajno в модификации S.Strasberg [4]. Эта классификация применима как для «свежих» повреждений желчных протоков, так и рубцовых стриктур желчных протоков и не

полностью охватывает все аспекты повреждений ВПЖП и ее осложнений [3].

Результаты исследований

Нами разработана следующая классификация, учитывающая вид, уровень, осложнение повреждения и количество, характер перенесенных операций.

A – вид (aspect) повреждения

A₁ – пересечение, иссечение и ранение более 2/3 окружности протока (т.к.при этом тактика как при пересечении)

пересечение (рис.1), иссечение (рис.2), ранение более 2/3 (Рис.3)

A₂ - ранение до 2/3 окружности протока (Рис.4)

A₃ – перевязка и клипирование протока (окклюзия) (Рис. 5).

A₄ - термическое повреждение стенки протока со вскрытием просвета протоки с интраоперационным желчеистечением (Рис.6).

A₅ – термическое повреждение стенки протока с некрозом и перфорацией стенки в п/о периоде (Рис. 7)

A₆ – термическое повреждение стенки протока без вскрытия протока с последующим развитием стриктуры (Рис.8)

Комбинированные виды повреждения указываются с цифровым обозначением соответствующих видов повреждения. Например: A₁₊₃ обозначает пересечение в комбинации с перевязкой.

L – уровень (Level) повреждения и ее осложнения

L₁ – уровень пузырного протока и холедоха (Рис. 9).

L₂ – уровень общего печеночного протока до конfluence (Рис. 10)

L₃ – уровень конfluence (Рис. 11)

L₄ – уровень (одного или обоих) долевых протоков (Рис.12)

C – осложнения (Complication) повреждения

C₁ – стриктура.

C₂ – механическая желтуха

C₃ - холангит

C₄ – абсцесс печени

C₅ - неполный наружный желчный свищ

C₆ – полный наружный желчный свищ

C₇ - желчный перитонит

C₈ – печеночная недостаточность

O – количество операций (operation)

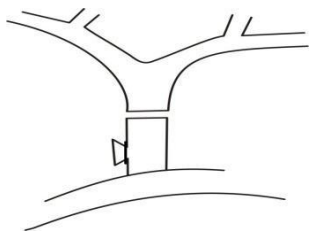


Рис. 1.

Пересечение протока
выше культи пузырного
протока

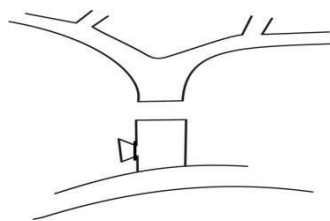


Рис. 2.

Пересечение протока
ниже культи пузырного
протока

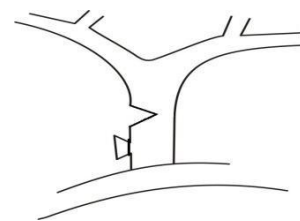


Рис. 3.

Ранение более 2/3
окружности протока

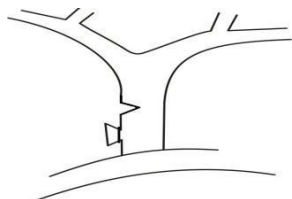


Рис. 4.

Ранение до 2/3
окружности протока

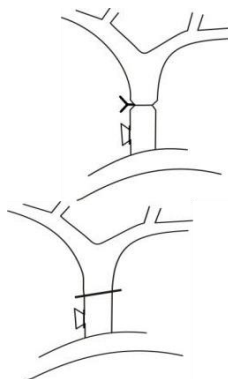


Рис. 5.

Перевязка и
клипирование протока
(окклюзия)

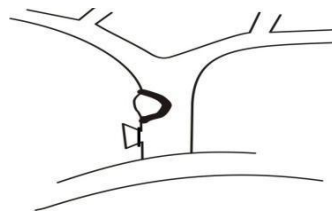


Рис. 6.

Термическое
повреждение стенки
протока со вскрытием
просвета

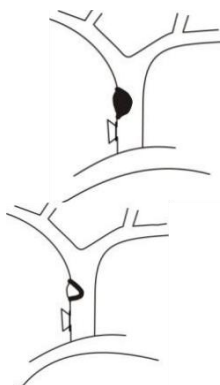


Рис. 7.

Термическое
повреждение стенки протока
с некрозом и перфорацией

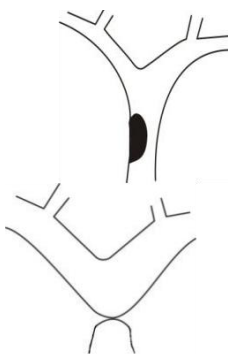


Рис. 8.

Термическое
повреждение стенки
протока без вскрытия

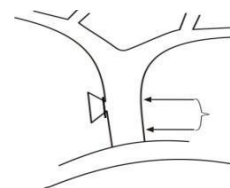


Рис. 9.

Уровень пузырного
протока и холедоха

протока с последующим
развитием стриктуры

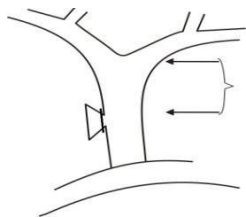


Рис. 10.

Уровень общего
печеночного протока до
конфлюенса

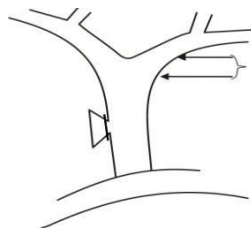


Рис. 11.

Уровень конфлюенса

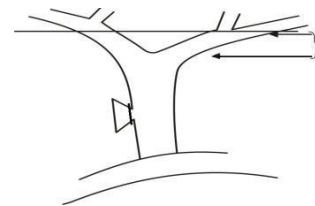


Рис. 12.

Уровень (одного или
обеих) долевых протоков

Буква —О|| дополняется обозначением количества операций в виде дроби, где в числителе общее количество операций, в том числе миниинвазивных, в знаменателе количество реконструктивных операций.

Таким образом, по данной классификации сперва указывается основной диагноз: например хронический калькулезный холецистит затем интраоперационное или проникающее или закрытое повреждение ВПЖП, вид повреждения А₁₋₆, уровень повреждения и ее осложнений L₁₋₄, характер осложнения С₁₋₈, при этом может быть сочетание осложнений: например: С_{1,3} – стриктура с холангитом, количество оперативных вмешательств с обозначением в виде дроби: например: О_{2/1} – общее количество операций 2, реконструктивная операция 1.

По нашему мнению, эта классификация наиболее информативна и удобна для правильного планирования и выбора лечебной тактики, учета и анализа результатов лечения повреждений ВПЖП и ее осложнений.

Список литературы

1. Федоров И.В. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. М., 2003
2. Bismuth H, Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. World J.Surg.2001.p.25
3. Conma D.S. Obertop Manaqement of bile duct injires: treatment and long term result. Diq. Surq. 2002. v.19. p.117-122
4. Strasberq S. Avoidence of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J. Hepatobiliary Pancreatic Surq.2002 v.9. P.543-547

Сведения об авторах

1. Петров Валерий Сергеевич – кандидат медицинских наук, генеральный директор ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – национальный центр медицины».
2. Тобохов Александр Васильевич – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова».

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ИХ СВЯЗЬ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОДУОДЕНОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ

В.С. Петров, А.В. Тобохов

г. Якутск, ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – национальный центр медицины», ФГАОУ ВПО «Северо- Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»

Аннотация

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с желчекаменной болезнью при проведении лапароскопической холецистэктомии.

В статье приведены результаты анализа 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни. При этом авторами установлено, что сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения лапароскопической холецистэктомии. Основным фактором риска является большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики. При определении хирургической тактики лечения желчнокаменной болезни при сочетаниях с вирусными гепатитами целесообразно ориентироваться на иммуноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение желчнокаменной болезни является оправданным, так как восстанавливает адекватный отток желчи и ликвидирует воспалительный очаг. Применение лапароскопической холецистэктомии у больных с сахарным диабетом является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита.

Ключевые слова

лапароскопическая холецистэктомия, желчекаменная болезнь, осложнения операций

Введение

В последние десятилетия лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала одной из наиболее значимых инноваций в лечении желчнокаменной болезни. Несомненные преимущества эндовидеохирургической методики привлекли внимание хирургов всего мира, и в настоящее время ЛХЭ стала «золотым стандартом» лечения холецистолитиаза.

Однако, несмотря на многолетний опыт выполнения ЛХЭ по всему миру, до сих пор существует проблема опасностей и осложнений ЛХЭ [2], что обуславливает актуальность проводимых исследований в этой области для клинической медицины.

Материалы и методы исследований

В статье приведены результаты анализа 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни по материалам Национального медицинского центра Республики Саха (Якутия) за 2008 - 2013 гг.

Среди пациентов подавляющее большинство составляли женщины (2303 — 82,9 %), мужчин было 475 (17,1 %), что соответствует литературным данным о распространенности желчнокаменной болезни. Средний возраст пациентов составил 49,2 года, т.е. желчнокаменной болезнью страдают преимущественно лица активного трудоспособного возраста (70,2 %), что представляет собой большую социально-экономическую проблему. Анализ распределения больных по месту жительства показал, что чаще желчнокаменная болезнь встречалась у сельских жителей, чем у городских.

Рассматривая вопрос о хирургической тактике при сочетаниях хронического холецистита с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны, выбор тактических решений определялся необходимостью достоверного определения того из заболеваний, которое обуславливает основные жалобы пациента, что является сложным в связи со сходством клинических картин заболеваний одной анатомической зоны. Очень важным аспектом проблемы является необходимость достоверной оценки факторов риска обострения или развития сочетанного заболевания в послеоперационном периоде, прогнозом влияния сочетанного заболевания на отдаленные результаты хирургического лечения.

Результаты исследований и их обсуждение

Важную проблему хирургической тактики как на диагностическом, так и на последующих этапах лечения представляет собой сочетание желчнокаменной болезни и гепатита [1]. В наших наблюдениях выявлено 325 (11,7 %) таких случаев. При этом в большинстве наблюдений отмечено сочетание с хроническим неактивным гепатитом - 187 случаев (57,5 %), активные формы гепатита выявлены у 127 человек (39,1 %). Из 325 пациентов больных с гепатитом «В» было 211 (64,9 %), с гепатитом С — 114 (35,1 %) человек. Следует отметить, что сочетаясь, хронический гепатит и желчнокаменная болезнь взаимно усугубляют течение друг друга []. Само по себе наличие антигенов HBs или HCV не имеет принципиального значения для решения вопроса о выполнении лапароскопической холецистэктомии. В случае выявления у больного антигенов гепатита «В» или «С» в обязательном порядке изучали маркеры активности вирусного процесса. При этом обнаружение хотя бы одного положительного маркера активности расценивали как активный вирусный процесс и плановую операцию откладывали до проведения

полного курса иммунотерапии в инфекционном стационаре. В послеоперационном периоде всем больным в обязательном порядке проводился курс гепатотропной терапии. Из 325 больных оперировано без предварительного курса противовирусной терапии 187 человек (57,5%), а 127 пациентам (39,1%) с иммунологическими признаками активности проведен предоперационный курс иммунотерапии рофероном по стандартной схеме. В послеоперационном периоде ни у одного пациента из обеих групп при тщательном исследовании не выявлено реактивации гепатита, которую можно было бы отнести на счет хирургического вмешательства. Таким образом, по нашему мнению, при определении хирургической тактики при сочетаниях вирусных гепатитов и желчнокаменной болезни целесообразно ориентироваться на иммуноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение желчнокаменной болезни является оправданным, так как восстанавливает адекватный отток желчи, ликвидирует воспалительный очаг и тем самым «разрывает порочный круг» взаимногоотягощающего влияния этих двух заболеваний.

Непаразитарные кисты печени наблюдались у 41 пациента (1,5 %), подвергшегося лапароскопической холецистэктомии. Еще в 10 случаях (0,4%) была выявлена гемангиома печени. При непаразитарной кисте печени операцией выбора считаем лапароскопическую фенестрацию кисты печени. Такая операция была выполнена нами одномоментно с холецистэктомией в 33 случаях. Ни в одном из случаев симультанных лапароскопических операций (холецистэктомия и фенестрация кисты) осложнений не наблюдалось. Таким образом, при сочетании желчнокаменной болезни и непаразитарных кист печени оправдано выполнение симультанных операций.

В наших наблюдениях паразитарные заболевания печени и желчевыводящей системы отмечены в 19 (4,8 %) случаях. Особенную сложность из-за взаимноотягощающего влияния приобретает сочетание гельминтозов с внутрипротоковой локализацией паразитов с хроническим холециститом. Вызываемое внутрипротоковыми паразитами нарушение оттока желчи и хроническое воспаление желчных протоков может привести к развитию острого обтурационного холецистита, холангита и холестатического гепатита. С нашей точки зрения, хирургическая тактика при желчнокаменной болезни у больных с подтвержденным гельминтозом билиарной системы должна быть максимально активной. В послеоперационном периоде необходим курс противогельминтной терапии. По такой методике проведено 12 больных и при этом наблюдалось гладкое течение послеоперационного периода. К окончанию курса лечения у 11 из них (91,7 %) констатировано излечение от гельминтоза и лишь 1 больной по причине неэффективности противогельминтной терапии был переведен для дальнейшего лечения в специализированный инфекционный стационар.

Сочетание панкреатита и желчнокаменной болезни выявлено у 347 чел. (12,5%), из них 17 (4,9 %) случаев отнесены к острому реактивному панкреатиту. Во всех случаях

форма панкреатита классифицировалась как отечный панкреатит. Подавляющее большинство больных хроническим панкреатитом имели алкогольную зависимость. Во всех случаях острого реактивного панкреатита, а также в случаях выполнения нами ЛХЭ на ранних стадиях развития сочетанных заболеваний (271 чел. — 82,1 %) достигнут хороший клинический эффект в отношении как желчнокаменной болезни, так и панкреатита. При контрольном обследовании, проведенном через 12 мес, констатировано значительное уменьшение или полное исчезновение приступов острого панкреатита, нормализация биохимических показателей и ультразвуковой структуры поджелудочной железы. В случаях, когда операция выполнялась на фоне далеко зашедших индуративных изменений поджелудочной железы (59 чел. — 17,9%), мы наблюдали признаки хронического панкреатита как самостоятельного заболевания у 36 больных (61,0%). Таким образом, при сочетании желчнокаменной болезни и хронического панкреатита важной задачей является ранняя диагностика сочетанных заболеваний, а хирургическая тактика в этом случае должна быть активной и направленной на выполнение ранней лапароскопической холецистэктомии.

Сахарный диабет и желчнокаменная болезнь. Сочетание этих заболеваний составило 3,1 %. Изучение риска развития острого деструктивного холецистита у больных сахарным диабетом показало, что из наблюдаемых нами 86 больных, отказавшихся от плановой ЛХЭ, острый холецистит развился у 34 чел. (39,5%), что свидетельствует о необходимости раннего хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных сахарным диабетом. Таким образом, хирургическое лечение желчнокаменной болезни в сочетании с сахарным диабетом представляет собой сложную задачу. Вместе с тем раннее применение ЛХЭ у этого контингента больных является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита. Немаловажным фактором, имеющим большое значение в лечении больных сахарным диабетом, является малая травматичность ЛХЭ и, следовательно, низкое количество гнойно-воспалительных осложнений.

Анализируя осложнения лапароскопической холецистэктомии, мы в первую очередь стремились определить значимые факторы развития осложнений, связанные с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны. Из 2778 операций в 65 (2,3%) случаях операции завершились переходом на лапаротомный (26 чел. — 40,0 %) или мини-лапаротомный (39 чел. — 60,0 %) доступ. Осложнения возникли в 30 случаях (1,1 %). Из них интраоперационные, диагностированы во время операции у 15 больных (0,6 %). Послеоперационные осложнения наблюдались также у 15 пациентов. Летальных исходов после ЛХЭ не было.

Основные причины конверсии связаны со спаечным процессом. В 33 случаях (50,9 %) непосредственной причиной конверсии были массивные висцеропариетальные или висцеро-висцеральные сращения. Еще в 9 случаях (13,8%) к причинам конверсии

отнесены трудности анатомической ориентировки, которые также связаны с наличием висцеро-висцеральных сращений. Таким образом, почти 65 % конверсий были связаны именно со спаечными процессами. Так, все случаи повреждения внепеченочных желчных протоков (8 чел. — 0,28 %) соотносятся с наличием висцеро-висцеральных сращений. Осложнения, связанные с введением троакаров (7 чел. — 0,25 %), по нашим наблюдениям, возникали лишь при наличии спаечного процесса в брюшной полости. Из послеоперационных осложнений также выделяются 3 (0,09 %) случая, связанные с разделением висцеро-висцеральных сращений. Остальные осложнения, наблюдавшиеся нами, в количественном и качественном отношении типичны для ЛХЭ. Число осложнений течения желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны также оказалось больше, чем у пациентов без сопутствующей патологии.

Таким образом, на основе анализа большого клинического материала установлено, что сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения лапароскопической холецистэктомии. При этом основным фактором риска являются большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики.

Выводы

1. При определении хирургической тактики при сочетаниях вирусных гепатитов и желчнокаменной болезни целесообразно ориентироваться на иммуноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение желчнокаменной болезни является оправданным, так как восстанавливает адекватный отток желчи и ликвидирует воспалительный очаг.

2. Применение лапароскопической холецистэктомии у больных с сахарным диабетом является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита.

3. Сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения лапароскопической холецистэктомии. При этом основным фактором риска являются большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики.

Список литературы

1. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии – М.: Медицина, 1988. – 272 с.

2. Hamy A. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis / Hamy A., Hennekinne S., Pessaux P. // Surg Endosc 2003. - V.17. -N.6. - P.872-875.

Сведения об авторах

1. Петров Валерий Сергеевич – кандидат медицинских наук, генеральный директор ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – национальный центр медицины».

2. Тобохов Александр Васильевич – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова».

ОСОБЕННОСТИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

В.С. Петров, А.В. Тобохов

г. Якутск, ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №1 – национальный центр медицины», ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»

Аннотация

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с острым холециститом.

В работе приведены результаты анализа 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни. Средний возраст пациентов составил 49,2 года. Среди пациентов подавляющее большинство составляли женщины (2303 — 82,9 %), мужчин было 475 (17,1 %). Показания к проведению срочной лапароскопической холецистэктомии не отличались от показаний к «открытой» операции. При отсутствии эффекта от консервативного лечения прибегали к срочной лапароскопической холецистэктомии. Средняя длительность дооперационной госпитализации составила $23,5 \pm 1,8$ дня. У 123 больных (4,4%) с осложненными формами холецистита была использована тактика двухэтапного лечения с применением на втором этапе лапароскопической холецистэктомии. Комбинированное исследование желчных протоков позволило у 77 (2,8 %) больных выявить холедохолитиаз, в одном случае сочетающийся со стенозом большого дуоденального сосочка. Спаечный перипроцесс вокруг желчного пузыря был выявлен на операции у подавляющего большинства больных с острым холециститом, а у 45 (10,5 %) больных желчный пузырь находился в инфильтрате различной степени

выраженности, образованном, как правило, большим сальником, желудком и двенадцатиперстной кишкой. Проведенное исследование показало, что при сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная лапароскопическая холецистэктомия может быть успешно применена. Наиболее целесообразно ее выполнение при некупирующемся приступе, при отсутствии грубых инфильтративно-рубцовых перипузырных изменений и патологии билиарной протоковой системы.

Ключевые слова

острый холецистит, холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия.

Введение

Острый холецистит вносит свои коррективы и особенности в технику лапароскопической холецистэктомии и попрежнему остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии [1]. Выраженная инфильтрация и повышенная кровоточивость тканей, неадекватная визуализация и плохая дифференциация структур, которые отмечаются при операции у больных с острым холециститом, существенно повышают риск хирургического вмешательства и диктуют необходимость разработки ряда технических приемов, способствующих успешному и безопасному выполнению лапароскопической операции при остром холецистите.

Материалы и методы исследований

В работе приведены результаты анализа 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни по материалам Национального медицинского центра Республики Саха (Якутия) за 2008 - 2013 гг. Средний возраст пациентов составил 49,2 года. Среди пациентов подавляющее большинство составляли женщины (2303 — 82,9 %), мужчин было 475 (17,1 %).

Показания к проведению срочной лапароскопической холецистэктомии в основном не отличались от показаний к «открытой» срочной операции: при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 12—24 ч мы прибегали к срочной лапароскопической холецистэктомии, если от начала приступа прошло не более 2 суток [1]. Необходимо отметить, что попытки консервативно купировать приступ острого холецистита проводились только при отсутствии у больных разлитого перитонита. Основным аргументирующим фактором, склоняющим нас к проведению или отказу от выполнения срочной лапароскопической операции, наряду с неэффективностью консервативного лечения, была продолжительность заболевания от начала приступа. Ориентируясь именно на этот показатель, а также на клиническую картину заболевания, судили о степени возможных изменений в перипузырных тканях и вероятности выполнения срочной

лапароскопической холецистэктомии. В ряде случаев осложненного острого холецистита возникает необходимость применения двухэтапной хирургической тактики: наружного или внутреннего дренирования желчных протоков с последующим выполнением отсроченной ЛХЭ. Для выполнения на первом этапе декомпрессии желчного пузыря мы отдаем предпочтение методике чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем (ЧЧМХС) как наиболее щадящему и оптимальному способу. Основными преимуществами ЧЧМХС перед лапароскопической микрохолецистостомией являются малоинвазивность вмешательства, отсутствие необходимости в наложении пневмоперитонеума и специальной подготовке больного, возможность ее проведения в условиях перивезикулярного инфильтрата. После пункции и дренирования желчного пузыря проводилась антеградная холецисто- холангиография. Исследование, проводимое под контролем рентгеноскопии, давало возможность в первую очередь получить информацию о расположении катетера в желчном пузыре. Исследование состояния внепеченочных желчных протоков проводили методом антеградной холецистохолангиографии. При неинформативности антеградного рентгеноконтрастирования («блокированный» пузырный проток), при желтухе или данных анамнеза, указывающих на частые обострения панкреатита, эпизоды желтух, выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию. При определении сроков проведения второго этапа оперативного вмешательства прежде всего ориентировались на данные специальных методов исследования. Результаты динамического ультразвукового исследования и антеградной холецистохолангиографии позволяли объективно оценить динамику воспалительного процесса, состояние желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, перивезикулярных тканей, функциональное состояние печени. При остром холецистите, осложненном механической желтухой, оперативное вмешательство, как правило, старались выполнять через 3 недели после нормализации пигментного обмена печени.

Результаты исследований и их обсуждение

У 123 больных (4,4%) с осложненными формами холецистита была использована тактика двухэтапного лечения с применением на втором этапе лапароскопической холецистэктомии. Возраст больных колебался от 48 до 76 лет, при этом пациенты пожилого и старческого возраста составляли подавляющее большинство — 91 чел. (74,0%). У большинства пациентов (109 чел. — 88,6%) отмечались заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Сочетание осложненного острого холецистита и сопутствующей терапевтической патологии у этих больных характеризовалось развитием синдрома взаимного отягощения, что требовало проведения комплексной корригирующей терапии малоинвазивного хирургического вмешательства.

Комбинированное исследование желчных протоков позволило у 77 (2,8 %)

больных выявить холедохолитиаз, в одном случае сочетающийся со стенозом большого дуоденального сосочка. У всех 77 больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с коррекцией патологии внепеченочных желчных протоков, у 19 больных наряду с ЭПСТ — эндоскопическая литоэкстракция, у остальных после ЭПСТ наблюдалось самостоятельное отхождение конкрементов.

Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в сроки от 7 до 35 сут после наложения ЧЧМХС. Средняя длительность дооперационной госпитализации составила $23,5 \pm 1,8$ дня.

Спаечный перипроцесс вокруг желчного пузыря был выявлен на операции у подавляющего большинства больных с острым холециститом, а у 45 (10,5 %) больных желчный пузырь находился в инфильтрате различной степени выраженности, образованном, как правило, большим сальником, желудком и двенадцатиперстной кишкой. Выделение желчного пузыря из спаек, инфильтрата начинали с захвата видимого участка стенки желчного пузыря и осторожного смещения мягким зажимом или тупфером перипузырных тканей. Это довольно легко удавалось при рыхлом инфильтрате и «нежных» спайках. При более плотных сращениях использовали электрокрючок, электроножницы или электродиссектор. По мере разделения спаек и инфильтрата, выделения желчного пузыря оценивали характер и степень его изменений, топографо-анатомические взаимоотношения, возможности визуализации и доступа к шейке пузыря, гепатодуоденальной связке, воротам печени. С этой целью меняли положение операционного стола (поднятие головного конца, ротация вдоль продольной оси влево, выдвижение подпеченочного операционного валика), корректировали расположение и вид используемых троакаров, принимали решение о необходимости введения дополнительного троакара.

Показаниями к введению 5-го дополнительного инструмента — эндоскопического ретрактора Endo Retract — являлись неадекватное выведение и визуализация шейки пузыря, ворот печени, препятствующая безопасному манипулированию и препарированию тканей в этой области. Наиболее часто подобная операционная ситуация имела место при перипузырном инфильтрате с резко отечными и инфильтрированными тканями, при расположении Гартмановского кармана ниже гепатодуоденальной связки. Кроме того, необходимость введения дополнительного инструмента возникает в ходе операции у тучных больных с гипертрофированным большим сальником, закрывающим операционное поле. Место введения эндоскопического ретрактора выбирали индивидуально с учетом конкретной топографоанатомической картины. Обычно эндоскопический ретрактор вводили через дополнительный 10-миллиметровый троакар, который устанавливали в левом подреберье на 3—4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии.

При анализе топографоанатомических и технических аспектов препарирования и идентификации пузырного протока и артерии при остром холецистите был установлен ряд закономерностей. В 75 % наблюдений пузырный проток соединяется с общим печеночным под острым углом (45°), в 17—20% он может проходить параллельно общему печеночному и в 5—8 % пересекает пространство спереди или сзади общего желчного протока, впадая с левой стороны. Несмотря на то, что ни в одном из 430 случаев ЛХЭ при остром холецистите нам не встретилось истинных аномалий желчевыводящих путей, в целом спаечный процесс в виде инфильтрата в области гепатодуоденальной связки создает совершенно нетипичные топографоанатомические взаимоотношения холедоха и пузырного протока. Наиболее частой ошибкой при выделении пузырного протока, которая приводит к повреждению общего желчного протока, является медиальное и верхнедорсальное натяжение Гартмановского кармана, что способствует его смещению к воротам печени. Это приводит к сближению шейки желчного пузыря с общим печеночным протоком, тем самым вызывая уменьшение угла впадения пузырного протока. При этом при использовании 0°-ного лапароскопа общий желчный проток кажется продолжением пузырного и располагается с ним в одной плоскости. Учитывая этот механизм повреждения общего желчного протока, тракцию Гартмановского кармана желчного пузыря производили в латеральном или латерально-вентральном направлении. Это способствовало увеличению угла между пузырным и общим печеночным протоками, а также расположению плоскости треугольника Calot по оси зрения камеры лапароскопа.

В первую очередь мы старались выделить и идентифицировать пузырный проток. После клипирования и пересечения пузырного протока шейка желчного пузыря становилась мобильной, что позволяет выделять пузырную артерию на достаточном протяжении. Такой прием дает возможность в случае кровотечения адекватно визуализировать область прохождения артерии, обнаружить источник кровотечения и провести прицельный гемостаз.

Значительные трудности могут возникать на этапе выделения желчного пузыря из ложа печени. Прослойка рыхлой соединительной ткани между стенкой желчного пузыря и тканью печени в результате воспалительного процесса подвергается значительным изменениям. Наряду с грубым фиброзным перерождением отмечается выраженная инфильтрация. Выделение желчного пузыря следует производить с тщательной коагуляцией ложа, соблюдая осторожность во избежание повреждения правой печеночной артерии или правого печеночного протока, которые проходят в непосредственной близости от ложа желчного пузыря. После выделения желчного пузыря следует оставить участок соединительной ткани в месте прикрепления дна желчного пузыря к печени.

Удерживая этот участок зажимом, введенным через латеральный троакар, приподнимаем печень кверху для осмотра ложа желчного пузыря.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная лапароскопическая холецистэктомия может быть успешно применена; наиболее целесообразно ее выполнение при некупирующемся приступе, при отсутствии грубых инфильтративно-рубцовых перипузырных изменений и патологии билиарной протоковой системы. Говоря о безопасности выполнения ЛХЭ, особенностях и технических аспектах ее выполнения больным с острым холециститом, необходимо учитывать, что с развитием и внедрением эндоскопической хирургии изменился лишь метод удаления желчного пузыря, а сущность самой операции, холецистэктомии, осталась прежней. В связи с этим основным путем улучшения результатов лапароскопической холецистэктомии остается тщательнейшее соблюдение действующих уже более 100 лет принципов операций на желчном пузыре и желчных протоках.

Выводы

1. При сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная лапароскопическая холецистэктомия может быть успешно применена. При этом наиболее целесообразно ее выполнение при отсутствии грубых инфильтративно-рубцовых перипузырных изменений и патологии билиарной протоковой системы;
2. С развитием и внедрением эндоскопической хирургии изменился лишь метод удаления желчного пузыря, а сущность самой операции, холецистэктомии, осталась прежней;

Список литературы

1. Шуркалин. Б.К. Десятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии / Шуркалин. Б.К., Кригер А.Г., Ованесян Э.Р. // Анналы хир. гепа-тологии. 2004. - том 9. - №1. - С. 110-114.
2. Madan A.K. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? / Madan A.K., Aliabadi-Wahle S., Tesi D. // The Am. J. of Surg. 2002. -V.183. - N.3. -P.232-236.

Сведения об авторах

1. Петров Валерий Сергеевич – кандидат медицинских наук, генеральный директор ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – национальный центр медицины».
2. Тобохов Александр Васильевич – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова».

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ ИБС В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

**В.А. Подкаменный, Ю.В. Желтовский, Д.И. Лиханди, А.А. Шаравин,
С.Ю. Бородашкина**

г. Иркутск, ИГМАПО, ГБУЗ ИОКБ, отделение кардиохирургии №1

По данным Л.А. Бокерия, в РФ в 2012 году количество операций коронарного шунтирования (КШ), выполненных на «работающем сердце», составило 17,75% от всех операций КШ. В Иркутской области с сентября 1997 года по май 2014 года выполнено 3244 операций КШ на «работающем сердце». Первая операция из левосторонней миниторакотомии (MIDCAB) выполнена 24 сентября 1997 года, а операция доступом из срединной стернотомии (OPCAB) – 3 мая 2001 года.

Цель исследования: анализ ближайших результатов операций КШ на «работающем сердце» в Иркутской области

Материал и методы. Из 3244 операций КШ 2869 (88,4%) выполнены доступом из срединной стернотомии, а 375 операций – доступом из левосторонней миниторакотомии. Большинство оперированных больных мужчины (84,2%). Возраст составил 59 (48-66) лет, минимальный – 4 месяца и максимальный – 89 лет. Фракция выброса составила 39,5 (33-45)%. У 25,3% оперированных больных отмечалось поражение ствола левой коронарной артерии, у 35,6% сахарный диабет.

Результаты. Все операции выполнялись на «работающем сердце» и необходимости для подключения аппарата ИК («конверсия») не возникало. Время пребывания больных после операции в ПИТиР составило 21 (18-32) час, а в стационаре после операции – 7,1 (5-9) дней. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 238 больных из 3244 оперированных (7,2%). Чаще в раннем послеоперационном периоде возникали осложнения в виде фибрилляции предсердия (5%). Поверхностная инфекция имела место в 3,3% наблюдений, а «глубокая инфекция» с применения повторных дренирующих операций – в 0,2%. У 1,3% больных в связи с кровотечением потребовалось выполнение повторного вмешательства. Периоперационный инфаркт миокарда отмечался у 0,5% оперированных больных, ОНМК у 0,2%. 30-дневная летальность составила 0,9 (0,5-1,3) %.

Выводы. В Иркутской области накоплен значительный опыт выполнения операций КШ на «работающем сердце» с удовлетворительными ближайшими результатами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.В. Помогайбо, С.И. Дегтярёва, М.С. Аникина, Д.А. Лютин, Е.А.

Дробязгин

**г. Новосибирск, ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская Областная
клиническая больница»**

Работа посвящена результатам эндоскопического лечения больных с ворсинчатыми опухолями толстой кишки проведённого с 2010 по 2013 годы в эндоскопическом отделении Областной клинической больницы. Всего выполнено 164 операции у 131 пациента. Мужчин было 58(44,3%) женщин 73(55,7%). Старше 60 лет — 83(63%) из них старше 80 лет 18(13,7%). Наибольшее количество операций выполнено на прямой кишке и составило 103 у 73 пациентов (62,8%), при опухолях ректосигмоидного отдела и сигмовидной кишки -32 у 26 пациентов (19,5%). Остальные операции были выполнены при других локализациях опухолей. Всем пациентам до операции и интраоперационно проводился забор материала для гистологического исследования. В четырёх случаях при интраоперационном заборе в дальнейшем выявлена аденокарцинома. Операции проводились электрохирургическим методом в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией. Интраоперационно дополнительный гемостаз понадобился в 7 случаях и производился введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:1000 в сочетании с дополнительной электрокоагуляцией или аргоноплазменной коагуляцией. В двух случаях отмечено кровотечение в послеоперационном периоде, которое в одном случае явилось причиной лапаротомии с резекцией фрагментов опухоли. В одном случае отмечена микроперфорация кишки которая также потребовала лапаротомии. Таким образом, послеоперационные осложнения составили 1,8%. Летальных исходов не было. Некоторым больным с ворсинчатыми опухолями больших размеров выполнялись запрограммированные поэтапные резекции с хорошим результатом до полного их удаления. Кратность таких операций составляла от 2 до 8 раз. При анализе резектабельности ворсинчатых опухолей в зависимости от их размера выявлено, что наиболее доступны для резекции опухоли диаметром до 6 см особенно в ректосигмоидном и вышележащих отделах толстой кишки. Результаты, полученные в настоящем

исследовании говорят о высокой эффективности эндоскопического хирургического лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки. Наиболее предпочтительной для данного лечения является локализация опухолей в прямой и сигмовидной кишке, что относится и к повторным вмешательствам. Диаметр опухоли подлежащей эндоскопическому удалению должен быть предпочтительно не более 6 см особенно при локализации выше ректосигмоидного отдела.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**В.В. Попов, Я.К. Берник, Р.И. Аглиулин, М.Н. Моногова, А.Л. Родин,
А.Г. Ким, А.М. Шерматов**
г. Новосибирск, ГБУЗ НСО “ГКБ №1”

Цель исследования: провести анализ работы отделения сосудистой хирургии ГКБ №1, определить тактику лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ), показания для оперативного вмешательства, оценить результаты терапии.

Материалы и методы: за 2 года работы отделения сосудистой хирургии ГКБ №1 нами пролечено 986 пациентов с диагнозом тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Из них женщины составили 53,04%, мужчины – 46,96%. Средний возраст составил 58 лет (15-92 лет). В 72% случаев причина тромбоза осталась неизвестной. В 2% можно с уверенностью утверждать о наличии у пациентов тромбофилии в связи с неоднократными эпизодами ТГВ конечностей. В 14% случаев причиной явились травмы и связанные с нею ограничения подвижности, в 4% возможной причиной стало наличие у пациента онкологического процесса (у 18 пациентов онкопроцесс выявлен впервые, первым проявлением и явился тромбоз глубоких вен нижних конечностей), проводимой терапии по поводу данной патологии (лучевая и химиотерапия). Среди женщин значительную долю пациенток – 10% составили молодые женщины (от 19 до 45 лет), принимающие гормональные оральные контрацептивы, 6% - женщины на разных сроках беременности. С целью постановки диагноза использовался метод оценки уровня D-димера и УЗИ вен.

Результаты: Основным показанием для операции являлась длина флотирующей части тромба свыше 4 см. Всего оперировано 17% пациентов. Основным методом операции являлась перевязка глубоких вен. Диагноз ТЭЛА установлен 37 (3,76%) пациентам, подтвержден ангиопульмонографией или КТ легких с контрастированием. Имплантация кава-фильтра выполнена 23 пациентам с диагностированной ТЭЛА, 4 пациентам через 2-3 месяца кава-фильтр был удален. Тромболизис при ТЭЛА проводился в всем пациентам с установленным кава-фильтром. Консервативное лечение проводилось

всем пациентам и включало в себя проведение антикоагулянтной терапии (наиболее часто использовались следующие схемы – НФГ или НМГ с последующим переходом на непрямые антикоагулянты (варфарин), либо Ривароксабан в лечебных дозах с переходом на профилактическую), венотоники, компрессионный трикотаж, раннюю активизацию. Во всех случаях достигнут положительный результат, пациенты выписаны на амбулаторное лечение, летальных исходов не было.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТО-ПОДВДОШНОМ СЕГМЕНТЕ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ

В.В. Попов, Я.К. Берник, Р.И. Аглиулин, А.М. Шерматов, А.Г. Ким, И.А. Розанова

г. Новосибирск, ГБУЗ НСО “ГКБ №1”

Цель исследования: проанализировать опыт эндоваскулярных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте у пациентов с атеросклерозом аорты и её ветвей, улучшить качество оказываемой помощи, выявить наиболее часто встречающиеся осложнения и пути их решения.

Материалы и методы: за период с октября 2012г. по май 2014г. на базе ГКБ №1 в отделении сосудистой хирургии было выполнено 43 стентирования подвздошных артерий. У всех пациентов был диагностирован облитерирующий атеросклероз аорты и артерий нижних конечностей. Диагноз ставился на основании УЗИ и КТ с контрастированием сосудов. Выбор в пользу интервенционного метода лечения ставился на основании «Национальных рекомендаций по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией за 2013 год». Возраст пациентов составил от 40 до 79 лет, в среднем $59,30 \pm 8,45$ лет. Структура поражения артерий по классификации TASK II: тип А 41,86%, тип В 55,81%, тип С 2,33%. Структура по степени хронической ишемии по классификации А.В. Покровского: IIБ ст. 48,83%, III ст. 41,86%, IV ст. 9,31%. В 48,83% выполнено стентирование общей подвздошной артерии, в 39,53% наружной подвздошной артерии и в 11,64% общей и наружной подвздошных артериях. При этом доля двусторонних вмешательств составила 13,95%.

Результаты: в послеоперационном периоде оценивали уменьшение степени ишемии по увеличению дистанции безболевого ходьбы: при II ст. с $135,68 \pm 43,12$ м до $927,27 \pm 256,60$ м, при III и IV ст. с $10,86 \pm 6,7$ до $289,13 \pm 107,29$ м. При наличии трофической язвы во всех случаях достигнуто полное заживление. Увеличение показателя

ЛПИ с $0,45 \pm 0,09$ до $0,6 \pm 1,1$ после вмешательства. Осложнения развились в 9,3% случаев, среди которых: тромбоз стента в первые часы после операции 1 случай, разрыв наружной подвздошной артерии 1 случай, эмболия контрлатеральной конечности 1 случай, эмболия бедренного сегмента на стороне операции 1 случай. Во всех случаях успешно проведены открытые вмешательства. Летальность составила 2,32%, в раннем послеоперационном периоде скончался 1 пациент от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы. Первый опыт эндоваскулярных операций говорит о высокой эффективности данного типа вмешательств, возможности выполнения реконструктивных операций у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, низкой частоте осложнений и летальности. Развитие высокотехнологичной помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения позволяет приблизить помощь населению страны, снизить инвалидизацию и летальность.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ

**В.В. Попов, А.С. Ялтонский, Р.И. Аглиулин, А.Л. Родин, Я.К. Берник,
И.А. Розанова, А.М. Шерматов
г. Новосибирск, ГБУЗ НСО «ГКБ № 1»**

Хирургия повреждений кровеносных сосудов – важнейший раздел неотложной хирургии. Важным моментом является оказание своевременной квалифицированной помощи пациентам с ранениями сосудов.

Цель исследования: изучить зависимость исхода сосудистой травмы от локализации и типа стационара, где оказывается первичная медицинская помощь.

Материалы и методы: в исследование включены больные с повреждениями артерий и вен, которым оказывалась помощь в различных стационарах г. Новосибирска за период 2008 – 2013г. Из 104 пациентов мужчин было 79 человек (76%), женщин 25 (24%). Ятрогенные травмы составили 10 (9,6%) случаев. Из них подвздошная вена у 2, бедренная вена – 2, подключичная вена – 2, щито-шейный ствол – 1, подвздошная артерия – 1, дуга аорты – 1, грудная аорта – 1. Бытовые травмы с повреждением плечевой артерии и артерий предплечья составили 22 случая, травма бедренной артерии 11 случаев, в двух из них имелось также ранение бедренной вены, изолированное повреждение бедренной вены в 5 случаях, сонной артерии 4 случая, подколенной, подключичной, подвздошной,

берцовой, ягодичной артерий, подвздошной вены по 1 случаю. Пациентам была оказана неотложная помощь, как в отделениях общего хирургического профиля, так и в отделении сосудистой хирургии.

Результаты. Тактика общих хирургов при ранениях сонных артерий была неверной в 75%, при ранении бедренной артерии в 22%, когда при ПХО не был выявлен факт ранения сосуда, и рана была ушита без восстановления сосудистой стенки, что приводило к формированию пульсирующих гематом, ложных аневризм. Факт поздней диагностики контузии артерии или разрыва сосудисто-нервного пучка травматологами при травмах коленного сустава привел к развитию гангрены конечности с последующей ампутацией конечности на уровне бедра в 20%. Проведение операций ангиохирургом, таких как шов артерии в 28,8% случаев, протезирование поврежденного сегмента артерии в 14,2%, перевязка артерии в 1,83%, шов вены в 2%, перевязка вен в 53,17% во всех случаях положительный результат – восстановлен магистральный артериальный кровоток, устранено кровотечение.

Выводы: оказание специализированной ангиохирургической помощи в ближайшее время после травмы во всех случаях приводило к сохранению конечности, устранению кровотечения. Запаздывание специализированной помощи, неправильно или невнимательно выполненное ПХО раны приводили к развитию тяжелых осложнений.

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КОНВЕРСИЙ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ

**А.М. Путинцев, Р.В. Султанов, Е.В. Лишов, В.Н. Сергеев, В.А. Луценко
г. Кемерово, ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»**

Цель исследования: улучшение результатов хирургических вмешательств на брюшной аорте из минидоступа.

Материалы исследования: В период с 2005 года по 2013 годы в отделении сосудистой хирургии ГБУЗ КОКБ выполнено 98 реконструктивных операций на брюшной аорте с применением аппаратного комплекса «мини-ассистент». К брюшному отделу аорты осуществлялся трансабдоминальный минидоступ. Все оперированные пациенты нормостенического и астенического типа конституции, страдающие атеросклеротическим поражением аортоподвздошного сегмента. В качестве оперативного лечения всем пациентам планировалось бифуркационное аортобедренное протезирование. Возраст больных составил 65 ± 5 лет..

В 7(12.3%) наблюдениях возникла необходимость конверсии доступа. Причиной конверсии были: один случай на этапе лапаротомии в связи с выраженным спаечным

процессом; в шести случаях на этапе эксплорации аорты; два случая на этапе формирования проксимального анастомоза и один случай при тунеллизации забрюшинного пространства и проведение бранш протеза.

С целью минимизации конверсий нами разработаны следующие способы:

1. Предоперационное использование трехмерных реконструкций по данным ангио-МС-КТ.
2. Разработаны сосудистые зажимы, позволяющие выполнять местную эндартерэктомию из аорты.
3. Использование в отдельных случаях прогрессивного расширения мини-доступа на 2см.

В результате процент конверсий в последние годы составляет 1.02%.

Выводы: разработанные способы позволяют снизить процент конверсий мини-доступа до минимального уровня.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ФУНКЦИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Т.Г. Разоренова, А.П. Кошель, Т.В. Дибина, С.С. Клоков

**г. Северск, Томская обл., ОГАУЗ «МЦ им. Г.К. Жерлова», ФГБУЗ КБ №
81 ФМБА России**

Актуальность. Согласно данным литературы и нашего опыта выключение из пассажа пищи двенадцатиперстной кишки, после операции на желудке, неизбежно ведет к нарушению функции единой гепатобилиодуоденальной зоны.

Цель. Изучить влияние способа формирования гастродуоденоанастомоза на функцию гепатобилиарной системы.

Материалы и методы. Функция желчного пузыря после резекции $\frac{1}{2}$ желудка по Billroth I с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза была изучена у 105 больных. В качестве группы сравнения были взяты 30 пациентов после операции Billroth I с «прямым» гастродуоденоанастомозом. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате ALOKA SSD 2000 с использованием конвексного датчика 3,5 МГц. Объем желчного пузыря натошак и каждые 10 мин рассчитывали по формуле: $V = 0.523 \times d^2 \times h$.

Результаты и обсуждение. Нарушения моторной функции желчного пузыря в основной группе выявлены у 25,7%, в том числе у 11,4% отмечена гипермоторика и у 14,3% – гипомоторная дискинезия. Характерным было сочетание гипомоторной

дискинезии с замедленным опорожнением культи желудка и ДПК. Гипермоторная дискинезия, напротив, отмечалась у пациентов с гипермоторикой культи желудка и ДПК. После операции по Billroth I с «прямым» желудочно-дуоденальным соустьем у 80% пациентов пищевой раздражитель, вследствие отсутствия замыкательной функции выходного отдела культи желудка, почти тот час же поступает в ДПК, в следствие чего происходит неадекватное раздражение нейроэндокринных клеток кишки и преобладает гипермоторный тип дискинезии желчного пузыря у 86,7% пациентов. Что проявляется укорочением латентного периода желчевыделения до $3,2 \pm 0,8$ минут и усиленной мощностью сокращения в данной группе – $0,4 \pm 0,04$ см³/мин.

Заключение. Таким образом, формируемый, взамен удаленного пилоруса инвагинационно-клапанный гастродуоденоанастомоз обеспечивает порционное поступление пищи из культи желудка в ДПК, что благотворно сказывается на функции билиарного дерева, о чем свидетельствует меньший процент нарушения моторики желчного пузыря в этой группе больных.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Э.И. Романов, А.А. Бодров, М.К. Рыжов

г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «Городская больница № 33» (главный врач – доктор медицинских наук, профессор П.С. Зубеев)

Аннотация

В статье анализируются причины 47 летальных исходов после операций по поводу панкреонекроза с целью прогнозирования течения заболевания и планирования лечения. Выявлена связь уровня летальности с полом, возрастом, временем поступления в стационар, распространённостью гнойно-некротического процесса и тяжестью операционной травмы. При малоинвазивных методах лечения летальность составила 4,9%, после лапаротомий – 25,6%, после лапаротомий с люмботомиями – 37,5%. Сделан вывод о необходимости радикального сокращения открытых операций при панкреонекрозе за счёт внедрения малоинвазивных методов лечения.

Ключевые слова

панкреонекроз, летальность, факторы риска.

Введение

Острый панкреатит прочно занимает 1-е место в структуре смертности при патологии органов брюшной полости. Летальность при его распространённых

деструктивных формах в течение многих лет держится на уровне 40-60% [2, 6], несмотря на достижения диагностики, анестезиологии, хирургии и реаниматологии.

Цель исследования

Изучить причины летальных исходов при панкреонекрозе для прогнозирования тяжести течения, исхода заболевания и планирования лечения.

Материал и методы

За последние 8 лет (2006-2013 г.г.) в ГБУЗ НО «Городская больница № 33» лечились 2078 больных острым панкреатитом. Из них оперированы 260 человек (12,5%) в возрасте от 19 до 88 лет. Мужчин было 179 (68,8%), женщин – 81 (31,2%). Умерли после операции 47 человек (18,1%). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica-7 и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Позднее поступление больных в хирургическое отделение можно считать первым фактором риска летального исхода при панкреонекрозе. Процент поздней доставки пациентов с острым панкреатитом в стационар (позднее первых суток от начала заболевания) колебался за 8 лет от 62,2% (2007 г.) до 71,7% (2008 г.), составив в среднем 66,3%. Среди больных, умерших после операции, их было 74,5%, т.е. больше среднего показателя. Позднее начало терапии делает её малоэффективной, как и запоздалую антибиотикопрофилактику при распространённом стерильном панкреонекрозе.

Высокая начальная степень токсемии и быстрое её нарастание являются прогностическими признаками тяжёлого течения панкреонекроза. У пациентов возникают сильнейшие боли в животе, шоковое состояние, рвота, быстро нарастают метеоризм, обезвоживание, олигурия и энцефалопатия. Послеоперационная летальность у поступивших в первые сутки заболевания ниже, чем среди больных, доставленных позднее 24 часов от начала заболевания (13,5% и 20,5% соответственно, $p = 0,11$). Хотя разница уровня летальности не достигает выбранного значения статистической значимости, можно считать, что позднее начало адекватного лечения ухудшает прогноз для жизни больного.

Среди 47 умерших после операции больных мужчин было 25 человек в возрасте от 24 до 78 лет (средний – $49,9 \pm 14,5$ года), женщин – 22 в возрасте от 27 до 81 года (средний – $65,4 \pm 13,7$ года). Разница в среднем возрасте умерших мужчин и женщин составила 15,5 года ($p = 0,009$), что можно объяснить преобладанием у женщин билиарной природы

панкреонекроза (20 женщин из 22 умерших), а у мужчин – алиментарной (злоупотребление алкоголем). Из сопутствующих заболеваний у женщин чаще, чем у мужчин, встречались жёлчнокаменная болезнь, ИБС, артериальная гипертензия, ожирение и сердечная недостаточность, что можно связать с их более старшим возрастом. Послеоперационная летальность у них оказалась в 1,9 раза выше, чем у мужчин (28,8 и 15,1% соответственно, $p=0,03$). В первые двое суток после оперативного вмешательства умерли 15 человек, в сроки от 3 до 14 дней – 21, позднее двух недель – 11 больных. Тотальный геморрагический панкреонекроз был выявлен у 14 больных (29,8%), субтотальный – у 33 (70,2%). Летальность в группе больных до 50 лет составила 9,8 %, у больных от 51 до 69 лет - 26,3 %, у больных 70 лет и старше - 52,4 %.

Таким образом, важными факторами риска летального исхода при панкреонекрозе являются пожилой возраст больных при наличии сопутствующих заболеваний, женский пол и бурное начало панкреатита. Нельзя исключить более тяжёлое течение билиарного панкреонекроза, который чаще встречается у женщин, и начало которого маскируется клиникой острого холецистита.

Тяжесть течения панкреонекроза и его прогноз определяются распространённостью поражения железы, брюшной полости, забрюшинной клетчатки, и его инфекционно-некротическим характером. Эти факторы определяют и объём хирургического вмешательства. При отёчном панкреатите и стерильном панкреонекрозе операция не показана. При стерильном панкреонекрозе с ферментативным перитонитом хирургическое лечение начинается с малоинвазивных методов – лапароскопии с санацией и дренированием брюшной полости. Присоединение инфекции к некрозу железы и окружающей клетчатки требует адекватного дренирования, которое в настоящее время чаще достигается путём открытого вмешательства. Распространение гнойно-некротического процесса на параколическую, паранефральную и тазовую клетчатку определяет необходимость дополнительного дренирования этих отделов, нередко с выполнением люмботомии.

За последние 6 лет (2008-2013 г.) на нашем материале число хирургических вмешательств, включая малоинвазивные, составило при панкреонекрозах 292 на 191 пациента (1,5 процедуры на одного больного). Выявлена высокая статистическая значимость разницы уровня летальности при малоинвазивных вмешательствах (4,9%), с одной стороны, и лапаротомиями и лапаротомии вместе с люмботомиями - 25,6 % и 37,5% соответственно ($p=0,0003$ и $p=0,0001$).

Среди причин летальных исходов первое место занимает синдром полиорганной недостаточности (83,0%), который развивается в результате нарастающего эндотоксикоза вследствие некроза тканей железы и окружающей клетчатки с присоединением тяжёлого инфекционного процесса. Другими причинами летальных исходов были ТЭЛА, арозивное кровотечение и сепсис (по 4,2%), а также острый инфаркт миокарда и ОНМК (по 2,2%).

Более высокому риску летального исхода подвержены женщины пожилого возраста с билиарным панкреатитом, у которых патогенетические факторы его требуют немедленного оперативного вмешательства. Для ликвидации жёлчной гипертензии выполняются папиллосфинктеротомии, холедохолитотомии, холецистостомии, холецистэктомии и другие операции на жёлчевыводящих протоках, независимо от стадии болезни [1, 5]. Поэтому большое значение для достижения благоприятного исхода имеют как можно более раннее начало агрессивной инфузионной и детоксикационной терапии, снижающей уровень токсемии, а также устранение причин жёлчной гипертензии при билиарном панкреатите.

Необходимы разработка и внедрение малоинвазивных способов выполнения некрсеквестрэктомий, дренирования и промывания сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки с тем, чтобы радикально уменьшить число открытых операций. Малоинвазивные методики и этапные программированные санации позволяют уменьшить травматичность вмешательства, способствуют ограничению патологического очага и уменьшению летальности [3]. В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского отказ от открытых операций как основных при лечении панкреонекроза позволил снизить послеоперационную летальность при нём с 22 до 11%. Послеоперационные осложнения (кровотечения, желудочно-кишечные свищи и др.), как правило, в большинстве своём не угрожают жизни больного [4-6]. Улучшению результатов оперативного лечения панкреонекроза будет способствовать дальнейшая разработка вопросов его этиопатогенеза, который необходимо учитывать при лечении каждого больного.

Выводы

1. Факторами риска летального исхода при панкреонекрозе являются позднее поступление больных в стационар, пожилой возраст, женский пол, билиарная этиология панкреонекроза, наличие сопутствующих заболеваний и гнойно-некротических осложнений, большой объём необходимого оперативного вмешательства.

2. Уменьшению летальности при панкреонекрозе будут способствовать раннее начало агрессивной инфузионной терапии, скорейшая ликвидация билиарной гипертензии и нарушений оттока панкреатического секрета, повышение эффективности антибиотикопрофилактики, внедрение и совершенствование малоинвазивных методов дренирования и санации гнойно-некротических очагов, совершенствование методов экстракорпоральной детоксикации.

3. Мероприятиями по профилактике панкреонекроза должны стать плановая санация больных жёлчнокаменной болезнью, пропаганда гигиены питания и здорового образа жизни, снижение алкоголизации населения.

Список литературы

1. Дифференцированная хирургическая тактика при деструктивном панкреатите / Д.А. Александров [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 62.
2. Брискин, Б.С. Хирургическое лечение острого панкреатита / Б.С. Брискин, Г.С. Рыбаков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – № 2. – С. 67-74.
3. Контрольно-санационные лапароскопии сальниковой сумки в послеоперационном периоде в лечении панкреонекрозов, осложнённых абдоминальным сепсисом / М.Н. Изимбергенов [и др.] // Клиническая медицина. – 2013. – Т. 91, № 4. – С. 49-53.
4. Новиков, С.В. Малоинвазивные методы лечения панкреонекроза. www.pancreonecrosis.ru
5. Диагностический и лечебный алгоритм при остром панкреатите / Г.С. Рыбаков [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 4. – С. 20-26.
6. Савельев, В.С. Острый панкреатит / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. В: Клиническая хирургия. Национальное руководство. В 3-х томах. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – С.196-228.

Сведения об авторах

1. Эдуард Игоревич Романов, доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.
2. Алексей Анатольевич Бодров, кандидат медицинских наук, ординатор 1 хирургического отделения ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.
- Михаил Константинович Рыжов, кандидат медицинских наук, заведующий 1 хирургическим отделением ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.

МАНГЕЙМСКИЙ ИНДЕКС ПЕРИТОНИТА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Э.И. Романов, А.А. Бодров, М.К. Рыжов, М.В. Кулигин

г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «Городская больница № 33» (главный врач – доктор медицинских наук, профессор П.С. Зубеев)

Аннотация

Оценка тяжести и прогноза заболевания с помощью МИП у 333 больных позволила предложить модификацию его подсчёта: 1) больным 70 лет и старше начислять 7 баллов, а не 5, как пациентам 50-69 лет; 2) больным с недостаточностью 2

и более органов начислять 10 баллов, а не 7, как при несостоятельности одного органа; 3) не начислять лицам женского пола 5 баллов по половому признаку. Это устраняет диспропорцию по половому признаку и позволяет учесть такие важные факторы риска, как пожилой возраст и наличие тяжёлых сопутствующих заболеваний. У больных, имевших МИП до 20 баллов, летальных исходов не было, в группе 21-29 балла умерли 20,4%, при 30 и более баллах – 38,9%. Разница в летальности между 2-й и 3-й группами увеличилась в 2,6 раза – с 7,0 до 18,5%, что свидетельствует о повышении чувствительности метода.

Ключевые слова

перитонит, факторы риска, Мангеймский индекс перитонита.

Введение

Известен метод оценки тяжести состояния больных и риска летального исхода по Мангеймскому индексу перитонита (МИП), учитывающему возраст и пол больного, наличие недостаточности органа и злокачественной опухоли, продолжительность перитонита более 24 часов, источник, распространённость его и характер выпота [3, 4].

Материал и методы исследования

Мы провели ретроспективный анализ МИП у 333 больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости, осложнёнными перитонитом, оперированных в ГБУЗ НО «Городская больница № 33» в 2006-2010 годах (табл.1). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica-7 и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Таблица 1. Источники и характеристика перитонита.

Заболевания	Число больных *	Перитонит		Выпот**		Среднее значение МИП (M±m)
		Местны й	Распрост ранённый	Мутно- гнойный	Калово- гнилостный	
О. аппендицит	86/0	43/0	43/0	80/0	2/0	17,2±6,6
О. холецистит	28/2	8/0	20/2	26/2	-	28,2±4,9
О. панкреатит	54/17	-	54/17	51/17	-	23,9±7,9
Прободная язва	52/11	2/0	50/11	44/11	-	19,0±7,5
Перфор. опухоли	46/15	-	46/15	43/12	3/3	38,1±5,3
Перф. кишечника	22/4	-	22/4	22/4	-	30,7±7,1
Травма живота	11/1	-	11/1	11/1	-	23,2±5,2
ОКН, ущ. грыжа	18/1	3/0	15/1	12/1	-	27,7±7,5
Прочие	16/6	-	16/6	10/4	6/2	29,1±7,3
Итого	333/57 17,1%	56/0	277/57 20,6%	299/52 17,4%	11/5 45,4%	

Примечание: *Цифра в знаменателе обозначает число умерших больных;
**больные с серозным перитонитом (23 человека, 0 баллов по МИП) из этой рубрики исключены.

Результаты и обсуждение

Мужчин было 169, женщин – 164, возраст больных – от 16 до 92 лет. Все летальные исходы (17,1%) имели место при разлитом перитоните, при калово-гнилостном выпоте – в 2,7 раза чаще, чем при мутно-гнойном. Летальность среди больных до 50 лет составила 4,5%, в группе больных от 51 до 69 лет – 24,4%, среди больных 70 лет и старше – 27,3%. Среди пациентов, имевших МИП до 20 баллов, летальных исходов не было, в группе 21- 29 балла умерли 23,5%, при 30 и более баллах – 29,4%.

Среди выживших больных среднее значение МИП составило $22,9 \pm 9,6$ балла, среди умерших – $31,7 \pm 6,4$ ($p=0,003$). У мужчин эти показатели составили соответственно $18,6 \pm 7,7$ и $29,0 \pm 5,4$ балла, у женщин – $28,0 \pm 9,0$ и $34,8 \pm 6,5$. Налицо диспропорция по половому признаку - среднее значение МИП умерших мужчин оказалось на 5 баллов меньше, чем у умерших женщин, и только на один балл больше, чем у выживших больных женского пола. Анализ полученных результатов позволил сделать следующие выводы:

1. Возраст больного и наличие полиорганной недостаточности оказывают более значимое влияние на исход перитонита, чем половая принадлежность.
2. Недостаточность нескольких органов увеличивает риск летального исхода при перитоните по сравнению с больными, имеющими недостаточность только одного органа или системы.
3. Летальность у лиц женского пола выше, чем у мужчин, только в старшей возрастной группе, в которой женщины преобладали и по численности, и по среднему возрасту.

В связи с вышеизложенным, мы предложили модифицировать подсчёт Мангеймского индекса перитонита следующим образом: 1) выделять группу больных 70 лет и старше и начислять им 7 баллов, а не 5, как больным 50-69 лет; 2) больным с полиорганной недостаточностью (2 и более органов) начислять 10 баллов, а не 7, как при несостоятельности одного органа; 3) не начислять лицам женского пола 5 баллов по половому признаку.

Модифицированный метод подсчёта Мангеймского индекса перитонита будет давать такое же максимальное значение, как и оригинальная методика (таблица 2). Сохраняется и разделение по тяжести перитонита: лёгкая – до 20 баллов, средняя – 21-29 баллов, тяжёлая – 30 и более баллов.

Среднее значение МИП среди выживших пациентов составило $23,1 \pm 7,9$ балла,

среди умерших – $31,9 \pm 6,1$ балла ($p=0,022$). Применение модифицированного метода подсчёта МИП у тех же больных позволило ликвидировать диспропорцию по половому признаку (табл. 3).

Таблица 2. Модифицированный метод подсчёта МИП.

Факторы риска	Баллы	
	Оригинальный метод	Модифицированный метод
Возраст более 50 лет	5	50-69 лет – 5 70 и более лет – 7
Женский пол	5	0
Недостаточность органа	7	одного – 7 двух и более – 10
Злокачественная опухоль	4	4
Продолжительность перитонита более 24 часов	4	4
Источник – толстая кишка	4	4
Диффузный перитонит	6	6
Эксудат:		
– прозрачный	0	0
– мутно-гнойный	6	6
– калово-гнилостный	12	12
Максимальное значение МИП	47	47

Таблица 3. МИП у умерших больных.

Группы больных	Оригинальный метод подсчёта баллов	Модифицированный метод подсчёта баллов
Мужчины	$29,0 \pm 5,4$	$31,8 \pm 7,5$
Женщины	$34,0 \pm 6,4$	$32,8 \pm 7,0$
Разница	5,0	1,0

Результатом подсчёта по модифицированному методу было увеличение числа больных в первой группе тяжести перитонита за счёт пациентов женского пола, а число умерших в третьей группе увеличилось за счёт прибавки баллов в связи с 70-летним возрастом и сопутствующими заболеваниями. Разница в летальности между второй и третьей группой увеличилась в 2,6 раза – с 7,0 до 18,5%, что свидетельствует о повышении чувствительности метода (таблица 4).

Таблица 4. Летальность в различных группах больных.

Показатели МИП	Оригинальный метод подсчёта баллов		Модифицированный метод подсчёта баллов	
	Число больных	Летальность	Число больных	Летальность
До 20 баллов	118/0	0	135/0	0
21 – 29 баллов	116/27	23,3%	108/22	20,4%
30 и более баллов	99/30	30,3%	90/35	38,9%
Всего	333/57	17,1%	333/57	17,1%

Выделение группы больных старше 70 лет и больных с полиорганной недостаточностью позволяет более полно учитывать ряд важнейших факторов риска летального исхода и своевременно проводить соответствующие лечебно-профилактические мероприятия. Несомненно, что при оценке индивидуального прогноза, кроме МИП, следует учитывать и характер патологического процесса, вызвавшего перитонит, и степень дисфункции жизненно важных органов. Так, при своевременной доставке в хирургическое отделение у больных с острым аппендицитом, холециститом, отёчным панкреатитом и прободной язвой редко развивается тяжёлая полиорганная недостаточность, требующая экстракорпоральных методов детоксикации. В первой группе с МИП до 20 баллов преобладали больные до 50 лет с этими заболеваниями, летальных исходов среди них не было.

С другой стороны, панкреонекроз с переходом гнойно-некротического процесса на парапанкреатическую клетчатку, прободение злокачественных опухолей желудка и толстого кишечника у больных пожилого и старческого возраста сопровождаются быстрым нарастанием эндотоксикоза и развитием полиорганной недостаточности, профилактику и лечение которых следует начинать как можно раньше. Наличие у больного с панкреатитом деструктивного холецистита, гнойно-некротического парапанкреатита или параколических затёков при расчёте МИП следует расценивать как полиорганную недостаточность (10 баллов).

Во второй группе с МИП 21-29 баллов большинство составляли больные с острым холециститом, кишечной непроходимостью, панкреонекрозом и прободной язвой желудка и 12-перстной кишки. Среди умерших пациентов преобладали мужчины с панкреонекрозом и прободной язвой.

В третьей группе больных с МИП 30 и более баллов оказались практически все пожилые больные с прободением злокачественных опухолей желудка и толстого кишечника и более половины умерших от панкреонекроза и его осложнений.

Как и другие шкалы групповых оценок тяжести состояния больных, МИП непригоден для индивидуального прогнозирования. Для этого у каждого больного с перитонитом необходима оценка числа и степени выраженности сопутствующих органных нарушений, оценка функциональных резервов и вероятности возникновения угрожающих жизни осложнений (ОИМ, ТЭЛА, инсульт, энцефалопатия, сердечнососудистая, лёгочная, печёочно-почечная недостаточность и др.), для чего создаются специальные таблицы.

Заключение

Использование МИП отличается простотой и позволяет хирургу учитывать при лечении наиболее важные факторы риска летального исхода у каждого больного до получения результатов лабораторных исследований. Мы надеемся, что более широкое

использование МИП для первичной клинической оценки тяжести течения болезни и прогноза будет способствовать выработке оптимальных стандартов лечения этой тяжёлой группы больных.

Так, в группе больных с МИП до 20 баллов достаточно проведения стандартного лечения. Больным с МИП от 21 до 29 баллов требуется интенсивная профилактика и лечение полиорганной дисфункции, выполнение повторных релапаротомий. В группе с МИП 30 и более баллов необходим весь комплекс экстракорпоральных дезинтоксикационных мероприятий с лапаростомией, программированными санациями брюшной полости и интестинальной декомпрессией. Это подтверждается результатами, полученными другими авторами [1, 2]. Применение предлагаемых поправок расчёта МИП повышает чувствительность методики оценки тяжести перитонита и его прогноза.

Список литературы

1. Костюченко, К.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространённого перитонита / К.В. Костюченко, В.В. Рыбачков // Хирургия. – 2005. – № 4 – С. 9-13.
2. Лечение распространённого гнойного перитонита / Б.С. Суковатых [и др.] // Хирургия. – 2012.- № 9: – С. 42-47.
3. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis Index in 2003 patients / A. Billing [et al.] // Brit J Surg. – 1994. – Vol. 81, № 2. – P. 209-213.
4. The Mannheim Peritonitis Index. An instrument for the intraoperative prognosis of peritonitis / M.M. Linderet [et al.] // Chirurg. – 1987. – Vol. 58, № 2. – P. 84-92.

Сведения об авторах

1. Эдуард Игоревич Романов, доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.
 2. Алексей Анатольевич Бодров, кандидат медицинских наук, ординатор 1 хирургического отделения ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.
 3. Михаил Константинович Рыжов, кандидат медицинских наук, заведующий 1 хирургическим отделением ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.
- Михаил Валерьевич Кулигин, ординатор 1 хирургического отделения ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород.

КОНТРОЛЬ И КОРРЕКЦИЯ РАСШИРЕННОГО ПЕРЕЧНЯ БИОФИЗИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**М.Г. Рябков, С.Г. Измайллов, В.Л. Мартынов, А.Г. Семенов, Е.Е.
Лукоянычев, М.Н. Панченко**

**г. Нижний Новгород, Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая
больница №12 Сормовского района г. Н. Новгорода»**

Аннотация

Проанализированы результаты лечения 102 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Цель работы: уменьшение частоты периоперационных осложнений с помощью расширенного алгоритма контроля и коррекции биофизических соматических параметров. В основной группе контролировали и корректировали внутрибрюшное, внутрикишечное, внутригрудное давление, натяжения паравульнарных тканей, в группе сравнения – только внутрибрюшное давление. В результате удалось уменьшить частоту раневых осложнений ($p=0,047$), дыхательной недостаточности ($p=0,047$), SIRS ($p=0,029$) и создать условия для снижения летальности.

Ключевые слова

острая кишечная непроходимость, послеоперационные осложнения, внутрибрюшное давление, внутригрудное давление, биофизические соматические параметры.

Результат лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) во многом зависит от того, разовьется ли в послеоперационном периоде дыхательная или сердечно-сосудистая недостаточность, заживет или нагноится лапаротомная рана, удастся ли купировать энтеральную недостаточность. Взаимосвязь этих осложнений и механизмов нарушения биофизических соматических параметров (БСП) (БСП – общее обозначение для показателей давления в брюшной полости (ВБД), грудной клетке (ВГД), просвете кишки (ВКД), натяжения паравульнарных тканей (НПТ) и т.п.) не вызывает разногласий [1,2,4,7]. Однако современные рекомендации по коррекции БСП при ОКН преимущественно рекомендуют только контроль внутримочепузырного давления, арсенал декомпрессионных манипуляций при ОКН остается довольно скудным, требует систематизации и развития [2,3,5,6].

Цель: Снизить частоту периоперационных осложнений острой кишечной непроходимости с помощью разработки и внедрения расширенного алгоритма контроля и коррекции биофизических соматических параметров.

Материал и методы

Проспективное контролируемое клиническое исследование основано на результатах лечения 102 пациентов, оперированных по поводу ОКН в 2003-2013 гг. Традиционная тактика и техника хирургического лечения применена у 42 больных (группа сравнения «ОКН.1»), показанием к применению декомпрессионной техники завершения операции в подгруппе сравнения считали повышение ВБД выше 25 мм рт. ст. [5]. Комплексный алгоритм предупреждения и лечения периоперационных осложнений на основе контроля БСП применен у 60 пациентов (основная группа «ОКН.2»).

Критерии включения в исследование: операция по поводу механической острой кишечной непроходимости; показатель шкалы APACHE II 5-25 баллов либо показатель SAPS II по Le Gall J.-R. et. al. (1995) 10–90 баллов. Критерии исключения: распространенный перитонит; диагностированная до начала ОКН острая (или обострение хронической) патологии дыхательной и сердечно-сосудистой систем; наличие ВИЧ-инфекции, злокачественной опухоли любой локализации IV стадии. Группы по основному заболеванию, объему предоперационной подготовки, тяжести сопутствующих заболеваний, объему основного этапа операции были сопоставимы.

Алгоритма контроля и коррекции БСП в группе «ОКН.2» включал следующие методы: мониторинг ВБД способом открытого катетера в мочевом пузыре по Cheatham et al. (1999); контроль внутрикишечного давления (ВКД) – через открытый назоинтестинальный зонд (Engum S.A., 2002) и внутригрудного давления (ВГД) – по градиенту повышения пикового инспираторного давления на аппарате ИВЛ; натяжение паравульнарных тканей (НПТ) - динамометром. В случае достижения критического уровня любого из измеряемых (или нескольких сразу) показателей давления при закрытии лапаротомной раны (ВБД- 12 мм рт.ст., ВКД – 25 мм рт.ст., ВГД – градиент повышения – более 5 см вод.ст.) применяли способы нормализации БСП. В дооперационном периоде - назогастральную интубацию, проводниковую новокаиновую блокаду мышц брюшного пресса. В случае если во время операции, после завершения ее основного этапа при полном сопоставлении краев лапаротомной раны показатели ВБД, ВКД (при интубации кишки), градиент ВГД превышали критические пороги, применяли продленную интубацию и санацию тонкой кишки, послабляющие разрезы мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки, пластику апоневроза влагалищ прямых мышц живота, декомпрессионное селективное ушивание кожи лапаротомной раны по Н.Н. Каншину. У пациентов с критическим уровнем НПТ (0,8 кг на 1 см длины лапаротомной раны) использовали гипотракционный внераневой вульнеосинтез с помощью специально

разработанных спицевых абдоминальных раневых контракторов (патенты РФ на изобретения № 2355329 от 26.05.2009 г.; № 2432914 от 10.11.2011 г.) в комплексе с проводниковой блокадой и анестезией мышц брюшного пресса. В группе сравнения («ОКН.1») ни у одного из пациентов не зафиксировано ВБД более 25 мм рт.ст., у всех больных операцию заканчивали традиционно, то есть послойно ушивали лапаротомную рану.

Клинические результаты оценивали по частоте местных (раневых и интраабдоминальных), а также внеабдоминальных, генерализованных послеоперационных осложнений и летальности. При статистической обработке данных определяли различия в частоте (критерий Фишера, F; Хи-квадрат, χ^2) и относительный риск (OR) осложнений и летальных исходов, использовали программу StatSoft STATISTICA 6.1.478 Russian.

Результаты

До операции интраабдоминальная гипертензия (по показателю ВБД) зафиксирована у 72 из 102 пациентов (70,6%). Статистически значимой разницы в частоте встречаемости внутрибрюшной гипертензии между группами «ОКН.1» и «ОКН.2» до операции не было. При этом в обеих группах преобладали пациенты с первой (21% из всех обследованных пациентов) и второй (28% из всех обследованных пациентов) степенью тяжести ИАГ по классификации WSACS. Среди всех пациентов с нарушением БСП до операции и во время нее у 55,9 % пациентов наблюдались признаки дыхательной недостаточности; у 21,5 % - некорректируемая инфузионной терапией гипотония; в 27,4 % наблюдений – признаки почечной недостаточности. При этом у пациентов без диагностированного синдрома нарушения БСП признаки органной недостаточности манифестировали до операции статистически и клинически значимо реже (табл. 1).

Таблица 1. Органная недостаточность, диагностированная до и во время операции у пациентов в зависимости от наличия нарушений БСП

Вид органной недостаточности		n	критерий Фишера
Дыхательная недостаточность	пациенты с нарушением БСП (n=72)	48	0,001
	пациенты с N уровнем БСП (n=30)	9	
Сердечно-сосудистая недостаточность	пациенты с нарушением БСП (n=72)	17	0,598
	пациенты с N уровнем БСП (n=30)	5	
Почечная недостаточность	пациенты с нарушением БСП (n=72)	21	0,631
	пациенты с N уровнем БСП (n=30)	7	

Расширение перечня контролируемых биофизических соматических параметров привело к увеличению частоты диагностики их критических изменений, и, соответственно, к более активной хирургической коррекции нарушенных параметров. Если до операции частота нарушений БСП статистически значимо не отличалась (в обеих группах измеряли только ВБД), то во время операции перед ушиванием лапаротомной раны в группе «ОКН.1» критическое нарушение БСП (по параметру

ВБД) зафиксировано

в 14,3%, а в группе «ОКН.2» (по параметрам ВБД, ВКД, ВГД, НПТ) - в 30,0%

наблюдений (OR=0,32 (от 0,11 до 0,33), критерий Фишера = 0,052, $\chi^2=4,63$) (табл. 2).

Таблица 2. Частота зафиксированных нарушений БСП в периоперационном периоде

Этапы периоперационного периода		Манифестировавшие нарушения БСП в группах						Различия ОКН.1 и ОКН.2, критерий Фишера
		ОКН.1, n=42	ОКН.2, n=60					
		Σ кол-во нарушений БСП, (по ВБД)	Σ кол-во нарушений БСП	Из них по способу контроля БСП				
				ВБД	ВКД	ВГД	НПТ	
До операции	n	31	41	41	-	-	-	0,660
	%	73,8	68,3	68,3	-	-	-	
Перед ушиванием лапаротомной раны	n	5	18	8	2	11	8	0,052
	%	14,3	30,0	13,3	3,3	18,3	13,3	
Через 3 суток после операции	n	3	1	1	-	-	-	0,303
	%	7,1	1,7	1,7	-	-	-	

Анализ количества и качества проведенных в группах «ОКН.1» и «ОКН.2» операций показал, что по технике начальных этапов хирургического лечения (предоперационная подготовка, хирургический доступ), а также по объему основного этапа операции, значимой разницы между группами не было. Имели место существенные отличия в количестве и качестве декомпрессионных и гипотракционных манипуляций (табл. 3).

Таблица 3. Количество декомпрессионных и гипотракционных операций и манипуляций

Этапы хирургического лечения		Способы нормализации БСП				
		Блокада мышц брюшного пресса	Интубация тонкой кишки	Декомпрессионное ушивание всех слоев лапаротомной раны	Ушивание только кожи	Гипотракционное ушивание лапаротомной раны
Предоперационный период	ОКН.1	8	-	-	-	-
	ОКН.2	-	-	-	-	-
Операция	ОКН.1	-	32	11	2	7
	ОКН.2	-	14	2	-	1
Послеоперационный период	ОКН.1	11	18	-	-	-
	ОКН.2	-	3	-	-	1

В результате применения расширенного алгоритма диагностики и коррекции биофизических соматических параметров удалось добиться клинически и статистически значимого снижения частоты некоторых местных и экстраабдоминальных осложнений. Количество флегмон брюшной стенки с гнойным поражением подкожной клетчатки и мышечно-апоневротического слоя в группах «ОКН.1» и «ОКН.2» статистически значимо не изменилось (2 случая в группе сравнения и ни одного в основной группе). На этапе

локального нагноения подкожной клетчатки, лигатурного свища, прорезывания швов и локального некроза мышечно-апоневротического слоя раневые осложнения диагностированы в группе «ОКН.1» у 6 пациентов из 42, в группе «ОКН.2» - у 3 пациентов из 60 (критерий Фишера 0,087). При этом суммарная частота раневых гнойных осложнений достоверно отличалась: 19% и 5% в группах «ОКН.1» и «ОКН.2», соответственно ($OR=4,47$ (1,11 до 18,01), критерий Фишера = 0,047, $\chi^2=5,607$).

Частота эвентраций и кишечных свищей значимо не отличались, экстренная релапаротомия (по поводу послеоперационного перитонита) потребовалась 3 пациентам из 42 в группе «ОКН.1» и 2 пациентам в группе «ОКН.2». В послеоперационном периоде картина абдоминального сепсиса в течение послеоперационного периода развилась у 18 пациентов группы сравнения и 13 пациентов основной группы (критерий Фишера=0,029). Дыхательная недостаточность у пациентов основной группы в послеоперационном периоде зафиксирована в 5% случаев против 19% в группе сравнения (критерий Фишера =0,047), тромбэмболические осложнения, почечная недостаточность распределились в группах равномерно. Общая летальность в группе «ОКН.1» составила 16,6% (7 пациентов из 42). В группе «ОКН.2» количество летальных исходов – 6 из 60 (критерий Фишера =0,373). Среди причин летальных исходов преобладали острая печеночно-очечная недостаточность и прогрессирующий абдоминальный сепсис.

Выводы

1. У пациентов с ОКН критические нарушения биофизических соматических параметров до операции развиваются более чем в 70% наблюдений, и даже после основного этапа операции по устранению причины непроходимости сохраняются в 30% случаев.

2. Расширенный алгоритм диагностики и коррекции биофизических соматических параметров, включающий контроль внутрибрюшного, внутрикишечного, внутригрудного давления и натяжения паравульнарных тканей в периоперационном периоде позволяет диагностировать клинически опасные изменения вдвое чаще, чем в случае контроля только ВБД (в 30% и 14% случаев, соответственно; критерий Фишера = 0,052, $\chi^2=4,63$).

3. Контроль и коррекция расширенного перечня биофизических соматических параметров позволяет статистически значимо снизить частоту раневых гнойных осложнений (критерий Фишера=0,047, $\chi^2=5,607$), дыхательной недостаточности (критерий Фишера=0,047), системной воспалительной реакции (критерий Фишера=0,029) в послеоперационном периоде и создать условия для снижения летальности при ОКН.

Список литературы

1. Гельфанд Б.Р. Синдром интраабдоминальной гипертензии: методические рекомендации РАСХИ/Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко, П.В. Подачин, Е.Б. Гельфанд, С.В.

Чубченко: Под редакцией В.С. Савельева.–Сибирский успех: Новосибирск, 2008.–30 с.

2. Гинзбург, Л.Б. Профилактика и лечение повышенного внутрибрюшного давления у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Л.Б. Гинзбург. - Самара, 2009. - 24 с.

3. Забелин, М.В. Синдром внутрибрюшной гипертензии в неотложной абдоминальной хирургии. Автореф. докт. мед. наук: 14.00.27/ М.В. Забелин - Москва. – 2008. - 46 с.

4. Измайлов, С.Г. и соавт. Влияние интраабдоминальной гипертензии на кровоток стенки тонкой кишки / С.Г. Измайлов, М.Г. Рябков, А.Ю. Щукин, Е.Е. Лукоянычев, А.Ц. Буткевич // Московский хирургический журнал. – 2012. – № 3 (25). – С. 27 – 31

5. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости; Под редакцией В.С. Савельева. – М.: «Триада-Х», 2005. – 640 с.

6. Cheatham, M.L. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome / M.L. Cheatham // New Horiz. – 1999. – Vol. 7. – P. 96 – 115.

7. Engum S.A. Gastric tonometry and direct intraabdominal pressure monitoring in abdominal compartment syndrome / S.A. Engum, B. Kogon, E. Jensen [et al.] / J. Pediat. Surg. – 2002. – Vol. 37. – № 2. – P. 214-218.

Сведения об авторах

1. Рябков Максим Георгиевич, ординатор хирургического отделения, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода».

2. Измайлов Сергей Геннадьевич, консультант хирургического отделения, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода».

3. Мартынов Владимир Леонидович, консультант хирургического отделения, доктор медицинских наук, доцент, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода».

4. Семенов Андрей Геннадьевич, ординатор хирургического отделения, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода».

5. Лукоянычев Егор Евгеньевич, ординатор хирургического отделения,

кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода».

6. Панченко Максим Николаевич, врач-интерн, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода».

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕЛЕМ ДАМ+ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ

С.Ю. Савгачев, М.В. Климович, П.В. Трушин, С.Ю. Устюгова, И.В.

Живолуп

г. Новосибирск, ГБУЗ НСО ДГКБ №1

Введение: врожденные пороки развития органов мочеполовой системы, являются одними из наиболее распространенных патологий у новорожденных и детей раннего возраста, поздняя диагностика и начало терапии, которых может привести к существенному ухудшению качества жизни, и обусловить развития жизнеугрожающей патологии. В связи с тенденцией к увеличению применения эндоскопических и малоинвазивных методик коррекции данной патологии в нашей клинике, было решено провести оценку эффективности применения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), у детей различных возрастных групп.

Цель: оценить эффективность применения эндоскопической коррекции гелем ДАМ+ при ПМР.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 308 случаев ПМР, находившихся, на лечении, в хирургическом отделении ГБУЗ НСО ДГКБ №1, с 2010 по 2013 год.

Результаты: Из 308 детей было 185 (60%) девочек и 123 (40%) мальчика. У 247 (80%) был с билатеральный ПМР, 46 (15%) левосторонний и у 15 (5%) правосторонний ПМР. По степеням: I степень 5 (2%) пациентов, II степень 81 (26%) пациент, III степень у 222 (72%) пациентов, а, детей с IV степенью рефлюкса в данном исследовании зафиксировано не было. Всем детям проводилась малоинвазивная терапия, в объеме эндоскопической коррекции гелем ДАМ+, устьев пораженных мочеточников. Повторная коррекция проводилась у 22 (7%) детей, с II и III степенью рефлюкса.

На основе полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. ПМР, при котором, показано малоинвазивное вмешательство, чаще встречается у девочек (60% случаев), что обусловлено особенностями строения органов мочевыделительной системы;

2. Наиболее часто на эндоскоррекцию применяют при III степени ПМР;
3. Учитывая повторное обращение всего 22 (7%) пролеченного ребенка, мы считаем, эндоскопическую коррекцию устьев мочеточников гелем ДАМ+, эффективным методом терапии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА И ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

А.Р. Сараев, К.М. Курбонов

**г. Душанбе, Таджикистан, Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибни Сино**

Аннотация

Представлены результаты применения оригинальной шкалы балльной оценки тяжести состояния пациента – индекс перитонита (ИП) у 188 больных распространенным перитонитом. Индекс перитонита ≤ 12 баллов имелся у 94 больных с распространенным перитонитом, от 13 до 22 баллов - у 74-х и ≥ 23 баллов у 20 больных. По результатам применения той или иной тактики и объема хирургического лечения и интенсивной терапии лишь 13 (6,9%) больных подверглись релапаротомии. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дней.

Ключевые слова

перитонит, балльная оценка тяжести состояния, хирургическая тактика.

Введение

К настоящему времени разработано множество различных систем оценки тяжести состояния и прогнозирование исхода больных распространенным перитонитом (РП), способствующих оптимизации выбора дальнейшей хирургической тактики.

Основу любой прогностической системы составляет комплекс практически значимых параметров, определяющих факторы риска и прогноз заболевания. Известно, что больные с одинаковым количеством баллов будут иметь примерно равный риск летального исхода. Хотя справедливости ради следует подчеркнуть, что все системы позволяют сделать это лишь приблизительно. Наиболее часто используемые системы: Мангеймский индекс перитонита, разработанный M.Linder и H.Wacha, перитонеальный индекс Altona (PIA) и его усовершенствованный вариант PIA II, оценка по Горису (MOSF), APACHE II и III [1, 2, 4, 6, 7, 9].

При сравнительном изучении этих систем у пациентов с РП выявлено [5, 7], что

только шкалы APACHE II и MPI имеют значение в прогнозе течения заболевания, однако и они не содержат убедительной информации для индивидуального подхода к лечебной тактике.

Динамический контроль и прогнозирование исхода у больных с РП позволяет оптимизировать хирургическую тактику и провести коррекцию интенсивной терапии, методы и режимы детоксикации [3,5,9]. В связи с этим для экспресс-прогнозирования вероятности летального исхода и оптимизации выбора тактики экстренной помощи при РП нами разработана прогностическая шкала, позволяющая более объективно оценить тяжесть перитонита и оптимизировать выбор лечебной тактики с учетом «индекса перитонита» (ИП) и процента прогнозируемой летальности.

Цель исследования: улучшить результаты лечения распространенного перитонита путем оптимизации прогнозирования его исходов и выбора лечебной тактики.

Материал и методы

Основу интегральной оценки степени и характера РП – ИП – составили 3 группы факторов: факторы риска, стадия развития процесса, вероятность прогрессирования патологических изменений в брюшной полости (табл.1). Первоначально значения ИП по выделенным критериям были определены на основании экспертной оценки. В соответствии с параметрами шкалы 188 больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложнившихся РП, оперированных в хирургических отделениях ГКБ СМП г. Душанбе в период с марта 2004 по декабрь 2013 года были распределены на 3 группы, к которым применялась соответствующая лечебная тактика. Возраст больных варьировал с 15 до 81 года, с средним возрастом 38,5 года. Мужчин было 113 (60%), женщин – 75(40%).

Основные нозологии, явившиеся причиной распространенного перитонита, служили острая кишечная непроходимость – 54 (28.7%), перфорация полого органа – 70 (37.2%), деструктивный аппендицит – 46 (24.5%), деструктивный холецистит – 5 (2.7%), панкреонекроз – 5 (2.7%), другая патология – 8 (4.2%). Среди наблюдаемых больных преобладали пациенты с тяжелым течением (оценка тяжести физического состояния проведена по шкале SAPS). Проводился учет данных обследования пациентов, включая клинические и лабораторные показатели. Для выявления тяжести интоксикации и абдоминального сепсиса исследован уровень лейкоцитов крови, СОЭ, ЛИИ по Кальфу-Калифу, С-реактивного белка, молекул средней массы.

Результаты исследования

Нами построена шкала интервалов с определением максимальных и минимальных факторов риска, стадии течения распространенного перитонита и морфологических изменений брюшины. Исходя из клинического представления о сравнительной важности факторов (предикторов) им были присуждены балльные составляющие в зависимости от

их «весовой» значимости в установлении степени тяжести распространенного перитонита и прогнозировании его исходов. Баллы выражают «коэффициент наглядности» фактора относительно максимальной величины (10 баллов) максимально выраженного фактора. Таким образом, балльные значения отражают соотношения предикторов в условных единицах, проверенных на многолетней клинической практике и установленных путем «экспертной оценки». При суммировании баллов получаем «ИП».

Прогнозируемая летальность, рассчитанная по приведенной формуле, указывает на минимально вероятный процент летального исхода у больного с распространенным перитонитом.

Сумма баллов (ИП) может указывать на предпочтение в оказании того или иного объема экстренной помощи при распространенном перитоните (в этом смысле индекс взят в упрощенной форме для облегченного и быстрого принятия решения о дальнейшей тактике лечебных мер). При приграничных цифрах баллов решение о лечебной тактике принимается исходя из клинической ситуации. В нашей работе патогенетическим обоснованием для выбора метода лечения распространенного перитонита были результаты предшествующих исследований [3,5,9].

Таблица 1. Индекс перитонита

Факторы риска-Ф	Стадия процесса-С	Вероятность прогрессирования-В
Возраст старше 70л или тяжелые сопутствующие заболевания	1 Септический шок	В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом, грубые фибринозные наложения, межпетлевые гнойники и сращения в области кишечных петель.
Возраст 50-70 лет или онкозаболевание*	8 Абдоминальный сепсис поздняя стадия	8 Брюшина инфильтрирована, в брюшной полости густой гной, толстые фибринозные наложения
Средней тяжести сопутствующие заболевания*	6 Абдоминальный сепсис начальная стадия	6 Брюшина тусклая, петли кишечника расширены с субсерозными кровоизлияниями и петехиями, брюшная полость содержит гнойный выпот с фибринозными наложениями на кишечных петлях
Женский пол или легкие сопутств.	4 Эндогенная интоксикация	4 Брюшина отечная, гиперемированная, в брюшной полости гнойный выпот

заболевания*

поздняя стадия

Не выявленные риски 2 Эндогенная интоксикация начальная стадия

2 Отек, гиперемия брюшины, в 2 брюшной полости мутный выпот или желчь

Прогнозируемая летальность (%)

$$Л = \Phi \times [(C + B)/2]$$

* – при отсутствии вышеперечисленных рисков

При ИП до 12 баллов включительно и прогнозируемой летальности до 16% – хирургическое вмешательство: полная, адекватная и ранняя ликвидация или отграничение всех основных, дополнительных и потенциальных источников (очагов) эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического характера; санация и дренирование брюшной полости. Инфузионно-трансфузионная терапия, антибактериальная терапия, профилактика синдрома полиорганной недостаточности (СПОН).

От 13 до 22 баллов и прогнозируемой летальности от 16 до 40% – предоперационная подготовка (2-3 часа), хирургическое вмешательство: ликвидация источника перитонита; санация и дренирование брюшной полости, декомпрессия тонкого кишечника. Инфузионно-трансфузионная терапия (восполнение ОЦП, восстановление ионно-электролитных, коллоидно-осмотических и кислотно-основных отношений); респираторная терапия с использованием методов вспомогательной и искусственной вентиляции легких при развитии ОДН, нутритивная поддержка; антибактериальная терапия, иммунотерапия, экстракорпоральные методы детоксикации, использование кортикостероидов.

При ИП свыше 22 баллов и прогнозируемой летальности свыше 40% – предоперационная подготовка (до 4-х часов), хирургическое вмешательство по жизненным показаниям направленное на уменьшение и отведение токсического содержимого брюшной полости, отграничение источника перитонита, декомпрессия тонкого кишечника. В таких случаях целесообразно запланировать этапные санации брюшной полости (программируемая санационная или запланированная релапаротомия) поскольку тяжесть физического состояния больного не позволяет в данное время выполнить необходимый объем хирургического вмешательства.

Интенсивная терапия больным с высоким индексом перитонита проводится по принципам, которые лежат в основе лечения шока: коррекция расстройств гемодинамики (инфузионные среды и гепарин); нормализация газообмена и обеспечение адекватной оксигенации; парентеральное питание, направленное на поддержание адекватного метаболизма. Необходимы также анаболические гормоны, инсулин, ингибиторы протеолитических ферментов, витамины, мочегонные препараты. Антибактериальная терапия, иммунотерапия, экстракорпоральные методы детоксикации, использование

кортикостероидов занимают особое место при развитии септического шока, так как имеют этиологическую направленность.

В наших исследованиях индекс перитонита ≤ 12 баллов имелся у 94 больных с распространенным перитонитом, от 13 до 22 баллов - у 74-х и ≥ 23 баллов у 20 больных. По результатам применения той или иной тактики и объема хирургического лечения и интенсивной терапии лишь 13 (6,9%) больных подверглись релапаротомии. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дней.

Выводы

Таким образом, исследования, выполненные в нашей клинике, позволяют заключить, что предложенная шкала «ИП» может быть использована в качестве одного из инструментов установления тяжести распространенного перитонита и вероятного прогноза заболевания, а также выбора дальнейшей лечебной тактики.

В завершение следует отметить, что предложенный нами комплекс параметров, естественно, не обладает полным совершенством и не достигает значимости цифрового формата. Мы считаем предложенную прогностическую шкалу рабочей моделью и ее использование в большей степени учитывает состояние больных, что, по нашему мнению, будет способствовать облегчению выбора эффективного метода лечения. Необходимы дальнейшие исследования, которые выявят дополнительные преимущества и недостатки данной прогностической шкалы, продемонстрируют ее роль в дифференцированном подходе к выбору эффективных методов лечения распространенного перитонита. В этих целях мы в дальнейшем планируем более детально исследовать возможность ее применения.

Список литературы

1. Костюченко К.В. Клинические модели распространённого перитонита (Полувековой опыт медицинской науки и практики) / Костюченко К.В. – Ярославль, 2003. - 70с.
2. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М.: Литтера, 2006.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. и др. Выбор лечебной тактики при распространенном перитоните. Анналы хирургии. 1998; 6.
4. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных /В.Д. Фёдоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов, Т.Н. Богницкая // Хирургия. - 2000. - №4. - С.58-62.
5. Чернов В.Н., Белик Б.М., Пшуков Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните. Хирургия. 2004; 3:

6. Barie PhS, Hydo LJ, Ficher E. Development of Multiple Organ Dysfunction Syndrome in Critically ill Patients with Perforated Viscus. Arch Chir 1996; 131: 37–43.

7. Bosscha K, Reijnders K, Hulstaert PF et al. Prognostic scoring systems to predict outcome in peritonitis and intra-abdominal sepsis. Br J Surg 1997; 84 (11): 1532–4.

8. Wittmann DH, Teichmann W, Muller M. Development and validation of the Peritonitis-Index-Altona (PIA II). Langenbecks Arch Chir 1987; 372: 834–5.

9. Van Goor H. Interventional management of abdominal sepsis: when and how. Springer-Verlag GmbH 2002; 387 (5–6): 191–200.

Сведения об авторах

1. Сараев Алишер Рахматуллоевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе.

2. Курбанов Каримхон Муродович, академик АМН РТ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе.

ПАК-ШОВ, КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА

А.Г. Семенов, В.Л. Мартынов, А.С. Авдеев

Г. Нижний Новгород ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №12»

Аннотация

Цель исследования – разработать и научно обосновать способ наложения кишечного шва и метод фармакологической стимуляции заживления ран.

Разработан способ наложения прецизионного адаптирующего кишечного шва позволяет получить наиболее правильное соотношение слоёв и тщательную адаптацию краёв кишечной стенки, а дополнительная импрегнация шовной нити 10 % раствором ксимедона стимулирует регенераторные процессы сшиваемых тканей. Это создаёт благоприятные условия для течения раневого процесса, заживления раны по типу первичного натяжения и, тем самым, повышает надёжность соединения. Использование разработанного способа наложения кишечного шва в клинической практике привело к уменьшению несостоятельности швов и сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова

прецизионный адаптирующий кишечный шов, ксимедон, ПАК-шов.

Введение

Несмотря на постоянное совершенствование способов наложения кишечного шва и хирургической техники формирования межкишечных анастомозов, несостоятельность швов по-прежнему остаётся важной проблемой и не имеет существенной тенденции к снижению [1,2,3,5,6]. В среднем частота данного осложнения при операциях на органах желудочно-кишечного тракта колеблется от 3 до 54 %, с общей летальностью 25–70% [4].

В связи с этим разработка новых видов кишечного шва, а также фармакологических препаратов, обеспечивающих оптимальные условия для заживления швов и анастомозов желудочно-кишечного тракта является актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования – разработать и научно обосновать способ наложения кишечного шва и метод фармакологической стимуляции заживления ран.

Задачи исследования:

1. Разработать способ наложения прецизионного адаптирующего кишечного шва (ПАК-шов), позволяющего повысить надёжность соединения сшиваемых тканей и, тем самым, уменьшить опасность развития несостоятельности кишечного шва.
2. Исследовать в эксперименте на животных влияние ПАК-шва с обычной шовной нитью и нитью, импрегнированной 10 % раствором ксимедона, на процессы заживления стандартных ран тонкой кишки, в сравнении с традиционным способом наложения кишечного шва.
3. Изучить характер заживления и степень стенозирования просвета межкишечного анастомоза конец в конец, сформированного различными способами.

Материалы и методы

Экспериментальная часть работы выполнена на 97 беспородных собаках, массой тела $25,5 \pm 0,7$ кг, которые были разделены на две группы. В первой группе каждому животному наносили три стандартные линейные раны на подвздошной кишке. Ушивание стандартных ран в контроле проводили двухрядным швом (n=45) Ламбера-Альберта, нитью импрегнированной 0,9 % раствором хлорида натрия, а в основной ПАК-швом нитью, импрегнированной 10 % раствором ксимедона (n=45). В качестве шовного материала у всех животных применяли капроновые нити 3/0 [8].

Наложение ПАК-шва выполняли следующим образом (рис. 1). Иглу с нитью вкалывали в серозную оболочку А в точке 1 на расстоянии 3–5 мм от проксимального края стандартной раны кишки, затем иглу проводили косо внутрь через все слои и выкалывали в точке 2, расположенной в слизистой оболочки на расстоянии 2–2,5 мм от края среза. После этого производили следующий вкол в точке 3 на противоположном крае раны

кишки, расположенной также в слизистой оболочке. При этом слизистую оболочку прошивали не насквозь, а у основания тангенциально. Затем иглу направляли кнаружи, захватывая мышечную оболочку Б. Иглу выкалывали в точке 4 мышечного слоя дистального края кишечной раны. Третий вкол производили в противоположной точке 5 мышечного слоя проксимального края раны кишки. В последующем иглу проводили до подслизистого слоя В, где осуществляли выкол в точке 6 и последующий вкол в точке 7 дистального края кишечной раны. Иглу проводили через все слои на расстоянии 2-2,5 мм от края среза косо кнаружи и производили выкол через серозный слой в точке 8 на расстоянии 3-5 мм от дистального края раны кишки. Затем свободные концы нити натягивали и завязывали в узел. Таким образом, шов состоит из двух адаптирующих петель: слизисто-серозная, предотвращающая заворачивание слизистой оболочки и подслизисто-мышечная, обеспечивающая прочность и герметичность соустья.

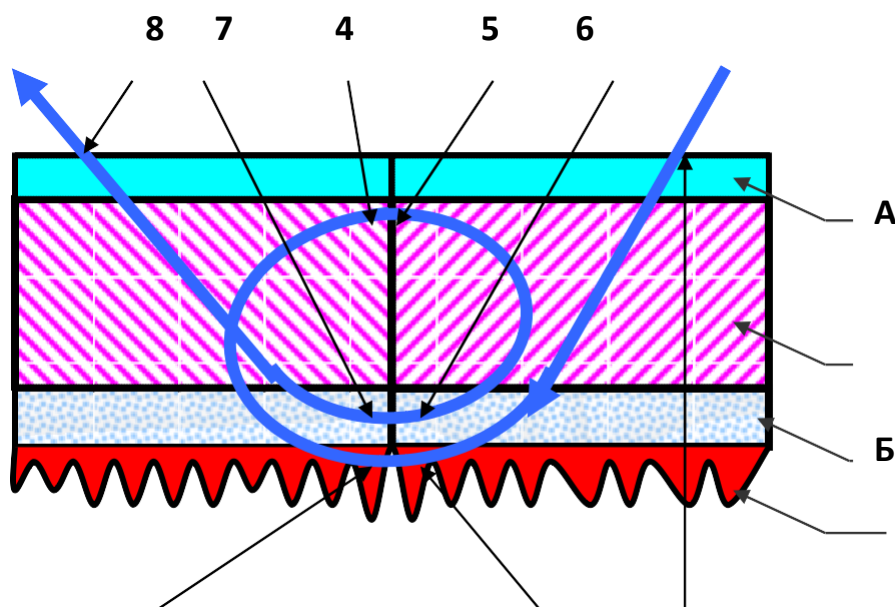


Рис. 1. Схема наложения прецизионного адаптирующего кишечного шва (ПАК-шов). Описание в тексте.

Для проведения тензиометрических и гистологических исследований животных выводили из эксперимента на 3, 7 и 14-е сутки после операции.

Физическую прочность сращения краёв стандартных ран подвздошной кишки на разрыв оценивали методом пневмопрессии.

Лоскуты и фрагменты тканей для гистологического исследования забирали с участками швов. Полученные срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону, азокармином по Гейденгайну. Проведена количественная морфометрия с использованием иммерсионной системы микроскопа.

Подсчет клеток проводили в 10 полях зрения (в среднем 1000 клеток) подсчитывали количество исследуемых объектов с помощью окулярной вставки и вычисляли среднее их число с учетом погрешности.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программы «Statistica 6,0». Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% ($p \leq 0,05$).

Результаты экспериментальных исследований

Результаты тензиометрического исследования при ушивании стандартных ран способом с наложением ПАК-шва нитью, импрегнированной 10 % раствором ксимедона указывают на то, что уже на 3-и сутки в опытных ранах прочность рубца была больше в 1,5 ($p=0,001$) и 1,2 ($p=0,001$) раза по сравнению с контролем, где применялся шов Ламбера-Альберта. На 7-е сутки различие в пользу ПАК – швов сохранялось ($p=0,001$). Так, разрыв рубца после ушивания кишечной раны ПАК-швом с ксимедоном происходит при пневмопрессии ($M \pm s$) $155 \pm 3,1$ (кПа) и $165 \pm 3,0$ (кПа), а с использованием шва Ламбера-Альберта при $125 \pm 2,8$ (кПа), что меньше соответственно на 20 и 25 %.

Проведённые гистологические исследования показали, что на 3-и сутки в стандартных ранах ушитых швом Ламбера-Альберта в толще кишечной стенки выражены явления цитолиза и некробиоза, в то время как в стандартных ранах, ушитых ПАК-швом с ксимедоном, указанных процессов не выявлено. Отмечается эпителизация слизистой оболочки, в подслизистом слое содержатся уже созревающая, нежная, грануляционная ткань с большим количеством сосудов.

На 7-е сутки в стандартных ранах ушитых швом Ламбера-Альберта слизистая с вялой очаговой грануляцией и выраженной нейтрофильной инфильтрацией 1, в подслизистом слое выраженный воспалительный вал 2. В эти же сроки при использовании ПАК-шва с ксимедоном нейтрофильная инфильтрация отсутствует, слизистая 1 адаптирована и восстановлена, подслизистый слой представлен зрелой соединительной тканью 2 с выраженной сосудистой 3 и нервной сетью.

На 14-е сутки в стандартных ранах ушитых швом Ламбера-Альберта эпителизация слизистой оболочки фрагментарно завершена. Подслизистый и мышечный слои структурируются, но имеются рассеянные воспалительные инфильтраты и единичные гранулемы типа инородных тел. В группе с ПАК-швом с ксимедоном процесс регенерации практически завершён с образованием слабо заметного эластичного рубца с волокнисто-клеточной структурой.

Преимущество ПАК-шва по отношению к двухрядному шву Ламбера-Альберта обусловлено его техническими особенностями. Проведение нити внутренним круговым возвратным швом с захватом изнутри слизистого, подслизистого и мышечного слоёв с выколом у края серозного слоя сначала с одной, а затем с другой стороны, без повреждения наружной оболочки кишки, позволяет погрузить слизистую оболочку в просвет анастомоза, точно (встык) сопоставить сшиваемые слои кишки для создания в конечном итоге биологической герметизации соустья.

Импрегнирование шовной нити 10 % раствором ксимедона снижает опасность инфицирования зоны анастомозируемых тканей при контакте шовных каналов и шовного материала (лигатурное инфицирование) с просветом органа и его содержимым, а также массивного лизиса коллагена в зоне анастомоза и смену этого процесса коллагенолизом, что в свою очередь повышает механическую и биологическую прочность, улучшает процессы регенерации сшиваемых тканей и предупреждает последующие осложнения (несостоятельность швов, анастомозиты, рубцовые стенозы).

Данные гисто-морфометрического исследования так же указывали на более благоприятное течение раневого процесса в анастомозах, сформированных ПАК-швом с импрегнацией шовной нити 10 % раствором ксимедона. Показатели площади просвета сосудов позволили проанализировать и оценить скорость образования грануляционной ткани. Интенсивность образования грануляций определялась выраженностью сосудистой трансформации. В контрольной группе животных значимое образование грануляций происходило к 14 суткам, в то время как в основной группе идентичные показатели отмечены уже на 3-и сутки, достигая максимума на 7-е, а к 14 суткам практически не определялись, что свидетельствовало о завершении процесса регенерации.

В контрольной группе на 3-и сутки послеоперационного периода показатели лейкоцитарной инфильтрации превышали в 3 раза аналогичные показатели основной группы, что указывало на наличие воспалительного процесса в области межкишечного анастомоза, сформированного двухрядным швом. К 14 суткам лейкоцитарная инфильтрация в основной группе отсутствовала, а в контрольной снижалась и достигала уровня 7-х суток основной группы. В основной группе отмечалось значимое увеличение круглоклеточной инфильтрации на 7-е сутки и снижение этого показателя в 2 раза к 14 суткам.\

Выводы

1. Разработанный способ наложения прецизионного адаптирующего кишечного шва (ПАК-шва) позволяет получить наиболее правильное соотношение слоёв и тщательную адаптацию краёв кишечной стенки, а дополнительная импрегнация шовной нити 10 % раствором ксимедона стимулирует регенераторные процессы сшиваемых тканей. Это создаёт благоприятные условия для течения раневого процесса, заживления раны по типу первичного натяжения и, тем самым, повышает надёжность соединения.

2. По данным пневмопрессии и гистологических исследований, полученных в эксперименте на модели стандартных ран, применение ПАК-шва уменьшает местную воспалительную реакцию и создаёт благоприятные условия для формирования более совершенного рубца.

3. Экспериментальные исследования показали, что заживления кишечных ран способом наложения ПАК-шва с импрегнацией шовной нити 10 % раствором ксимедона сопровождается слабовыраженной воспалительной реакцией и незначительным

расстройством микроциркуляции, что способствует восстановлению всех оболочек кишечной стенки, т.е. кишечная рана заживает по типу «первичного натяжения».

Список литературы

1. Абелевич А.И. Выбор способа операций при раке прямой кишки. / А.И. Абелевич, В.А. Овчинников, Г.А. Серопян // Хирургия.- 2004. - № 4. - С.30- 33.
2. Анисимов В.Н. применение современных сшивающих аппаратов в хирургии желудочно-кишечного тракта / В.Н. Анисимов, Е.А. Хрипушин, Г.П. Кочетов, С.Н. Шурыгин // Хирургия.- 2001. - № 7. - С.17- 20.
3. Базаев А.В. Оптимизация лечения больных с наружными кишечными свищами: / Автореф. дис. док. мед. наук. – Н. Новгород, 2004. – 46 с.
4. Власов А.П. Комплексная профилактика несостоятельности швов двенадцатипёрстной кишки // Хирургия.-2006.-№11.- С.24-28.
5. Кукош М.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста. / М.В Кукош, А.П. Власов, Н.К. Разумовский. // Н.Новгород: Изд-во НГМА. - 2002.- 150 с.
6. Овчинников В.А. Соединение тканей в хирургии. Руководство для врачей./ В.А. Овчинников, А.И. Абелевич Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2005.- С. 71- 130.
7. Плечев В.В. Пиримидины и их применение в медицине / Д.Н. Лазаева, // Уфа: Изд-во Башкирского гос.мед. института.-1992.- 23 с.

Сведения об авторах

1. Семёнов Андрей Геннадьевич, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней г. Н.Новгород.
2. Мартынов Владимир Леонидович, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней, г. Н.Новгород.
3. Авдеев Александр Сергеевич, ординатор кафедры хирургических болезней г.Н.Новгород

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Б.В. Сигуа

**г. Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова. Кафедра факультетской хирургии им.
И.И. Грекова. СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»**

Аннотация

С целью улучшения результатов диагностики и лечения местных и генерализованных инфекционных осложнений у пострадавших с закрытыми повреждениями печени проанализированы результаты лечения 447 пострадавших с закрытой травмой печени. При оказании помощи учитывались данные шкалы ВПХ – МТ и степень повреждений печени по E.Moore (1990). Лечение пострадавших до 2000 г, основном сводилось к тампонированию ран печени и консервативному ведению гематом. Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 87 (43,3%) пострадавших. Пересмотр лечебного алгоритма в пользу активной хирургической тактики с использованием методов эндовидеохирургического гемостаза, первичного шва раны печени, резекции печени и использование тампонирования только в рамках тактики «Damage control» у гемодинамически нестабильных пострадавших с крайне тяжелыми повреждениями органов живота позволили снизить уровень летальности с 32,3 до 17,1%, в том числе от гнойно-септических осложнений с 14,4 до 6,5 %.

Ключевые слова

повреждения печени, инфекционные осложнения, поддиафрагмальный абсцесс, внутривнутрипеченочный абсцесс, диагностика, лечение.

Введение

В последние десятилетия наблюдается рост сочетанной и изолированной абдоминальной травмы [1,2,5]. При этом повреждения паренхиматозных органов в структуре травм живота составляют 56,0–66,8%. Осложнения гнойно-септического характера у данной категории пострадавших наблюдаются в 37,0–45% случаев [3,6,7], с уровнем летальности 30,0–44% без тенденции к снижению [4,9].

Материалы и методы

В Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга с 1991 по 2010 гг. на лечении находилось 447 пострадавших с закрытой травмой печени. Это были мужчины (78%) в подавляющем большинстве (94,8%) трудоспособного (до 60 лет) возраста. Криминальный

характер травм печени отмечен в 165 (36,9%) наблюдениях. Большинство 372 (83,2%) пострадавших было госпитализировано в первые 6 ч. от момента получения травмы. В состоянии шока было доставлено 270 (60,4%) пострадавших: шок I степени был отмечен в 61 (13,6%) случае; шок II степени диагностирован в 73 (16,3%) наблюдениях; шок III степени выявлен у 72 (16,1%) пострадавших. В терминальном состоянии доставлено 48 (10,7%) пациентов. В состоянии эндотоксического шока госпитализировано 16 (3,6%) человек. Все пострадавшие были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, лечившиеся в период с 1991 по 2000 гг. (n= 201), во вторую – с 2001 по 2010 гг. (n= 246). Диагностические мероприятия осуществлялись в условиях операционной и носили комплексный характер. В диагностический стандарт входили: клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, кровь на этанол, общий анализ мочи, электрокардиограмма, рентгенологическое исследование черепа, груди, таза, конечностей (по показаниям), УЗИ брюшной полости, консультация травматолога, нейрохирурга, терапевта, эхоэнцефалоскопия (пострадавшим I группы) / СКТ головного мозга (пострадавшим II группы), диагностическая лапароскопия.

Результаты и обсуждение

В наших наблюдениях сочетанные повреждения печени выявлены в 295 (66%) случаях. Множественный характер установлен у 160 (35,8%) пострадавших, что обуславливало большую тяжесть данного вида повреждений, и «маскировало» клиническую картину травм печени. Повреждение правой доли печени отмечено в 377 (84,3%), а левой доли в 70 (15,7%) наблюдений. При этом повреждение VI–VIII сегментов печени было отмечено у 318 (71,1%) пострадавших. Наиболее часто повреждения органов брюшной полости сочеталась с травмой груди – 267 (59,7%) случаев и с черепно-мозговой травмой – 117 (26,2%) пострадавших.

С целью объективной оценки степени повреждения органа и тяжести травмы нами использовалась шкала оценки тяжести повреждений при механической травме (ВПХ–МТ) и классификация повреждений печени по E. Moore et al. [8]. По шкале ВПХ–МТ повреждения органов живота тяжелой степени было отмечено в 226 (50,5%), а крайне тяжелые в 221 (49,5%) случаев. Исходя из степеней повреждения печени по классификации E. Moore, пострадавшие распределились следующим образом: I степень – 144 (32,2%); II степень – 148 (33,1%); III степень – 99 (22,2%); IV степень – 43 (9,6%); V степень – 13 (2,9 %). Повреждения VI степени нам не встречались.

В подавляющем большинстве (98,5%) случаев у пострадавших I группы в качестве доступа к печени выполнялась лапаротомия, у 3 (1,5%) осуществлен эндовидеохирургический доступ, позволивший ограничиться дренированием брюшной полости при повреждениях печени без продолжающегося кровотечения. При повреждениях печени I и II степени в 132 (65,7%) случаях применялся первичный шов раны печени. При более тяжелых повреждениях осуществлялось тампонирование дефекта печени – 66 (32,8%) наблюдений, а в 5 (2,5%) случаях тампонирование было дополнено

гепатопексией. При наличии интрамуральной гематомы желчного пузыря отдавалось предпочтение консервативной тактике. Подкапсульные и внутрипеченочные гематомы вскрывались в 18 (9%) и 4 (2%) наблюдениях соответственно, а в 12 (6%) случаях была выбрана консервативная тактика ведения. Кроме того устранялись сопутствующие повреждения органов брюшной полости. В послеоперационном периоде всем пострадавшим проводилась комплексное лечение, в том числе осуществлялась антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений. При этом, в I группе использовались цефалоспорины 1-2 поколений в сочетании с метронидазолом, а во II использовались уже цефалоспорины 3 поколения в сочетании с метронидазолом или ципрофлоксацином. При использовании данной хирургической тактики у пострадавших I группы были отмечены следующие осложнения: поддиафрагмальные абсцессы – 78 (38,8%); внутрипеченочные абсцессы – 24 (11,9%); аррозивные кровотечения – 27 (13,4%). Имевшие место осложнения носили в основном комбинированный характер. Ретроспективный анализ установил, что развитию гнойно-септических осложнений способствовали: тампонирование дефектов печени, консервативная тактика ведения подкапсульных, внутрипеченочных гематом печени, а также интрамуральных гематом желчного пузыря. При этом, необходимо выделить такую типичную диагностическую ошибку как необоснованный отказ от ревизии гематом, особенно при повреждениях «труднодоступных» сегментов печени. Этими факторами была обусловлена высокая частота формирования поддиафрагмальных и внутрипеченочных абсцессов - 102 (50,7%) пациента, которые в среднем формировались в сроки 5-9 дней. Диагностика абсцессов основывалась на клинко-лабораторных и данных УЗИ и/или СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Во всех 102 случаях лечение абсцессов было оперативным и заключалось во вскрытии, санации и дренировании гнойной полости. Кроме того, производилась коррекция антибактериальной терапии после идентификации возбудителя и определения его чувствительности. Несмотря на проводимое комплексное лечение, летальный исход был отмечен у 11 (10,8%) из 102 пострадавших. Отдельно следует отметить, что у 27 из 102 пострадавших на фоне абсцедирования было отмечено аррозивное кровотечение. Во всех случаях выполнялась своевременная релапаротомия с достижением гемостаза. Летальность в группе с аррозивным кровотечением составила 4 (26,5%) пострадавших.

Послеоперационный перитонит диагностирован у 21 (10,4%) пострадавшего I группы. Причинами развития перитонита стали: несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта, в том числе анастомозов - у 12 (6,0%) пациентов, смешанный панкреонекроз у 1 (0,5%) пострадавшего, прорыв подпеченочного и поддиафрагмального абсцессов в свободную брюшную полость в 5 (2,5%) наблюдениях и перфорация острой язвы желудочно-кишечного тракта у 3 (1,5%) пациентов. Посттравматический холецистит выявлен в 18 (9,0%) наблюдениях, из которых 11 пострадавшим в последующем выполнена холецистэктомия. Во всех случаях была осуществлена своевременная релапаротомия. Летальный исход в данной группе наступил у 14 (66,7%) пострадавших из

У 11 (5,5%) пострадавших I группы диагностирован сепсис. Диагноз был установлен согласно положениям Чикагской согласительной конференции (1991 г). Всем пострадавшим проводилась антибактериальная терапия с использованием цефалоспоринов 4 поколения или карбапенемов до верификации возбудителя с последующим переходом на препараты узкого спектра действия. Летальность в I группе составила 65 (32,3%), при этом преобладали пострадавшие с повреждениями печени II–III–IV степени – 14 (7,0%), 25 (12,4%) и 13 (6,4%) соответственно (табл. 1).

Таблица 1. Летальность в зависимости от степени повреждения печени по E. Moore [8]

Степень повреждения	Группа				Р
	I		II		
	Абс.	%	Абс.	%	
I	7	3,5	7	2,8	>0,05
II	14	7,0	8	3,3	<0,05
III	25	12,4	16	6,5	<0,05
IV	13	6,4	5	2,0	<0,05
V	6	3,0	6	2,4	>0,05
VI	-	-	-	-	-

Анализ результатов лечения больных I группы заставил провести дополнительные исследования, в результате чего были разработаны и внедрены диагностические и тактические алгоритмы для оказания помощи пострадавшим в условиях многопрофильного стационара. С 2001 по 2010 гг. (II группа) пролечено 246 пострадавших. Все пациенты доставлялись в операционную, минуя приемный покой, где выполнялось большинство диагностических и лечебных мероприятий. В качестве основного оперативного доступа в 203 (82,5%) наблюдениях также применялась лапаротомия, однако в 10 (4,1%) случаях была выполнена торакофренолапаротомия, а в 33 (13,4%) осуществлен эндовидеохирургический доступ. В 184 (74,8%) случаях удавалось достигнуть гемостаза путем формирования первичного шва раны печени, причем у 7 (2,8%) пострадавших первичный шов был дополнен тампонированием салфеткой. В 12 (4,9%) случаях была выполнена резекция печени, которая в 3 (1,2%) наблюдениях была завершена тампонированием для достижения окончательного гемостаза после резекции. Вскрытие внутripеченочных и подкапсульных гематом осуществлялось в 10 (4,1%) и 31 (12,6%) наблюдений соответственно, а в 15 (6,1%) случаях была выбрана консервативная тактика ведения. Тампонирование повреждений печени, как основной оперативный прием, использовался лишь в 17 (6,9%) случаях и, как правило, у больных в критическом состоянии в рамках тактики «Damage control». В 4 (1,6%) случаях тампонирование было дополнено гепатопексией. У 16 (6,5%) пострадавших удалось достигнуть эндовидеохирургического гемостаза, а в 17 (6,9%) случаях при диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени без продолжающегося кровотечения, что

позволило ограничиться постановкой контрольного дренажа в брюшную полость. При травме желчного пузыря отдавалось предпочтение активной хирургической тактике, которая в 12 (4,9%) случаях заключалась в холецистэктомии или в 7 (2,8%) наблюдениях в холецистостомии. Показаниями к последней являлись: гематома занимающая менее 50% видимой поверхности стенки желчного пузыря и/или сопутствующие повреждения поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки.

Распределение пострадавших по полу, возрасту, характеру и тяжести травмы, срокам выполнения оперативного вмешательства с момента повреждения в обеих группах было репрезентативным, что позволило провести сравнительный анализ результатов применения различной хирургической тактики у этих пациентов.

Во II группе послеоперационное течение осложнилось формированием абсцесса у 47 (19,1%) пострадавших. Проводилось комплексное лечение, в том числе санационные релапаротомии, летальный исход у пострадавших в данной группе отмечен в 3 (1,2%) наблюдениях. Аррозивное кровотечение на фоне абсцедирования было отмечено у 11 (4,5%) пострадавших. Несмотря на своевременно выполненную релапаротомию неблагоприятный исход в группе с аррозивным кровотечением наступил у 1 (0,4%) пострадавшего.

Послеоперационный перитонит диагностирован у 17 (6,9%) пострадавших II группы. Причинами развития перитонита стали: несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта, в том числе анастомозов, у 7 (2,8%) пациентов, смешанный панкреонекроз в 2 (0,8%) случаях, прорыв подпеченочного и поддиафрагмального абсцессов в свободную брюшную полость в 3 (1,2%) наблюдениях и перфорация острой язвы желудочно-кишечного тракта у 5 (2%) пострадавших. Во всех случаях была выполнена своевременная релапаротомия. Несмотря на проводимое комплексное лечение, в том числе санационные релапаротомии, летальный исход после повторных операции был отмечен у 11 из 17 пострадавших.

Количество пневмоний, плевритов и эмпием плевры сочувственного характера во второй группе достоверно снизилось до 11,0% (27) пострадавших. У 7 (2,8%) пострадавших развился сепсис, который был установлен с помощью расширенных клинико-диагностических критериев: наличие трех или четырех признаков системного воспалительного ответа; клинических проявлений инфекции или выделения возбудителя; а также положительного прокальцитонинового теста.

Летальный исход в группе септических больных, несмотря на комплексное лечение, был констатирован у 1 (14,3%) пострадавшего.

Выводы

Используемый лечебно-диагностический алгоритм, который заключается в активной хирургической тактике с широким использованием методов эндовидеохирургического гемостаза, первичного шва раны печени, а так же резекции печени и использование тампонирования только в рамках тактики «Damage control»,

позволил достоверно снизить частоту послеоперационных осложнений: поддиафрагмальные абсцессы с 38,8% в I группе до 17,1% во II группе; внутрипеченочные абсцессы с 11,9% в I группе до 2,0% во II группе; аррозивные кровотечения с 13,4% в I группе до 4,5% во II группе; посттравматических холециститов с 8,9% до 3,6% соответственно. Внедрение в стандарт обследования КТ головного мозга при поступлении позволило у 12 (18,5%) из 65 пострадавших, поступивших в клинику с диагнозом черепно-мозговая травма, выявить повреждения головного мозга, при отсутствии клинических данных за травму. Кроме того, предлагаемая тактика позволила достоверно снизить уровень общей летальности с 32,3 % в I группе до 17,1 % во II группе, в том числе от гнойно-септических осложнений с 14,4 % в I группе до 6,5 % во II группе.

Список литературы

1. Абакумов, М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук – М.: Медицина, 2005. – С. 176.
2. Гуманенко, Е.К. Военно-полевая хирургия / Е.К. Гуманенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 763.
3. Ермолов, А.С. Травма печени / А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, Е.С. Владимирова. – М.: Медицина, 2003. – С. 191.
4. Ерюхин, И.А. Хирургические инфекции / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников. – М.: Литерра, 2006. – С. 588.
5. Савельев, В.С. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд. – М.: Литерра, 2006. – С. 168.
6. Beckingham, I.J. Liver and pancreatic trauma / I.J. Beckingham, J.E.J. Krige // Br. med. j. –2001. Vol. 322, № 31. – P. 783-785.
7. Hirshberg, A. "Damage control" in trauma surgery/ A. Hirshberg, K.L.Mattox // Brit. j. surg. – 1993. – Vol.80, №12. – P.1501-1502.
8. Moore, E.E. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 revision) / E.E. Moore [at al.] // J. Trauma. – 1995. – Vol. 38. –P. 323.
9. Muller, G. The basis and practice of traumatology / G. Muller, K. Little. – London: Heinemann Medical Books. – 2001. – P. 33– 39.

Сведения об авторах

Сигуа Бадри Валериевич – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Врач хирург (по совместительству) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница».

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ И ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Б.В. Сигуа

г. Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова

Аннотация

Проанализированы результаты лечения 117 пострадавших с сочетанной травмой головы и живота с повреждением печени. Рутинное выполнение СКТ головного мозга пострадавшим с черепно-мозговой травмой позволило снизить летальность от отека и дислокации головного мозга с 44,2 до 18,5% ($p<0,05$). Активная хирургическая тактика с широким использованием методов эндовидеохирургического гемостаза, первичного шва раны печени, а так же резекции печени и отказ от тампонирования ран печени позволили снизить уровень летальности с 69,2 до 30,8% ($p<0,05$).

Ключевые слова

сочетанная травма, черепно-мозговая травма, закрытая травма живота, повреждение печени.

Введение

Ежегодно в мире от различных травм погибает более 5 млн. человек [1,3,5] с тенденцией к увеличению частоты тяжелых сочетанных травм (ТСТ). В общей структуре травматизма ТСТ достигает 14% с уровнем летальности более 60% [2,6,7,8]. В 70-80% случаев составляющей политравмы является черепно-мозговая травма (ЧМТ), которая, как правило, и определяет исход [4,9].

Материалы и методы

С 1991 по 2010 гг. в Елизаветинской больнице г. Санкт-Петербурга было пролечено 117 пострадавших с ТСТ головы и живота с повреждением печени. В подавляющем большинстве случаев пострадавшие были трудоспособного возраста (91,5%), мужчины (76,9%). В основном структуру ТСТ составляли: автотравма - 43 (36,7%) наблюдения и кататравма - 36 (30,8%) случаев. В первые 6 ч. с момента получения травмы было госпитализировано 104 (88,9%) человека. В состоянии шока доставлено 87 (74,3%) пострадавших. До 2004 г. для диагностики черепно-мозговой травмы (ЧМТ) использовалась М-ЭХО и обзорная рентгенография черепа. С 2004 г. рутинно стала использоваться спиральная компьютерная томография (СКТ) головного мозга. Повреждение органов брюшной полости в 108 (92,3%) случаях исключалось при помощи

ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости - чувствительность методики составила 84,4%. Обзорная лапароскопия выполнена 78 (66,7%) пострадавшим: диагностический характер носила в 55 (47%) случаях с последующей конверсией, в 6 (5,1%) наблюдениях выявлено повреждение печени I–II степени по E. Moore [9] с продолжающимся кровотечением из паренхимы - достигнут эндовидеохирургический гемостаз, а в 11 (9,4%) установлено повреждение печени без продолжающегося кровотечения - ограничились дренированием брюшной полости. Все пострадавшие были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пострадавшие в период с 1991 по 2000 гг. (n= 52), во вторую – с 2001 по 2010 гг. (n= 65).

Результаты и обсуждение

Специфических клинических симптомов у пострадавших с ТСТ головы и живота с повреждением печени выявлено не было. При оценке тяжести ЧМТ ушиб средней и тяжелой степени был выявлен у 67 (57,3%) пострадавших. Нарушение сознания по шкале ком Глазго до уровня: 13-15 баллов отмечалось у 48 (41,0%) пострадавших, 8-12 баллов отмечено у 32 (27,4%) поступивших и 4-7 баллов у 33 (28,2%) пострадавших, 3 балла в 4 (3,4%) случаях. Во всех случаях применения СКТ головного мозга диагностических ошибок не было. Основные диагностические сложности отмечены у пострадавших с закрытой травмой печени при повреждениях «задних» или «труднодоступных» сегментов печени (VII и VIII). По нашим данным повреждения «труднодоступных» сегментов печени при ТСТ головы и живота было отмечено в 55 (47%) случаях. При первичном вмешательстве повреждение печени не выявлено у 18 (15,4%) пострадавших, что в большинстве случаев было связано с локализацией дефекта в VII-VIII сегментах (9 наблюдений) или же с сочетанными повреждениями органов брюшной полости (7 случаев). При этом в 4 наблюдениях у данной категории пациентов выполнялась диагностическая лапароскопия без контрольного дренирования брюшной полости. Летальность в группе составила 4 (22,2%) больных. Основной причиной диагностических ошибок являлся отказ от ревизии печени и постановки контрольного дренажа при диагностической лапароскопии. Изолированные повреждения печени выявлены в 35 (29,9%) случаях, а множественный характер повреждений установлен у 43 (36,8%) пострадавших. Повреждение правой доли печени отмечено в 94 (80,3%) наблюдениях. Следует заметить, что доминировали (66,7%) повреждения VI–VIII сегментов печени. Кроме того, ТСТ головы и живота сочеталась так же с травмой груди – 54 (46,2%) случая, перелом костей таза и длинных трубчатых костей – 23,9% и 41,0% пострадавших соответственно. С целью реализации оптимальной лечебно-диагностической программы и преемственности в оказании специализированной хирургической помощи нами использовалась шкала оценки тяжести травмы, предложенная кафедрой военно-полевой хирургии ВМА им. С.М. Кирова по механической травме (ВПХ–МТ) [1] и классификация повреждений печени по E. Moore [9]. Повреждения печени *I степени* были отмечены у 35 (29,9%) пострадавших; *II степени* – 38 (32,5%); *III степени* – 16 (13,7%); *IV степени* – 19

(16,2%); V степени – 9 (7,7%). Травма печени VI степени в наших наблюдениях не встречались. Повреждение органов живота тяжелой степени по шкале ВПХ-МТ было отмечено в 51 (43,6%) случаях, а крайне тяжелые в 66 (56,4%) наблюдениях.

Показаниями к нейрохирургическим вмешательствам являлись смещения срединных структур головного мозга более чем на 5-10 мм., объем гематом в заднечерепной ямке ≥ 15 -20 мл, в височной области ≥ 30 мл и в лобной ≥ 50 мл. Как правило, осуществлялась декомпрессивная трепанация черепа с эвакуацией внутричерепной гематомы. У пострадавших I группы в 14 (26,9%) случаях диагностирована дислокация головного мозга только через 3 суток с момента получения травмы, хотя при поступлении клинических и рентгенологических данных за тяжелую ЧМТ не было, что в свою очередь явилось причиной позднего оперативного лечения и неблагоприятного исхода. Характер и объем оперативных вмешательств в группах был идентичен, за исключением миниинвазивных нейрохирургических вмешательств которые выполнялись только во II группе, и заключались в декомпрессивной трепанации черепа с эвакуацией внутричерепной гематомы (26,9%), хирургической обработке вдавленных переломов (15,4%) и наружном дренировании желудочковой системы в точке Кохера по Арндту (5,8%).

Лечение при повреждениях печени - только оперативное. У пострадавших I группы только в 2 (3,8%) наблюдениях был осуществлен эндовидеохирургический доступ, позволивший ограничиться дренированием брюшной полости при повреждениях печени без продолжающегося кровотечения. При повреждениях печени I и II степени в 17 (32,7%) случаях применялся первичный шов раны печени, который у 3 (5,8%) пострадавших был дополнен тампонированием из-за неустойчивого гемостаза. При более тяжелых повреждениях осуществлялось тампонирование дефекта печени – 30 (57,7%) наблюдений, при этом в 3 (5,8%) случаях тампонирование было дополнено гепатопексией. Подкапсульные гематомы печени вскрывались в 5 (9,6%) наблюдениях, а в 3 (5,8%) случаях выбрана консервативная тактика лечения. Также устранялись сопутствующие повреждения органов брюшной полости. У пострадавших I группы были отмечены следующие осложнения: гнойно-инфекционного характера после трепанации черепа – 3 (21,4% к числу трепанаций и 5,8% к общему числу наблюдений в этой группе); неинфекционного характера после трепанации черепа – 4 (28,5% и 7,7% соответственно); поддиафрагмальные абсцессы – 17 (32,7%); внутрипеченочные абсцессы – 4 (7,7%); аррозивные кровотечения – 17 (32,7%); посттравматические холециститы – 7 (13,5%) наблюдений (из которых 5 пострадавшим в последующем потребовались повторные оперативные вмешательства). Нередко отмечалось сочетание нескольких осложнений у одного пострадавшего. Летальный исход среди пострадавших I группы отмечен в 36 (69,2%) наблюдениях. Основной причиной неблагоприятного исхода стала дислокация головного мозга в 23 (44,2%) случаев. Следует подчеркнуть, что у 14 из 23 погибших от дислокации головного мозга, в момент госпитализации клинических данных за тяжелую ЧМТ выявлено не было, а весь симптомокомплекс проявился в течение первых 3-х дней с

момента получения травмы.

С 2001 по 2010 гг. (II группа) ТСТ головы и живота выявлена в 65 наблюдениях. Все пациенты доставлялись в операционную, где выполнялось большинство диагностических и лечебных манипуляций. Круглосуточная СКТ головного мозга позволила во всех случаях своевременно выставить показания к оперативному вмешательству.

При травме живота в качестве основного доступа в 49 (75,4%) наблюдениях применялась лапаротомия, однако в 1 (1,5%) случае лапаротомия была дополнена торакофренотомией, а в 15 (23,1%) осуществлен эндовидеохирургический доступ. В 40 (61,5%) случаях удавалось достигнуть гемостаза путем формирования первичного шва раны печени. В 1 (1,5%) случае была выполнена резекция печени. Вскрытие подкапсульных гематом осуществлялось в 8 (12,3%) наблюдениях, а в 6 (9,2%) случаях была выбрана консервативная тактика ведения. Тампонирование повреждений печени, как основной оперативный прием, использовался лишь в 9 (13,8%) случаях и, как правило, у больных с ТСТ в рамках тактики «Damage control». В 1 (1,5%) случае тампонирование было дополнено гепатопексией. У 6 (9,2%) пострадавших удалось достигнуть эндовидеохирургического гемостаза, а в 9 (13,8%) случаях при диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости. Используемый лечебно-диагностический алгоритм позволил достоверно снизить частоту таких послеоперационных осложнений, как: поддиафрагмальные абсцессы с 32,7% в I группе до 15,4% во II группе; перитонит с 23,1% в I группе до 7,7% во II группе; аррозивные кровотечения с 32,7% в I группе до 15,4% во II группе; частоту развития пневмоний с 40,4% в I группе до 21,5% во II группе. Также отмечено некоторое статистически незначимое увеличение осложнений гнойно-инфекционного характера после трепанации черепа с 5,8% в I группе до 6,1% во II группе; неинфекционного характера после трепанации черепа с 7,7% в I группе до 9,2% во II группе, что, вероятнее всего, связано с ранней диагностикой и увеличением оперативной активности при ЧМТ. Ранняя диагностика ЧМТ позволила у 12 (18,5%) пострадавших из 65, поступивших в клинику с диагнозом ЧМТ, выявить повреждение головного мозга при отсутствии клинических проявлений. Предлагаемый диагностический алгоритм позволил достоверно снизить уровень летальности при ТСТ головы и живота с повреждением печени с 69,2% (36) до 30,8% (20) ($p<0,05$). При этом следует заметить, что уровень летальности был достоверно снижен в группе пострадавших с ушибом средней степени тяжести с 30,8% (16) до 7,7% (5) ($p<0,05$), в том числе от дислокации головного мозга с 44,2% до 18,5% ($p<0,05$).

Выводы

1. Обязательное выполнение СКТ головного мозга позволило у 18,5% пострадавших на ранних этапах выявить характер, локализацию и объем травматических

повреждений костей черепа и головного мозга, при отсутствии клинических признаков ЧМТ и снизить летальность от отека и дислокации головного мозга при ЧМТ с 44,2 до 18,5% ($p<0,05$).

2. Эндовидеохирургический гемостаз показан гемодинамически стабильным пострадавшим при изолированных повреждениях печени I–II степени.

3. Тампонирование раны печени в рамках тактики «Damage control» показано при любых повреждениях печени у гемодинамически нестабильных пострадавших с крайне тяжелыми повреждениями органов живота.

4. Консервативная тактика ведения внутрипеченочных и подкапсульных гематом допустима только при их ненапряженном характере.

Список литературы

1. Гуманенко, Е.К. Военно-полевая хирургия: учеб. для вузов / Е.К. Гуманенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 763 с.
2. Ермолов, А.С. Травма печени: монография / А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, Е.С. Владимиров. – М.: Медицина, 2003. – 191 с.
3. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: практическое пособие / В.С. Савельев. – М.: Триада-Х, 2005. – 640 с.
4. Щедренок, В.В. Клинико-лучевая диагностика черепно-мозговых повреждений при политравме / В.В. Щедренок [и др.] // Вестн. Хирургии. – 2012. – №2. – С. 41-44.
5. Сингаевский, А.Б. Пути улучшения исходов лечения тяжелой сочетанной травмы мирного и военного времени: автореф. дис... д-ра. мед. наук / А.Б. Сингаевский. – Санкт-Петербург: 2003. – 40 с.
6. Hirshberg, A. "Damage control" in trauma surgery/ A. Hirshberg, K.L.Mattox // Brit. j. surg. – 1993. – Vol.80, №12. – P. 1501-1502.
7. Muller, G. The basis and practice of traumatology: monograph / G. Muller, K. Little. – London: Heinemann Medical Books, 2001. – P. 39.
8. Beckingham, I.J. Liver and pancreatic trauma / I.J. Beckingham, J.E.J. Krige // Br. med. j. – 2001. – Vol. 322, № 31. – P. 783-785.
9. Moore, E.E. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 revision) / E.E. Moore [at al.] // J. Trauma. – 1995. – Vol. 38. – P. 323.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

А.Б. Сингаевский¹, А.М. Данилов², Б.В. Сигуа¹, К.Д. Ялда¹

г. Санкт-Петербург, ¹СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ²СПбГУ,
медицинский факультет

Определение диагностической тактики при ранениях поясничной области в условиях многопрофильного стационара остается актуальной задачей. При ножевых ранениях поясничной области повреждения внутренних органов встречаются в 5-29% случаев, при множественных их частота возрастает до 60-68%. При огнестрельных ранениях повреждения внутренних органов, в том числе множественные, наблюдаются у 62-100% пострадавших. Особенности анатомического строения поясничной области, вариабельность клинической картины и низкая информативность объективного осмотра требуют применения дополнительных методов исследования.

Цель. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения пациентов с ранениями поясничной области путем уточнения видов, объема и последовательности диагностических и лечебных мероприятий в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 299 пациентов с ранениями поясничной области, находившихся на лечении в больнице Святой преподобномученицы Елизаветы с 1990 по 2012 гг. Возраст больных составил от 17 до 77 лет. Преобладали мужчины трудоспособного возраста. Колото-резаные ранения выявлены у 259 (86,6%) пострадавших, резаные – у 19 (6,4%), огнестрельные – у 15 (5,0%), рвано-ушибленные – у 6 (2,0%), пациентов. У подавляющего большинства пострадавших – 193 пациента (64,6%) – ранения были поверхностными. У 37 (12,4%) пациентов раневой канал проникал в забрюшинное пространство, у 59 (19,7%) – в брюшную полость, у 6 (2,0%) – в плевральную полость, и у 4 (1,3%) пациентов ранения носили торакоабдоминальный характер. У 188 (62,9%) из обследованных пострадавших ранения были изолированными, у 87 (29,1%) – сочетанными, у 24 (8,0%) – множественными.

Результаты. Обследование раненых проводилось в условиях экстренной операционной, где выполнялись необходимые исследования, включая рентгенологическое и ультразвуковое, производилась ревизия и хирургическая обработка ран, при наличии шока одновременно проводились противошоковые мероприятия.

Из-за невозможности исключить проникающий характер ранения 42 пострадавшим (14,0%) была выполнена диагностическая лапароскопия. В 30 случаях произведена

конверсия доступа: при наличии крови в брюшной полости (12), установлении проникающего характера ранения с высоким риском повреждения кишечника (12), выявлении забрюшинной гематомы (5), выраженным спаечным процессом в брюшной полости (1). В отдельных случаях для динамического наблюдения устанавливалась фторопластовая гильза.

Повреждения внутренних органов и сосудов брюшной полости, забрюшинного пространства и плевральной полости выявлены у 59 (19,7%) пациентов с ранениями поясничной области. В ряде случаев повреждения оказались множественными.

Повреждение почки выявлено у 17 пациентов, печени – у 15, толстой кишки – у 10, брыжейки толстой или тонкой кишки – у 10, петель тонкой кишки – у 9, селезенки – у 8, диафрагмы – у 4, поджелудочной железы – у 1, желудка – у 1, нижней горизонтальной ветви ДПК – у 1, прямой кишки – у 1, аорты – у 1, левой толстокишечной артерии – у 1, внутренней подвздошной вены – у 1, легкого – у 1 больного. В 2 наблюдениях выявлена флегмона забрюшинного пространства при ранении нисходящего отдела ободочной кишки. Всем больным с проникающими ранениями поясничной области были выполнены адекватные оперативные вмешательства. Летальный исход наблюдался в трех случаях, когда имели место тяжелые сочетанные повреждения внутренних органов и крупных сосудов.

Выводы. В 19,7% случаев при ранениях поясничной области наблюдаются изолированные или сочетанные повреждения органов и крупных сосудов забрюшинного пространства, брюшной и грудной полостей. Для исключения повреждений внутренних органов и крупных сосудов пациентам с ранениями поясничной области необходимо проводить комплексное обследование с применением инструментальных методов диагностики в условиях операционной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

К.Е.Скляр, Г.Д.Корабельщиков

г. Новосибирск, ГБУЗ НСО «ДГКБ№1»

Введение: Врожденные пороки развития у новорожденных наиболее тяжелая хирургическая патология, во многом определяющая уровень летальности в детском возрасте. Отчетливая тенденция к увеличению количества детей с ВПР обусловлена как улучшением дородовой диагностики на фоне роста рождаемости, так и ухудшением здоровья женщин фертильного возраста. В хирургическом отделении ГБУЗ ДГКБ №1 осуществляется помощь детям периода новорожденности с ВПР со всего г.Новосибирска. Летальность в этой группе больных обусловлена в основном множественными пороками развития в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией, такой как: недоношенность, внутриутробные инфекции, тяжелые поражения ЦНС.

Цель: оценить результаты лечения детей периода новорожденности с ВПР.

Материалы и методы: анализ историй болезни детей периода новорожденности с ВПР, госпитализированных в хирургическое отделение ДГКБ № 1 за 5 лет.

Результаты: Всего за последние 5 лет (2009-2013гг.) в хирургическом отделении ГБУЗ ДГКБ №1 находилось 583 новорожденных детей с ВПР различных органов и систем, из них оперировано 394, умерло – 24. Летальность составила 5,8 %. С атрезией пищевода находилось 25 детей, из них трое по тяжести состояния и сопутствующей патологии были не толерантны к оперативному лечению. Общая летальность составила 20 %, послеоперационная 9 %. С диафрагмальными грыжами поступило 18 новорожденных пациентов. Из них у 4-х пороки были несовместимыми с жизнью, оперативное лечение не проводилось. Всего умерло 7 больных. Летальность составила 38,8 %

Выводы:

1. Летальность в группе новорожденных детей с врожденными пороками развития в г.Новосибирске за последние 5 лет приблизилась к уровню центральных клиник России.
2. Дальнейшее существенное снижение показателей летальности у новорожденных детей с врожденными пороками развития, маловероятно, из-за так называемой неуправляемой летальности, обусловленной тяжелой сопутствующей патологией, (множественными грубыми пороками развития, внутриутробными инфекциями, тяжелыми поражениями ЦНС, недоношенностью).

ОБОСНОВАНИЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА

А.В. Смирнова¹, А.А. Берсенев²

г. Новокузнецк, ¹МБЛПУ “Городская клиническая больница №29»,

²ГБОУ ДПО НГИУВ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: клинико-анатомическое обоснование методики видеоассистированной аппендэктомии с использованием системы монодоступа (ВААМ).

Материалы и методы. При лапарометрии 95 трупов взрослых людей оценивались возможные точки доступа для выполнения ВААМ в зависимости от анатомических параметров червеобразного отростка и купола слепой кишки, толщины брюшной стенки. В клиническое сравнительное проспективное исследование вошли 132 больных острым аппендицитом, которые были разделены: основная группа - ВААМ (n=71); группа сравнения - многопортовая лапароскопическая аппендэктомия (МЛА) (n=61).

Результаты и их обсуждение. Лапарометрия показала, что расположение и исходная подвижность купола слепой кишки в большинстве случаев позволяют вывести основание червеобразного отростка, купол слепой кишки в умбиликальный доступ и в доступ, смещенный по средней линии живота на расстояние 1/3 ниже пупка ($p < 0,05$).

Общая длительность ВААМ ($45,2 \pm 18,5$ мин.) сопоставима с длительностью МЛА

(44,4±20,9 мин.). В группе ВААМ в 38% случаев потребовалась мобилизация купола слепой кишки, что не сопровождалось увеличением длительности операции, выраженности послеоперационного болевого синдрома. В группе ВААМ частота дренирования ниже, чем в группе МЛА (15,5% и 31% соответственно, $p<0,05$). Частота конверсии, частота и структура интраоперационных осложнений сопоставимы в обеих группах ($p>0,05$). Частота послеоперационных осложнений в основной группе ниже, чем в группе сравнения (2,8% и 13,1% соответственно, $p<0,05$). Болевой синдром, потребность в анальгетиках, сроки активизации пациентов сопоставимы в обеих группах. Большинство пациентов основной группы оценили косметический результат как отличный ($p<0,05$). Продолжительность госпитализации в основной группе меньше в среднем на 1,4 койко-дня ($p<0,05$).

Выводы:

1. Умбиликальный доступ и доступ, смещенный по средней линии живота на расстояние 1/3 ниже пупка, могут быть использованы для выполнения ВААМ.

2. Использование методики ВААМ является простым, безопасным, позволяет снизить продолжительность госпитализации, имеет отличный косметический результат и таким образом позволяет улучшить результаты малоинвазивного хирургического лечения больных ОА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Н.Е. Смирнова², проф.д.м.н. В.В. Яновой, к.м.н. Р.А. Белоус, Е.А. Степаненко¹

г. Благовещенск, ¹ГБУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»

Аннотация

Цель исследования. Улучшение результата хирургической коррекции врожденной воронкообразной деформации грудной клетки.

Материалы и методы. Торакопластика по Ravich выполнена 100 пациентам и по Nuss 5. Пациенты обследованы в сроки от 1 месяца до 10 лет после операции.

Результаты и обсуждение. При торакопластике по методу Ravich выявлен у 86% оперированных рецидив деформации, наличие грубого келоидного рубца, асимметричное выбухание реберных дуг имели 69%, при торакопластике методом Nuss все пациенты с отличным косметическим результатом, прогрессирование нарушения осанки у одного пациента.

Выводы. Торакопластика по Nuss эффективный хирургический метод косметической коррекции врожденной воронкообразной деформации грудной клетки.

Ключевые слова

воронкообразная деформация грудной клетки, торакопластика методом Ravich и Nuss

Введение

Воронкообразная врожденная деформация грудной клетки проявляется искривлением грудины и ребер, различным по глубине и форме, которое приводит к уменьшению объема грудной полости, смещению органов грудной клетки, искривлению позвоночника. Помимо выраженного косметического недостатка, данные деформации могут приводить к функциональным нарушениям со стороны сердечнососудистой и дыхательной систем [1]. Хирургическое лечение воронкообразной деформации отличается разнообразием оперативных методик, при этом наибольшее распространение получила операция Ravich и метод торакопластики Nuss [1,6]. Определение метода хирургического лечения сопряжено с определенными трудностями, что связано с выбором основной цели, так как радикальное иссечение реберно-грудинного комплекса при операции Ravich с использованием пластины является этиопатогенитическим методом лечения пациента, а при торакопластике по Nuss достигается максимальный косметический результат. Однако, учитывая дизгистогенетическую природу деформации, сочетание ее с врожденно-наследственными синдромами, риск развития рецидива всегда остается высоким [2]. Все выше перечисленные аспекты подчеркивают многогранность проблемы выбора метода хирургического лечения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки. Особую важность данный вопрос приобретает в свете того, что от результата коррекции деформации зависит социальная адаптация пациента. Это заставляет искать методы позволяющие добиться максимального косметического послеоперационного результата, одновременно снизить количество рецидивов, что и послужило целью данной работы.

Материалы и методы

В хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы за период с 1995 по 2014 года оперировано 110 пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки в возрасте от 3-х до 18 лет. Из них 41 (37%) девочек и 69 (63%) мальчики. Операции по методу Nuss были выполнены 5(4%) пациентам от 13-17 лет. Радикальные операции торакопластика по по Ravitch с фиксацией грудино-реберного комплекса пластиной из никелида-титана перенесли 105 (95%) человек в возрасте от 3-18 лет. Показаниями к операции являлись жалобы на деформацию грудной клетки, наличие нарушений со стороны сердечнососудистой и дыхательной системы, индекс Кондрашина –Гижицкой менее 0,5, индекс Haller больше 3.25 [3]. Анализ послеоперационных результатов проводился с помощью опроса пациентов, осмотра, дополнительных

методов: КТ-исследования, наружной морфометрии, спирографии, ЭКГ, оценки гистологического исследования резецированных участков реберных хрящей больных разных возрастных групп [8].

Результаты и их обсуждение

Проблема достижения максимального косметического результата и профилактики рецидива воронкообразной деформации является не только медицинской, но и социальной проблемой в связи с тем, что дети с данной патологией, в условиях отсутствия психологической помощи, становятся дезадаптированы в обществе. Определение показаний к хирургической коррекции воронкообразной деформации зависит от множества факторов: характера психологического восприятия деформации, степени ограничения физиологической активности, выраженности кардиопульмональных симптомов, состояния функции легких и толерантности к физической нагрузке. Однако 95% пациентов обращающихся за медицинской помощью предъявляют жалобы только на наличие деформации, то есть косметический дефект. [6].

У оперированных пациентов результат (полнота устранения физического недостатка) оценивался как отличный, хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. Данный критерий оценки основывался на жалобах больного, параметрах индекса Haller, полного устранения воронкообразного западения, контура наружного рельефа грудной клетки, результатов КТ-исследования в послеоперационном периоде [7].

По нашим данным количество отличных результатов в группе операций по методике Nuss составило 4 (80%), хороших-1 (20%), неудовлетворительных результатов не было.

При радикальной же торакопластике по Ravich количество отличных результатов составило 10 (9,5%), хороших-15 (14,2%), удовлетворительных-45 (42,8%), неудовлетворительных-35 (33,5%).

Неудовлетворительные результаты обусловлены формированием в послеоперационном периоде килевидной деформации реберных дуг, рецидивом воронкообразной деформации. У 20 пациентов с воронкообразной деформацией были диагностированы дизгистогенетические синдромы. Пациенты осматривались через 1, 3, 5 и 10 лет после оперативного вмешательства. Из них 19 оперированы методом Ravitch, у всех пациентов данной группы был рецидив деформации. Один пациент оперирован по методу Nuss рецидива не выявлено. У всех пациентов оперированных в возрасте до 16 лет (то есть в период интенсивного роста грудной клетки) выявлен рецидив воронкообразной деформации и грубые деформации реберных дуг.

Для объяснения причин развития рецидива деформации выполнен анализ 60 результатов гистологического исследования фрагментов резецированных ребер.

Выявлено что, уже при второй степени деформации в хрящевой ткани появляются

глубокие деструктивные изменения - дистрофия хряща. Проведен анализ результатов гистологического исследования фрагментов резецированных ребер 3-х пациентов повторно оперированных по поводу рецидива деформации по методу Ravich, выявлено что вновь сформированный хрящ также имеет патологическую структуру – наличие дистрофии хрящевой ткани. Таким образом, резекция реберно-грудинного комплекса, выполняемая при торакопластике по методу Ravich, не устраняет причину возникновения деформации и вновь формирующийся патологический хрящ способствует возникновению рецидива.

При подготовке к операции всем пациентам выполнялась наружная морфометрия грудной клетки, спирография, ЭКГ, осмотр генетика, рентгенография, компьютерная томография. Определялся индекс Кондрашина - Гижицкой - частное от деления наименьшего расстояния между задней поверхностью грудины и передней поверхностью тел позвонков на наибольшее, расстояния измерялись по боковым проекциям рентгенограмм грудной клетки, по нашим данным, он является менее эффективным, чем индекс Haller [4,5]. Индекс Haller рассчитывают путем деления максимального фронтального размера грудной клетки на наименьшее расстояние между задним контуром грудины и передним контуром позвоночника [2]. Одновременно вместе с индексом по данным компьютерной томографии мы достоверно определяли асимметрию грудной клетки, вычисляли размер металлической конструкции, вид деформации, согласно классификации Н.Ж.Парк, оценивали результат коррекции [9]. Таким образом, предоперационное обследование с использованием компьютерной томографии позволил нам улучшить результаты торакопластики (рис 1-2).

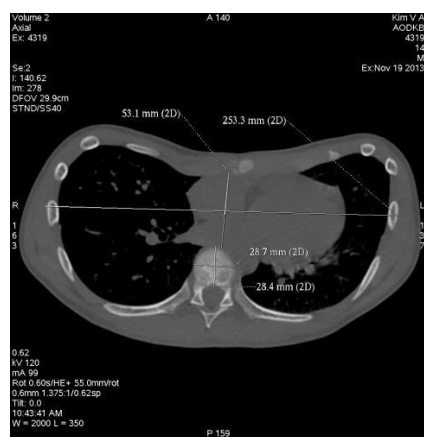


Рис. 1. пациент К. 16 лет до операции.

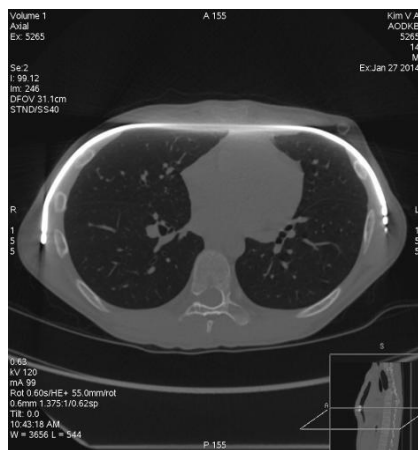


Рис.2. пациент К. 16 лет после операции.

Выводы

1. Наличие косметического недостатка при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является основной причиной обращения пациентов к врачу. Однако при определении показаний к операции следует учитывать возраст пациента, выраженность кардиопульмональных нарушений и показатель индекса Haller.
2. В предоперационном периоде стандартным методом исследования является КТ-диагностика, позволяющая уточнить степень выраженности деформации грудной клетки, определить размер металлической конструкции, а также оценить послеоперационный результат.
3. Оперативное вмешательство по методу Ravich рассматривается, как этиопатогенетическое лечение врожденной воронкообразной деформации грудной клетки, но на основании анализа гистологических препаратов участков резецированных ребер выявлено, что при иссечении патологического хряща, вновь формирующийся хрящ имеет ту же измененную структуру, и риск развития рецидива остается очень высоким.
4. На основании наших исследований у пациентов с имеющимися дизгистогенетическими синдромами целесообразно выполнять операцию Nuss после прекращения роста грудной клетки.

Список литературы

1. Вишневский А.А. Хирургия грудной стенки/ Рудаков С.С - 2005г. – с. 30-46
2. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия национальное руководство/ Дронов А.Ф.- 2009г-с. 209-211
3. Кондрашин Н.И. Аномалии развития грудной клетки – 1984г.- с 29-33
4. Стальмохович В.Н. Воронкообразная и килевидная деформация грудной клетки у детей/ Сонголов Г.И. - 2011г. – с.106.
5. Прокоп М. Спиральная и многослойная компьютерная томография/ Галански М. -2011г- том 2, с.69
6. Пури П. Атлас детской оперативной хирургии / Гольварт М.-2009г.- с.111-116

7. Diagnostic Imaging - Orthopaedics/ David W, Stoller- 2009, p-45
8. A-Z of Chest Radiology/ R.Misra, Cambridge - 2007- p.1-17.
9. Imaging in Pediatric Skeletal Trauma/ K.J. Jonson-2008-p.301

Сведения об авторах

1. Смирнова Наталья Евгеньевна, врач–хирург, ГБУЗ АО АОДКБ, хирургическое отделение.
2. Яновой Валерий Владимирович, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Амурской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор, заслуженный врач Р.Ф., лауреат премии Правительства Р.Ф., Главный внештатный хирург ДФО.
3. Белоус Руслан Алексеевич, Кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ АО АОДКБ, Главный внештатный детский хирург ДФО.
4. Степаненко Евгений Александрович, заведующий детским хирургическим отделением ГБУЗ АО АОДКБ.

НУЖНЫ ЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ?

С.А. Совцов

г. Челябинск, ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Цель: Улучшение результатов лечения больных с острыми язвенными кровотечениями.

Материал и методы: Появившиеся в печати различные варианты согласительных документов в виде проектов клинических рекомендаций (А.Варкун, М.Королев и др.)– широко обсуждаются хирургами, эндоскопистами, клиническими фармакологами. В связи с тем, что большое число лечебно-профилактических учреждений у нас в стране достаточно сильно отличаются друг от друга как по материально-технической базе, наличию числа специалистов и уровня их подготовки и т.п., то по мнению ведущих специалистов, значительная роль должна быть отведена внутрибольничным протоколам диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений в каждой конкретной больнице.

Результаты: Мы у себя в клинике уже порядка 20 лет работаем по таким протоколам. В них включены, прежде всего, круглосуточная доступность специалистов , прошедших подготовку по выполнению эндоскопического гемостаза с возможностью экстренного привлечения вспомогательного персонала, обученного ассистировать при проведении лечебной эндоскопии. В протоколах указывается необходимость использовать шкалы возникновения риска рецидива кровотечения для стратификации

больных по этому показателю, не использовать без необходимости назогастральный дренаж (в ряде случаев способствующего рецидиву кровотечения), осуществлять гемотрансфузию конкретно при показателях гемоглобина менее 70 г/л. Во внутрибольничных протоколах мы прописали собственные подходы к использованию различных видов эндоскопического гемостаза (физического, химического, механического, комбинированного) в зависимости от размеров и глубины поражения стенок желудка и 12перстной кишки, при которых возникают острые кровотечения. В наших протоколах обращено внимание, что рутинное выполнение повторного эндоскопического вмешательства (second look) не является обязательным. В случае рецидива кровотечения обычно рекомендована повторная попытка эндоскопического. Число таких попыток должно быть не более 3-4 раз. Выводы: Разработка и использование внутрибольничного протокола позволило нам снизить частоту рецидива язвенных кровотечений до уровня 4,2%, уменьшить число операций (на 67%), выполняемых в крайне неблагоприятных условиях (на высоте кровотечения) и достичь уровня общей летальности в 2,9%, послеоперационной - 11,3%.

СОВРЕМЕННАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

С.А. Совцов

г. Челябинск, ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Цели: Не смотря на то, что в последние годы был достигнут значительный прогресс в улучшении результатов лечения острого холецистита, удовлетворения от исходов хирургических вмешательств при деструктивных его формах, особенно у больных, имеющих высокую степень анестезиолого-хирургического риска, у большинства хирургов нет. Подтверждением этого являются цифры послеоперационной летальности в группе пациентов высокого риска в 12-20% и выше.

Материал и методы: Для того, что бы определить собственную оценку предложенных международными экспертами градации форм заболевания нами были изучены непосредственные результаты лечения 1 399 больных с острым холециститом лечившиеся в Челябинской ОКБ№ 3 за последние 4 года. Оперировано было 1 281 - оперативная активность составила 91,5%.Послеоперационная летальность в этой группе больных составила 0,78% .

Результаты: при определении тактики лечения больных (операбельность, выбор вида хирургического вмешательства и его объема) мы учитывали степень поражения желчного пузыря, наличие осложнений острого холецистита, степень выраженности гнойно-воспалительных изменений в организме (SIRS), наличие сопутствующей

патологии (индекс Чарлсона) и ее декомпенсации с учетом данных шкалы ASA . Неотложной ранней операции с легкой степенью острого холецистита (форма 1) подверглись 794 больных - никто не умер. В раннем послеоперационном периоде в группе больных со средней степенью (форма II) острого холецистита из 270 больных умерло 4 человека (1,5%), а в группе с тяжелой степенью (форма III) - острого холецистита (217 человек) - умерло 7 (3,2%), т.е. в 2,2 раза больше ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, проведенное нами контролируемое исследование результатов лечения больных, рандомизированных по 3 степеням (формам) острого холецистита (по градации международного соглашения – «Токио 2007»), показало целесообразность выделения подобных групп больных для выбора дифференцированных видов и форм лечения заболевания. Это позволило, в конечном результате, существенно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения острого холецистита.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

проф. С.А. Старостин, зав отд. М.В. Мешков, Л.Л. Дербеко, Е.А. Андреева, В.А. Логинов, Ю.Д. Гирич, А.П. Титов, М.Н. Калугина
г. Новосибирск, ГБУЗ НСО «ГКБСМП №2», НГМУ

Осложнённые инфекции кожи и мягких тканей характеризуются быстро прогрессирующим некрозом, который может поражать кожу, подкожную клетчатку, фасцию и мышцы, сопровождаются выраженным эндотоксикозом, а в наиболее тяжелых случаях - полиорганной дисфункцией. У себя в клинике при постановке развернутого клинического диагноза мы пользуемся классификация D.H. Ahrenholz, 1991г. В период с 2010 по 2012 год в нашем отделении пролечено 36 больных с осложненными инфекциями кожи и мягких тканей, причем из года в год количество больных этой группы возрастает. Умерло 9 человек. Мужчин было 22, женщин – 14. Возраст колебался от 22 до 89 лет, средний показатель – 48 лет. При анализе лабораторных данных отмечено следующее. В 31 случае - лейкоцитоз от $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$ до $31,0 \cdot 10^9/\text{л}$, в 30 случаях - нейтрофильный сдвиг влево от 8 до 52 палочкоядерных форм. В 21 случае был повышен уровень мочевины от до 26,0 ммоль/л, у всех больных отмечалась анемия различной степени тяжести, гипо

- и диспротеинемия. Зона поражения мягких тканей всегда превышала границы одной анатомической области: ягодица, бедро и голень – 13 случаев, ягодица и бедро – 4, предплечье, голень и бедро – 1, два бедра – 1, поясничная и лопаточная области – 3, плечо и предплечье – 3, мошонка, промежность и брюшная стенка – 7, плечо и грудная стенка – 4 случая. Общее состояние больных при поступлении в стационар в 12 человек расценено

как средней степени тяжести, у 19 - тяжелое, у 5 - шок. Температура тела при поступлении в 19 наблюдениях повышена от 37.5 до 39.4, однако в анамнезе заболевания гипертермия отмечена у всех больных. Фоновые заболевания: сахарный диабет – 12 случаев; генерализованный атеросклероз – 9; ИБС, различные формы – 9; деформирующий остеоартроз – 1; полиартрит – 2. В 8 наблюдениях отмечены предшествующие инъекции в мягкие ткани: в 5 - в медицинских учреждениях, в 3 – дома. Все больные оперированы в несколько этапов (от 2 до 7 раз), максимальный объем – экзартикуляция бедра. При первой операции всегда обрабатываем рану максимально радикально: адекватные разрезы, тщательная некрэктомия. После первой операции через 12 - 24 часа производится ревизии ран, при появлении новых некрозов – некрэктомия. Во всех случаях диагноз подтвержден гистологически. Бактериологические данные: St.haemoliticus – 5, St.aureus – 20, St.pyogenes – 9, микрофлора не выделена – 2; MRSA – 9. Все больные в раннем послеоперационном периоде лечатся в отделении реанимации. Стартовая антибактериальная терапия во всех случаях – цефтриаксон и метронидазол, затем - по результатам бактериологического исследования. Сепсис или тяжелый сепсис диагностирован у 94% больных. Умерло 9 человек – с тяжелым сепсисом, рефрактерным септическим шоком. Общая и послеоперационная летальность составила 25% (в 2007-2009г.г. – 50%). Средний койко-день среди умерших – 1,9, среди выписанных – 28,0.

Выводы:

1. Количество больных с осложненными инфекциями кожи и мягких тканей в последние годы растет.
2. Клиническая картина данного заболевания не отличается специфическими симптомами, и только настороженность врача-хирурга в отношении этой патологии поможет в ранней постановке диагноза.
3. Операция в этой группе больных всегда сочетает широкое рассечение мягких тканей и радикальное иссечение пораженных тканевых структур.
4. Через 12-24 часа после первой операции показана повторная под общим обезболиванием. В дальнейшем при появлении новых некрозов показаны этапные некрэктомии. Лечение заканчивается наложением вторичных швов в сочетании с кожной пластикой.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Проф. С.А. Старостин, А.А. Щелкин, К.А. Довгулёв, К.В. Баков
г. Новосибирск, ГБУЗ НСО ГКБСМП № 2

БСМП № 2 всего прооперировано 986 больных различными формами острого аппендицита. Мужчин 621, что составило 63 %, женщин 365, 37% соответственно. Возраст больных от 15 до 76, средний возраст составил 45 лет. Количество больных, прооперированных классическим доступом составило в 2011 г.- 308, 2012 г. – 361, в 2013 г.-155 больных, из которых 64 катаральной, 864 флегмонозной и 72 гангренозной формы. Количество больных прооперированных лапароскопически составило в 2011 г. – 66, 2012 г. -98, 2013 г. -93, всего 261 больной, что составляет 26.7% от общего числа аппендэктомий. При лапароскопических аппендэктомиях преобладала флегмонозная форма воспаления - 253, с гангренозной формой прооперированно 8 больных, с катаральной формы воспаления больных не было.

Кроме стандартных инструментов фирмы Storz, набор для проведения вмешательства зависит от предполагаемого способа операции и включает биполярные зажимы, клиппер, сшивающие аппараты (Endo GIA-30 и CTA - 30, Endopath) с набором кассет, иглодержатель, шовный эндоскопический материал, эндоскопическую петлю Roeder'a (с интракорпоральным формированием узла), различные виды дренажей.

Абсолютным противопоказанием для проведения лапароскопической аппендэктомии считаем:

- 1.сердечно-сосудистую, дыхательную недостаточность.
2. грыжи передней брюшной стенки больших размеров.
3. клиническую картину распространенного перитонита.

К относительным противопоказаниям относим:

1. выраженные деструктивные изменения в брюшной полости, червеобразном отростке и слепой кишке (перфорация основания отростка, абсцессы брыжейки, аппендикулярный инфильтрат и абсцесс);
2. атипичное расположение червеобразного отростка;
3. подозрение на опухоли червеобразного отростка (карциноид, рак);

Каждое из относительных противопоказаний определяется опытом врачей, технической оснащенностью и другими факторами.

В период освоения методики было выполнено 8 конверсий. 5 в связи с атипичным расположением отростка, 3 конверсии в связи с перфорацией основания отростка. В настоящее время атипичное расположение отростка не считаем противопоказанием.

В раннем послеоперационном периоде при классической аппендэктомии отмечено 10 осложнений: из которых 4 серомы послеоперационного шва, 5 инфильтратов послеоперационного шва, 1 нагноение послеоперационной раны. При лапароскопическом варианте оперативного лечения осложнений не наблюдалось. Выписка проводилась на 2-4 сутки после операции, средний койко-день составил - 3, когда при классической аппендэктомии больные выписывались на 6-7 сутки после операции, средний койко-день - 6.

Выводы:

1. с внедрением лапароскопических аппендэктомий снизилось число послеоперационных осложнений.
2. снизился койко-день, что является немаловажным фактором в условиях неотложного стационара БСМП ввиду высокой востребованности хирургической койки.
3. лапароскопическая аппендэктомия позволяет снизить количество напрасных аппендэктомий.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОККЛЮЗИЯМИ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Проф. С.А. Старостин, А.А. Щелкин, К.А. Довгулёв, Е.Ю. Шевелёв
г. Новосибирск, ГБУЗ НСО ГКБСМП № 2

Для выявления возможных закономерностей возникновения такого заболевания как острое нарушение кровообращения в бассейне верхней брыжеечной артерии анализированы истории больных, лечившихся в клинике в 2002 году и в 2012 году. В 2002 году было пролечено 7 больных. Мужчин 3, женщин 4. Возраст больных от 67 до 91 года, средний возраст 77,3 года. Все больные госпитализированы в течение одних суток от начала заболевания. Диагноз направления совпал с клиническим диагнозом в 1 случае из семи. Все больные оперированы, клинический диагноз установлен после операции. Фоновые заболевания: 1. ИБС у 6 больных. 2. Нарушения ритма у 5 больных. 3. Гипертоническая болезнь у 5 больных. 6. Аневризма левого желудочка у 1 больного. Все больные умерли. В 2012 году было пролечено 16 больных. Женщин 6, мужчин 10. Возраст больных от 43 лет до 92 лет. Средний возраст составляет 76,5 лет. Все больные поступили в стационар в течение одних суток от начала заболевания, с различными диагнозами (острый аппендицит, панкреатит, острый живот, ущемленная грыжа). Диагноз при направлении ни в одном случае не совпал с клиническим. Все больные были оперированы, клинический диагноз был выставлен после операции. В историях болезни зафиксированы следующие фоновые заболевания: 1. ИБС у 14 больных. 2. Нарушения сердечного ритма у 10 больных. 3. Гипертоническая болезнь у 14 больных. 4. Аневризма левого желудочка у 1 больного. 5. Алкоголизм у 2 больных. 6. Цирроз печени у 1 больного. 7. Панкреонекроз у 1 больного. 8. Рак ободочной кишки у 1 больного, рак легкого у 1 больного, рак желудка у 1 больного. Из 16 больных 14 умерло, 2 выписаны (сегментарный тромбоз).

Выводы:

1. За 10 лет количество больных с острыми нарушениями кровообращения в

бассейне верхней брыжеечной артерии увеличилось в 2 раза.

2. Основная группа больных это люди старшей возрастной группы, страдающие атеросклерозом, ИБС с нарушениями ритма, гипертонической болезнью.

3. Онкологические заболевания становятся фоном для тромбоза верхней брыжеечной артерии за счет склонности этих больных к тромбообразованию.

4. Пути профилактики данного заболевания вероятно необходимо искать в улучшении качества лечения атеросклероза и его осложнений.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА КИШКИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН

В.К. Татьянченко, В.Л. Богданов, Ю.В. Сухая, Б.В. Ковалев
г. Ростов-на-Дону, Государственный медицинский университет

Цель исследования. Изучение морфологических изменений, происходящих в фиксирующем аппарате ободочной кишки при формировании идиопатического левостороннего мега-долихоколон.

Материалы и методы. Интраоперационно обследовано 24 больных с клиническим диагнозом идиопатический мегадолихоколон и 40 нефиксированных трупов.

Результаты. В фазе компенсации идиопатического левостороннего мегадолихоколон ободочно-диафрагмальная и ободочно-селезеночная связки повержены гипертрофии вследствие длительного растяжения в продольном направлении. Однако их длина не превышает 5 ($4,7 \pm 0,6$) см, верхняя и нижняя сигмовидные связки так же подвержены гипертрофии. Если длина сигмовидной кишки превышает 55 ($52 \pm 3,3$) см и кишка образует несколько петель в левой подвздошной области, то между петлями возникают короткие непостоянные связки. Данные связки представляют собой дубликатуру листков висцеральной брюшины и имеют собственный соединительно-тканый остов. При исследовании в 21% наблюдений выявлены дополнительные связки, принимающие участие в фиксации чрезмерно подвижной ободочной кишки. При левостороннем мегадолихоколон, в случае если высота мезосигмы позволяет переместить наиболее подвижную петлю сигмовидной кишки в правую подвздошную область, то есть при высоте гаустры более $5,43 \pm 2,2$ см, постоянно ($p < 0,01$) выявляется дополнительная складка брюшины. Данная складка имеет начинается волокнами в забрюшинном пространстве на уровне 5-го поясничного позвонка, проходит в толще мезосигмы и заканчивается радиально расходящимися волокнами на уровне дистальной аркады в

средней трети мезосигмы.

Вывод. При формировании идиопатического левостороннего мегадолихоколон морфологические изменения затрагивают не только стенку ободочной кишки, но и приводят к компенсаторной гипертрофии фиксирующего аппарата ободочной кишки, которая в фазу компенсации предотвращает заворот и инвагинацию увеличенной и чрезмерно подвижной сигмовидной кишки.

К ПАТОГЕНЕЗУ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДЖЕВАТЕЛЬНЫХ ФЛЕГМОНАХ ЛИЦА

В.К. Татьянченко, С.Ю. Серпионов, В.Л. Богданов, О.В. Воронова, Ю.В. Сухая

г. Ростов-на-Дону, Государственный медицинский университет

Аннотация

Цель исследования. В эксперименте выявить механизмы развития острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) жевательных мышц, для определения тактики лечения больных с поджевательными флегмонами лица.

Анатомические исследования выполнены на 60 трупах, а экспериментальные на 16 животных. С использованием оригинальной методики (патент РФ №227740) установлено, что фасциальный футляр жевательных мышц обладает высоким показателем предела прочности и модуля упругости. Это способствует тому, что при небольших повышениях тканевого давления имеется краткосрочная тенденция развития острого тканевого гипертензионного синдрома.

В эксперименте на животных с моделью ОТГС (патент РФ №2063652) прослежены все стадии патологического процесса, обоснована необходимость выполнения фасциотомии в комплексном лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области.

Полученные данные позволили раскрыть новые механизмы формирования ОТГС и его лечение у больных с флегмонами лица.

Ключевые слова

флегмона лица, жевательные мышцы, острый тканевой гипертензионный синдром и его патогенез.

Введение

Несмотря на успехи гнойной хирургии, число больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области составляет 4 – 5 % общехирургических больных, 15 – 25 % больных, обращающихся в стоматологические поликлиники и около 40 % больных отделений челюстно-лицевой хирургии [1, 2]. Существующие способы лечения флегмон челюстно-лицевой области нуждаются в совершенствовании, так как сопровождаются развитием неблагоприятных функциональных результатов (грубые рубцы, болевые триггерные зоны и нарушение функции жевательных мышц) [3].

Цель исследования

В эксперименте выявить механизмы развития острого тканевого гипертензионного синдрома жевательных мышц, для определения тактики лечения больных с флегмонами поджевательного пространства лица.

Материалы и методы

В анатомическом разделе работы на 60 трупах людей изучена хирургическая анатомия фасциально-мышечных структур лицевого отдела головы по методике В.К. Татьянченко (Федеральный патент №2271740) [4].

В эксперименте, на 16 животных (кролики), было проведено моделирование фасциально-мышечного гипертензионного синдрома жевательной и височной мышц головы (Федеральный патент №2063652) [5].

Результаты исследования

Нами установлено, что фасциальные структуры лицевого отдела головы по их биомеханическим параметрам можно отнести к двум категориям:

1. Фасциальные футляры и узлы, обладающие высокими показателями предела прочности и модуля упругости при относительно небольших деформациях (височная мышца, жевательная мышца). Их фасциальные футляры выдерживают высокие градиенты повышения внутритканевого давления, что приводит к более раннему развитию острого гипертензионного синдрома.

2. Фасции, обладающие высокими показателями относительного удлинения, при невысоких значениях модуля упругости и предела прочности (фасциальные футляры щечной мышцы, подбородочной мышцы, латеральной и медиальной крыловидных мышц). Следовательно, эти структуры подвергаются значительным деформациям даже при невысоких показателях повышения внутритканевого давления, что приводит к их разрыву и возможности распространения гнойного процесса на соседние клетчаточные пространства.

Установлено, что изменение параметров внутритканевого давления жевательной и височной мышц, коррелировало с фазой развития гипертензионного синдрома. Так, в первый период (24 часа) показатель внутритканевого давления (ВТД) был равен

15,64±0,18 мм рт. ст. ($p<0,01$) (контроль 6,12±0,19 мм рт. ст.), во втором периоде (1-3 дня) 24,2±0,81 мм рт.ст. ($p<0,01$) и в третьем периоде (3-5 суток) 35,11±0,12 мм рт.ст. ($p<0,01$). Начиная с 5 дня развития гипертензионного синдрома (III период), внутритканевое давление принимает постоянную величину. Анализ полученных данных электромиографического исследования показал что у животных уже в первые часы развития внутритканевого гипертензионного синдрома (I период) на ЭМГ появляются признаки изменения электровозбудимости жевательной и височной мышц. Это выражалось в появлении ослабленных электрических потенциалов, резких и неравномерных по высоте. Достаточно ясно обнаруживалось достоверное по сравнению с контрольными значениями снижение вольтажа осцилляции. Соответственно до 35,00±1,03 мкВ в покое, и до 110,00±1,16 мкВ при напряжении на стороне развития гипертензионного синдрома, против 50,00±2,81 мкВ и 180,00±3,51 мкВ на интактной стороне ($p<0,01$).

Установлено, что по мере нарастания параметров внутритканевого давления жевательной и височной мышц, они начинали работать в режиме изотонического сокращения.

При электронно-микроскопическом исследовании подфасциальных мышечных волокон немного увеличивается пространство между миофибриллами, они становятся тоньше. Анизотропные и изотропные диски различаются с трудом, так как большая часть миофибрилл находится в пересокращенном состоянии. Митохондрии приобретают неправильную форму, кристы располагаются менее упорядоченно. Выявлено также увеличение количества рибосом между филаментами миофибрилл и в межмиофибриллярных пространствах, особенно вблизи Z-линий. Количество крист в митохондриях становится больше. Все эти признаки подтверждают развитие компенсаторно-приспособительных изменений на данной стадии развития патологического процесса. Патоморфологические изменения нервных волокон выражаются в набухании осевых цилиндров, появлении варикозных утолщений.

Во второй стадии развития гипертензионного синдрома явления активации ядер мышечных волокон, отмеченные на предыдущей стадии, сменяются реактивными изменениями. Ядра их приобретают неправильную форму и кариолема становится складчатой.

Все элементы ГГБ также изменены. Капилляры эктазированы и плотно заполнены форменными элементами крови. Тем не менее, их очертания фестончаты и создается впечатление, что они сдавлены плотно расположенными миофибриллами. Количество патологически измененных нервных пучков и волокон увеличивается. В основной массе нервных пучков стадия раздражения сменяется стадией фрагментации и распада нервных элементов, в результате чего они представлены распавшимися на отдельные фрагменты.

В срок 3-5 дней с момента развития острого гипертензионного синдрома (III период) отмечено появление извилистости миофибрилл, очагов деструкции на месте

распавшихся саркомеров, фрагментации крист и просветления матрикса митохондрий, что можно рассматривать как электронно-микроскопические проявления начала зернистой дистрофии. Митохондрии единичны, невелики и энергизированы, нормально структурированы, что свидетельствует о полной реализации компенсаторных механизмов на субклеточном уровне. В целом имеет место обеднение протоплазмы эндотелиоцитов органеллами и, в частности, мембранными профилями. Итак, к 5 дню развития гипертензионного синдрома жевательной и височной мышц имеет место снижение транскапиллярного транспорта метаболитов.

Заключение

Выявленные изменения параметров внутритканевого давления, электромиографической активности, гемомикроциркуляторного русла и ультраструктуры мышечной ткани отражают их значительные сдвиги в динамике развития экспериментального гипертензионного синдрома. Причем, они имеют тенденцию к нарастанию с увеличением сроков наблюдения. При этом в динамике развития острого внутритканевого гипертензионного синдрома отмечено 3 периода: первый период - локального раздражения, второй период - компенсаторно-ишемических изменений, третий период - дегенеративно-дистрофических изменений. Эти изменения, наряду с прочими факторами определяют тяжесть течения гнойно-воспалительного процесса у больных, а также обоснованной необходимости выполнения фасциотомии, как единственного эффективного метода лечения для снятия отрицательного влияния высокого уровня внутритканевого давления на морфологические структуры, заключенные в замкнутом фасциальном футляре жевательной и височной мышц.

Список литературы

1. Дурново, Е.А. Морфологические критерии эффективности лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / Е.А. Дурново // Стоматология. – 2003.- № 3. – С.33 – 38.
2. Леонтьев, В.К. Анализ антибактериальной активности нового антисептического средства для терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / В.К. Леонтьев // Стоматология. – 2002.- № 3. – С.18 – 21.
3. Петросян, Н.Э. Применение многомерного статистического анализа интегральной оценки качества лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / Н.Э. Петросян // Стоматология. – 2004.- № 6. – С. 42 – 45.
4. Татьянченко В.К., Андреев Е.В. Способ исследования фасций и клетчаточных пространств // Бюл.: Изобретения. Полезная модель. – 2006. - № 8. – С. 74. - Патент РФ №2271740.
5. Татьянченко В.К., Лиев А.А. Способ моделирования миогелёза // Бюл.:

Сведения об авторах

1. Татьянченко Владимир Константинович, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии РостГМУ. Ростовский государственный медицинский университет.
2. Богданов Валерий Леонидович, к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии РостГМУ. Ростовский государственный медицинский университет.
3. Воронова Ольга Владимировна, ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии РостГМУ. Место работы: Ростовский государственный медицинский университет.
4. Сухая Юлиана Васильевна, ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии РостГМУ. Ростовский государственный медицинский университет.
5. Фролкин Владимир Иванович, зав.отделением, хирург ГБСМП №2. Хирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи №2 г. Ростова-на-Дону.
6. Серпионов Станислав Юрьевич, аспирант кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии РостГМУ. Ростовский государственный медицинский университет.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЗОФАГЕАЛЬНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

М.В. Тимербулатов, Е.И. Сендерович, Е.Е. Гришина, Э.Ф. Гимаев, Е.Н. Санников
г. Уфа, ГБУЗ РБ ГKB № 21

Аннотация

Представлен опыт лапароскопического хирургического лечения толстокишечной паразофагеальной грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Размер грыжевых ворот составлял 10,2 см², грыжевой мешок включал около 80% поперечной ободочной кишки. Лапароскопическое хирургическое лечение состояло из полного иссечения грыжевого мешка из полости заднего средостения ультразвуковыми ножницами, задней крурорафии, протезирующей пластики диафрагмальных ножек легким пористым сетчатым имплантом,

с последующей перитонизацией последнего фрагментом грыжевого мешка, оставленного на передней стенке пищевода. Время операции составило 95 минут. Интраоперационных, ранних, поздних послеоперационных осложнений не было. Таким образом, лапароскопическое хирургическое лечение гигантских паразофагеальных грыж является безопасным методом, но некоторые детали и техника оперативного пособия остаются предметом обсуждения. К примеру: при каком именно размере грыжевых ворот грыжи считать гигантскими, как определить размер грыжевых ворот, всегда ли необходимо выполнять фундопликацию при хирургическом лечении паразофагеальных грыж, и наконец, какой метод пластики диафрагмы является оптимальным.

Ключевые слова

паразофагеальная грыжа, лапароскопическая диафрагмокруропластика, протезирующая диафрагмокруропластика.

Первое в истории описание паразофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы принадлежит итальянскому анатому Giovanni Battista Morgagni [1].

Выделяют 4 типа грыж пищеводного отверстия диафрагмы в зависимости от локализации грыжевого мешка и пищеводно-желудочного перехода: 1 тип – скользящая грыжа, самый распространенный вид хиатальных грыж, редко сопровождается осложнениями. Данная патология связана со слабостью пищеводно-диафрагмальной мембраны, вследствие чего пищеводно-желудочный переход мигрирует в грудную клетку вместе с дном желудка; 2 тип – пищеводно-желудочный переход фиксирован, дно желудка перемещается в грудную клетку; 3 тип – пищеводно-желудочный переход и дно желудка (иногда и весь желудок) перемещаются в грудную клетку; 4 тип – расположение в грыжевом мешке других органов, кроме желудка [2].

Все виды грыж пищеводного отверстия диафрагмы, кроме скользящих, принято называть паразофагеальными [3].

В России в настоящее время используют классификацию грыж пищеводного отверстия диафрагмы, разработанную в 1962 году Б.В. Петровским и Н.Н. Каншиным.

1. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: пищеводная, кардиальная, кардиофундальная, субтотальная желудочная, тотальная желудочная. 2. Паразофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: фундальная, антральная, кишечная, желудочно-кишечная, сальниковая [4].

Паразофагеальные грыжи составляют от 5 до 10 % всех хиатальных грыж [5]. Этот вид грыж характеризуется значительным количеством осложнений (ущемление, некроз, перфорация, кровотечение) и высокой летальностью [6].

Паразофагеальная грыжа может долгое время существовать бессимптомно, тем не менее, частота развития ургентной хирургической патологии составляет 30,4 % [7].

Хирургическое лечение паразофагеальных грыж сопровождается значительно

большим, по сравнению со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, количеством рецидивов [8].

Клинический пример

Пациентка В., 56 лет, поступила в приемный покой ГБУЗ РБ ГKB № 21 в экстренном порядке 22.03.2014 г. с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, сухость во рту. Ухудшение состояния за 24 часа до поступления, с тех пор как началась многократная рвота сначала съеденной пищей, затем мутной жидкостью с неприятным запахом. Подобное состояние отмечала и ранее, приступы самостоятельно купировались. Жалобы на изжогу, дисфагию в течение жизни отсутствовали.

Состояние при поступлении средней тяжести, выраженная слабость, умеренный болевой синдром. Температурной реакции не было. Кожные покровы сухие, бледные, тургор снижен. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, не вздут, симметричный, симметрично участвовал в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области. Перитонеальных знаков не было. Стул был накануне вечером, оформленный. Склонность к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Со слов пациентки имело место снижение количества суточного диуреза.

По данным ФГДС при поступлении: Розетка кардии смыкается полностью. Желудок увеличен, содержит около 4 литров застойного содержимого. Для прохождения привратника не хватает длины аппарата. Видимая слизистая желудка без особенностей.

По данным обзорной рентгенограммы ОБП: свободного газа в брюшной полости, чаш Клойбера не выявлено.

По данным КТ ОБП: признаки гастроэктазии и гастроптоза, сужение выходного отдела желудка. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены.

Общий анализ крови: лейкоциты: $7,6 \times 10^9$ л, эритроциты: $3,3 \times 10^{12}$ л, гемоглобин 123 г/л, гематокрит 38 %, тромбоциты 190×10^9 л.

Продолжен диагностический поиск. Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки (рис. 1), рентгенконтрастное исследование пищевода-желудочного перехода (рис. 2).



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

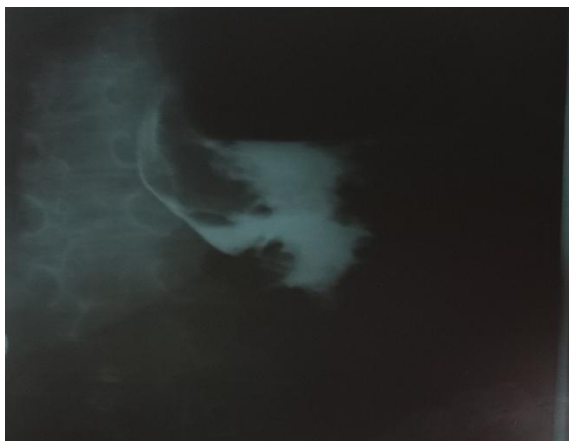
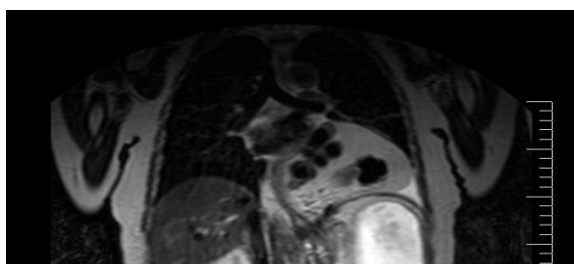


Рис. 2. Рентгенконтрастное исследование пищеводно-желудочного перехода

С подозрением на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы выполнена МРТ верхнего этажа брюшной полости и диафрагмы (рис. 3). **Выставлен клинический диагноз: Параэзофагеальная толстокишечная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.**

После предоперационной подготовки в плановом порядке выполнена операция: грыжесечение, задняя крурорафия, протезирующая диафрагмокруропластика с перитонизацией сетчатого импланта.

Рис. 3. МРТ органов брюшной полости,



грудной клетки и диафрагмы

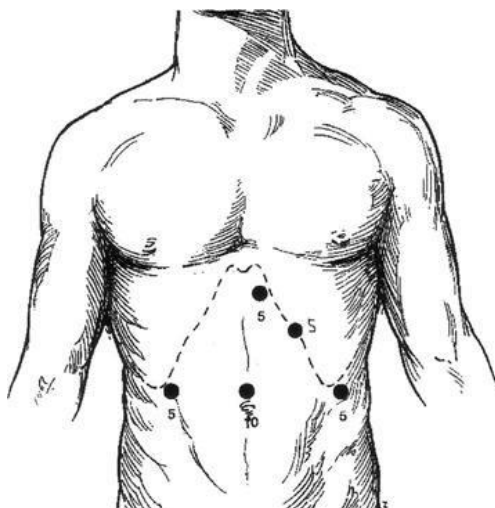


Рис. 4. Расположение троакаров

Техника операции: троакарный лапароцентез в параумбиликальной области, напряженный карбоксиперитонеум. При ревизии обнаружено: пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 4x5 см, впереди пищевода петля поперечной ободочной кишки вместе с большим сальником дислоцированы в полость заднего средостения (рис. 5). Установлены манипуляционные троакары в стандартных точках. С помощью зажима Вебска содержание грыжевого мешка низведено в брюшную полость.

Грыжевой мешок размером 10x11 см, выделен из полости заднего средостения при помощи гармонического скальпеля и аппарата LigaSure (рис. 6).

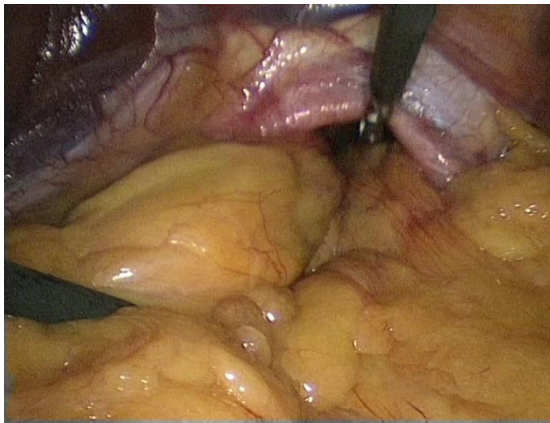


Рис. 5. Лапароскопическая картина толстокишечной паразофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы



Рис. 6. Этап выделения грыжевого мешка из полости средостения

Мобилизованы ножки диафрагмы и пищевод с идентификацией и сохранением стволов правого и левого блуждающих нервов. Во всех случаях пищеводно-желудочный переход располагался в области пищеводного отверстия диафрагмы, длина пищевода была достаточной (рис. 7). С техническими сложностями вследствие натяжения наложено 3 узловых шва на ножки диафрагмы позади пищевода (рис. 8).

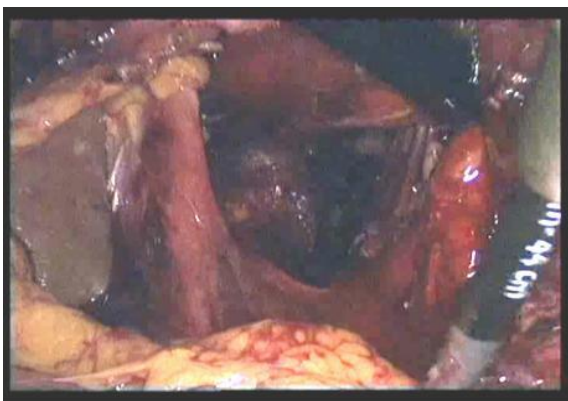


Рис. 7. Мобилизованные ножки диафрагмы и пищевод



Рис. 8. Позадипищеводная круорофия

Затем на разволокнившиеся волокна диафрагмы уложена композитная сетка прямоугольной формы размером 6х11 см, фиксирована герниостеплером по периметру (рис. 9). Поверх сетчатого импланта уложен фрагмент грыжевого мешка, оставленного на передней стенке пищевода (рис. 10).

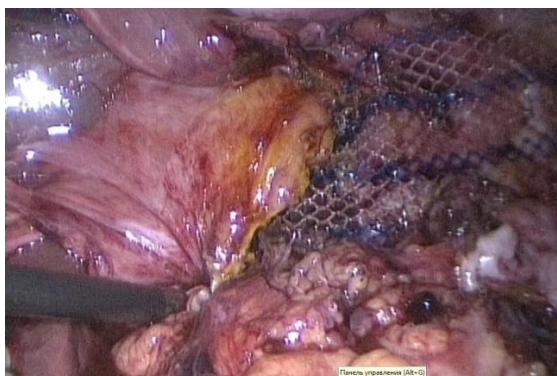


Рис. 9. Сетчатый имплант поверх сшитых диафрагмальных ножек



Рис. 10. Фрагмент грыжевого мешка для перитонизации сетчатого импланта

Фрагмент грыжевого мешка также фиксирован к диафрагме герниостеплером по периметру (рис. 11).

Десуфляция газа. Послойно швы на раны. Время операции составило 95 мин. Интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнения не было. Пациентка выписана из стационара на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Функция желудочно-кишечного тракта полностью восстановлена. Жалобы на дисфагию, изжогу, боль в грудной клетке в ближайшем послеоперационном периоде отсутствовали.

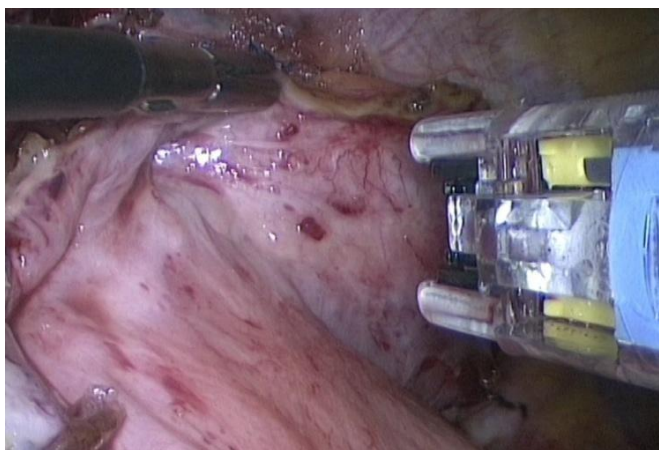


Рис. 11. Фиксация грыжевого мешка к диафрагме поверх сетки

Через 6 месяцев после выписки из стационара пациентка проанкетирована с помощью опросника GIQLI, который состоит из 36 вопросов и включает в себя следующие разделы: желудочнокишечные симптомы, эмоциональный статус, физические функции организма, социальные функции, стрессовый фактор медицинского вмешательства. Качество жизни составило 121 балл, что соответствует индексу качества жизни здорового человека [23].

Обсуждение

В 1992 году была выполнена первая лапароскопическая операция по поводу гигантской параэзофагеальной грыжи. Но до настоящего времени хирурги не пришли к консенсусу по поводу оптимального метода лапароскопического лечения гигантских параэзофагеальных грыж [9].

Первые попытки были направлены в первую очередь на низведение желудка в брюшную полость путем отделения пищевода от желудка и не подразумевали полного выделения грыжевого мешка из полости заднего средостения. Осложнения были нередкими, и частота конверсий составляла 50 %. По-видимому, это связано с поздним осознанием хирургами, что задняя стенка грыжевого мешка является проксимальной частью желудка [10], [11].

В последние 10 лет значительно увеличилось количество лапароскопических операций, направленных на устранение параэзофагеальных грыж [12].

В настоящее время летальность при лапароскопическом хирургическом лечении гигантских параэзофагеальных грыж составляет менее 0,5 %, при том, что пациенты чаще всего имеют преклонный возраст и сопутствующую соматическую патологию [13].

Проблемой является пластика грыжевых ворот при гигантских параэзофагеальных грыжах, когда вследствие большой площади хиатального отверстия натяжение между ножками диафрагмы усугубляется дистрофией ножек, в этом случае надежная крурорафия без разволокнения мышечных волокон диафрагмы едва ли представляется возможной. Швы, накладываемые на разволокненные ножки диафрагмы, прорезываются, что в результате приводит к рецидиву грыжи.

По данным литературы рецидив параэзофагеальной грыжи при выполнении крурорафии для ликвидации грыжевых ворот без имплантации сетчатого протеза составляет 42 % [14].

Однако описаны многочисленные угрожающие жизни пациентов осложнения при использовании синтетических сетчатых материалов в области пищеводно-желудочного перехода. Среди них: эрозия висцеральных органов [20], миграция сетки в просвет пищевода [15], миграция сетки в просвет аорты с развитием кровотечения [16], псевдоахалазия пищевода [17] и другие. К тому же, по мнению некоторых зарубежных авторов, процессы рубцевания, усиливающиеся при реакции тканей организма на инородный материал, значительно затрудняют повторное вмешательство в случае рецидива грыжи [21].

Не разработаны четкие критерии для классификации параэзофагеальных грыж в зависимости от площади поверхности пищеводного отверстия диафрагмы (ПППОД). В.В. Грубник предлагает грыжи с ПППОД < 10 см² называть малыми грыжами и выполнять единственно крурорафию. При ПППОД от 10 см² до 20 см² грыжи считать большими и

выполнять крурорафию в сочетании с протезирующей пластикой сетчатым имплантом. При ПППОД более 20 см², грыжи называть гигантскими, выполнять только аллопластику [18].

F.A. Granderath и соавторы предлагают интраоперационно измерять площадь хиатального отверстия, для этого необходимо инструментальное измерение длины диафрагмальных ножек (R, см), расстояния между ножками диафрагмы (S, см). Площадь пищевого отверстия вычисляется по 4 формулам:

1) $\alpha_1 = \arcsin(S/2)/R$ 2) $\alpha_0 = 2 \times \alpha_1$ 3) $B = \pi \times R \times \alpha_0/180$ 4) $HA_S = B \times R/2$, где α_1 – значение $\arcsin$ половины расстояния между ножками диафрагмы, разделенному на длину ножки диафрагмы в см, α_0 – значение α_1 , умноженное на 2, B – радиальный показатель, равный значению π , умноженному на длину ножки диафрагмы и умноженному на значение α_0 и разделенное на 180, HA_S – произведение полученного значения B и половины R [19].

В нашем случае, используя размеры пищевого отверстия диафрагмы, полученные при МРТ диафрагмы, рассчитали площадь поверхности пищевого отверстия по формуле F.A. Granderath.

ПППОД= 10,2 см². Учитывая внушительные размеры дефекта в диафрагме и невозможность крурорафии без разволокнения волокон диафрагмы, было принято решение о выполнении протезирующей диафрагмокруропластики композитной сеткой.

Выполненная перитонизация сетчатого протеза фрагментом грыжевого мешка позволит избежать осложнений в послеоперационном периоде, связанных с взаимодействием органов брюшной полости и сетки, а именно: спаечного процесса в брюшной полости, эрозии стенки желудка, эрозии стенки тонкой кишки, миграции сетки в просвет пищевода или желудка.

Принимая во внимание факт отсутствия симптомов рефлюкса до операции: изжоги, дисфагии, регургитации; данные МРТ ОБП и интраоперационную картину: желудок фиксирован под диафрагмой, острый угол Гиса сохранен, решено не выполнять мобилизацию дна желудка и фундопликацию. Хотя, по мнению некоторых авторов, манипуляции в области пищеводно-желудочного перехода могут послужить причиной возникновения симптомов рефлюкса даже при отсутствии таковых до операции [22].

Выводы

Лапароскопическое хирургическое лечение параэзофагеальных диафрагмальных грыж больших размеров является эффективным и безопасным методом, однако техника и некоторые детали оперативного пособия при различных видах параэзофагеальных грыж остаются предметом обсуждения.

Список литературы

1. Morgagni GB (1983) The seats and cases of disease. Translated by Benjamin Alexander (1749). Birmingham,AL: Gryphon Editions, Book IV, p 210.
2. Oddsdottir M, Franco AL, Laycock WS, Waring JP, Hunter JG (1995) Laparoscopic repair of paraesophageal hernia. Surg Endosc 9: 164–168.
3. Cameron J (2004) Current surgical therapy, 8th edn. Mosby, Philadelphia.
4. Каншин Н.Н. Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Дис. ...докт. мед. наук. М.,1967.
5. Pitcher DE, Curet MJ, Martin DT, Vogt D, Mason J, Zucker K (1995) Successful laparoscopic repair of paraesophageal hernia. Arch Surg 130: 590–596.
6. Landreneau RJ (1997) Surgical management of paraesophageal herniation. In: Nyhus LM, Baker RJ, Fischer JE (Eds.) Mastery of surgery Little, Brown and Company, Boston, pp 694–707. Landreneau RJ, Johnson JA, Marshall JB, Hazelrigg SR, Boley TM, Curtis JJ (1992) Clinical spectrum of paraesophageal herniation. Dig Dis Sci 37: 537–544.
7. Hill LD (1973) Incarcerated paraesophageal hernia. A surgical emergency. Am J Surg 126(2):286–291.
8. Diaz S, Brunt LM, Klingensmith ME, Frisella PM, Soper NJ (2003) Laparoscopic paraesophageal hernia repair, a challenging operation: medium-term outcome of 116 patients. J Gastrointest Surg 7: 59–66.
9. Cuschieri A, Shimi S, Nathanson LK (1992) Laparoscopic reduction, crural repair, and fundoplication of large hiatal hernia. Am J Surg 163:425–430.
10. Watson DI, Davies N, Devitt PG et al (1999) Importance of dissection of the hernial sac in laparoscopic surgery for large hiatal hernias. Arch Surg 134:1069–1073.
11. Edye M, Salky B, Posner A et al (1998) Sac excision is essential to adequate repair of paraesophageal hernia. Surg Endosc 12:1259–1263.
12. Jay AP, Watson DI (2010) Changing work patterns for benign upper gastrointestinal and biliary disease: 1994–2007. ANZ J Surg 80:519–525.
13. Grotenhuis BA, Wijnhoven BP, Bessell JR et al (2008) Laparoscopic antireflux surgery in the elderly. Surg Endosc 22:1807–1812.
14. Hashemi M, Peters JH, DeMeester TR, Huprich JE, Quek M, Bremner CG (2000) Laparoscopic repair of large type III hiatal hernia: objective followup reveals high recurrence rate. J Am Coll Surg 190: 553–560; discussion 560–551.
15. M. Jansen Æ J. Otto Æ P. Lynen Jansen (2007) Mesh migration into the esophageal wall after mesh hiatoplasty: comparison of two alloplastic materials. Surg Endosc (2007) 21:2298–2303.
16. Nico Zugel, Reinhold A.,Lang Martin,Thomas P. Huttli (2009) Severe complication of laparoscopic mesh hiatoplasty for paraesophageal hernia. Surg Endosc 23:2563–2567.

17. L.Bonavia, D.Bona, G.Siano, C.Clemente (2007) Pseudoachalasia occurring after laparoscopic Nissen fundoplication and crural mesh repair. *Langenbecks Arch Surg* 392:653-656.
18. В.В. Грубник, А.В. Малиновский (2014) Лапароскопическая пластика грыж пищеводного отверстия диафрагмы: новая классификация, основанная на отдаленных результатах. *Эндоскопическая хирургия* 1:9-15.
19. Granderath F.A., Schweiger U.M., Pointner R. Laparoscopic antireflux surgery: Tailoring the hiatal closure to the size of hiatal surface area. *Surg Endosc* 2007; 21:542-548.
20. Arpad J. et al. Endoscopic assessment of failed fundoplication: a case for standardization *Surg Endosc* (2011) 25:3761–3766.
21. F.A. Granderath et al. *World J Surg* 2008.
22. Ellis FH Jr, Crozier RE, Shea JA (1986) Paraesophageal hiatus hernia. *Arch Surg* 121(4):416–420.
23. Korolija D, Sauerland S, Wood-Dauphinee S et al. (2004) Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* 18(6):879–897.

РЕЗУЛЬТАТЫ «ГИБРИДНОЙ» ХИРУРГИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А.В. Тобохов, П.И. Захаров, В.Н. Николаев, П.А. Неустроев

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы нового направления современной кардиохирургии – «гибридной» хирургии при сочетанных поражениях клапанов сердца и коронарных артерий. Авторы делятся опытом проведения 48 пациентам с сочетанным поражением клапанов сердца ревматического генеза и коронарных артерий «гибридных» операций двухэтапным методом. Проводится сравнительный анализ результатов гибридного лечения и одномоментной коррекции приобретенных пороков сердца (ППС) и ишемической болезни сердца (ИБС) в условиях искусственного кровообращения (ИК). При сочетании ППС и ИБС очевидные преимущества имеют «гибридные» операции перед одномоментными операциями, в плане снижения послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова

двухэтапные «гибридные» операции, одномоментные «гибридные» операции, приобретенные пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, баллонная ангиопластика

Материалы и методы

Мы провели анализ результатов двухэтапного гибридного лечения (2-staged hybrid) приобретенных пороков сердца (ППС) и ишемической болезни сердца (ИБС) у 48 пациентов за 7 лет (2006 – 2012 г.г.) в отделении кардиохирургии Отдела сердечно-сосудистой хирургии Клинического центра ГБУ РС (Я) «РБ№1-НЦМ». Данный метод лечения применяли к пациентам, у которых выполнение одномоментных операций по стандартной методике сопровождалось высоким риском развития осложнений и летального исхода. Это больные с распространенным поражением коронарных артерий и многоклапанными пороками, имеющие тяжелую сопутствующую патологию (почечная дисфункция, хронические обструктивные заболевания легких и др.). Мужчин было 31 (64,6%) в возрасте от 42 до 68 лет (средний возраст составлял $61 \pm 2,1$ г.), женщин – 17 (35,4%) в возрасте от 48 до 67 лет (средний возраст составлял $63 \pm 1,9$ г.).

Этиологическим фактором поражения клапанов сердца во всех случаях был ревматизм, изолированное поражение аортального (АК) клапана – 12 случаев (4 случая с развитием критического стеноза, 8 случаев – сочетание стеноза с недостаточностью клапана 3-4 ст.). Изолированное поражение митрального клапана (МК) наблюдалось в 14 случаях (недостаточность клапана 3-4 ст. встречался в 9 наблюдениях, недостаточность с развитием стеноза клапана – 5 случаев). Сочетанное поражение МК (4 случая недостаточность клапана 3 ст., 3 случая недостаточность с развитием критического стеноза клапанного аппарата) с недостаточность трикуспидального клапана (ТК) 2-3 ст. было у 7 пациентов. Трехклапанное поражение диагностировано у 15 больных.

Всем больным проводилась коронарография, по результатам которой выявлены: однососудистое поражение у 15 (31,3%), двухсосудистое – у 29 (60,4%), трехсосудистое – у 4 (8,3%). Баллонной ангиопластике (БАП) или стентированию пораженных коронарных артерий подвергались пациенты со стенозами артерий более 70%. Всего этим 48 пациентам проведено 85 эндоваскулярных вмешательств (53 стента, 32 БАП). В среднем через 8 (от 5 до 12 суток) дней после эндоваскулярного вмешательства на коронарных артериях выполняли второй этап гибридного вмешательства – коррекция клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения (ИК). В таблице 1 представлена структура гибридных операций на сердце при сочетании ППС и ИБС.

Таблица 1. Структура гибридных операций на сердце при сочетании ППС и ИБС

Объем операций	n (%)	Эндоваск.	Эндоваск.	Эндоваск.	Летальность
на клапанах		вмешатва на 1 кор. артерии	вмешатва на 2 кор. артериях	вмешатва на 3 кор. артериях	n (%)
Протезирование аортального клапана	12(25)	3	8	1	-

Протезирование митрального клапана	14(29,2)	5	9	-	-
Протезирование митрального клапана + пластика трикуспидального клапана	7(14,6)	4	2	1	-
Протезирование аортального клапана, митрального клапана + пластика трикуспидального клапана	15(31,2)	3	10	2	1(6,7)
Всего	48(100)	15	29	4	1(2,0)

Антикоагулянтная терапия проводилась по следующей схеме: в день выполнения эндоваскулярного вмешательства назначался нагрузочная доза плавикса – 300 мг, в последующие дни по 75 мг в сутки. Фраксипарин назначали реже, пациентам после коррекции многососудистого поражения коронарных артерий. За 3 суток до полостной операции пациентов переводили на гепаринотерапию в дозе 2500 – 5000 ед. подкожно 4 раза в сутки.

Операция в условиях ИК выполнялся по стандартной технологии: доступ к сердцу через срединную стернотомию, АИК подключался по схеме полые вены – аорта. Были использованы антеградная и ретроградная кардиоплегия растворами кустодиол или консол.

Для сравнения результатов гибридных операций мы провели анализ результатов одномоментного хирургического лечения ППС и ИБС в условиях ИК второй группе больных (n - 21) (см. таблицу 2), которым выполнено протезирование клапанов сердца и аортокоронарное шунтирование в период с 2000 по 2012 гг. Мужчин было 16, средний возраст $-52 \pm 1,8$ года; женщин было 5, средний возраст – $54 \pm 1,5$ года.

Таблица 2. Одномоментные операции на клапанах сердца и аортокоронарного шунтирования

Объем операций на клапанах	n (%)	АКШ 1-сосуд.	АКШ 2-сосуд.	АКШ 3-сосуд.	Летальность n (%)
Протезирование АК	6(28,6)	4	1	1	-
Протезирование МК	5(23,8)	4	1	-	-
Протезирование МК + пластика ТК	7(33,3)	5	1	1	1(14,3)
Протезирование АК, МК + пластика ТК	3(14,3)	2	-	1	1(33,3)
Всего	21(100)	15	3	3	2(9,5)

Изолированное протезирование АК с АКШ выполнено 6 пациентам, протезирование МК с АКШ – 5 пациентам, протезирование МК и пластика ТК с АКШ - у 7 пациентов, протезирование АК и МК с пластикой ТК и АКШ – у 3 пациентов.

Результаты и обсуждение

По литературным данным, сочетание ППС и ИБС у кардиохирургических больных в 10 – 28 % случаях [1, 2]. Общеизвестно, что при стандартном одномоментном проведении протезирования клапана и АКШ летальность достигает до 10% (15). Многими авторами отмечено, что у больных с множественными факторами риска летальность при таких операциях достигает 22% [3, 4, 6, 7, 9, 11].

После гибридной операции двухсосудистого стентирования коронарных артерий и коррекции трехклапанной патологии умерла 1 пациентка на 4 – е сутки в результате нарастающей левожелудочковой недостаточности с развитием полиорганной недостаточности (летальность – 2,0%). После одномоментной операции на клапанах сердца и аортокоронарного шунтирования умерли 2 больных (летальность - 9,5%): 1 больной в первые сутки после трехклапанной коррекции и трехсосудистого аортокоронарного шунтирования в результате массивного кровотечения смешанного генеза, и 1 больной умер на фоне полиорганной недостаточности с развитием острой почечной недостаточности на 7-е сутки после протезирования МК и пластики ТК с трехсосудистым аортокоронарным шунтированием. Следует отметить, что высокая летальность при сочетанных операциях остаётся высоким и достигает 5 – 11% при протезировании АК и АКШ [12], этот показатель у пациентов старше 70 лет доходит до 14,3% [12], и 11 – 24% при протезировании МК с АКШ [13]. Многие исследователи приводят данные о госпитальной летальности 5,5% и о 95% выживаемости в последующие 19 месяцев [9, 10, 11, 15]. Послеоперационный инфаркт миокарда был у одного пациента после гибридной операции, в группе больных перенесших одномоментное вмешательство на клапанах сердца и аортокоронарное шунтирование периоперационный инфаркт миокарда произошел у 2 пациентов. Среднее время пережатия аорты при протезировании АК $47 \pm 7,6$ мин. при проведении операции по гибридной методике, $76 \pm 11,6$ мин. при одномоментном протезировании АК и аортокоронарного шунтирования. Увеличение продолжительности времени ИК и времени ишемии миокарда, как одного из ведущих факторов риска может стать причиной фатального исхода [5, 8]. Таким образом, уменьшение времени ИК в результате использования гибридной технологии уменьшает операционный риск [10, 14]. На сегодняшний день во многих клиниках мира появились гибридные операционные, где имеются все условия для проведения методом «I-stop hybrid» практически одномоментно [9, 10].

Выводы

1. «Гибридный» метод лечения позволяет значительно снизить летальность у тяжелой категории пациентов с сочетанной патологией клапанов сердца и коронарных артерий.
2. При применении «гибридного» метода осложнений в виде периоперационного инфаркта встречается реже, чем при одномоментном выполнении коррекции ППС с АКШ.
3. Метод одномоментной гибридной хирургии ППС и ИБС является наиболее перспективным направлением, для этого требуются создание специально оборудованных «гибридных» операционных для проведения операций методом «I-stop hybrid».

Список литературы

1. Алекян, Б.Г., Никитина Т.Г., Скопин И.И. и др. Эндоваскулярная хирургия при лечении больных ишемической болезнью сердца в сочетании с приобретенными пороками сердца: Материалы III Ежегодной сессии НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, 1999. С. 76.
2. Алекян, Б.Г., Скопин И.И., Никитина Т.Г., Капутин М.Ю. Коронарная ангиопластика при лечении больных с приобретенными пороками сердца в сочетании с ишемической болезнью сердца // Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца / Под ред. Л. А. Бокерия, Б. Г. Алекяна, А. Коломбо, Ю. И. Бузиашвили. - М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2002. - С. 303-312.
3. Алекян, Б.Г., Скопин И.И., Никитина Т.Г. и др. Коронарная ангиопластика в этапном лечении больных с приобретенными пороками сердца в сочетании с ИБС // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. - 2001. - №2. - С. 72-76.
4. Алиев Ш.М. Хирургическое лечение пороков митрального клапана в сочетании с ишемической болезнью сердца: дис. канд. мед. наук – М., 2003.
5. Казаков Э.Н., Малашенков А.И. и др. Некоторые особенности диагностики и хирургического лечения при сочетанных поражениях коронарных артерий и клапанов сердца: материалы симпозиума по хирургическому лечению врожденных и приобретенных пороков сердца, Ереван, 1985. 149-153с.
6. Семеновский М.Л., Соколов В.В., Честухин В.В. и др. Новый подход к хирургии сочетанной клапанной и коронарной болезни сердца: материалы XIV Ежегодной сессии НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, 1999. 27с.
7. Скопин И.И., Никитина Т.Г., Капутин М.Ю. и др. Статистический анализ факторов риска ранней госпитальной летальности при сочетанных операциях коррекции клапанных пороков сердца и аортокоронарного шунтирования // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. - 2001. - №2. - С. 75-78.
8. Bloomstein L. Z. Aortic valve replacement in geriatric patients: determinants of

in-hospital mortality // Ann. Thorac. Surg. - 2001. – Vol. 71. - P. 597-600.

9. Brinster D.R., Byrne M., Rogers C.D. et al. Effectiveness of same day percutaneous coronary intervention followed by minimally invasive aortic valve replacement for aortic stenosis and moderate coronary disease («hybrid approach») // Am. J. Cardiol. - 2006. - Vol. 98. - P. 1501-1503.

10. Byrne J.G., M. Leacche, D.E. Vaughan, D.X. Zhao Hybrid Cardiovascular Procedures // J. Am. Coll. Cardiol. -2008. - Vol. 1, № 5. - P. 459-468.

11. Byrne J.G., Leacche M., Unic D. et al. Staged initial percutaneous coronary intervention followed by valve surgery («hybrid approach») for patients with complex coronary and valve disease // J. Am. Coll. Cardiol. - 2005. -Vol. 45. - P. 14-18.

12. Galloway A.C., Colvin S.B., Grossi E.A. et al. Ten-year experience with aortic valve replacement in 482 patients 70 years of age or older: operative risk and long-term results // Ann. Thorac. Surg. - 1990. - Vol. 49. - P. 84-91.

13. Gorav Ailawadi, Swenson B.R. Is Mitral Valve Repair Superior to Replacement in Elderly Patients? // Ann. Thorac. Surg. - 2008. - Vol. 86. - P. 77-86.

14. Magee M.J., Alexander J.H., Hafley G. et al. Coronary artery bypass graft failure after on-pump and off-pump coronary artery bypass: findings from PREVENT IV // Ann. Thorac. Surg. - 2008. - Vol. 85. - P. 494-499; discussion 499-500.

15. Umakanthan R., Leacche M. Combined PCI and Minimally Invasive Heart Valve Surgery for High-Risk Patients // Curr. Treatment Options Cardiovasc. Medicine. -2009. - Vol. 11. - P. 492-498.

Сведения об авторах

1. А.В. Тобохов – заведующий кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», профессор, д.м.н., г. Якутск.

2. П.И. Захаров – заведующий отделением кардиохирургии, ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины»), д.м.н. г. Якутск.

3. В.Н. Николаев – доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», к.м.н., г. Якутск.

П.А. Неустроев – доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», к.м.н., г. Якутск.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

А.В. Тобохов, Л.В. Ховрова

г. Якутск, Кафедра госпитальной хирургии и лучевой диагностики

Медицинского института СВФУ им М.К Аммосова

Аннотация

В современном мире по частоте заболеваемости среди колопроктологических заболеваний хронический геморрой занимает первое место. Проблема выбора хирургического лечения остается актуальной, и в настоящее время. Нами в период с 2007г по 2013 г проведен анализ наблюдений 318 больных находившихся на амбулаторном лечении в АСОН^{№2} Мед.центраг.Якутска и в стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУ РС(Я) РБ^{№1}НЦМ. Лигирование латексными кольцами было выполнено 121 больному по разработанной нами методикепо одному геморроидальному узлу за сеанс, через каждые 7 дней, выявлено, что метод хорошо переносится больными, отмечается отсутствие болевого синдрома после всех курсов лигирования, кровотечение прекращается после первых сеансов лигирования. Геморроидэктомия с применением биполярного коагулятора-диссектора «Энсил» выполнена 48 больным, метод удобен в применении в хирургических стационарах, после операции отмечается менее интенсивный болевой синдром, не требующий назначения наркотических анальгетиков, сроки заживления раны становятся короче, сроки реабилитации после данного вида геморроидэктомии укорачиваются до 10 дней. Классический вид геморроидэктомиипо Milligan-Morgan был выполнен 59 больным. все операции проведены в хирургическом стационаре. Всем больным после операции назначали наркотические анальгетики, болевой синдром был выражен в первые 2-3 сутки после операции. Недостатком ее является высокая частота ранних и поздних осложнений в послеоперационном периоде, выраженный болевой синдром, возможность дизурических осложнений и длительный период реабилитации от 20 до 45 дней. Фармакотерапия проводилась в комплексном лечении при начальных стадиях хронического течения, и как профилактика обострений заболевания у 90 больных. Положительные результаты лечения были получены у больныхпри I стадии заболевания также при начальных стадиях хронического течения, и как профилактика обострений заболевания.

Ключевые слова

хронический геморрой, геморроидэктомия, малоинвазивные методы лечения.

Введение

В современном мире с развитием научно-технического прогресса увеличивается количество факторов способствующих развитию явлений гиподинамии, которые в свою очередь ведут к развитию заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной системы, в том числе и геморроя. Острота этой проблемы обусловлена прежде всего несовершенством применяемых в настоящее время методов лечения и частотой осложнения в раннем послеоперационном периоде, а также в отдаленные сроки после геморроидэктомии [2,4]. Вместе с тем, в настоящее время все большей популярностью стали пользоваться малоинвазивные методы лечения геморроя. Эти методы имеют ряд преимуществ, которые заключаются в простоте техники выполнения, высокой эффективности, возможности амбулаторного применения, безопасности манипуляции, хорошей ее переносимости без ограничения трудоспособности и позволяют значительно снизить стоимость медицинской помощи[1,3,5,6]. Однако, несмотря на достижения современной медицины, до сих пор нет четких критериев для выполнения малоинвазивных операций в зависимости от степени и тяжести геморроя. До сих пор ведется поиск наиболее эффективного, менее болезненного и экономического эффективного малоинвазивного метода лечения геморроя в амбулаторных условиях [6]. Вышеперечисленные данные свидетельствуют об актуальности исследований, направленных на снижение травматичности операции, уменьшение числа послеоперационных осложнений и сокращения сроков медицинской реабилитации больных с хроническим геморроем.

Материалы и методы

Нами проведен анализ наблюдений 318 больных хроническим геморроем, находившихся на лечении в ГБУ МЦ АСО №2 и ГБУ РС(Я) РБ№1НЦМ с 2007 по 2013г. Возраст больных с 21 до 65 лет. По полу: мужчин–154 (48,4%), женщин – 164 (51,6%). Всем больным проводилось комплексное обследование по общепринятой методике, включавшее клинические, инструментальные и лабораторные методы исследования. Все больные, в зависимости от проведенного лечения разделены на 4 группы: В 1-ю группу вошли 121 больных, которым было проведено лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Во 2-ю группу вошли 48 больных, которым в амбулаторных и стационарных условиях была выполнена геморроидэктомия аппаратом «Энсил». В 3-ю группу включены 59 больных, которым в стационарных условиях проведено радикальное хирургическое лечение, в объеме операции по Milligan-Morgan. 4-ю группу составили 90 больных, получивших консервативное лечение в центр амбулаторной хирургии Медицинского центра г. Якутска. Распределение больных в группах по форме хронического геморроя, выглядит следующим образом: больных, у которых течение хронического внутреннего геморроя, сопровождалось хронической анальной трещиной было 151 (47,5%), больных с хроническим внутренним геморроем было 59 (18,5%) и

больных с клинической картиной хронического комбинированного геморроя было 108 (34%).

Лигирование геморроидальных узлов мы проводили при выпадении узлов II стадии и более. Лигирование латексными кольцами проводилось поэтапно, по разработанной нами методике, по одному геморроидальному узлу за сеанс, через каждые 7 дней. Такая схема лигирования выполнялось на трех внутренних узлах. Все процедуры проведены амбулаторно, без ограничения трудоспособности.

Больным с хроническим геморроем второй группы, выполнена геморроидэктомия с применением биполярного коагулятора-диссектора «Энсил». Критерием включения больных в эту группу, было выпадение геморроидальных узлов III, IV стадии при наличии четких границ между наружными и внутренними узлами. Оперативное лечение проводилось как в амбулаторных условиях, с динамическим наблюдением в течении 1 суток, так и в стационарных условиях с пребыванием 5-7 дней, после операции. Оперативное вмешательство выполнялось больным под спинномозговой анестезией, в развернутой операционной, с операционной мед.сестрой и одним ассистентом.

При наличии узлов III степени, без четких границ между внутренними и наружными узлами, также при выпадении узлов IV степени, нами выполнены оперативные вмешательства в объеме геморроидэктомии по Milligan-Morgan в стационарных условиях. После операции больной переводился в общую палату. В течении первых суток в зависимости от выраженности болевого синдрома назначали наркотические анальгетики, не более 2-3 раз в сутки. В последующие дни применяли группу нестероидных противовоспалительных анальгетиков. При гладком течении послеоперационного периода больных выписывали на 9-11 сутки. Классический вариант радикальной геморроидэктомии по Milligan-Morgan возможен только в стационарных условиях. Достоинствами данного метода является его патогенетическая обоснованность. Показанием для геморроидэктомии являются пациенты с хроническим геморроем 3-4 стадии, с отсутствием границ между внутренними и наружными геморроидальными узлами. Недостатком ее является высокая частота ранних и поздних осложнений в послеоперационном периоде, длительный период реабилитации.

В группу больных, получивших консервативное лечение вошли 30 пациентов, обратившихся к проктологу в центр амбулаторной хирургии Медицинского центра г. Якутска. Фармакотерапия проводилась в комплексном лечении при начальных стадиях хронического течения, и как профилактика обострений заболевания. Консервативное лечение проводится в комплексе, с мероприятиями направленными на нормализацию деятельности пищеварительного тракта, соблюдение диеты, соблюдение режима труда и отдыха, а также исключения неблагоприятных факторов.

Результаты исследований

Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами было выполнено 121

больному, по разработанной нами, по этапной методике через каждые 7 дней, является наиболее эффективным при выпадении узлов II и III степени, критерием которого является хорошая переносимость процедуры, отсутствие болевого синдрома, прекращение кровотечения уже после первых процедур и возможность вести больным обычный образ жизни. Следует также отметить, что метод прост в исполнении, проведение процедуры возможно в амбулаторных условиях и без ограничения трудоспособности. Реабилитационные мероприятия после данного метода лечения, не нужны.

Операции с применением биполярного коагулятора диссектора были выполнены 48 пациентам. После выполнения данной операции положительный результат был у всех прооперированных больных, в нашем исследовании осложнений после данного вида геморроидэктомии не наблюдалось, следует отметить, что в послеоперационном периоде имеется менее интенсивный болевой синдром, не требующий назначения наркотических анальгетиков, нет выраженного рефлекторного спазма мышц анального канала, что благоприятно влияет на сроки заживления послеоперационной раны, самостоятельное мочеиспускание возможно уже на следующие сутки после операции и возможность сокращения сроков реабилитации до 10 дней.

Классический вариант радикальной геморроидэктомии по Milligan-Morgan был выполнен 59 больным. Операции все проведены в хирургическом стационаре. Всем больным после операции назначали наркотические анальгетики, болевой синдром был выражен в первые 2-3 сутки после операции. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,4%) больных наблюдались дизурические нарушения, выраженный болевой синдром у 3 (5,1%). В отдаленные сроки после операции осложнений нами не наблюдалось. Метод требует длительного периода реабилитации от 20 до 45 дней.

К консервативному лечению хронического геморроя мы подходили комплексно. При выборе местного лечения хронического геморроя с осложненным течением мы учитывали превалирование одного из симптомов – боль, кровотечение и анальный зуд, с учетом факторов, отягощающих течение хронического геморроя. Положительные результаты после курса консервативного лечения наблюдались у всех больных, так уже после 3-4 дней проведенного лечения отмечалось снижения кровотечения и интенсивности болевого синдрома.

Выводы

1. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами по этапной методике через каждые 7 дней, является наиболее эффективным при выпадении узлов II и III степени, критерием которого является хорошая переносимость процедуры и отсутствие болевого синдрома. Следует также отметить, что метод прост в исполнении, проведение процедуры возможно в амбулаторных условиях, без ограничения трудоспособности.

2. Геморроидэктомия с применением биполярного коагулятора-диссектора

«Энсил» является методом выбора при хирургическом лечении хронического геморроя III, IV степени. Метод удобен в применении в стационарных условиях и позволяет сократить период реабилитации пациентов в 2-3 раза (до 10 дней).

3. Консервативное лечение больным хроническим геморроем, показано при I стадии заболевания также при начальных стадиях хронического течения, и как профилактика обострений заболевания

Список литературы

1. Багдасарян Л.К. Комплексное лечение геморроя в условиях центра амбулаторной хирургии / Л.К. Багдасарян, Л.А. Багдасарян //Актуальные вопросы колопроктологии: Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007. - С. 131.
2. Благодарный Л.А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя/ Л.А. Благодарный, Ю.А. Шелыгин // Хирургия. 2006. - № 1. - С. 49-52.
3. Воробьев Г.И. Геморрой /Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. –М.: Литера, 2010.-198с.
4. Кузьминов А.М. Геморроидэктомия плазменным скальпелем /А.М.Кузьминов, И.Ф.Борисов// Матер. I съезда колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009. - С. 229.6.
5. Шелыгин Ю. А. Сравнительные результаты геморроидэктомии выполненной гармоническим скальпелем и стандартными методами / Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный, Н.Н. Полетов, Л.М. Хмылов // Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды конгресса,- М., 2003.- С.247.
6. Johaimsson H. O. Long-term results of haemorrhoidectomy / H.O. Johannsson, W. Graf, L.Pahlman // Eur J Surg.- 2002.-168(8-9). P. 485-9.

Сведения об авторах

1. Тобохов Александр Васильевич д.м.н, профессор, зав.каф госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинский институт СВФУ. ГБУ РС(Я) РБ№1 НЦМ.
2. Ховрова Любовь Васильевна, аспирант кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинский институт СВФУ. ГБУ МЦ АСО №2.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВорождённых в Новосибирске

**П.В. Трушин, К.Е. Скляр, Д.С. Шелковников, Е.С. Костылева, И.А.
Толмачёв**

**ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
Минздрава России (г. Новосибирск)**

Цель исследования: проведение анализа клинических случаев некротизирующего энтероколита новорожденных, находившихся в хирургическом отделении ГБУЗ НСО ДГКБ №1 в период с января 2010 года по март 2014 года.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуто 40 историй болезни детей, перенесших НЭК и получавших лечение в хирургическом отделении ГБУЗ НСО ДГКБ №1 в период с января 2010 года по март 2014 года. Среди 40 детей 22 мальчика (55%) и 18 девочек (45%). Гестационный возраст детей от 24 до 40 недель, средний 31,4 ±4,8 недель. Масса тела при рождении от 595 грамм до 3900 грамм, средняя 1817,225 ±867,5.

Результаты исследования: В рассмотренной группе количество мальчиков 22 (55%), а девочек 18 (45%). Гестационный возраст распределился в интервале от 24 до 40 недель, средний возраст 31,4 ±4,8 недель. 29 (72,5%) детей имеет гестационный возраст от 24 до 33 недель. Стоит отметить, что 11 человек (27,5%) – это дети у которых НЭК развился вторично, на фоне оперативного вмешательства по поводу врожденных пороков, или на фоне раннего, либо позднего неонатального сепсиса. Масса тела при рождении распределилась в интервале от 595 грамм до 3900 грамм, средняя масса 1817,225 ±867,5. 25 детей (62,5%) имеют массу менее 2000 грамм. Манифестация НЭК среди проанализированных случаев встречается как у детей в периоде внутриутробного развития, так и у детей старше месяца. У 29-и детей (72,5%) манифестация НЭК произошла раньше 11 суток, притом у 2-х из них (5%) НЭК манифестировал внутриутробно. Среди проанализированных случаев у 26-и пациентов (65%) наблюдается перфорация кишечной стенки и у 3-х пациентов (7,5%) некроз. Следовательно, 29 пациентов (72,5%) имели показания к проведению лапаротомии с резекцией измененного участка кишечника.

Выводы. Группа почти однородна по гендерному признаку. 12 детей (30%) имели «экстремально низкую массу тела». У 29 пациентов (72,5%) было изменение в стадии перфорации (26 человек) и некроза (3 человека) кишечной стенки, что явилось показанием к проведению лапаротомии с резекцией измененного участка кишечника. Радикальное лечение (лапаротомия с последующей резекцией измененного фрагмента кишки),

проведена 26-и пациентам (65%), 3 пациента, имевших абсолютные показания были неоперабельные. 60% исходов (у 24 детей) лечения летальные.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Т.М. Тяптиргянова

г. Якутск, Медицинский институт СВФУ им. М.К.Аммосова

Цель работы: Выявить влияние алкогольного поражения печени на развитие аваскулярного некроза головки бедренной кости .

Материалы и методы. Проведен статистический анализ карт 165 пациентов за 2007-2011 гг. отделений травматологии и ортопедии г. Якутска.

Таблица 1. Распределение пациентов с АНГБК по возрастам

Года	20-30	31-49	50-более	Всего больных
2007	2	18	11	31
2008	1	14	26	41
2009	2	16	10	28
2010	1	31	1	33
2011	1	28	3	32

Основная масса пациентов приходится на трудоспособный возраст 31-49 лет. 111(67,3%) мужчин, и 54 (33,7%) женщины. Встречаемость данного заболевания среди популяции якутов и русских одинаковая (80 случаев в каждой популяции), 5 случаев в популяциях других национальностей, 80 (48,5%) случаев среди городского населения и 85 (51,5%) среди сельского населения. Среди сопутствующей патологии алкогольная болезнь печени выявлена у 12 человек (7,5%), чему свидетельствует увеличение уровня щелочной фосфатазы до 300 МЕ/л в 6 случаях , изменение показателей трансаминаз (АлТ, АсТ) до 35-50 Ед в 11 случаях. При проведении УЗИ печени хорошо видны признаки изменений размеров и формы, жирового перерождения печени (характерная гиперэхогенность тканей печени). Также в анамнезе у пациентов прослеживается связь между развёртыванием клинической картины АНГБК и началом систематического приёма алкогольных напитков (более 10 лет).

Таким образом, наблюдается тенденция роста заболевания среди людей работоспособного возраста при сохранении общего числа случаев заболевания, чаще у мужчин. Выявлено неблагоприятное течение АНГБК при наличии сопутствующей алкогольной болезни печени.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РБ №2 ЦЭМП

Т.М. Тяптиргянова

г. Якутск, Медицинский институт СВФУ им. М.К.Аммосова

Цель данного исследования: оценить эффективность диагностики и лечения кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 57 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, которые проходили лечение в РБ №2 ЦЭМП в хирургическом отделении с 2010 – 2012гг., 40 мужчин (70,1%) и 17 (29,9%) женщин. У 19 больных(33,3%) диагностировали псевдокисту. Средний возраст больных 46,6 лет. Среди коренного населения кисты поджелудочной железы были у 40(70%) больных, некоренного (проживающие в условиях Крайнего Севера более 5 лет) - 17(30%).

Результаты. Во время пребывания в стационаре больным проведены следующие исследования: ФГДС у 8 больных (42%), рентгенография ОГК у 8 больных (42%), КТ ОПБ у 5 больных (26,3%), УЗИ ОБП делали всем больным, ЭКГ у 6 больных (31,5%), рентгенография ОПБ у 8 больных (42%), диагностическая лапароскопия под контролем УЗИ у 6 больных (31,5%), МРТ у 2 больных (10,5%). При больших кистах (свыше 10 см) были применены наружное дренирование кисты с видеоассистированием из минидоступа (6 больных). У 6 больных (7,5%) произведена операция - марсупиализация кисты с благоприятными ближайшими и отдаленными результатами. У 15 (18,7%) больных при исследовании содержимого кисты был получен гной, в этих случаях производилось неоднократное промывание кисты растворами антисептиков, затем только вводился спирт, процедура повторялась несколько раз, через оставленный дренаж. У всех больных повторного наполнения кист в период стационарного пребывания и в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдалось.

Таким образом, в выборе метода хирургического лечения кист ПЖ должны учитываться локализация кисты, ее размеры, наличие связи ее с главным панкреатическим протоком, а также общее состояние больного. Анализ данных ультразвуковой диагностики показал, что лечение больных с кистами ПЖ методом пункционного дренирования с последующим склерозированием под контролем УЗИ является высокоэффективным и малотравматичным способом.

СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

И.Е. Усятинская¹, И.С. Симутис¹, Г.А. Бояринов², А.С. Мухин²

г. Нижний Новгород, ¹ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40», ²ГБОУ ВПО «Нижегородская Государственная Медицинская Академия»

Цель исследования: оценка эффективности эндоскопического гемостаза инъекциями раствора адреналина по традиционной методике по сравнению с применением норадреналина по оригинальной методике.

Материалы и методы: в группе сравнения пациентам, поступившим в стационар с клиникой неварикозного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наряду со стандартной интенсивной терапией желудочного кровотечения проводился эндоскопический гемостаз раствором адреналина по общепринятой методике. В исследуемой группе пациентов с сопоставимыми общесоматическим статусом и характером источника кровотечения гемостаз проводился раствором норадреналина по оригинальной методике: сначала раствор вводился по периферии дефекта, а затем непосредственно вокруг источника кровотечения. В группах сравнивали наличие рецидивов, динамику стигм кровотечения по классификации Forrest, скорость заживления дефектов в стандартные сроки.

Основные результаты: В группе пациентов, которым производились инъекции раствора норадреналина по оригинальной методике, при контрольных эндоскопических обследованиях наблюдалась более быстрая динамика стигм кровотечения по Forrest в сторону снижения риска рецидива кровотечения по сравнению с теми пациентами, которым применялся адреналин. В этой группе рецидивов не наблюдалось. Среди пациентов, которым применялся раствора адреналина, почти в 20% случаев наблюдался рецидив кровотечения, а регресс стигм кровотечения был достоверно более медленным. Перфораций после ни в одной группе также не отмечалось. Всем пациентам в стандартные сроки проводился эндоскопический контроль заживления язв, достоверных различий в группах не наблюдалось.

Основные выводы. Полученные результаты позволяют заключить, что применение раствора норадреналина по оригинальной методике с целью достижения гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяет добиться более устойчивого гемостаза по сравнению с адреналином. Вероятно, данный эффект достигается за счет более выраженного сосудосуживающего эффекта норадреналина,

который потенцируется дополнительным введением раствора по периферии дефекта.

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕДИНОГО ЛАПАПРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

А.А. Фаев¹, А.М. Алексеев², И.Г. Мугатасимов²

г. Новокузнецк, ¹МБЛПУ «Городская клиническая больница №29»,

²МБЛПУ «Городская клиническая больница №1»

Введение. Операции через единый лапароскопический доступ сопровождаются существенными эргономическими ограничениями и изменениями параметров эндохирургического доступа.

Цель исследования: оценка анатомических параметров для использования единого лапароскопического доступа.

Материал и методы. Проведено анатомическое исследование 38 трупов на базе Новокузнецкого бюро судебно-медицинской экспертизы. Тип телосложения оценивали по классификации В. Н. Шевкуненко. Оценивались параметры пупочного и подреберного мини-доступа в правом подреберье - глубина раны (ГР), толщина брюшной стенки на уровне доступа, угол операционного действия (УОД). Измеряли удаленность доступов до поддиафрагмальных пространств, подпеченочного справа, дугласова пространства, подвздошных ямок.

Результаты. Мужчин- 29 (76,3%), женщин- 9 (23,6%). Долихоморфный тип - 12 (31,5%), мезоморфный- 22 (57,8%), брахиморфный- у 4 (10,5%). Наименьшая толщина передней брюшной стенки была у пупочного доступа- 2,8 см. Доступ на 1/3 каудальнее пупка был наименее удаленным от основания червеобразного отростка (ЧО)- 9,7 см с частотой выведения его основания в рану- 55%, в пупочный доступ - 52%. Максимальное значение УОД к ЧО получено при моделировании угла между пупком и доступом над лоном- 82,1 градуса. При холецистэктомии из ЕЛД наибольшее значение УОД составило 75,7 °- между пупком и эпигастральным доступом, так же между пупком и доступом в правом подреберье по средне-ключичной линии- 52,8 °. При оценке доступов к ДПК установлено, что наиболее удаленным от подреберного доступа было дугласово пространство- 26,7 см, а от пупочного доступа- левое поддиафрагмальное пространство- 25 см, что позволяет использовать для санации брюшной полости при пилородуденальной перфоративной язве лапароскопические инструменты стандартной длины в 32-34 см вне зависимости от типа телосложения.

Выводы. На основании результатов исследования не установлено анатомических препятствий для выполнения операций по методике единого лапароскопического доступа.

Использование пупочного и вертикального подреберного доступа удовлетворяет критериям качества доступа и возможно при видеоассистированных операциях по методике единого лапароскопического доступа.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

В.И. Фролкин, В.К. Татьянченко, В.Л. Богданов, А.В. Овсянников
г. Ростов-на-Дону, Государственный медицинский университет

Цель работы. Оценить разные методы защиты толсто-толстокишечного анастомоза при хирургическом лечении заболеваний сигмовидной кишки.

Методы. Изучены истории болезни 74 больных с заболеваниями сигмовидной кишки.

Результаты. В I клиническую группу вошли 22 больных, у которых был сформирован классический двухрядный анастомоз, без защиты. Применяли двухрядный узловый шов. Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 10 (45,5%) больных, 8 из них носили гнойно-септический характер. Среди последних перитонит был у 4 (18,0%) больных: у 1 - перитонит явился следствием наступившей физической несостоятельности, у 3 – развился при «державших швах» анастомоза. Кроме того, абсцесс забрюшинной клетчатки возник у 2 больных и столько же инфильтратов брюшной полости. Из 4 больных, послеоперационный период которых осложнился перитонитом, релапаротомия была выполнена 2, из них 1 умер. У 2 больных перитонит был отграниченным и разрешился формированием калового свища. II клиническую группу составили 32 больных, операции у которых завершились защитой анастомоза сальниковой муфтой. Послеоперационный период осложнился у 17 больных (53,13%), из них у 10 (31,25%) развились гнойно-септические осложнения. У 2 (6,25%) больных в раннем послеоперационном периоде развилась физическая несостоятельность швов, но разлитой перитонит не возник. У 5 (15,63%) больных отмечена биологическая несостоятельность анастомоза. Воспалительный процесс ограничился пределами сформированной вокруг анастомоза сальниковой сумки. III группа – 20 больных, у которых операции завершились защитой анастомоза брюшинной сумкой, сформированной по оригинальной методике (патент РФ №2086188). Техническим отличием этого способа защиты анастомоза от аналогов является выкраивание П-образного лоскута из брыжейки резецированного участка сигмовидной кишки. Данный способ не требует дополнительного этапа, в ходе которого формируется лоскут большого сальника и осуществим вне зависимости от длины и типа кровоснабжения большого сальника. Ранние послеоперационные

осложнения были у 7 (35,0%) больных; у 6 они носили гнойно-септический характер.

Выводы. Значительное снижение числа послеоперационных осложнений при ограничении зоны анастомоза от свободной брюшной полости в дренируемую через контрапертуру брюшинную сумку, указывает на ряд очевидных преимуществ фиксированной экстраперитонизации и позволяет рекомендовать её в качестве метода выбора при резекции сигмовидной кишки.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ – КЛИНИЧЕСКИЙ МАРКЕР ИЛИ ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.Н. Хорев, А.В. Плюта, С.В. Козлов, И.А. Хорев

г. Ярославль, Ярославская государственная медицинская академия

Аннотация

Представлены литературные, клинические и статистические сведения о роли дисфункции при хроническом холецистите в формировании патологии органов желудочно-кишечного (ЖКТ) тракта: гастроэзофагальной рефлюксной болезни и ее осложнений, хронического панкреатита, синдрома раздраженного кишечника, дивертикулов, полипоза и опухолей толстого кишечника. Изучен архивный и текущий материал. Выяснилось, что более половины из них (53,4%) поступают с тяжелыми осложнениями: опухолями, кишечной непроходимостью, с перфорацией или кровотечением из опухоли, а общая летальность достигает 45,7%.

Ключевые слова

Хронический холецистит, билиарная недостаточность, рефлюкс-эзофагит, раздраженный кишечник, опухоли, осложнения.

Актуальность

Хронический холецистит (ХХ) – выявляется у 10-40% населения Земли, в мире на желчных путях ежегодно производится до 2,5 млн. операций [1]. Растет и заболеваемость желчекаменной болезнью (ЖКБ) и неудовлетворенность результатами ее лечения, как ближайшими, так и отдаленными. Не случайно появился термин «постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)», подразумевающий как «хирургические» осложнения, так и изменения в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) после удаления желчного пузыря (ЖП). Поэтому проблемой широко занимаются и хирурги и терапевты.

Известно, что ХХ часто сочетается с заболеваниями всех органов ЖКТ в связи с общностью патогенеза – развитием многокомпонентной функциональной диспепсии (ФД) ЖКТ – целиакии у 40 – 50% больных [4]. Одна из пусковых причин целиакии-

дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), а также не регулируемый сброс желчи в кишечник; холецистэктомия (ХЭ) усугубляет перестройку желчеобразования и желчевыделения, усиливает холестероз – основную причину диареи после ХЭ[3]. Сочетание ХХ и гастроэзофагальной рефлюксной болезни(ГЭРБ) встречается в нашей стране у 11-14% населения [7], сочетание ГЭРБ и целиакии до 40-50%. У 70-90% больных с ЖКБ билиарный панкреатит является неременным атрибутом , а после ХЭ обострение хронического панкреатита имеет место почти всегда[4]. Эрозивно - язвенные поражения желудка и 12-п.кишки обнаруживаются у 10-28% еще на этапе плановой эндоскопии перед холецистэктомией, в 80% уже снижена кислотопродукция; ХЭ ее не восстанавливает, а морфологические изменения в слизистой прогрессируют. У 91,7% пациентов с ФД после ХЭ в 12-п.к. выявляется рост микробной флоры[2].В тонкой кишке нарушаются пищеварение, всасывание, моторика, у 10-20% формируется синдром раздраженной кишки(СРК), а в слизистой толстой кишки- повышение пролиферативной активности[3].На фоне ФД под маской СРК у 10-25% больных обнаруживается дивертикулит,который может быть причиной перфорации, абсцесса, свища, перитонита, кровотечения.

В последние годы отмечается прогрессивный рост числа больных колоректальным раком (КРР)[6,8]. В патогенезе КРР значимыми считаются экзогенные и функциональные причины нарушений в толстой кишке, избыточное накопление при ХХ вторичных желчных кислот (литохолевой и дезоксихолевой). Сочетание язвенного колита с холангитом может быть причиной КРР в 9-30% случаев, в 90% развитию КРР предшествуют аденоматозные полипы. Клиника КРР малосимптомна, 50% больных обращаются к врачу через 6 месяцев, а 22%-только через год.[5].

Из краткого обзора видно, что ХХ участвует в формировании и прогрессировании многих опасных заболеваний и может быть их клиническим маркером. В то же время, необоснованная ХЭ еще больше усугубляет патологические процессы в органах ЖКТ.

Цель исследования

Изучить статистическую и клиническую взаимосвязь ХХ с другими заболеваниями ЖКТ, выработать рекомендации по упреждению осложнений после ХЭ со стороны других органов.

Материал и методы

Проанализированы 150 архивных историй болезней пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу ХХ, а также 73 текущих, поступивших в течение 2011-2014 г. с различной хирургической патологией в сочетании с ХХ. Разработана специальная анкета-опросник, включающая 50 вопросов, разослана всем 150 пациентам. Из них у 38 (25,3%) была видеолапароскопическая холецистэктомия, у 102(68,0%) - из минидоступа и у 10(6,7%) – путем лапаротомии; сроки ХЭ от 1 года до15 лет.

Результаты и их обсуждение

Сопоставление клинических признаков, обозначенных хирургами в истории болезни до ХЭ и пациентами в анкетах после операции, представлено в таблице № 1. Наиболее значимые из них для постановки диагноза можно сгруппировать в несколько синдромов: под № 2-4 свидетельствуют о наличии ГЭРБ; № 5-8 – о дисфункции желудка и 12-п. к.; № 9-10-о недостаточности поджелудочной железы; № 11-14-о наличии СРК; под № 15-16 - о возможных рубцах в зоне операции, спорадическом холангите.

Обращает на себя внимание тот факт, что практически все признаки участились после ХЭ. В графе «до операции» нет значений под № 10-14. Возможно, их не было, они были не выраженными или пациенты скрывали их наличие; после операции они становятся значимыми. И, наконец, оценка самочувствия у 82-х пациентов после холецистэктомии: хорошее у 25(30,5%), удовлетворительное у 52(63,4%), плохое у 5(6,1%).

При анализе текущих историй болезней 73 пациентов с различной хирургической патологией у 41 XX сочетался с ГЭРБ и ее осложнениями (табл.2). Из них у 25 (60,9%) имелся калькулезный и у 16(39,0%) бескаменный холецистит. Возраст от 31 до 86 лет; мужчин-16(39,0%), женщин-25(60,97%), 18(43,9%) уже перенесли ХЭ. Большинство лечится консервативно, состоят на диспансерном учете. При недостаточности кардии у 6 произведена эзофагофундопликация: по Ниссену-4; по Дору-1; с ахалазией пищевода - по Суворовой-1. У 1-й больной с опухолью кардиального отдела выполнена гастрэктомия.

Кроме сочетания XX с ГЭРБ, еще у 73 выявлено сочетание с патологией кишечника (табл. 3). Как видно, наибольшую опасность у 46 из них представляют злокачественные опухоли толстой кишки. Кстати, у 11 больных с опухолями и у 7 с полипозом кишки кроме XX имелась и ГЭРБ. Из 46 с опухолями оперированы 37(80,4%), отказались от операции -2 и еще 2-м отказано по тяжести состояния. Плановые операции выполнены только 7(15,2%), остальные оперированы в экстренном порядке. С кишечной непроходимостью поступили 25 (54,3%): из них 5 (10,9%) лечились консервативно, 20 (43,5%) были прооперированы. Еще у 10 (21,7%) имелась перфорация опухоли. Радикальные операции на момент поступления удалось выполнить у 26 (70,3%), паллиативные у 8 (21,6%): обходной анастомоз-6 (16,2%), колостомия -2 (5,4%). Канцероматоз обнаружен у 5(10,9%) пациентов. Из 14 с полипозом малигнизация обнаружена у 2-х; кровотечение из дивертикулов у 3-х, у 1 - перфорация.

Таким образом, из 73-х пациентов с XX, сочетанным с патологией толстой кишки, 39(53,4%) поступили с осложнениями в виде острой хирургической патологии. От опухоли толстой кишки умерли 21(45,7%) пациентов, из них в стационаре-15(32,6%), после выписки-6(13,1%).

Выводы

На фоне нарастающей частоты хронического холецистита все чаще обнаруживаются дисфункциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, что может быть основой для опасных морфологических изменений - прежде всего, возникновения злокачественных опухолей. Большая часть пациентов - до 53,4%, поступает уже с осложнениями: с кишечной непроходимостью, перфорацией опухоли или кровотечением, летальность достигает 45,7%. Хронический холецистит надо считать клиническим маркером выявления и упреждения тяжелых осложнений со стороны других органов.

Таблица 1. Качество жизни пациентов до и после холецистэктомии.

№	Сопоставление жалоб пациентов (n)	До операции (n=150)	После операции (n=82)
1	Наличие каких-либо жалоб	93 (62,0%)	59 (72,0 %)
2	Отрыжка воздухом, кислым, горечью	35 (23,3%)	45 (54,9 %)
3	Изжога за грудиной, в т.ч. при наклонах, в горизонтальном положении	3 (2,0%)	31 (37,8 %)
4	Беспричинные сердцебиения, боли в обл. сердца после еды, в положении на спине	2 (1,3%)	32 (39,0 %)
5	Изжога «под ложечкой»	6 (4,0 %)	13 (15,9 %)
6	Чувство тяжести «под ложечкой», полного желудка	17 (11,3 %)	37 (45,1 %)
7	Боли в эпигастрии после еды	12 (8,0 %)	6 (7,3 %)
8	Схваткообразные боли в эпигастрии, в правом подреберье	70 (46,7 %)	26 (31,7 %)
9	Частое вздутие живота, бурление в животе	10 (6,7 %)	57 (69,5 %)
10	Пенистый, крошкообразный или «непереваренный» стул	-	16 (19,5 %)
11	Профузные поносы, частый жидкий стул	-	20 (24,4 %)
12	Жидкий стул без причины или через 1 час после еды	-	6 (7,3 %)
13	Необходимость принимать спазмолитики, ферменты	-	29 (35,4 %)
14	Из-за жидкого стула на строгой диете	-	16 (19,5 %)
15	Беспричинное повышение температуры тела	1 (0,7 %)	7 (8,5 %)
16	Кратковременная желтуха, потемнение мочи	-	3 (3,7 %)

Таблица 2. Осложнения ГЭРБ у больных с хроническим холециститом

Вид осложнения	Число больных (n=41)
Эрозивный эзофагит	13 (31,7 %)
Пищевод Баррета	2 (4,9 %)
Язва н/3 пищевода	3 (7,3 %)
Полип н/3 пищевода	1 (2,4 %)
Дивертикул пищевода	1 (2,4 %)
Лейкоплакия н/3 пищевода	4 (9,8 %)
Кишечная метаплазия	2 (4,9 %)
Дисплазия н/3 пищевода	1 (2,4 %)
Ахалазия пищевода IV ст.	1 (2,4 %)
Полипоз кардиального отд. желудка	3 (7,3 %)
Опухоль кардиального отд.	1 (2,4 %)
Диафрагмальная грыжа	12 (29,3 %)
Хронический панкреатит	9 (21,9 %)

Холагенная диарея	7 (17,0 %)
-------------------	------------

Таблица 3. Сочетание хронического холецистита с патологией толстого кишечника

Патология толстой кишки	Число больных (n=73)
1. Злокачественные опухоли :	
- правая половина	31
- ободочная кишка	3
- левая половина	12
2. Множественный полипоз	14
3. Множественный дивертикулез	3
4. Синдром раздраженной кишки	10

Список литературы

1. Вовк Е.И. Желчекаменная болезнь в XXI веке: что нового? // Лечащий врач. – 2011. – №2. С. 58-65.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. Краткое издание // М., Медиа. – 2012. – 480 с.
3. Ильченко А.А. Постхолецистэктомический синдром: взгляд на проблему с позиции терапевта // Анналы хирургической гепатологии. 2011. – №2. С. 37-44.
4. Ливзан М.А., Осипенко М.Ф. Синдром перекреста функциональных заболеваний пищеварительного тракта // РМЖ. – 2012. – №15. – С. 768-770.
5. Михайлова Е.И., Пиманов С.И., Воропаев Е.В. Онкомаркеры в кале в диагностике колоректального рака // Клиническая медицина. – 2007. – №12. – С. 62-67.
6. Пророков В.В., Власов О.А. Стратегия лечения колоректального рака // Хирургия. – 2013. – №6. – С. 92-95.
7. Самсонов А.А., Одинцова А.Н. Антацидные препараты в лечении гастроэзофагальной рефлюксной болезни // РМЖ. – 2012. – №35. – С.1697-1701.
8. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство // М., Медиа. – 2012. – 800 с.

Сведения об авторах

1. Хорев Александр Николаевич: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Ярославской ГМА.
2. Плюта Андрей Васильевич: к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ЯГМА.
3. Козлов Сергей Викторович: : к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ЯГМА.
4. Хорев Илья Александрович: аспирант кафедры факультетской хирургии ЯГМА.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ БУЛЛЁЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Е.А. Цеймах¹, А.В. Левин², А.В. Синявин³, П.Е. Зимонин⁴

г. Барнаул, ¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, ²ФГБУ «Научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России, ³КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», ⁴КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»

Актуальность. В настоящее время буллёзная болезнь лёгких (ББЛ) является главной причиной спонтанного пневмоторакса (СП) на долю которой приходится от 55 до 97,5% всех случаев возникновения первичного СП.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных со СП на фоне ББЛ путем использования клапанной бронхоблокации свищевого бронха обратным эндобронхиальным клапаном.

Материалы и методы. В основу данной работы положены результаты лечения 34 больных со спонтанным пневмотораксом на фоне ББЛ, находившихся на лечении в хирургических отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи г. Барнаул» с 2000 по 2013 гг. После поступления в клинику всем больным проводились лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию спонтанного пневмоторакса. При сохраняющемся сбросе воздуха по дренажам в течение 3-5 дней, вследствие функционирования бронхоплевральной фистулы, а также отсутствии тенденции к полному расправлению лёгкого, пациентам проводили клапанную бронхоблокацию обратным эндобронхиальным клапаном при бронхофиброскопии под местной анестезией.

Результаты. Положительная рентгенологическая динамика (купирование и значительное уменьшение пневмоторакса) наблюдалась у 28 (82,4%) пациентов. Отрицательная рентгенологическая динамика (увеличение объёма пневмоторакса) наблюдалась у 4 (11,8%) пациентов. Сохранение пневмоторакса в прежнем объёме отмечено у 2 (5,9%) пациентов. Длительность окклюзии составила в среднем $40,6 \pm 8,4$ суток.

Выводы:

1. Применение клапанной бронхоблокации является методом выбора в

комплексном лечении не разрешающегося СП на фоне ББЛ.

2. Использование окклюзии свищевого бронха обратным эндобронхиальным клапаном особенно показано у больных с двусторонним пневмотораксом, напряженным пневмотораксом, не устранимым дренированием плевральной полости, у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, когда традиционные методы лечения связаны с определенным риском для пациента.

Оптимизация алгоритма лечения тромбозов геморроидальных узлов

А.В. Чердаков

г. Москва, Многопрофильный медицинский холдинг СМ-клиника

В амбулаторно-поликлинической практике колопроктолога одним из наиболее частых заболеваний является тромбоз геморроидальных узлов. Среди взрослого населения до 10-15% страдают данной нозологией.

Материалы и методы. С 2013 по 2014 гг. на базе амбулаторно-поликлинического филиала было пролечено 216 больных с острым геморроем. Мужчины составили 138 (64 %) человек, женщины – 78 (36 %). Средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 2,3$ года. Нами было выделено 2 группы больных, в зависимости от способа лечения: контрольная группа составила 145 (67 %) – комплексная консервативная терапия тромбоза геморроидальных узлов, опытная – 71 (33 %) человек – проведение оперативного лечения в объеме тромбэктомии из геморроидального узла в комбинации с системной флеботропной терапией.

Полученные результаты. В первой группе пациентов регресс воспалительных явлений и значительная редукция тромбированных геморроидальных узлов с уменьшением тонуса сфинктера прямой кишки наблюдалось на $5,8 \pm 3,1$ суток. Во второй группе пациентов исчезновение данных симптомов происходило на $6,7 \pm 2,6$ сутки ($p > 0,05$). Однако практически все пациенты нуждались в назначении высокоэффективных анальгетиков, что, по-видимому, связано с проведением расширенных перевязок послеоперационной раны. По истечению $11,2 \pm 3,4$ суток в первой группе больных клинических признаков тромбоза мы не наблюдали. Во второй же группе сроки полной ликвидации явлений тромбоза происходило в сроки $13,4 \pm 3,1$ суток. Средний срок временной нетрудоспособности в первой группе составил $14,4 \pm 2,7$ суток. У пациентов во второй группе с проведением тромбэктомии срок временной нетрудоспособности достигал $18,7 \pm 4,3$ суток, что в 1,4 раза длительнее, в сравнении с первой группой ($p > 0,05$). В первой группе рецидивы заболевания возникли у 12 (8 %) больных, а во второй у 10 (14 %) за 12 месяцев наблюдения. Все случаи рецидива острого геморроя мы

связываем с несоблюдением рекомендаций по ограничению физической нагрузки и нарушением больными диеты.

Выводы. Существенным преимуществом методики комплексного консервативного лечения тромбоза геморроидальных узлов является ее универсальность и клиническая эффективность. Однако достоверных различий в сокращении сроков временной нетрудоспособности, ускорении регресса воспалительных явлений и меньшего числа рецидивов нами выявлено не было.

Особенности диагностики доброкачественных новообразований толстого кишечника в условиях поликлиники

А.В. Чердаков

г. Москва, Многопрофильный медицинский холдинг СМ-клиника

В настоящее время колоректальный рак занимает ведущие позиции в структуре онкологических заболеваний. Наиболее распространённой предраковой патологией являются полипы толстой кишки. По ряду причин в России полипы прямой и ободочной кишок, как правило, оказываются случайной находкой при обследовании больных по поводу других заболеваний.

Материалы и методы. Нами были проанализированы наблюдения за 64 пациентами, находившихся на амбулаторном приеме проктолога в 2013 году. Из них мужчин было 34 (53%), женщин – 30 (47%).

Полученные результаты. Диагностический алгоритм у данных пациентов включал ряд манипуляций: пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. Единичные полипы были выявлены у 56 (87%) пациентов, множественные полипы – 8 (13%). У 12 пациентов (19%) первичные полипы были выявлены при гастроскопии - 8 пациентов (13%), УЗИ органов брюшной полости – 4 пациентов (6%) и в результате комплексного дообследования, обнаружены в толстом кишечнике. Следует отметить, что топическая структура расположения полипов в толстой кишке, выглядела следующим образом: поперечно-ободочная кишка – 2 (3%), нисходящая ободочная кишка 3 (4%), сигмовидная кишка 21 (33%), прямая кишка 38 (59%) (из них анальный канал 8 (13%)). Диагностических находок в других отделах толстой кишки нами выявлено не было. Все больные с полипами в толстой кишке были направлены на оперативное лечение (эндоскопическая полипэктомия) в стационар, анальные полипы удалены амбулаторно после необходимого дообследования.

Выводы:

1. Учитывая отсутствие патогномичных симптомов при полипах толстого кишечника всем лицам старше 40 лет, имеющим проблемы со стороны толстой кишки, следует включить в алгоритм обследования, наряду с пальцевым исследованием и аноскопией, ректороманоскопию и колоноскопию левой половины толстого кишечника.

2. При выявлении полипов в желудке и желчном пузыре, необходимо в обязательном порядке выполнять дообследование - ректороманоскопию и колоноскопию.

ВИДЕОАССИТИРОВАННОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ИЗ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА

С.С. Чернявский¹, А.А. Фаев¹, И.Г. Мугатасимов², С.О. Васильев³

**г. Новокузнецк, ¹МБЛПУ ГКБ № 29, ²МБЛПУ ГКБ № 1, ³ГБОУ ДПО
НГИУВ Минздрава РФ**

Совершенствование и расширение спектра методик малоинвазивного хирургического лечения при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) являются актуальными и востребованными задачами современной хирургии.

Цель исследования: обосновать использование системы монодоступа при видеоассистированном ушивании (ВАУ) перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. По методике ВАУ ПЯ ДПК из системы монодоступа оперированы 15 человек. Данная методика заключается в постановке порта монодоступа в правом подреберье, санацией и дренирование брюшной полости. Затем порт монодоступа извлекается, и перфорация ушивается из этого минидоступа. Проведена сравнительная оценка результатов данной методики с группой ВАУ ПЯ ДПК с лапароскопической санацией брюшной полости из умбиликального монодоступа. В анатомическом исследовании на 38 нефиксированных трупах измеряли удаленность от трансректального минидоступа, расположенного в правом подреберье, до поддиафрагмальных пространств, дугласова пространства и подпеченочного справа, левой и правой подвздошных областей.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено достоверное различие в длительности операции (основная группа - $50,3 \pm 5,0$ минут, группа сравнения – $67,4 \pm 4,1$ минут). Длительность пребывания пациентов в отделении в обеих группах значимо не отличалась (в основной группе - $6,1 \pm 0,4$ койко-дня, в группе сравнения - $6,5 \pm 0,3$ койко-дня). Несмотря на уменьшение количества разрезов на передней брюшной стенке в методике ВАУ из системы монодоступа, достоверных различий в уровне болевого синдрома по 10 бальной визуально-аналоговой шкале, впервые сутки нет (основная группа - $2,5 \pm 0,5$ балла, группа сравнения – $3,5 \pm 0,4$ балла). В анатомическом исследовании

установлено, что при ВАУ ПЯ ДПК из системы монодоступа можно использовать для санации брюшной полости лапароскопические инструменты стандартной длины.

Выводы. В анатомическом исследовании доказана возможность адекватной санации брюшной полости из системы монодоступа, установленной в правом подреберье, используя стандартные эндоинструменты. Методика видеоассистированного ушивания ПЯ ДПК из системы монодоступа является выполнимой и безопасной операцией и отвечает всем требованиям малоинвазивной операции.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗОВ

Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, И.А. Токмаков

**г. Новосибирск, ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная
клиническая больница»**

Цель исследования: Представить варианты лечебной тактики при сужениях эзофагогастроанастомозов после эзофагопластики при доброкачественных стенозирующих заболеваниях пищевода.

Материалы и методы: В 2012-2014 гг. проведено лечение 12 пациентов, 4 мужчин и женщин 8 с диагнозом: болезнь искусственного пищевода, стеноз эзофагогастроанастомоза. Выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой. Показанием к операции в 6 случаях явилось рубцовое сужение пищевода после химического ожога, в 4 ахалазия пищевода IV ст., и в 2 ГЭРБ с формированием стеноза нижней трети пищевода. При анализе результатов использовалась эндоскопическая классификация стеноза пищеводного соустья с трансплантатом по степени сужения.

Результаты: Все пациенты подлежали диспансерному наблюдению. Основными жалобами являлись затруднение при глотании. Степень дисфагии варьировала от незначительного затруднения, до невозможности проглатывания воды и слюноотечения. Проведено рентгеноскопическое, эндоскопическое, патоморфологическое исследование. Сроки развития стриктуры от 1 месяца до 2 лет. Ранние сужения наблюдались в 9 случаях (75%), поздние в 3 (25%). Стеноз I степени выявлен у 2 пациентов (16,7%), II степени у 5 (41,6%), III степени у 3 (25%), IV степени у 2 (16,7%). Лечение стенозов I -III ст. заключалось в осуществлении этапных бужирований до 6 сеансов бужами размерами от 14 до 40 Fr. Стенозы IV ст. потребовали дополнительно до 4 сеансов балонной дилатации 30 мм аппаратом. Этапы эндоскопических лечебных мероприятий осуществлялись в комплексе с методом гипербарической оксигенации в режиме 1,3 атмосферы на 6-7

сеансов. Осложнений не было. У 1 пациента с сужением III ст. через 1 месяц возник рецидив, потребовавший повторного бужирования и баллонной дилатации. У 2 пациентов с IV ст. рецидив возник до года, что потребовало повторного бужирования в комплексе с ГБО.

Заключение: Учитывая современный взгляд на патогенез образования сужений анастомозов, терапевтический эффект ГБО достаточно ценен, и сам метод должен входить в комплекс лечебных мероприятий.

Выводы:

1.Своевременная диагностика сужений ЭГА возможна при диспансерном наблюдении за пациентами.

2.Все стенозы должны подвергаться патоморфологическому исследованию.

3.Использование метода ГБО эффективно дополняет комплекс лечебных мероприятий при сужениях ЭГА.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, Б.Б. Азимталипов, Е.К. Нурланбаев, А.В. Коробейников

г. Новосибирск, Новосибирский Государственный медицинский университет, ГБУЗ НСО «Новосибирская Государственная областная клиническая больница»

За 18-летний период (с 1995 по 2013 годы) в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» проходили обследование и лечение 153 пациентов с диагнозом ахалазия пищевода (мужчин- 73, женщин- 78) в возрасте от 16 до 75 лет.

По данным рентгеноскопии пищевода и желудка I стадия заболевания диагностирована у 19, II стадия у 53, III стадия у 41, IV стадия у 40. При этом у 2 пациентов с III стадией заболевания выявлено сочетание ахалазии с дивертикулом нижней трети пищевода. Рентгенологические стадии заболевания были подтверждены и дополнены данными эндоскопического исследования, при котором явления эзофагита обнаружены у 34 пациентов. Основным методом лечения заболевания была баллонная дилатация кардии, которая проведена у 111 пациентов. Для дилатации использовались баллоны диаметром 30 и 35 мм, которые устанавливались в зону кардии по струне-проводнику двумя способами (по расстоянию от резцов до кардии, либо под эндоскопическим контролем). Кардиодилатация проводилась при давлении от 0,5 до 2 атм. с экспозицией дилататора до 3 минут (4-5 сеансов дилатации с интервалом через день с последующим повторением курса лечения через 1-1,5 месяца). Пациентам с IV стадией

заболевания из-за опасности разрыва кардии дилатация не проводилась. Для исключения бластоматозного поражения кардии выполнялась ее биопсия и устанавливался назогастральный зонд для проведения предоперационной подготовки.

Результаты. Проведение первого курса эндоскопического лечения у 95 пациентов позволило добиться купирования дисфагии и улучшения состояния. У 34 пациентов после первых сеансов лечения появились жалобы на изжогу, что связано с возникновением недостаточности кардии на фоне проводимого лечения. Назначение антисекреторных препаратов позволило купировать эти явления.

В течение первого месяца явления дисфагии рецидивировали у 29 (26,12%) пациентов. При повторном поступлении через 1-1,5 месяца после окончания первого курса лечения явления дисфагии купированы у всех пациентов.

Рентгенологически отмечено улучшение прохождения контрастного вещества через кардию, но просвет пищевода оставался расширенным до 3-4 см (31 пациент).

Осложнения произошли у 4 человек (разрыв стенки пищевода выше кардии). Длина дефекта составила до 3-4 см. Во всех наблюдениях осложнения распознаны и диагностированы ближайшие часы после проведения вмешательства. Произведено ушивание дефекта, дренирование задне-нижнего средостения, фундопликация по Ниссену. Для питания у 3 пациентов проведен зонд в тощую кишку, у 1 наложена гастростома. Летальных исходов не отмечено.

Стентирование кардии при IV стадии заболевания проведено 4 пациентам. Во всех наблюдениях пероральный прием пищи восстановлен. При обследовании в сроки до 2 лет жалоб не предъявляют.

Заключение. Баллонная дилатация эффективный метод лечения пациентов с ахалазией пищевода. Осложнениями являются: недостаточность кардии, разрыв пищевода. В случае рецидивов заболевания возможно проведение повторных курсов лечения. Применение стентирования кардии при IV стадии заболевания безопасно, но малое количество пациентов не позволяют оценить его отдаленную эффективность.

ВИДЕОМЕДИАСТИНОСКОПИЯ ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, Е.К. Нурланбаев, И.В. Пешкова, А.В.
Коробейников**

**г. Новосибирск, Новосибирский Государственный медицинский
университет, ГБУЗ НСО «Новосибирская Государственная областная
клиническая больница»**

Актуальность. Рост пациентов с доброкачественными стенозирующими заболеваниями пищевода, требующими эзофагопластики.

Материал и методы: медиастиноскопия для выделения пищевода при его доброкачественных стенозирующих заболеваниях пищевода применена у 45 (рубцовые послеожоговые сужения пищевода 16, ахалазия пищевода IV ст. 25, гастроэзофагеальный рефлюкс с формированием стриктуры пищевода 4) (28 женщин и 17 мужчин). Возраст пациентов от 18 до 65 лет.

Введение медиастиноскопа в средостение проводилось через цервитомный доступ слева. Выделение пищевода осуществлялось прецизионно при помощи ДЭК под полным визуальным контролем. Оценивались следующие показатели: продолжительность вмешательства, объем кровопотери, экссудация из дренажа в средостении в послеоперационном периоде, интра и послеоперационные осложнения, длительность пребывания в стационаре.

Результаты. Длительность операции была 187,5 (170,0; 220,0) минут, длительность этапа мобилизации пищевода 100,0 (87,5; 110,0) минут. Объем кровопотери составил 365,0 (300,0; 500,0) миллилитров и у большинства пациентов (35) не превысил 500 миллилитров. Гемотрансфузия потребовалась только 3 (6,7%) пациентам.

Количество отделяемого по дренажу, установленному в средостение, в течение трех суток после операции составило 335,0 (159,0; 450,0) миллилитров и у большинства пациентов (32) не превышало 500 мл. В первые сутки у большинства пациентов (28) объем экссудата из средостения не превысил 200 мл, во вторые не более 100 мл у 22 пациентов, а в третьи не более 100 мл у 41 пациента. При сравнительной оценке количества отделяемого в течение 3 суток, статистически обнаружены значимые результаты между количеством отделяемого в 1 и 2 сутки, 1 и 3 сутки, а так же во 2 и 3 сутки послеоперационного периода ($p < 0,01$). Дренаж из средостения удалялся на 3 сутки после операции.

Интраоперационные осложнения возникли у 8 (17,8%) пациентов и составило 10 наблюдений. Повреждение медиастинальной плевры и пневмоторакс (у 4 пациентов с ахалазией пищевода и у 1 с рубцовым сужением). Односторонний пневмоторакс был у 3 пациентов, двухсторонний у 2. В 1 наблюдении при выделении пищевода возникло кровотечение, которое было остановлено при помощи электрокоагуляции.

В послеоперационном периоде осложнения были у 5 пациентов: полисегментарная пневмония у 2 на 3 и 4 сутки после выполненного вмешательства, парез левой голосовой складки у 2, хилоторакс слева у 1. Летальных исходов не было.

Длительность пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии составила в среднем значении 5,0 (4,0; 6,0) дней и у большинства (39) составило от 3 до 6 суток включительно.

Длительность послеоперационного периода составила 10,0 (8,0; 12,0) дней и у большинства (25) не превышала 10 дней.

Общая длительность пребывания пациентов в стационаре составила в среднем 24,0 (22,0; 27,0) дней, а основная масса пациентов (29) находилась в стационаре от 16 до 25 дней.

Заключение: видеомедиастиноскопия для выделения пищевода при его экстирпации имеет небольшое число интра- и послеоперационных осложнений и относительно небольшие сроки пребывания пациентов в стационаре и отделении реанимации.

ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, С.Е. Григорьев, А.В. Новожилов, М.В. Прокопьев

г. Иркутск, ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН, ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница»

Частота возникновения синдрома портальной гипертензии с варикозной трансформацией пищеводных вен у больных циррозом печени составляет 25-80%. До 80% больных имеют риск пищевого кровотечения, летальность при котором достигает 60-80%. Улучшение результатов шунтирующих операций при синдроме внутрипеченочной портальной гипертензии (ВПГ) и критерии отбора пациентов остаются актуальными проблемами. Целью исследования явилось изучить результаты хирургического лечения пациентов с синдромом ВПГ, течение которого осложнилось пищеводным кровотечением и факторы, влияющие на неблагоприятный исход. Изучены результаты хирургического лечения 66 пациентов. Все больные страдали гистологически подтвержденным циррозом печени в исходе вирусного гепатита В (44,8%) или С (40,2%), либо их сочетания (15%). Возраст больных составил 42 (39-56) года. Объем хирургического лечения заключался в выполнении порто-системного шунтирования в различных технических вариантах и перевязке венечной вены желудка. Послеоперационная летальность составила 19,6% (13 человек). При анализе летальных случаев выявлено сочетание нескольких неблагоприятных факторов. 8 пациентов исходно имели тяжелую печеночную недостаточность и относились к классу С по Child-Pugh, 5 человек относились к классу В.

У 70% погибших от прогрессирования печеночной недостаточности наблюдалась интраоперационная кровопотеря, сопровождающаяся длительной (более 10 минут) артериальной гипотонией. У 80% исходный объемный кровоток по воротной вене составлял в среднем 500мл/мин (460-520мл/мин). У двоих наблюдалось обострение гепатита с выраженным цитолитическим синдромом, АЛТ - 238 и 328МЕ/л, АСТ - 113 и 364МЕ/л. Причиной рецидива пищеводного кровотечения в 3 случаях явился тромбоз шунта в результате развития послеоперационного панкреатита. Таким образом, факторами, приводящими к неблагоприятному исходу после шунтирующих операций, кроме изначально тяжелой печеночной недостаточности, можно считать: цитолитический синдром и изначально недостаточный транспеченочный кровоток по воротной вене, интраоперационную кровопотерю с длительной артериальной гипотонией. Все эти факторы на фоне хирургической редукции печеночного кровотока приводят к снижению перфузии печени, гипоксии гепатоцитов и как следствие усугублению печеночной недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ГБУЗ НСО ГКБ №1 В 2012-2013ГГ.

**К.В. Шалыгин, Н.В. Корнач, В.Б. Барбарич, М.П. Извеков
г. Новосибирск, Региональный сосудистый центр ГБУЗ НСО “Городская
клиническая больница №1”**

Аннотация

В данной статье приведен опыт, а также анализ результатов работы ОРХМДиЛ РСЦ в течение полуторагодичного периода с 15. 05. 2012 по 31. 12. 2013 г. Отделение рентгенохирургии действует в составе Регионального сосудистого центра, открытого в мае 2012г. и оказывает круглосуточную высокотехнологичную экстренную помощь пациентам с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения. За первый год работы было произведено более 1000 лечебных и диагностических интервенций по вышеперечисленным направлениям.

Ключевые слова

ОРХМДиЛ, РСЦ, ОКС, первичное ЧКВ, ТЭЛА, имплантация кавафилтра, субарахноидальное кровоизлияние, РЭО аневризмы, стентирование сонных артерий.

Сегодня показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, прежде

всего обусловленные острыми формами коронарной патологии, остаются чрезвычайно высокими. По данным, приведенным в отчете Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, заболеваемость ишемической болезнью сердца остается высокой и в настоящее время в 1,5 раза превышает показатели 2000 года.[3] Одним из важных условий для дальнейшего сокращения смертности населения России от острых сосудистых катастроф явилось внедрение в различных регионах страны системы первичных и региональных сосудистых центров, главная задача которых сводится к повышению эффективности диагностических и лечебных подходов при острых коронарных и цереброваскулярных синдромах.[2] Создание таких центров позволило для пациентов с подобными синдромами повысить доступность использования современных диагностической техники и рентгенэндоваскулярной технологии лечения. Основная задача отделения рентгенохирургии Регионального сосудистого центра ГБУЗ НСО —ГКБ №11 г. Новосибирска - оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и нарушениями мозгового кровообращения. Отделение работает круглосуточно семь дней в неделю и обслуживает часть населения г. Новосибирска и Новосибирской области, принимая пациентов переведенных из первичных сосудистых отделений районов города и области. Общая численность обслуживаемого населения составляет 800 тыс. человек. Отделение имеет две рентгенооперационных, оснащенных современными ангиографическими установками с необходимым набором дополнительного оборудования. В штате отделения работают 10 сертифицированных врачей рентгенохирургов, при суточном графике в 2 смены.

За полтора года работы (с 05.2012г по 12.2013г) РСЦ и ОРХМДиЛ было выполнено 1558 лечебных и диагностических интервенций. Основная масса вмешательств была произведена у пациентов с острым коронарным синдромом-332 чел.(76 %) в 2012, 919 чел. (82%) в 2013 гг.(ЧКВ со стентированием инфаркт-связанной артерии прежде всего при ИМ с подъемом сегмента ST).

Таблица 1. Рентгенохирургические вмешательства за период 05.2012-12.2013гг

Общее количество эндоваскулярных вмешательств	1558
Общее количество чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ)	1251
Общее количество ЧКВ выполненных трансрадиально	1147
ЧТКА со стентированием инфаркт-связанной артерии:	805
из них первичная ЧТКА	457
из них спасительная ЧТКА	181
из них отсроченная ЧТКА	167
Общее количество процедур баллонной ангиопластики коронарных артерий	5
Общее количество процедур ЧТКА у пациентов при ОКС с подъемом сегмента ST(STEMI)	552
Общее количество процедур ЧТКА у пациентов при ОКС без подъема сегмента ST(NSTEMI)	252

Количество ЧТКА, выполнявшихся на фоне истинного кардиогенного шока(КШ)	11
Использование внутриаортального баллонного контрапульсатора при КШ	4
Общее количество выполненных коронарографий	446
ЧКВ хронических окклюзий коронарных артерий	5
Церебральная ангиография	156
Рентгенэндоваскулярная эмболизация (РЭО) аневризм церебральных сосудов	51
Селективный тромболизис у пациентов с ишемическим инсультом	2
Ангиопульмонография (АПГ) с катетерной дефрагментацией тромба и селективным тромболизисом	15
Имплантация кавафилтра	11
Удаление временного кавафилтра	4
Рентгенэндоваскулярная окклюзия семенной вены при варикоцеле	8
Рентгенэндоваскулярная эмболизация разной локализации	37

В настоящее время понятие — Острый коронарный синдром¹ подразумевает под собой совокупность патологических реакций организма, возникающих при развитии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, инфаркта миокарда без подъема сегмента ST или нестабильной стенокардии. По данным МЗ и СР РФ, количество пациентов с ОКС, госпитализированных в клиники Российской Федерации в 2011 г., составило 581 182 человека, при этом только лишь 4,3% больных с ОКС и 8,8% больных с ОИМ получили специализированную помощь - чрескожное коронарное вмешательство.

За полтора года работы ОРХМДиЛ было произведено в общей сложности 1251(80,3%) ЧКВ у пациентов с ОКС. Из них-1147 (91,7%) вмешательств с использованием трансрадиального доступа. Стентирование инфаркт-связанной артерии было выполнено у 805 (64,3%) пациентов. Только балонная ангиопластика у 5 пациентов (0,4%) . При этом 552 чел. (68,6%) от числа стентированных составили пациенты со STEMI и 252 чел. с NSTEMI (31,4 %). 457 чел.(56,8%) от общего числа коронарных ангиопластик составили группу первичного ЧКВ (вмешательство без предшествующей тромболитической терапии в первые 12 ч. от начала симптомов), 181 чел.(22,5%) группу спасительного ЧКВ (вмешательство после безуспешной тромболитической терапии), 167 чел. (20,7%) группу отсроченного ЧКВ (вмешательство после 24 ч. от начала симптомов заболевания). Пациентов с кардиогенным шоком было 11 чел.(0,8%) от общего числа ОКС, причём у 4 пациентов использовали метод внутриаортальной баллонной контрпульсации. У оставшейся части пациентов с ОКС- 446 чел. (35,7%) вмешательство ограничилось коронарографией. Среднестатистический показатель —дверь-баллон^{||} составил примерно 7 часов и имеет тенденцию к снижению. Показатель интраоперационной летальности за вышеуказанный период составил 0.8% (10 чел.), госпитальная летальность для пациентов с ОИМ 9.3 %, для пациентов с ОКС 5,6%, для категории пациентов со STEMI 10,4%.

Современные показатели заболеваемости субарахноидальным кровоизлиянием

аневризматической этиологии составляют от 70 до 120 случаев на 1 млн. жителей. По статистике в г. Новосибирске на 1 800 000 чел. ежегодно выявляется примерно 150-200 аневризм. За полтора года работы ОРХМДиЛ было произведено в общей сложности 156 экстренных эндоваскулярных вмешательств по поводу субарахноидальных кровоизлияний у пациентов с разрывами аневризм церебральных сосудов. 51 пациенту (32,7 %) выполнили рентггеноэндоваскулярную окклюзию (РЭО) аневризмы. Все пациенты были оперированы в остром периоде кровоизлияния, в период от 3-х часов до 3-х суток с момента развития субарахноидального кровоизлияния. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Ханта-Хесса, основную группу (37 пациентов, 72%) составили больные с 1-2 степенью тяжести. Средний возраст составил 49,7 лет, женщин было 28, мужчин 23. Результаты вмешательства оценивались по контрольным ангиографическим данным сразу после окклюзии полости аневризмы. Тотальная окклюзия аневризмы выполнена у 26 пациентов, субтотальная - в 5 случаях. Летальный исход зафиксирован в 4-х случаях (7.8%) в период от 2 до 8 суток и был связан с развитием ишемических осложнений вследствие констриктивно-стенотической артериопатии у пациентов с тяжестью состояния 3-4 по шкале Ханта-Хесса, а так же формированием внутримозговой гематомы вследствие интраоперационного разрыва аневризмы. Ангиографический контроль был выполнен у 23 больных в сроки от 6 до 18 месяцев и показал отсутствие реканализации.

Одной из самых актуальных проблем сегодня остаётся лечение и профилактика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). За полтора года работы ОРХМДиЛ было произведено в общей сложности 19 эндоваскулярных вмешательств у пациентов с острой и хронической ТЭЛА. У 15 пациентов была выполнена ангиопульмонография с катетерной дефрагментацией тромба и селективным тромболизисом, 11-ти пациентам имплантирован кавафильтр. В дальнейшем у 4 пациентов с ранее имплантированными временными кавафилтрами было произведено их успешное удаление.

Анализ результатов работы ОРХМДиЛ РСЦ г. Новосибирска в течение полуторагодичного периода показал снижение госпитальной летальности при возрастающем количестве пациентов с ОКС. С целью дальнейшей оптимизации процесса помощи пациентам с ОКС необходимо дальнейшее сокращение временных интервалов оказания помощи, в частности сокращение интервала —симптом-баллон|| и его приближение к целевому значению для Сибирского федерального округа -3 часа.

Необходимо совершенствовать подходы к диагностике и лечению ТЭЛА. Необходимо внедрять и развивать новые эндоваскулярные методы высокотехнологичной помощи, в том числе пациентам с ОНМК, особенно перенесшим или находящимся в группе риска ишемического инсульта. Организация системы сосудистых центров способствует широкому распространению методов интервенционной кардиологии в лечении острого

коронарного синдрома, а так же развитию рентгенохирургии в целом.

Список литературы

1. Барбараш Л. С. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 2013г., № 1, С. 4.
2. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в РФ. М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2012. 148 с.
3. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия – 2003. – Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва. – 2004. – С. 5 – 10.
4. Ганюков В.И., Протопопов А.В. Чрескожные эндоваскулярные вмешательства при остром коронарном синдроме – 2005 г. – Новосибирск. – С.15 – 16.
5. Percutaneous transluminal coronary angioplasty with and without thrombolytic therapy for treatment of acute myocardial infarction\ G. O. Hartzler [et al.] \ Am. Heart J. 1983. Vol. 106 (5 Pt 1). P. 965-973.
6. Antoniucci D. [et al.] \ Am. J. Cardiol. 2001. № 88, suppl. 15a.
7. Rogers W. J., Bowlby L., Chandra N. et al. Treatment of myocardial infarction in US (1990 to 1993): Observations from the National Registry of Myocardial infarction \ Circulation. – 1994. – Vol. 90. – P. 2103.

Сведения об авторах

1. Шалыгин Константин Владимирович, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НСО —Городская клиническая больница №1.
2. Корнач Наталья Викторовна, кандидат медицинских наук, руководитель Регионального сосудистого центра, ГБУЗ НСО —Городская клиническая больница №1.
3. Барбарич Владимир Борисович, заведующий 1 кардиологическим отделением ГБУЗ НСО —Городская клиническая больница №1.
4. Извеков Михаил Павлович, врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НСО —Городская клиническая больница №1.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ TNF-А ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Л.Р. Шедоева^{1,3}, Л.Г. Чхенкели^{1,2}, В.Е. Пак^{1,2,3}

г. Иркутск, ¹ГБОУ ВПО ИГМУ, ²ГБУЗ Иркутская областная
клиническая больница, ³ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН

Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена ростом заболеваемости болезнью Крона (БК) повсеместно. Распространенность БК – 10-150 случаев на 100 000 населения, более высокий уровень – в развитых странах. Болеют молодые трудоспособные люди детородного возраста (20-40 лет), 41% составляют инвалиды 2 и 3 групп, 2/3 из которых – лица в возрасте 21 -50 лет. Потребность пациентов в хирургическом лечении при БК – 50-80% . Частота развития хирургических осложнений болезни Крона: первые пять лет болезни - 50%, 10 лет анамнеза болезни и более – до 70%. В 53% случаев сочетаются 2 и более видов осложнений. Хирургическое лечение не решает проблемы в клиничко-социальной адаптации пациентов: после резекции тонкой и/или толстой кишки прогрессирование патологического процесса возникает в 90% случаев в течение первого года после оперативного лечения, не только в зоне анастомоза, а, как правило, проксимальнее. В 70% случаев пациентам, которым выполнено хирургическое вмешательство, требуются повторные операции, что приводит к глубокой инвалидизации.

Цель работы: обосновать возможность лечения тяжелого, прогрессирующего течения болезни Крона с применением блокаторов TNF-α при местном введении.

Материалы и методы: Комбинированную антицитокиновую терапию (АЦТ) проводили введением инфликсимаба внутривенно по стандартной схеме и в зону поражения (непротяженные стриктуры тонкой кишки, параректальные свищи, гангренозная пиодермия промежности). Использовали стандартную методику введения растворов в подслизистый слой и внутрикожно, количество точек определяли индивидуально. Эндоскопические манипуляции и контроль проводили фиброколоноскопом Olympus EVIS EXERA II – N180AL. Баллонная дилатация, местное введение инфликсимаба выполнили у 8 пациентам; 3 пациентам - местное введение препарата при аноректальных проявления БК.

Результаты: Удалось избежать резекций пораженных отделов тонкой кишки, значительно улучшилось качество жизни у пациентов с поражением аноректальной области.

Выводы: Комбинированное применение инфликсимаба является оптимальной тактикой ведения пациентов при осложненных формах болезни Крона в комплексном

лечении.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

А.А. Шехирев, В.В. Помогайбо

г. Куйбышев Новосибирской области, Хирургическое отделение ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ»

Работа посвящена оценке результатов холецистэктомии из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом за период работы с 2008 по 2012 г. В исследование включены 347 больных (87 мужчин и 260 женщин). Старше 60 лет оперировано 45% больных. С деструктивными формами оперировано 64,4%. Холедохолитиаз встречался в 6,3%, механическая желтуха у 12%, холангит у 4%, перипузырный инфильтрат у 40,6%, местный серозный перитонит у 5,2% больных. Наружное дренирование общего желчного протока выполнено у 37 больных. Холедохоскопия интраоперационная у 17. Наложение холедоходуоденоанастомоза у 7 больных. Расширение объема оперативного вмешательства обычно не требовало увеличения доступа, лишь в 2 случаях прибегли к конверсии. Хорошие результаты операции были отмечены у 329 (94,9%) больных. Послеоперационный койко-день 8,7, в том случае, если операция не включала вмешательства на желчных протоках, то средний койко-день был 4,28, тогда как после лапаротомного доступа койко-день 12,2. Интраоперационные осложнения имели место у 2,3% больных (травма печеночной ткани, кровотечение из культи пузырной артерии 3, кровотечение из большого сальника 3). В послеоперационном периоде осложнения возникли у 6,6% больных. В 5 случаях потребовалась релапаротомия, причем в одном случае выполнена из минилапаротомного доступа. Летальность составила 2,6%.

Результаты, полученные в настоящем исследовании, свидетельствуют о высокой эффективности холецистэктомии из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом. Данный доступ обеспечивает хорошие непосредственные результаты лечения большинства больных, позволяет расширять при необходимости объем вмешательства, а также контролировать развившиеся осложнения.

Таким образом, холецистэктомия из минилапаротомного доступа обладает существенными достоинствами и может рассматриваться как полноценный миниинвазивный метод хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью.

БЛЕББИНГ ЛИМФОЦИТОВ И АСПАРТАМИНОТРАНСФЕРАЗА КАК КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ

М.Ю. Юрьева¹, Ю.С. Винник¹, А.Б. Салмина², О.В. Теплякова¹, Н.А. Малиновская², И.И. Овчаренко³

**г. Красноярск, ¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава РФ Кафедра общей хирургии, ²Научно-исследовательский
институт молекулярной медицины и патобиохими, ³КГБУЗ
Красноярская межрайонная клиническая больница №7»**

Аннотация

Цель: разработать новый способ оценки степени локальной холодовой травмы в раннем реактивном периоде.

Материалы. С целью диагностики степени отморожения в раннем реактивном периоде был разработан коэффициент степени отморожения (КСО, усл. ед.) равный произведению индекса блеббинга лимфоцитов (ИБЛ, %) и активности аспартатаминотрансферазы (АСТ, ммоль/ч*л).

Результаты. При значениях КСО с 3,96 до 7,7 усл. ед. диагностируют II степень локальной холодовой травмы, с 7,7 до 17,4 усл. ед. – III степень, более 17,4 усл. ед. – IV.

Выводы. Оценка степени отморожения в раннем реактивном периоде посредством расчета КСО является малозатратным, своевременным и технически несложным в исполнении способом.

Ключевые слова

локальная холодовая травма, отморожение, коэффициент степени отморожения, индекс блеббинга лимфоцитов, аспартатаминотрансфераза, метод диагностики

Введение

Проблема локальной холодовой травмы сохраняет свою актуальность на территории значительной части России [2]. Несмотря на существование значительного количества различных методов оценки глубины отморожения в ранние периоды травмы, истинный диагноз своевременно устанавливается лишь в 40% случаев [6]. Данный факт обуславливает необходимость поиска нового способа ранней диагностики степени локальной холодовой травмы, который позволит повысить объективность и

своевременность определения глубины отморожения, сократив количество диагностических ошибок.

Известно, что для криотравмы характерны выраженные иммунные изменения. В раннем периоде местного холодового поражения превалируют реакции клеточного иммунитета, включающего макрофаги и лимфоциты [9] периферической крови, которые обладают высокой чувствительностью к апоптогенным факторам и являются непосредственными участниками патогенеза локальной холодовой травмы [7]. Блеббинг лимфоцитов периферической крови – это процесс, который характеризуется выпячиванием плазматической мембраны клеток в результате нарушения мембран-цитоскелетных взаимодействий [5, 10, 4]. Блеббинг рассматривается как интегральный параметр, отражающий действие повреждающих факторов на клетки и маркер воспалительного ответа [8].

Ранее было установлено, что при локальной холодовой травме отмечается повышение активности сывороточных аминотрансфераз за счет развития эндотоксемии и ишемии тканей, что делает возможным их оценку при отморожениях с диагностической и прогностической целью [1, 3].

Цель исследования

разработать новый способ оценки степени локальной холодовой травмы в раннем реактивном периоде.

Материалы и методы

Исследование одобрено на заседании локального этического комитета Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. В работу включены 72 пациента с локальной холодовой травмой II-IV степени, поступившие в приемное отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №7» в раннем реактивном периоде, с последующей госпитализацией в ХО №2, за период с 2010-2013гг.

С целью оценки степени локальной холодовой травмы в раннем реактивном периоде был разработан коэффициент степени отморожения (КСО, усл. ед.) равный произведению индекса блеббинга лимфоцитов (ИБЛ, %) и активности аспаратаминотрансферазы (АСТ, ммоль/ч*л).

У пациентов при поступлении, с письменного согласия, осуществляли однократный забор 10 мл венозной периферической крови из локтевой вены для определения ИБЛ и АСТ.

Работы по выделению лимфоцитарной фракции и регистрации блеббинга плазматической мембраны лимфоцитов периферической крови были выполнены на базе Центра коллективного пользования Научно-исследовательского института молекулярной

медицины и патофизиологии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Определение активности аспаратаминотрансферазы производилось в лаборатории КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №7».

Методика определения индекса блеббинга лимфоцитов [8].

После забора 5 миллилитров венозной периферической крови в пробирку, содержащую 0,15 мл гепарина, гепаринизированную кровь в вакутейнере доставляли в лабораторию не позднее часа. Для выделения лимфоцитарной фракции периферической крови использовали Lympholyte, CEDERLANE, Canada. Полученную суспензию клеток раскапывали по 50 мкл на предварительно обезжиренные предметные стекла, фиксируя покровными. Микроскопирование осуществляли на люминесцентном микроскопе с использованием фазово-контрастной насадки (увеличение не менее 900 раз) из расчета на 100 клеток. При микроскопировании определяли лимфоциты (клетки округлой формы, размером до 9-10 микрометров). По морфологии плазматической мембраны дифференцировали следующие виды клеток: 1) интактные клетки (с визуально неизменной плазматической мембраной, круглой, ровной поверхностью); 2) клетки в состоянии начального блеббинга (мелкие везикулы на мембране — до 1/3 радиуса клетки); 3) клетки в состоянии терминального блеббинга (крупные пузыри мембраны — более 1/3 радиуса клетки или множество мелких блеб на всей поверхности мембраны). Затем рассчитывали индекс блеббинга лимфоцитов путем умножения количества лимфоцитов в состоянии терминального блеббинга на 100 и деления на сумму количества лимфоцитов в состоянии начального и терминального блеббинга:

$$\text{ИБЛ} = \frac{\text{терминальный блеббинг} \times 100}{\text{начальный} + \text{терминальный блеббинг}} (\%)$$

Дополнительно у всех больных определяли активность аспаратаминотрансферазы в сыворотке крови с помощью набора реактивов АСТ-Витал (ОАО «Vital Development Corporation»), унифицированным методом Райтмана-Френкеля.

Полученный при поступлении коэффициент степени отморожения ($KCO = ИБЛ * АСТ$), ретроспективно сопоставлялся с заключительным клиническим диагнозом.

Статистический анализ проведен методами непараметрической статистики. Для сравнения независимых выборок был использован критерий Краскела – Уоллеса. После отклонения нулевой гипотезы (H_0) об отсутствии различий групп, проведено парное сравнение групп с помощью критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Для расчетов применяли программу SPSS 19.0.

Результаты

Нами установлены различия в значениях КСО в раннем реактивном периоде, на основании чего разработана шкала оценки степени локальной холодовой травмы (заявка на изобретение РФ «Способ оценки степени локальной холодовой травмы в раннем реактивном периоде» № 2014106093, приоритет от 18.02.2014г.; таблица 1).

Таблица 1. Шкала оценки степени локальной холодовой травмы в раннем реактивном периоде по показателю коэффициента степени отморожения.

Степень локальной холодовой травмы	II	III	IV
КСО, усл.ед.	с 3,96 до 7,7	с 7,7 до 17,4	более 17,4

Среди обследуемых были лица обоего пола (доля мужчин составила 81,94%, женщин – 18,05%) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $43,4 \pm 1,24$). Основную группу больных с локальной холодовой травмой составили социально слабо защищенные слои населения. На долю рабочих, служащих пришлось лишь 29,17%, учащихся – 2,78%, доля нетрудоустроенных граждан составила 51,38%, пенсионеров и инвалидов – 16,67%. Процент граждан без определенного места жительства составил 13,89%. В 51,39% случаев имело место поражение области стоп, в 45,83% случаев – кистей, в 1,39% – области коленных суставов, в 1,39% – лица, в 34,73 % – пострадавшие имели сочетанную

локализацию. Среднее количество часов, прошедших с момента получения холодовой травмы, составило $27,81 \pm 2,49$. При поступлении, из 72 больных, отморожение II степени было зарегистрировано у 30,56% (22 чел.), III степени – у 25% (18 чел.), IV степени – 44,44% пациентов (32 чел.). После госпитализации пострадавшим было назначено базисное лечение, включающее инфузии дезагрегантов, антикоагулянтов, спазмолитиков, глюкозо-новокаиновой смеси, антибиотики, перевязки, оперативное лечение по показаниям.

42 пациентам были выполнены операции (некрэктомии, ампутации пальцев, ампутации стоп по Шарпу) на $13 \pm 5,4$ сутки. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $17,3 \pm 1,26$ койко-дней. В позднем реактивном периоде было установлено, что из 72 больных, местное холодовое поражение II степени имело место у 18, III степени – у 15, IV степени – 39 пациентов. Процент диагностических ошибок составил 13,88%.

Клинический пример

Пострадавший Ш., 35 лет (медицинская карта № 503), поступил в приемное отделение МБУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Красноярска 29.01.2012г. через 10 часов с момента отморожения (холодовая травма получена во время работы на улице, в состоянии алкогольного опьянения). Кисти рук отечны, гиперемированы, прохладные на ощупь. Отмечается снижение болевой, тактильной чувствительности. Выставлен диагноз: Отморожение пальцев обеих кистей II-III степени. У больного был проведен расчет коэффициента степени отморожения по вышеописанному способу, который составил 6,47 усл. ед., что соответствует II степени местной холодовой травмы. Больной госпитализирован в хирургическое отделение №2. В стационаре назначена консервативная терапия: дезагреганты, антикоагулянты, спазмолитики, антибиотики, глюкозо-новокаиновая смесь, перевязки. Образовавшиеся субэпидермальные буллы вскрыты. На фоне проводимого лечения эрозии на месте вскрытия булл эпителизовались. Чувствительность восстановилась. Заключительный клинический диагноз: Отморожение пальцев обеих кистей II степени.

Выводы

Разработан способ оценки степени локальной холодовой травмы в раннем реактивном периоде на основе определения индекса блеббинга лимфоцитов и активности аспаратаминотрансферазы. Расчет коэффициента степени отморожения является малозатратным, своевременным и технически несложным в исполнении способом.

Список литературы

1. Вахнин М. В., Мартынова Е. Ю., Гузь В. Н. Прогнозирование развития некротических процессов при отморожениях конечностей по уровню сывороточных аминотрансфераз / М. В. Вахнин, Е. Ю. Мартынова, В. Н. Гузь // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – № 4 (56). – С. 23 – 24.
2. Локальная холодовая травма: вопросы патогенеза, оценки тяжести и лечения (обзор литературы) / Ю. С. Винник, А. Б. Салмина, М. Ю. Юрьева [и др.] // Московский хирургический журнал. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 42-48.
3. Пекарский Д. Е., Захаренко О. М., Цогоев А. А. Лечебная тактика при холодовых травмах / Д. Е. Пекарский, О. М. Захаренко, А. А. Цогоев // Клиническая хирургия. – 1990. – № 3. – С. 20–21.
4. Петрова М. М., Салмина А. Б., Инжутова А. И. Современные подходы к диагностике эндотелиальной дисфункции у больных гипертонической болезнью / М. М. Петрова, А. Б. Салмина, А. И. Инжутова // Сибирское медицинское обозрение. – 2007. – Т. 45, № 4. – С. 17 – 20.
5. Регистрация блеббинга плазматической мембраны лимфоцитов периферической крови как экспресс-метод оценки тяжести состояния больных осложненными формами гипертонической болезни / А. И. Инжутова, А. Б. Салмина, М. М. Петрова [и др.] // Бюллетень СО РАМН. – 2007. – Т. 123, №1. – С. 6-10.
6. Сатыбалдыев, В. М. Ранняя диагностика и прогнозирование степени отморожения конечностей / В. М. Сатыбалдыев // Вестник хирургии. – 2003. – Т.162. – №1. – С.46 – 48.
7. Способ диагностики степени тяжести состояния больных гипертонической болезнью, осложненной ишемическим инсультом : пат. 2349917 Российская Федерация, МПК G01N33/49 / Инжутова А. А., Салмина А. Б., Петрова М. М. ; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО "Красноярская государственная медицинская академия федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию". – № 2008103996/15 ; заявл. 01.02.2008 ; опубл. 20.03.2009, Бюл. № 8. – 11с. : 3 ил.
8. Способ диагностики системного воспалительного ответа организма при критических состояниях : пат. 2328219 Российская Федерация, МПК A61B10/00, G01N33/48 / Фурсов А. А., Салмина А. Б., Михуткина С. В. [и др.] ; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО "Красноярская государственная медицинская академия федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию". – № 2007109001/14 ; заявл. 12.03.2007 ; опубл. 10.07.2008, Бюл. № 19. – 12с. : 3 ил.
9. Шаповалов К. Г., Иванов В. А., Витковский Ю. А. Содержание IL-18 в крови и жидкости пузырей у больных с местной холодовой травмой / К. Г. Шаповалов, В. А. Иванов, Ю. А. Витковский // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 41 – 43.

10. Met-induced membrane blebbing leads to amoeboid cell motility and invasion / A. Laser-Azogui , T. Diamant-Levi , S. Israeli [et all.] // Oncogene. – 2013. – doi: 10.1038/onc.2013.138.

ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Р.М. Юсеф, В.Л. Богданов, В.К. Татьянченко

г. Ростов-на-Дону, Государственный медицинский университет

Цель работы: определение эффективности использования оригинального теста диагностики осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Материал и методы. У 60 больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки был использован биохимический тест, определяющий степень развития хронических осложнений (патент РФ №2119168). У всех больных проводили офтальмологические исследования. По совокупности полученных данных известных и предлагаемых методов исследования была составлена индивидуальная шкала оценки тяжести течения дивертикулярной болезни и её хронических осложнений. У всех больных диагноз дивертикулёза толстой кишки был подтверждён рентгенологическими методами. Из них у 16 (26,7%) на основании компьютерной томографии были выявлены хронические осложнения: хронический дивертикулит у 11 (18,3%), свищи ободочной кишки – у 5 (8,4%). Установлено, что вираж биохимического теста у больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки с хроническими осложнениями был высоким (75-96%). При неосложнённом течении дивертикулёза снижение активности пробы по сравнению с группой контроля составляло 52,93% – 71,33 %. В ходе исследования было предпринято изучение внутрисстеночного кровотока оболочек глазного яблока, которые остро реагируют на наличие процессов интоксикации в организме. Установлено, что при хронических осложнениях дивертикулярной болезни возникает недостаточность кровообращения в сетчатке, вызывающая глубокие нарушения трофики тканей гипоксического характера.

Выводы. При неэффективности проводимой терапии, отсутствии клинической ремиссии и развитии отрицательной динамики критериев, определяющих тяжесть течения дивертикулярной болезни ободочной кишки (в нашем исследовании у 16,27% больных) возникает высокий риск развития хронических осложнений.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ У НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ

БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

З.А. Яковлева¹, Т.М. Тяптиргянова²

**г. Якутск, ¹Республиканская больница №2 - центр экстренной
медицинской помощи, ²Медицинский институт Северо-Восточный
федеральный университет**

Цель исследования: изучить особенности стентирования пищевода у больных раком пищевода с использованием стентов различных модификаций.

Материалы и методы. За период с 2009 по настоящее время нами было выполнено эндоскопическое стентирование 6 больным по поводу рака пищевода. Возрастной интервал пациентов от 70 до 93 лет. Все имели 3-4 степень дисфагии после химио и лучевой терапии. Большинству пациентов были установлены нитиновые стенты M.I. Tech (Корея), также использовались стенты фирмы Wilson Cook (США). В 1 случае установлен стент с антирефлюксным клапаном, показанием для её установки служил рак пищевода-желудочного перехода.

Результаты. У 5-х больных уже на следующие сутки после стентирования появлялась возможность приема жидкой и густой пищи, а через 3-5 суток явления дисфагии полностью исчезли. Осложнений при установке саморасширяющихся стентов не было. В раннем периоде после стентирования у 1-го больного появился болевой синдром. Среди поздних осложнений через 8 месяцев от момента установки стента у 1-го больного выявлен продолженный рост опухолевой ткани, который вызвал стеноз просвета пищевода над стентом. Данному больному проведено стентирование стент в стент.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что эта манипуляция является методом выбора для паллиативного лечения пациентов с неоперабельными формами рака. Применение методики эндопротезирования позволяет сократить время пребывания больных в стационаре. При этом, одним из наиболее очевидных преимуществ и достоинств стентирования является сохранение возможности перорального питания, что существенно повышает качество жизни больных.