

**Читинская государственная медицинская Академия
Министерство здравоохранения
Забайкальского края
Законодательное собрание
Забайкальского края
Общество хирургов Забайкальского края**



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



УДК 617.089
ББК 56.12

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции «Хирурги Забайкалья в России - 2» (Чита, 13-14 апреля 2017 года). – Чита: ФГБОУ ВО ЧГМА, 2017. – 70 с. [Электронное издание]. Для ссылки скачать в формате pdf. Данный сборник тезисов включает материалы Региональной научно-практической конференции «Хирурги Забайкалья в России - 2». Цель конференции определена как обмен научными достижениями и обсуждение актуальных проблем хирургии. Широка тематика работ, изданных в рамках проведения данного мероприятия.

Члены редакционной коллегии:

Д.м.н. профессор С.Л. Лобанов (научный редактор)

А.А.Яшнов,

Ю.С.Лобанов

©ФГБОУ ВПО Читинская ГМА, 2017
© Законодательное собрание Забайкальского края, 2017
© МЗ Забайкальского края, 2017

СЛУЧАЙ СПОНТАННОЙ ВНУТРИОРГАННОЙ ГЕМАТОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РАЗВИТИЕМ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Абдулобеков М.Б., Ибрагимов Р.Н., Николаев В.Н., Кушнарев А.В.

Стационар МСЧ г. Махачкала Республика Дагестан.

Несмотря на то, что эндокринные железы относятся к тканям с высокой васкуляризацией, случаи развития нетравматических гематом этих органов крайне редки [3]. Это справедливо и в отношении щитовидных желез (ЩЖ), где известны паренхиматозные кровоизлияния, особенно при наличии узлов и кист [1-3], включая массивные, жизнеугрожающие, с формированием крупных гематом.

Спонтанная гематома ЩЖ относится к редким заболеваниям и характеризуется определенными трудностями в постановке диагноза и выборе адекватного метода лечения больного. Данная патология сопряжена с рядом диагностических, тактических и технических трудностей, особенно при отсутствии настороженности врачей в отношении этой редкой находки. Диагностические трудности связаны с остротой, скоростью и тяжестью возникающих неспецифических симптомов, ограниченным временем обследования. Тактикой ведения подобных пациентов является настороженность за максимально угрожающими жизни состояниями (асфиксия, рефлекторные нарушения гемодинамики вследствие смещения каротидного сосудисто-нервного пучка или его сдавления). Технические трудности хирургического вмешательства связаны со спонтанной гематомой, отсутствием информации о ее источнике и необходимостью подготовки врача в области сосудистой хирургии.

Как правило, кровоизлияния в ЩЖ характеризуются острым началом без каких-либо продромальных симптомов, быстрым увеличением органа и внезапным развитием болевого синдрома. При физикальном обследовании выявляются локальные симптомы (болезненность при пальпации, иногда – флюктуация), причем клинические и биохимические показатели крови нередко остаются в пределах нормы. Клиническая картина может существенно меняться при развитии осложнений (тяжелая кровопотеря, синдромы сдавления органов шеи и средостения). Компрессионные синдромы рассматриваются как редкие, но потенциально опасные осложнения, чаще всего проявляющиеся дисфагией, дисфонией и компрессионной обструкцией дыхательных путей (клинически – внезапное увеличение ЩЖ и прогрессирующее удушье).

Дифференциальная диагностика затруднена тем, что наиболее типичный симптомокомплекс (внезапное увеличение и боль в ЩЖ) может возникать при многих тиреоидных заболеваниях (острый и подострый тиреоидит, радиоактивное повреждение ткани ЩЖ, хирургическая и механическая травма и т.д.). Чаще всего кровоизлияния в паренхиму ЩЖ приходится дифференцировать с подострым тиреоидитом. В пользу спонтанной гематомы в данном случае будет свидетельствовать отсутствие системных воспалительных сдвигов. Кроме того, для дифференциальной диагностики важны результаты УЗИ ЩЖ. Одним из наиболее информативных методов обследования является компьютерная томография (КТ).

Приводим клинический пример спонтанной гематомы левой доли ЩЖ со смещением трахеи и распространением на мягкие ткани шеи и передне верхнего средостения.

Пациентка С., 42 года, была экстренно госпитализирована в хирургическое отделение Стационара 11.04.2016г. с направляющим диагнозом: Образование левой доли щитовидной железы.

При поступлении предъявляла жалобы на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, умеренной интенсивности боли в области образования, чувство удушья в горизонтальном положении, осиплость голоса.

Со слов пациентки утром 07.04.2016 г. на фоне полного благополучия внезапно почувствовала боли в области передней поверхности шеи. Она обратила внимания на

наличие опухолевидного образования по передней поверхности шеи, которое стало увеличиваться. Появилась осиплость голоса, затруднение глотания. За медицинской помощью обратилась 08.04.2016 г. по месту работы, откуда была направлена к терапевту поликлиники МСЧ. 11.04.2016 г. осмотрена терапевтом поликлиники МСЧ. Выполнено УЗИ щитовидной железы: выявлено, что всю левую долю щитовидной железы занимает неоднородное жидкостное образование размерами 6,5x5,0x4,0 см. Для дальнейшего обследования и лечения пациентка в экстренном порядке госпитализирована в хирургическое отделение стационара МСЧ.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, 15 баллов по шкале ком Глазго, положение активное. Эмоционально лабильна. Кожа обычной окраски, влажная, тургор кожи не снижен. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание с частотой 18-20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Ps-82 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот обычной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания; при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени по Курлову 9x8x7см. Стул оформленный, один раз в сутки. Области почек без видимых изменений, почки в трех положениях не пальпируются. Симптом поколачивания в костовертбральных углах отрицательный с обеих сторон. Акт мочеиспускания не нарушен.

Status localis: на передней поверхности шеи в проекции щитовидной железы больше слева визуализируется опухолевидное образование овальной формы, кожа над которой не изменена. Пальпаторно в левой доле определяется образование размерами 6,0x4,5 см малоподвижное, плотно-эластической консистенции, умеренно болезненное, определяется передаточная пульсация. Правая доля щитовидной железы не увеличена, безболезненна, мягко-эластической консистенции, дольчатая, опухолевидные и узловые образования не пальпируются. Тембр голоса снижен.

Предварительный диагноз: пульсирующая гематома щитовидной железы.

В общем анализе и при биохимическом исследовании крови, а также в тиреоидной панели и общем анализе мочи патологических сдвигов не выявлено.

По результатам УЗИ от 11.04.2016г.: в левой доле определяется эхонегативное образование неоднородной структуры, размерами 6,5x5,0x4,0 см, оттесняющее трахею вправо с ее сдавлением. По экстренным показаниям выполнено КТ шеи: в левой доле щитовидной железы визуализируется гиподенсное образование диаметром до 6,5x5,0x4,0. Заключение КТ: гематома левой доли щитовидной железы.

Осмотр отоларинголога 11.04.2016г. выявил левосторонний парез гортани.

По совокупности данных клинического, лабораторного и инструментального обследования установлен диагноз: спонтанная гематома левой доли щитовидной железы.

13.06.2016г. выполнена операция: гемитиреоидэктомия слева.

Воротникообразным разрезом по Кохеру на 2 см выше яремной вырезки послойно обнажены короткие мышцы шеи. В продольном направлении межмышечным доступом послойно обнажена наружная капсула щитовидной железы, тупым путем (пальцевым способом) произведена ревизия обеих долей щитовидной железы и перешейка, при этом установлено что левая доля шаровидной формы, напряжена увеличена в размерах 6,5x4,5 см. При ревизии правой доли щитовидной железы узловых кистозных образований не пальпируются, доля однородная, дольчатая, мягкой консистенции, обычной окраски. Произведена анатомическая перевязка верхней и нижней щитовидных артерий и вен слева, с последующей супрафасциальной гемитиреоидэктомией.

Макропрепарат: удаленная левая доля щитовидной железы шаровидной формы, напряженная, размерами 6,0x4,5 см. При вскрытии: содержимое – свернувшаяся гематома и гемолизированная жидкая кровь. Ткань железы в виде капсулы вокруг гематомы.

ДИАГНОЗ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ: Спонтанная гематома левой доли щитовидной железы.

Течение послеоперационного периода гладкое. Самостоятельно исчезла осиплость голоса, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 5 сутки, пациентка в удовлетворительном состоянии на 7 сутки выписана на амбулаторное лечение.

В данном случае с самого начала заболевания у пациентки имелись все типичные клинические проявления спонтанной гематомы ЦЖ: Манифестировали признаки компрессионного синдрома (появление охриплости по мере увеличения гематомы, чувство удушья в горизонтальном положении). Правильная оценка клинических данных позволила составить адекватный план обследования и в течении одного дня получить инструментальные подтверждения наличия собственно гематомы. Своевременное выполнение хирургического вмешательства позволило избежать возможных тяжелых осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ТУБОТИМПАНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Байке Е.В.

ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – это заболевание, характеризующееся наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным или периодически возникающим гноетечением из уха и прогрессирующим снижением слуха. Во всем мире хроническим гнойным средним отитом страдают от 1 до 46% человек, проживающих в развитых и развивающихся странах, это около 65-330 млн человек, 60% из них имеют значительное снижение слуха. Распространенность ХГСО в нашей стране составляет от 8,4 до 39,2 на 1000 населения. При этом хронический средний отит с холестеатомой выявляется у 24-63% больных независимо от локализации перфорации барабанной перепонки. Костная резорбция, сопровождающая такие случаи, обнаруживается в 78,8% случаев, что является причиной развития отогенных осложнений. В этой связи ХГСО является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, так как более половины всех больных являются лицами трудоспособного возраста. Впечатляющие технические возможности современной оториноларингологии приводят к пересмотру сложившихся представлений о давно известных заболеваниях. Так, мнение о том, что мезотимпанит (туботимпанальная форма ХГСО) является клинически благоприятным вариантом заболевания, а тимпаноплатсика при этой форме отита представляет собой рутинную операцию, все чаще подвергается сомнению. Причиной этого является увеличение числа клинически сложных случаев, классифицируемых как мезотимпанит на дооперационном этапе, а интраоперационные находки – врастание эпидермиса, холестеатома – позволяют говорить о признаках неблагоприятного, потенциально деструктивного процесса.

Проведенные нами клинические исследования, основанные на анализе данных 56 больных с туботимпанальной формой ХГСО за период с 2014 по 2016г., выявили наличие очагов эпидермизации у 34% больных. При этом интраоперационное обнаружение холестеатом у лиц с «сухими» перфорациями превышало отомикроскопическое их выявление при стандартном ЛОР-осмотре в 4,7 раза. Сравнительное изучение анамнеза болезни и интраоперационных находок показало повышение риска развития холестеатомы при увеличении сроков течения мезотимпанита. Так, при длительности заболевания до 5 лет холестеатома выявлена в 2 случаях, от 5 до 10 лет – в 5, а более 10 лет – в у 12 пациентов. Обнаружение очагов эпидермизации зависело от частоты локализации перфорации барабанной перепонки. Так, при центральной перфорации, встречающейся у пациентов в 56%, выявляемость очагов эпидермизации вокруг рукоятки молоточка была равной 21,4% (12 человек). В 3,6% и 1,8% случаев в патологический процесс были вовлечены ниша овального и круглого окон соответственно. При локализации перфорации кзади от рукоятки молоточка («задней» перфорации) многослойный плоский эпителий распространялся не только на внутреннюю поверхность остатков барабанной перепонки, но и под заднюю стенку наружного слухового прохода с вовлечением ретротимпанального пространства – в 2 (3,6%)

случаях. В одном наблюдении (1,8%) отмечалось распространение эпидермиса под длинный отросток и тело наковальни в аттик и антрум. При «передней» (кпереди от рукоятки молоточка) локализации перфорации барабанной перепонки у 1,8% пациентов вросший эпидермис был обнаружен в тимпанальном устье слуховой трубы.

Хирургическое лечение при мезотимпаните включало обязательный saniрующий этап среднего уха с последующим реконструктивным. В случае выявленной холестеатомы в адитусе ревизия барабанной полости была расширена до аттико-адитотомии трансметальным путем при эндауральном подходе. Кариозно измененные слуховые косточки резецировались, подвижность слуховой цепи восстановлена с помощью протезов из аутокани, титана. Все операции заканчивались тимпанопластикой I-III типов. Таким образом, при туботимпанальной форме хронического гнойного среднего отита направление врастания эпидермиса со стороны наружного слухового прохода и остатков барабанной перепонки в среднее ухо определялось локализацией перфорации натянутой части. С увеличением длительности заболевания дегенеративные изменения слизистой оболочки снижают ее защитные свойства и не препятствуют врастанию эпидермиса в среднее ухо, а зачастую являются его проводником. Имеющиеся интраоперационные находки позволяют нам рассматривать мезотимпанит как один из вариантов деструктивного течения хронического среднего отита.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

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

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

С середины 1980-х годов во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации (РФ), отмечается рост заболеваемости туберкулезом. В 2009 г. темп роста заболеваемости в РФ составил 82,6⁰/0000, а в Иркутской области в 2010 г. он достиг 133,9⁰/0000. Среди больных, заболевших туберкулезом, 32,7% составляют лица молодого трудоспособного возраста. До настоящего времени среди внелегочных форм абдоминальный туберкулез (АТ) считается редкой патологией.

Цель исследования: Оценить общую характеристику больных АТ в ургентной хирургии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 165 наблюдений АТ у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006-2015 гг., оказывающей ургентную хирургическую помощь.

Результаты исследования

Больные АТ в общехирургический стационар чаще всего поступали по направлению из противотуберкулезного диспансера (55) или по скорой помощи (49). Существенно реже они направлялись из инфекционного и терапевтических стационаров или других лечебных учреждений. Поводом к направлению служило подозрение на острую хирургическую патологию.

Все больные АТ были в возрасте 18-66 лет, средний возраст (Me) составил 31 (30,8-34,8 95%ДИ) год. Мужчин было 127 (77,0%), женщин – 38 (23,0%). Подавляющее число больных вели асоциальный образ жизни, 132 (80,0%) – употребляли внутривенные наркотики. У 137 (83,0%) больных была ВИЧ-инфекция, из них у 100 (60,6%) – в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 37 (22,4%) наблюдениях сочеталась с гепатитом «В», в 79 (47,9%) – гепатитом «С», в 39 (23,6%) – кандидозом, в 6 (3,6%) – циррозом печени. В 97 (58,8%) наблюдениях АТ сочетался с туберкулезом легких, в 80 (48,5%) – имелась выраженная кахексия.

При поступлении 146 (88,5%) больных с АТ предъявляли жалобы на боли в животе, 49 (29,7%) – на тошноту и рвоту, 35 (21,2 %) – наличие гипертермии. У 51 90 (54,5%) больных была гипотензия, у 118 (71,5%) больных – тахикардия. Лабораторные исследования

выявили наличие анемии у 100 (60,6%) больных, лейкоцитоза – у 56 (33,9%), тромбоцитопении (тромбоциты $<100 \times 10^9$ /л) – у 14 (8,5%). При изучении биохимических показателей крови было установлено наличие гипопротеинемии у 132 (80,0%) больных, билирубинемии – у 44 (26,7%) и азотемии – у 42 (25,5%) больных. В 44 (26,7%) наблюдениях отмечено снижение в плазме уровня калия ($K^+ \leq 3,5$ ммоль/л) и натрия ($Na^+ \leq 135$ ммоль/л).

Больным АТ выполняли инструментальные методы исследования органов грудной клетки и брюшной полости. В 100 (60,6%) наблюдениях выполнена рентгенография легких. Из них в 81 наблюдениях выявлен диссеминированный туберкулез легких, в 13 – пневмония, в 2 – кардиомегалия, в 4 – патологии не выявлено. Остальные 65 (39,4%) больных АТ поступали из противотуберкулезного диспансера и других стационаров с готовыми рентгенологическими заключениями.

В 95 наблюдениях выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости. Из них в 49 наблюдениях выявлен свободный газ под куполом диафрагмы, в 19 – признаки острой кишечной непроходимости («чаши Клойбера»). При УЗИ органов брюшной полости у этой группы больных обнаруживали наличие свободной жидкости в брюшной полости и пневматоза кишечника. Лапароскопия проведена в 35 наблюдениях. Чаще выявляли серозно-фибринозный (13) и гнойно-фибринозный перитонит (8). Реже обнаруживали туберкулез кишечника без признаков перитонита (7) и инфильтрат в правой подвздошной области (5). В 2 наблюдениях выявлен деструктивный аппендицит туберкулезного генеза.

Оперировано 140 (84,5%) больных. Основным поводом к операции служило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 75 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 40 наблюдениях перфорации локализовались в подвздошной кишке, 11 – подвздошной и тощей кишках, 9 – тощей кишке, 9 – ободочной кишке, 2 – слепой кишке, 2 – червеобразном отростке и 2 – желудке. В 23 наблюдениях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов.

В 16 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 14 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 6 случаях), в 9 – туберкулез печени, 4 случаях – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 22 случаях был отмечен туберкулез брюшины. У 98 (70,0%) оперированных больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита.

Умерло 95 (57,6%) больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной летальности у 75 больных был генерализованный туберкулез, у 20 больных – разлитой гнойный перитонит с полиорганной недостаточностью.

Выводы

Наиболее часто АТ отмечали у мужчин (77,0%) 30-35 лет (95%), употребляющие наркотики (80,0%), имеющие ВИЧ-инфекцию (83,0%) в стадии СПИДа (60,6%) в сочетании с вирусным гепатитом «С» (47,9%) и кахексией (48,5%). Основным поводом обращения за urgentной хирургической помощью было наличие абдоминального болевого синдрома (88,3%). Неотложные оперативные вмешательства потребовались в 84,5% случаев. Неблагоприятным прогностическим фактором для жизни является наличие у больного АТ перитонита в сочетании с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией. Общая летальность составила 57,6%.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

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

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Иркутская область является одной из территорий в Российской Федерации с наиболее напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, в 2010 г. она достигла

133,9⁰/0000. Среди больных, заболевших туберкулезом, 32,7% составляют лица молодого трудоспособного возраста. В этой возрастной категории большую часть составляют лица с ВИЧ-инфекцией. На этом неблагоприятном фоне уровень заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией неуклонно растет, в 2010 г. он достиг 21,8⁰/0000.

Цель исследования. Изучить эффективности диагностики и лечения у больных АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией в ургентной хирургии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 21 наблюдения АТ у больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в клинике общей хирургии на базе отделения гнойной хирургии ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Иркутска в 2013-2015 гг.

Результаты исследования

Больные АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией были в возрасте от 21 до 44 лет, средний возраст 33,0 (31,1-36,5 95%ДИ). Мужчин было – 18, женщин – 4. У 6 больных ВИЧ-инфекция была в стадии СПИДа. Чаще всего больные поступали в первые 48 часов заболевания.

У 16 больных помимо специфического поражения органов брюшной полости имелось туберкулезное поражение легких. У ряда больных выявлялась тяжелая сопутствующая патология. У 2 больных диагностирована пневмония, у 1 – экссудативный плеврит, у – 1 тромбоцитопения, сопровождающаяся кишечным кровотечением.

Все больные поступили с признаками острой патологии органов брюшной полости. При поступлении с целью диагностики использованы инструментальные и лабораторные методы исследования. Рентгенологическое исследование брюшной полости выполнено 16 больным, из них у 8 больных на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости, у 2 – рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости. Мультиспиральная компьютерная томография выполнена 2 больным. В одном наблюдении выявлено формирование абсцесса в правой подвздошной области и межкишечные абсцессы, в другом – свободный газ в брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости выполнена 14 больным. Из них в 12 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 2 – увеличение лимфатических узлов в воротах печени.

Всем больным выполнено хирургическое лечение. На всех операциях у больных был выявлен разлитой гнойный перитонит, причинами которого у большинства больных были перфорация туберкулезной язвы кишечника (13) и абсцедирующий мезоденит.

Среди оперированных 9 больным выполняли программированные релапаротомии. Количество программированных релапаротомий было от 2 до 8 операций. В ходе операции у всех больных осуществляли забор экссудата из брюшной полости для последующего бактериологического исследования неспецифической микрофлоры и ее чувствительности к основным антибактериальным препаратам.

В экссудате брюшной полости при бактериологическом исследовании наиболее часто выделяли *staphylococcus aureus* (9), *citrobacter freundii* (6), *escherichiacoli* (5). Чувствительность выделенных бактериальных культур была достаточно высокой от одного до восьми антибиотиков, среди которых чаще отмечены имипенем, меропенем, цефепим.

Посевы на микобактерии туберкулеза не выполняли. Диагноз АТ подтверждали гистологически. При окраске препарата по Цилю-Нильсену обнаруживали кислотоустойчивые микобактерии.

В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение – несостоятельность швов после иссечения перфоративной язвы подвздошной кишки. Умерло 10 больных, общая летальность составила 47,6%.

Выводы

АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 30-39 лет. Больные за ургентной хирургической помощью обращаются при развитии позднего осложнения – разлитого гнойного перитонита. Основными причинами перитонита

являются перфорация туберкулезной язвы кишечника и абцедирующий мезоденит. Отсутствие ранней диагностики АТ, сочетание его с туберкулезом легких и наличие гнойных осложнений на фоне выраженного иммунодефицита обуславливает сложности лечения и высокую летальность (47,6%).

ВАРИАНТЫ ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ОПЕРАЦИЙ ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Актуальность. Остаются актуальными и до конца нерешенными вопросы оперативного лечения параректальных свищей, особенно свищей III-IV степеней сложности, по-прежнему затруднены разработка и внедрение малотравматичных и сфинктер-сохраняющих вариантов операций при таких свищах.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных со сложными параректальными свищами за счет внесфинктерного проведения латексных лигатур.

Материал и методы. За минувшие 4 года (2013-2016) в ДКБ ст.Чита-2 мы наблюдали и оперировали 78 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита. У 53 больных со свищами I-II степени сложности выполнено иссечение по Габриэлю, с восстановлением сфинктера у 36 из них; 14 пациентам из 25 со свищами III-IV степени сложности выполнено субтотальное иссечение свищевого хода с ушиванием внутреннего отверстия и проведением латексной лигатуры вокруг сфинктеров (I группа), а 11 – субтотальное иссечение свищевого хода с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры через оба свищевых хода при подковообразных вариантах или через свищ и наложенную контрапертуру.

Результаты. В I группе из 14 больных проведенная лигатура сразу же выполняла «прорезающую» функцию, низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена у 9 (64,3%) пациентов, транзиторное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 6 (42,9%). В этой группе сроки стационарного лечения составили $12 \pm 2,9$ койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – $38 \pm 5,7$ дней. В отдаленные сроки рецидив свища наступил у 2 (14,3%).

Во II группе из 11 больных проведенная лигатура первые 10-12 дней выполняла дренирующую функцию, после санации иссеченного свищевого хода лигатуру переводили на «прорезающую» роль, низведение свищевого хода и заживление ран наступало к 6-10 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена лишь у 1 (9,1%) пациента ($p=0,02$), транзиторное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 1 (9,1%), ($p=0,03$). В этой группе продолжительность стационарного лечения составила $11 \pm 2,4$ койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – $32 \pm 5,7$ дней. В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено ($p=0,01$).

Заключение. Субтотальное иссечение свища с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры можно считать малотравматичной и физиологичной операцией, уменьшает частоту рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций перианальной зоны, заметно улучшает качество жизни таких пациентов.

РАННЯЯ СИМПТОМАТИКА ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Брянцева О.С.

Медицинский клинический центр, г. Чита

Опухоли головного мозга встречаются практически в любом возрасте. По статистике среди взрослых 40-45 % всех опухолей головного мозга составляют глиомы, 18-20% менингиомы, 8% невриномы, 6-8% аденомы гипофиза.

Доброкачественные образования небольших размеров на ранних стадия поддаются лечению. Запущенные случаи приводят к тяжелым последствиям.

К сожалению, на ранних стадиях опухоли головного мозга диагностируются редко.

В данной работе приведен пример истории наблюдения и лечения пациентки Л., 1962г.р., которая на протяжении многих лет, а именно с 2003 года лечилась у терапевта по поводу системной красной волчанки и ее осложнений. Ежегодно проходила курсы стационарного лечения в терапевтическом отделении. Неоднократно обращалась к неврологу с жалобами на постоянную головную боль. Был установлен диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия 2ст., вертеброгенная дорсалгия, дисметаболическая полинейропатия. Принимала нейропротекторы, с кратковременным положительным эффектом. По данным ЭЭГ регистрировались диффузные изменения ирритативные, активирующее влияние ретикулярной формации; по данным ЭхоЭг признаков гипертензионного, гидроцефального синдромов не наблюдалось; на глазном дне отмечались явления ангиопатии. На МРТ, КТ головного мозга пациентка не направлялась.

В июне 2016 года состояние резко ухудшилось, экстренно госпитализирована в ККБ г.Читы нейрохирургическое отделение с клиникой дислокационного синдрома, центрального тетрапареза. На МРТ головного мозга диагностирована опухоль головного мозга (парасагитальная менигиома) размером 8х7см в лобно-теменной области справа. Приведено хирургическое удаление опухоли. После нескольких курсов восстановительного лечения смогла приступить к работе.

При последующем анализе было выявлено, что такие симптомы как головная боль, головокружение, общая слабость, тошнота, боли в глазах, снижение зрения, памяти, беспричинная тревога, страх у данной пациентки появились и постепенно прогрессировали с 2002. Головная боль носила упорный ноющий характер, усиливалась в утренние часы, при кашле, резких усилиях, иногда сопровождалась тошнотой.

С 2016 головная боль стала носить интенсивный характер преимущественно в правой лобной области, выросли общая слабость, головокружение, похудела на 5кг. В мае 2016г. наблюдался приступ с потерей сознания.

Таким образом, опухоль головного мозга длительно протекала без очаговой неврологической симптоматики, что затруднило раннюю диагностику. Вместе с тем у больной были симптомы, позволяющие уже на ранних стадиях заподозрить опухоль головного мозга, такие как:

- Сильная головная боль, локализуемая преимущественно в определенной области.
- Головокружение в любом положении, длительно не купирующееся.
- Тошнота, рвота не связанная с приемом пищи.
- Общая слабость, быстрая утомляемость, снижение веса, повышение температуры тела.
- Резкое снижение зрения, появление звездочек, пятен перед глазами, боли, двоение в глазах, нистагм.
- Шум, снижение слуха с одной стороны.
- Затруднения при глотании, слабость мимических мышц.
- Впервые возникший обморок или судорожный припадок.
- Вегетативные симптомы: беспричинное изменение пульса, артериального давления, бледность кожных покровов, потливость.
- Психические расстройства: апатия, безразличие, беспричинное волнение, страх, депрессия, эйфория, агрессия, провалы в памяти, спутанность мышления, плохая пространственная ориентация, изменения личности, зрительные, слуховые галлюцинации.

Минимальная неврологическая симптоматика, которую можно расценить как проявление дисциркуляции, может скрывать очаговое поражение головного мозга. Поэтому во всех сомнительных случаях необходимо рекомендовать пациентам проведение Магниторезонансной либо компьютерной томографии головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Воронцов А.А., Фролов А.П., Емельянов А.А., Файзуллин М.А.

Черемховская городская больница № 1, г. Черемхово

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Черемховская городская больница № 2, г. Черемхово

Проникающие ранения брюшной полости относятся к одним из тяжелых травм у человека, более половины из них сопровождаются повреждением внутренних органов и сопровождаются внутрибрюшным кровотечением. К одной из наиболее сложных травм брюшной полости относятся ранения магистральных сосудов. Несмотря на значительный прогресс хирургии, результаты лечения травмы сосудов неутешительны. Большая часть пострадавших погибает от несовместимой с жизнью кровопотери на месте происшествия.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ структуры проникающих ранений в брюшную полость и результатов оказания помощи пациентам с ранениями магистральных сосудов в условиях районных больниц.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 191 наблюдения проникающих ранений в брюшную полость у пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях ОГБУЗ «Черемховская Городская Больница № 1» и ОГБУЗ «Черемховская Городская Больница № 2» в 2009-2014 гг.

Результаты

Среди 191 госпитализированных пациентов с проникающими ранениями брюшной полости у 53 (27,7%) пациентов ранения внутренних органов отсутствовали, у 61 (31,9%) – были ранения полых органов (желудка, тонкой и толстой кишки), у 32 (16,7%) – ранения паренхиматозных органов (печени, почки, селезенки), у 36 (18,9%) – ранения паренхиматозных и полых органов одновременно и у 9 (4,8%) – ранения магистральных сосудов (МС) брюшной полости. Наибольшую сложность в лечении проникающих ранений брюшной полости представляли ранения с повреждением магистральных сосудов (МС).

Среди 9 пациентов с ранениями МС у всех мелось повреждение магистральных вен. Наиболее часто отмечались ранения нижней полой вены (7), реже – вороной вены (1) и верхней брыжеечной вены (1). Из них мужчин было – 6, женщин – 3, преобладали лица молодого возраста, средний возраст составил 31,6 [23-80] л. Большинство пострадавших (8) поступали в состоянии алкогольного опьянения, через 40 [25-95] мин с момента получения травмы. При госпитализации у 3 пациентов систолическое артериальное давление (САД) было в пределах 10-90 мм рт.ст., у 4 – 70-90 мм рт.ст., у 1 – ниже 70 мм рт.ст., и 1 пациента с ранением нижней полой вены – САД не определялось. Причинами всех повреждений магистральных вен брюшной полости являлись ножевые колото-резанные проникающие ранения.

Во всех наблюдениях пострадавшим выполнялась широкая средне-срединная лапаротомия. После выполнения оперативного доступа продолжающееся кровотечение выявлено у 3 пациентов. Источниками кровотечения были: ранение воротной вены – у 1 пациента, ранение верхней брыжеечной вены – 1, ранение нижней полой вены в области слияния правой и левой подвздошной вены – 1. У остальных 6 пациентов на момент начала операции продолжающегося кровотечения не было вследствие тампонады области места ранения вены сгустками крови или гематомой. Объем кровопотери составлял 1900 [300-3400] мл.

Ранение нижней полой вены характеризовалось наличием у всех 7 пациентов забрюшинная гематомы – важнейшим признаком ее ранения. Во всех наблюдениях гемостаз начинали осуществлять с временной остановки кровотечения путем прижатия области ранения вены пальцем или тупфером. Ранения нижней полой вены локализовались: у 5 пациентов – в области слияния подвздошных вен, у 2 – в инфраренальном сегменте. При этом у 6 пострадавших имело место линейное ранение передней стенки нижней полой вены,

у 1 – сквозное ранение без поперечного пересечения. В последнем наблюдении рана задней стенки была ушита путем ротации вены с перевязкой и пересечением поясничных вен. Величина дефекта стенки нижней вены 0,2-1,0 см. Летальных исходов не было. При ранении верхней брыжеечной вены гемостаз выполнялся лигированием поврежденного сосуда. В случае ранения воротной вены пациенту была выполнена временная остановка кровотечения путем пережатия гепатодуоденальной связки. Оперативное лечение проводилось на фоне общей кровопотери более 3000 мл крови. Выполнить окончательный гемостаз, как путем перевязки, так и наложения шва не удалось вследствие смерти пострадавшего в ходе операции от декомпенсированного необратимого геморрагического шока.

Выводы

В хирургические отделения районных больниц доставлялись пациенты с проникающими ранениями в брюшную полость через 40 мин. с момента получения травмы. Чаще всего имелись повреждения полых и паренхиматозных органов (67,5%). Повреждения МС редки (4,8%), наиболее часто отмечалось ранение нижней полой вены. Временная остановка кровотечения с последующим адекватным хирургическим доступом к поврежденному сосуду и наложением сосудистого шва районными хирургами определили благоприятный исход полученных ранений МС. Неблагоприятный исход обусловлен ранениями МС декомпенсированным необратимым геморрагическим шоком.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Воскресенская М. Л., Плеханов А. Н., Мондодоев А. Г., Седунова Е. Г., Цыбиков Е.Н.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

ФГБУН «Институт общей и экспериментальной биологии» СО РАН, Улан-Удэ

Актуальность. Химический ожог пищевода по распространенности занимает второе место среди всех заболеваний пищевода у взрослых и первое – у детей. Вызванный приемом прижигающей жидкости каскад патофизиологических изменений в организме, характеризуется напряжением гуморального и клеточного иммунитета. При этом цитокины, выступая в роли промежуточных медиаторов воспаления, обеспечивают координированную работу различных клеток в очаге патологического процесса.

Цель исследования. Изучить иммунный статус при химическом ожоге пищевода в эксперименте на основе показателей интерлейкина-1 β , интерлейкина-6 и α -фактора некроза опухоли при проводимом местном лечении.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 82 крысах линии Vistar, женского пола средней массой 180 – 200 граммов. Для создания экспериментального химического ожога пищеводом было использовано оригинальное устройство (Заявка на изобретение № 2015147349 от 06.09.2015 «Способ моделирования патофизиологического химического ожога пищевода у экспериментальных животных»). Химический ожог пищевода получали экспозицией 30% уксусной кислоты объемом 0,5 мл в течение 1 минуты под общей анестезией тиопенталом натрия (из расчета 50 мг/кг внутривенно). Оценивали показатели интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6) и α -фактора некроза опухоли (TNF- α) сыворотки крови, определяемые методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих систем ИФА-БЕСТ на 3, 7, 14, 21 и 40 сутки после получения ожога. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы: 1 – интактная (n=8), в которой изучены IL-1 β , IL-6, α -TNF у здоровых животных, 2 – основная (n=39) и 3 – контрольная (n=35). Во 2 и 3 группах изучены аналогичные показатели на фоне проводимого местного лечения химического ожога пищевода 0,5% гексановым экстрактом календулы в облепиховом масле (2 группа) и облепиховым маслом (3 группа). В постожоговом периоде 1 раз в день за 1 час до еды внутривенно с помощью шприца с канюлей животным вводили по 1,2 мл указанных препаратов соответственно. Полученные

результаты подвергались статистической обработке. Статистически значимым считалось значение $p < 0,05$.

Результаты. У здоровых крыс (1 группа) содержание IL-1 β , IL-6, TNF- α в сыворотке крови составило $0,601 \pm 0,114$, $0,31 \pm 0,062$ и $0,735 \pm 0,096$ пг/мл соответственно. После моделирования химического ожога пищевода отмечалось статистически значимое увеличение показателей IL-1 β , IL-6, TNF- α , начиная с 3 суток в основной и контрольной группах. Максимальные значения IL-1 β получены на 7 сутки, а IL-6 и TNF- α – на 14 сутки. При этом отмечаются статистически достоверные различия во 2 и 3 группах в указанные сроки. Средние значения IL-1 β $-1,687 \pm 0,217$ и $1,402 \pm 0,171$ пг/мл в основной и контрольной группах (7 сутки). Увеличение показателей IL-1 β составило 2,8 и 2,3 раз соответственно. Показатели IL-6 на 14 сутки составили $2,418 \pm 0,344$ и $1,873 \pm 0,176$ пг/мл, а TNF- α $-2,521 \pm 0,208$ и $1,933 \pm 0,129$ пг/мл в основной и контрольной группах соответственно, т.е. увеличились почти в 8 и 6 раз для IL-6, а TNF- α – в 3,4 и 2,6 раз соответственно. В последующие сроки показатели IL-1 β , IL-6, TNF- α остаются высокими, снижаясь на 21 сутки, составляя для IL-1 β $0,903 \pm 0,09$ и $1,118 \pm 0,078$ пг/мл, IL-6 – $0,745 \pm 0,087$ и $0,744 \pm 0,0154$ пг/мл, TNF- α – $1,748 \pm 0,275$ и $1,691 \pm 0,304$ пг/мл соответственно в каждой из групп. На 40 суток исследуемые показатели остаются выше, чем в группе интактных животных.

Заключение. Анализ полученных результатов показывает значительные сдвиги показателей гуморального иммунитета (IL-1 β , IL-6, TNF- α) при экспериментальном химическом ожоге пищевода. В то же время иммунный ответ в основной группе с применением 0,5% гексанового экстракта календулы в облепиховом масле более выражен по сравнению с контрольной группой, где использовалось облепиховое масло, что обусловлено иммуномодулирующим действием календулы на уровне гуморального звена иммунной системы.

МЕТОДИКА ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО НИГУСУ В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Виноградов А.А., Плеханов А.Н., Борбоев Л.В., Товаршинов А.И.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД»

Грыжи живота до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в структуре острых хирургических болезней, без видимой тенденции к уменьшению. Значительную часть из них в хирургической практике составляют паховые грыжи. Более чем полуторовековая разработка различных способов лечения грыж не позволяет отдать предпочтение той или иной методике грыжесечения. Лечение ущемленных грыж остается по-прежнему актуальной проблемой. Особенно важен выбор метода операции при экстренной ситуации.

Цель исследования: оценить эффективность применения грыжесечения по Нигусу при ущемленных паховых и бедренных грыжах

Материал и методы: Во 2 хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ с 1989 года применяется метод грыжесечения и пластики предперитонеальным способом по Нигусу. В плановом порядке по этой методике выполнено 316 операций. С 2000 года данная методика стала применяться при ущемленных паховых и бедренных грыжах.

В экстренном порядке произведено 13 операций методом Нигуса. Оперативное вмешательство проводилось под общим обезболиванием. Объемы операций были представлены следующим образом: 1) устранение ущемления, пластика грыжевых ворот – 7 случаев; 2) резекция нежизнеспособной петли тонкой кишки с энтероэнтероанастомозом, пластика – 4 случая; 3) резекция пряди большого сальника, пластика – 2 наблюдения. В случае выявления диффузного перитонита производилась санация, дренирование брюшной полости. Данная методика не применялась в случаях разлитого перитонита, так как при этом

необходима широкая лапаротомия для оценки распространенности воспалительного процесса и интубация тонкой кишки.

Результаты: В послеоперационном периоде происходила ранняя активизация больных, отмечались менее выраженные явления послеоперационного пареза кишечника. Нагноения со стороны послеоперационных швов не наблюдалось. Сократились сроки временной нетрудоспособности больных.

Преимуществами грыжесечения по Нигусу, на наш взгляд, являются:

1) доступ выполняется не в проекции грыжевого выпячивания, что важно в плане профилактики послеоперационных инфекционных осложнений;

2) при наличии некроза ущемленного органа герниотомический доступ позволяет произвести ревизию брюшной полости и резекцию пораженного органа без выполнения дополнительного доступа;

3) патофизиологичность выполняемой пластики задней стенки с использованием подвздошно-лонного тяжа и поперечной фасции.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют об эффективности данной методики, направленной на минимизацию оперативного лечения ущемленных грыж.

ТРАНСКУТАННАЯ ГЕРНИОРАФИЯ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ (SEAL) У НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.

С.Г. Гаймоленко, Р.А. Сущенко, С.Л. Дручкова, С.Ю. Чернигов, А.С. Мазин

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

ГУЗ Краевая детская клиническая больница, г. Чита

Одним из наиболее частых заболеваний детского возраста, требующим оперативного лечения, являются паховые грыжи. Наличие паховой грыжи может явиться жизнеугрожающим состоянием, приводя порой к гибели яичника, сегментов кишечника. Причина данной патологии напрямую связана с длительной персистенцией вагинального отростка брюшины. Влагалищный отросток брюшины, с которым связано образование типичной кривой паховой грыжи у детей, появляется на 12-й неделе внутриутробного развития. Этот отросток представляет собой своеобразный дивертикул брюшины, проникающий во внутреннее кольцо пахового канала. По мере опускания яичка (на 7-8м месяце) происходит обратное развитие отростка с преобразованием его в оболочку яичка (*tunica vaginalis testis*). К моменту рождения должна произойти полная облитерация вагинального отростка. В ряде случаев, вследствие задержки внутриутробного развития или преждевременных родов, риск возникновения паховых грыж у новорожденных детейкратно возрастает.

Паховая герниорафия является наиболее часто производимой операцией в детской хирургии. Эта операция может быть проведена с помощью лапароскопической техники. В настоящее время активно используется экстраперитонеальная герниорафия с лапароскопической ассистенцией (*Subcutaneous endoscopically assisted ligation – SEAL*).

В период с сентября 2016г. по февраль 2017 г. в 12 хирургическом отделении Краевой детской клинической больницы было выполнено 5 транскутанных герниорафий с лапароскопической ассистенцией у новорожденных и недоношенных детей. Недоношенные (3 детей) рождены на сроке гестации от 34-36 недель с сопутствующей соматической патологией, низкой массой тела. Необходимость проведения грыжесечения у данной группы пациентов была обусловлена большим объемом грыжевых выпячиваний, частыми ущемлениями, признаками формирования кишечной непроходимости, риском потери репродуктивной функции у новорожденных девочек (двое из группы – с наличием в составе невправимого грыжевого содержимого кистозно-трансформированного яичника).

Хирургическая техника состоит в транскутанном преперитонеальном проведении и подкожном завязывании полипропиленовой нити, в проекции внутреннего пахового кольца с охватом основания вагинального отростка брюшины. В ходе оперативного лечения использовался эндотрахеальный наркоз. Ребенок размещался на операционном столе с

опущенным головным кольцом на согревающем матрасе после предварительной термической подготовки операционной. Через пупок устанавливался лапаропорт для проведения оптической системы диаметром 3 мм, выполнялся пневмоперитонеум 5 мм рт. ст., на минимальном потоке. Производилась визуализация внутренних паховых колец и их структур. Игла Туохи вводилась чрескожно в проекции наружного края внутреннего пахового кольца под визуальным контролем преперитонеального продвижения. Затем конец иглы продвигался под париетальным листком брюшины в медиальном направлении с сепарацией париетальной брюшины от элементов семенного канатика или круглой связки. В просвет иглы вводилась нить из нерассасывающегося материала до ее появления из дистального конца. Игла удалялась с оставлением части лигатуры в брюшной полости. Для извлечения нити использовалась эта же игла проведенная препариетально медиально от внутреннего пахового кольца, с проведенной через нее петлеуловителем по типу «лассо». Производился захват и извлечение конца лигатуры в брюшной полости с вытеснением остатков газа из дистальной порции вагинального отростка. Под оптическим контролем выполнялось подкожное завязывание эндоскопического циркулярного шва.

Среднее время операции составило 17 ± 2 минуты (при односторонней грыже) и 28 ± 2 минуты при двусторонней. Ранний послеоперационный период протекал у всех пациентов без осложнений. Контроль послеоперационных осложнений проводился в период нахождения пациентов в стационаре. Наличие гнойно-воспалительных осложнений и рецидивов грыж не наблюдалось.

Методика транскутанной герниорафии с лапароскопической ассистенцией продемонстрировала хорошие практические результаты: сокращение времени проведения оперативного лечения, минимальная инвазивность метода, ранние сроки восстановления после оперативного лечения, хорошие косметические результаты. В настоящее время опыт применения транскутанной герниорафии в Краевой детской клинической больнице позволяет сделать вывод, что данный метод лечения паховых грыж у новорожденных и недоношенных детей имеет ряд преимуществ и может быть применен в хирургической практике.

СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ (СКК) У НОВОРОЖДЕННОГО. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

С.Г. Гаймоленко, Р.А. Сущенко, С.Л. Дручкова, А.С. Мазин.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

В неонатальной хирургии остается актуальной проблема синдрома кишечной недостаточности у новорожденных перенесших обширную резекцию кишечника. Лечение грудных детей с синдромом короткой кишки – одна из наиболее трудных проблем, требующая большого опыта и терпения со стороны хирургов, педиатров и специалистов по питанию.

СКК (код по МКБ 10 – K92.1) – симптомокомплекс, характеризующийся хронической кишечной недостаточностью вследствие врожденной или приобретенной потери длины кишечника.

Данное состояние может развиваться вследствие хирургического лечения следующих заболеваний:

Некротизирующий энтероколит (НЭК);

Врожденные пороки развития кишечника (распространенные формы атрезий и стенозов кишечника, заворот тонкой кишки, внутренние грыжи с ущемлением и некрозом кишечника, болезнь Гиршпрунга и другие нейродисплазии кишечника);

Тромбоз сосудов брыжейки.

Длина кишечника новорожденного варьирует в широких пределах от 150 до 300 см, в среднем составляет около 200 см. Достоверно не известна минимальная длина кишечника совместимая с жизнью. Считается, что при сохраненном илеоцекальном угле ребенок может жить при длине тонкой кишки не менее 25-30 см. При отсутствии илеоцекального угла

необходимо не менее 50 см сохраненной тонкой кишки. Остаточная длина кишки менее 30 см, как правило, приводит к пожизненной зависимости от парентерального питания (ПП), 5-летняя выживаемость при этом составляет не более 90%. Остаточная длина от 30 до 50 см и более в большинстве случаев позволяет в возрасте 2 лет перейти исключительно на энтеральное питание.

Основные типы резекции кишечника, приводящие к формированию синдрома короткой кишки:

1. Частичная или субтотальная резекция тощей и подвздошной кишки (еюноколоанастомоз);
2. Частичная или субтотальная резекция тощей и подвздошной кишки, частичная или тотальная колэктомия (еюно(илео)сигмо- или еюно(илео)ректо-анастомоз;
3. Частичная или субтотальная резекция тощей и подвздошной кишки, тотальная колэктомия (еюностома).

Перед хирургом стоят проблемы прогнозирования и лечения СКК и его последствий. Так интраоперационно перед ним стоит задача по принятию решения об объеме резекции и выборе метода хирургического лечения. Учитывая малую длину кишечника и в большинстве случаев протяженность зоны поражения, возникает необходимость оценки компенсаторных возможностей ребенка, применения максимальных органосберегающих методик. Потенциал для роста кишечника в длину частично определяется возрастом ребенка. Известно, что кишечник активно растет в длину в последнем триместре беременности (со 115 см на 27 неделе до 250 см на 38-40 неделе), что создает возможность для восстановления длины кишечника у недоношенных детей после резекции. У доношенных новорожденных отмечается рост оставшейся части кишечника в длину, причем при проксимальной резекции удлинение оставшейся части фрагмента на 20% превышает аналогичный показатель при дистальной резекции.

Сохранение длины кишечника требует максимального сбережения относительно жизнеспособных участков. В большинстве случаев при протяженном поражении кишечника, когда достоверно невозможно определить границы резекции кишечника возможно использование запрограммированной релапаротомии. Это позволяет определить зону резекции путем формирования макроскопически видимой демаркационной зоны. Одной из приемлемых методик при тотальном поражении кишечника, направленной на максимальное сохранение относительно жизнеспособных и функциональных участков кишечника является техника Clip&Drop («клипируй и опускай»), который заключается в резекции некротических сегментов кишечника, клипирование концов жизнеспособных отрезков и погружение их в брюшную полость для отсроченного анастомозирования. Формирование высоких (еюно) стом во многом требует раннего проведения реконструктивного оперативного лечения.

Однако сама по себе длина кишки не определяет ее функционального состояния в отношении пищеварительной, транспортной, метаболической активности. Во многом функциональная способность определяется компенсаторными возможностями кишечника в пострезекционном периоде (рост кишечника в длину, увеличение диаметра, утолщение ворсин и углубление крипт, а так же усиление секреции пищеварительных ферментов). Отражением функционального аналога длины кишки («функционального потенциала») является концентрация в крови цитрулина. Тест с D-ксилозой позволяет определить выраженность мальабсорбции в динамике.

Помимо основной медикаментозной терапии СКК к возможным вариантам хирургической коррекции относятся методы элонгации кишечника. Основные методиками являются: продольное удлинение и сужение кишки (LILT), а так же поперечная последовательная энтеропластика (STEP). Дети с наличием осложнений на фоне СКК являются кандидатами для проведения трансплантаций: изолированная трансплантация тонкой кишки, трансплантация комплекса тонкая кишка+печень и мультивисцеральная трансплантация.

Помимо основных способов лечения в активной разработке находятся методики направленные на увеличение функциональной активности кишечника путем использования препаратов влияющих на пролиферацию и дифференцировку энтероцитов (GLP-2 тедуглютида).

В целом, прогноз при СКК определяется процессами интестинальной адаптации и напрямую зависит от фактической длины сохраненного кишечника.

КИСТОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ У ДЕТЕЙ

Гаймоленко С.Г., Дручкова С.Л., Чернигов С.Ю., Сущенко Р.А., Мазин А.С.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

ГУЗ Краевая детская клиническая больница, г. Чита

Кистозные мальформации желчных ходов или кисты холедоха (КХ) относятся к относительно редкой патологии – к 1980 году было опубликовано 1400 случаев данного заболевания. Впервые врожденная киста холедоха описана в 1852 году, а первая классификация заболевания опубликована только в 1959 Alonso-Lej (Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., 1996), которая насчитывала 3 формы поражения. В настоящее время международная классификация включает 6 форм патологии, из которых наиболее часто встречаются I тип или веретенообразная мальформация наружных желчных ходов, и IV – сочетание типичной кисты холедоха с кистозной трансформацией внутрипеченочных протоков.

Существует около 20 теорий происхождения данной патологии, но при этом большинство авторов считают ни одну из них не доказанной. Наибольшее число приверженцев насчитывает теория панкреатобилиарного рефлюкса при pancreaticobiliary malunion (PBMU; проксимальное слияние протоков в один общий), при котором именно химическая агрессия панкреатического содержимого вызывает хроническое воспаление и кистозное перерождение протока. Однако данная теория также подвергается сомнению, т.к. ферментативная активность поджелудочной железы плода чрезвычайно низка, а заболевание в настоящее время чаще диагностируется антенатально или на первом году жизни. Кроме того, нет ответа на вопрос: «Почему при рефлюксе поражается лишь сегмент холедоха, а не все протоки?» И наконец, при холангиографиях у больных с КХ лишь в 35-40% случаев обнаружен панкреатобилиарный канал (PBMU), в то время как у пациентов с другой патологией панкреатобилиарной системы он встречается в 50% и более.

Современная диагностика заболевания основана на скрининговом УЗИ органов брюшной полости (печени), это позволяет заподозрить патологию желчных ходов до развития клинических проявлений. Классическая клиническая триада КХ включает в себя боли в животе, желтуху, наличие образования в правом подреберье. К осложнениям болезни относятся панкреатит, желчнокаменная болезнь, цирроз печени и портальная гипертензия, возможны гнойно-септические осложнения.

Наибольшим опытом в лечении КХ обладают страны восточноазиатского региона – из всех описанных на настоящий момент случаев болезни две трети приходится на данный регион. Клиники этих стран, как правило, представляют результаты хирургического лечения нескольких сотен пациентов. В настоящее время основным методом оперативного лечения КХ считается радикальное удаление измененных желчных ходов с формированием гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру. Формирование соустьев с кистами считается неэффективным и порочным.

В 2012 году на международном симпозиуме детских хирургов «Звезды детской хирургии на Байкале» в г. Иркутске озвучены результаты лечения более 200 пациентов в клинике Гонконга, которым выполнен прямой гепатикодуоденоанастомоз. По мнению авторов, опасность развития холангитов у больных, которым проведено такое вмешательство, преувеличено. Их результаты свидетельствуют о том, что частота холангитов достоверно не отличалась от таковой в группе пациентов, которым накладывали гепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

В Забайкалье данная патология встречается редко и на настоящий момент клиника детской хирургии обладает опытом лечения 11 пациентов с кистозными дисплазиями желчных протоков (73% - девочки). В структуре преобладали кисты I и IV типов, 8 и 2 пациента, соответственно. В одном случае во время хирургического вмешательства по поводу кистозного удвоения дуоденум, обнаружена тесная связь кисты с холедохом и фатеровым сосочком, наличие в её просвете окрашенного желчью содержимого. Данная ситуация расценена как кистозный дивертикул общего желчного протока.

У всех детей в анамнезе отмечался болевой синдром, в 64% случаев – эпизоды желтухи, у двух детей при первичном осмотре четко пальпировалось объемное образование в правом подреберье. Специальное обследование включало биохимическое исследование крови, УЗИ органов живота, МС КТГ. После инструментального подтверждения диагноза еще у 2 пациентов удалось определить опухолевидное образование в подпеченочном пространстве. В 4 случаях обследование ребенка проводилось в связи с манифестацией острого панкреатита.

15 хирургических вмешательств выполнены 10 пациентам. Всем детям с острым панкреатитом на первом этапе наложена холецистостома, что способствовало эффективному лечению осложнения и позволило выполнить основной этап в более благоприятные сроки (не ранее 3 мес после ликвидации воспаления). Одному ребенку с выраженным воспалением в кисте и окружающих тканях выполнена цистоеюностомия на выключенной петле по Ру (конец 90-х годов). После радикального иссечения измененных наружных желчных ходов 5 детям наложен гепатикоюноанастомоз на выключенной петле по Ру (в 2 случаях дополнительно сформирован антирефлюксный клапан) и 5 – прямой гепатикодуоденоанастомоз. Всем пациентам выполнялась холецистохолангиография (через фистулу до операции, либо интраоперационно), осмотр долевых и общего печеночного протоков. В последней группе отмечено 1 осложнение у ребенка с IV типом порока – постоянное истечение желчи по дренажной трубке. При релапаротомии обнаружено 2 поперечных дефекта (2 и 4 мм) по задней стенке протока выше линии анастомоза – соустье разобщено, наложен гепатикоюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

90% детей выписаны с выздоровлением, все находятся на диспансерном учете. К настоящему моменту длительность катамнеза при формировании прямого анастомоза составляет от 10 мес до 3 лет – эпизодов холангитов нет.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МСКТ ПРИ ТРАВМАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Дручкова С.Л., Гаймоленко С.Г., Тимошенкова И.В., Мазин А.С., Сущенко Р.А.

¹ФГБОУ ВО Минздрава РФ Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

ГУЗ Краевая детская клиническая больница, г. Чита

Закрытые повреждения паренхиматозных органов брюшной полости, по данным литературы, наблюдаются в 10-16% всех травм. Диагностика их всегда сложна, особенно у детей. Повреждения паренхиматозных органов распознаются, прежде всего, по признакам острой кровопотери. Особенностью травматического шока у детей является несоответствие между тяжестью повреждения, состоянием больного и «удовлетворительной» гемодинамикой. При объективном осмотре не всегда правильно оцениваются клинические симптомы, что лежит в основе тактических ошибок. Все это заставляет использовать дополнительные методы диагностики для более точного установления топике и глубины повреждения органа, определения тактики лечения больного.

Ежегодно в КДКБ госпитализируется до 390 детей с политравмой. Из них 50% это дети с сочетанной черепно-мозговой травмой. 39 (9,2%) детей с сочетанной травмой живота, с повреждением паренхиматозных органов различной степени тяжести от ушибов до разрывов. Причиной повреждения внутренних органов являлось падение из раскрытых окон детей младшей возрастной группы, пешеходные дорожно-транспортные травмы, падение с велосипеда, мокика и удар о руль, и т.д. Прослеживается сезонное увеличение количества

травм с мая по октябрь месяцы. Возраст детей от 1,5 до 14 лет. Среди пациентов с сочетанными повреждениями органов живота больше было мальчиков – 27 (69%), 12 девочек (31%). Наибольшее количество пострадавших приходилось на школьный возраст. Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее оценку в динамике хирургического статуса, лабораторное и инструментальное (мультиспиральная компьютерная томография – МСКТ, УЗИ внутренних органов) исследования.

Повреждения печени занимают первое место по частоте среди травм органов брюшной полости – 20 (51%) детей. В основном это ушибы, подкапсульные гематомы, разрывы паренхимы до 2 ст. В половине случаев травма печени сочеталась с повреждением селезенки, травмой других органов и систем организма. Второе место – травмы селезенки (9 детей или 23%). Ушибы селезенки без повреждения капсулы – 3, разрывы капсулы и паренхимы единичные и множественные – 5, отрыв полюса селезенки – 1. Повреждения поджелудочной железы отмечены у 4 пациентов в сочетании с травмой печени у 2. У одного из них имелся глубокий разрыв ткани железы с повреждением протоков. Изолированная травма почек отмечалась у 2 детей.

Комплексное обследование ребенка с использованием МСКТ с контрастным усилением, по нашим данным позволяет определить области скопления крови (гематом), уточнить степень повреждения органа – глубину разрыва паренхимы и сосудов, в т.ч. выявить наличие активного внутрибрюшного кровотечения. Признаки продолжающегося кровотечения выявлены только у 6 пациентов. Полученные данные позволили обоснованно избирать тактику лечения. У подавляющего числа пациентов (85%) использовано активное консервативное лечение и только 6 пациентам выполнены хирургические вмешательства.

Появившаяся возможность использования МСКТ брюшной полости с контрастным усилением в последние годы позволило снизить процент диагностических ошибок при травмах паренхиматозных органов, число необоснованных хирургических вмешательств, в т.ч. спленэктомий.

Таким образом, внедрение с 2012 года и активное использование МСКТГ с контрастным усилением в диагностике механических повреждений паренхиматозных органов является продолжением широко пропагандируемой клиникой органосохраняющей тактики в лечении таких пациентов. При возможности использования такой технологии лапароскопия из разряда диагностической процедуры переходит в лечебную, либо используется в лечебно-диагностических целях в сложных и сомнительных случаях.

МСКТ может проводиться неоднократно, даже если перед этим пациенту выполнялась рентгенография. При травмах паренхиматозных органов данный метод широко применяется не только как способ экспресс-диагностики ввиду своей малой продолжительности, но и для уточнения уже полученных ранее данных. Например, для контроля эффективности гемостатической терапии при низкоинтенсивных паренхиматозных кровотечениях.

СИНДРОМ ДЪЕЛАФУА: ВЗГЛЯД ЭНДОСКОПИСТА НА ПРОБЛЕМУ.

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Актуальность: Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта занимают главенствующее место в структуре всех желудочно-кишечных кровотечений и составляют более 70 % наблюдений. Среди их причин выделяют две большие группы – кровотечения язвенной (44–49 % больных) и неязвенной (51–56 % пациентов) природы. К последней относится синдром Дъелафуа, являющийся причиной желудочно-кишечных кровотечений в 0,9 % - 5,9 % случаях. Летальность при этом достигает 50-60 %.

Цель: Оценить диагностическую и лечебную тактику у больных с синдромом Дъелафуа.

Материал и методы: На базе клиники госпитальной хирургии ЯГМУ на базе ГАУЗ ЯО КБ №9 за 5 лет (2012-2016гг) проводилось лечение 648 больным с желудочным кровотечением неязвенной этиологии, из них было 20 (3,08 %) пациентов с синдромом Дъелафуа. При обращении в приемный покой все больные осматривались дежурным хирургом. При этом была выявлена клиническая картина: бледность кожных покровов - 95,3 %, тахикардия - 75,5 %, гипотония - 40,6 %, тошнота и сухость во рту - 22,5 %, рвота по типу «кофейной гущи» - 44 %, черный стул-76,8 %. Поступившие больные были в возрасте от 20 до 78 лет (средний возраст - 44 года), из них мужчин было 13 (65 %), а женщин -7 (35 %). Легкая степень кровопотери была выявлена у 44,4 %, средняя - у 47,3 %, тяжелая - у 8,3 %. Всем пациентам после промывания желудка выполнялась экстренная эзофагогастродуоденоскопия.

Результаты: Из 20 больных с синдромом Дъелафуа во время выполнения первичной экстренной эзофагогастродуоденоскопии данная патология была обнаружена в 70 % случаях, а 30 % пациентам потребовалось повторное исследование для выявления источника кровотечения. Проблемность визуализации патологии заключалась в том, что синдром Дъелафуа имеет малую площадь поражения на фоне интактной слизистой и может скрываться за тромбом-сгустком либо промывными водами. Во время выполнения первичной эзофагогастродуоденоскопии было диагностировано наличие свежей крови в желудке в 49,7 % случаях, в 22,5 % - старой крови. Отсутствие крови отмечено у 27,8 % пациентов. Все эти данные говорят о том, что синдром Дъелафуа является трудно диагностируемой нозологической единицей.

Критериями выставления заключения синдрома Дъелафуа при эндоскопии явилась эрозия округлой или овальной формы с кровоточащим или тромбированным сосудом. Слизистая оболочка в области сосуда была несколько приподнята в виде полипа или «пенька». В 19 случаях источник кровотечения находился на малой кривизне тела желудка ближе к задней стенке. В 1 случае источник находился в пищеводе перед кардией. Продолжающееся кровотечение диагностировали в 9 наблюдениях (45 %), остановившееся – в 11 (55 %).

Всем больным выполнялся эндоскопический гемостаз. С этой целью использовались следующие эндоскопические методы: моноэлектрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирование сосуда. Все способы гемостаза являлись комбинированными, дополняемые инъекцией раствора адреналина в слизистую вокруг сосуда. Предпочтение при эндоскопическом гемостазе отдавали аргоноплазменной коагуляции и эндоклипированию.

Лечение синдрома Дъелафуа не сводилось только к эндоскопической остановке кровотечения. Пациенты госпитализировались в хирургическое отделение или в отделение реанимации с проведением гемостатической, инфузионной и противоязвенной терапии. Последняя являлась не этиологической, а патогенетической, защищая слизистую оболочку и стимулируя ее регенерацию.

Остановка кровотечения путем эндоскопического гемостаза была эффективна у 18 (90 %) больных. Хирургическое вмешательство (гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда) было выполнено 2 (10 %) пациентам при рецидивном кровотечении. Из них, у 1 (5 %) больного наступил летальный исход.

Выводы: Частота синдрома Дъелафуа среди больных с желудочным кровотечением неязвенной этиологии составила 3,08 % случаев. Эндоскопия является основным методом диагностики и лечения больных с данной патологией. Эффективность эндоскопического гемостаза достигает 90 %.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ПРОДЛЕННОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Жарников А.В., Плеханов А.Н.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Целью работы явилась сравнительная оценка клинической фармакологии местных анестетиков, применяемых при продленной спинальной анестезии у хирургических больных.

Материалы и методы: исследования были выполнены у 36 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу травм или заболеваний нижних конечностей, а также внутренних органов нижнего этажа брюшной полости. Возраст больных колебался от 45 до 67 лет. Все больные были оперированы в условиях сбалансированной регионарной анестезии на основе продленной спинальной блокады с сохраненным самостоятельным дыханием ($F_{iO_2}=0,4$).

Пункцию и катетеризацию спинального пространства выполняли на уровне L_2-L_3 с использованием стандартной техники, и одноразовых наборов для продленной спинальной анестезии фирмы «Portex». В качестве местных анестетиков использовали 2% раствор лидокаина гидрохлорида в дозе 60-80 мг (1-я группа), 0,5% раствор бупивакаина (маркаин спинал) в дозе 15-25 мг (2-я группа), и 0,5% раствор ропивакаина гидрохлорида (наропин) в дозе 15-25 мг (3-я группа) После проверки правильности установки катетера и его проходимости начинали вводить установленную дозу местного анестетика.

Фармакологическую активность препаратов оценивали по шкале эффективности обезболивания «ВАШ» (визуальная аналоговая шкала). Развитие сенсорной блокады оценивали по тесту «pin prick» (утрата болевой чувствительности кожи в ответ на раздражения иглой). Для оценки моторной блокады использовали шкалу P. Bromage.

Результаты исследований: все исследованные местные анестетики являются высокоэффективными препаратами, однако в клинической картине развития и поддержания спинальной анестезии имеются определенные различия. Основным недостатком лидокаина считается короткая и не всегда предсказуемая продолжительность действия (45-90 минут). Длительность же оперативных вмешательств чаще в среднем составляет 1,5-2 часа, что превосходит действия анестезии. И если главным пятном на репутации бупивакаина стала его кардиотоксичность, то основным недостатком лидокаина заключается в его способности вызывать обратимое повреждение нервных волокон.

Учитывая продолжительность оперативных вмешательств (2-2,5 часа), дальнейшее обезболивание в послеоперационном периоде, наиболее эффективным местным анестетиком считается бупивакаин (маркаин), основным достоинством которого является большая продолжительность фазы операционной анестезии и составляет 7-10 минут, а миорелаксации 10-15 минут после введения препарата.

При исследовании анальгетической силы ропивакаина в сравнении бупивакаином, используя шкалу «ВАШ», в равных концентрациях оба препарата оказали сходное действие. В то же время, моторная блокада создаваемая препаратом наропин менее продолжительная и интенсивная. С практической точки зрения это означает, что наропин обезболивает так же эффективно, как и бупивакаин, но в меньшей степени блокирует двигательную функцию, что с успехом применялось с целью предоперационного обезболивания.

Основным недостатком бупивакаина является его токсическое действие на сердце при случайном внутривенном попадании.

Таким образом, качественная и количественная оценка трёх исследуемых анестетиков при субарахноидальном применении, и в дальнейшем послеоперационном обезболивании через спинальный катетер показала что, ропивакаин и бупивакаин являются наиболее эффективными, так как имеют хорошую переносимость, обеспечивают купирование боли, при минимальной моторной блокаде используя их в послеоперационном периоде. Ропивакаин имеет наименьшую токсичность, прежде всего в отношении миокарда, по сравнению с другими анестетиками. Последнее обстоятельство может иметь решающее значение при выборе местного анестетика при длительных и травматических вмешательствах.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОНДА ЭББОТА-МИЛЛЕРА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Земляной В.П., Сигуа Б.В., Петров С.В., Вовк А.В.,
Мавиди И.П., Курков А.А., Игнатенко В.А.**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.
Павлова; СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Санкт-Петербург.

В настоящий момент назоинтестинальная интубация (НИИ) с использованием зонда Эббота-Миллера активно используется в России и во многих странах ближнего зарубежья, где методика, по сути, является «золотым» стандартом оказания помощи пациентам с острой кишечной непроходимостью (ОКН) и перитонитом. Показаниями для ее применения являются: перерастяжение петель тонкой кишки выше уровня механического препятствия более 5,0 см в диаметре на фоне пареза кишечника; резекция кишки или ушивание дефекта в ее стенке в условиях пареза или разлитого перитонита; распространенный спаечный процесс брюшной полости, повторные оперативные вмешательства по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Однако, согласно данным зарубежной литературы, от использования НИИ в других странах давно отказались. Так в чем же причина негативного отношения к НИИ за рубежом и не пора ли задуматься о реальной эффективности данного метода?

Безусловным положительным моментом НИИ является то, что декомпрессия кишки обеспечивает снижение внутрибрюшного и внутрикишечного давления, устранение абдоминального компартмент-синдрома, возможность ушивания раны передней брюшной стенки без натяжения, повышение трансабдоминального перфузионного давления, в результате чего улучшается кровоснабжение органов брюшной полости и кишечника. При проведении эффективной декомпрессии кишечника происходит и механическая эвакуация из просвета кишки токсического содержимого, благодаря чему уменьшается вклад кишечного фактора в формирование эндогенной интоксикации и предотвращается повреждающее действие на слизистую.

Вопрос о сроках длительности интубации тонкой кишки остается дискуссионным. Прежде всего, длительность интубации зависит от причин, потребовавших ее выполнения. В случае если НИИ выполнена с целью декомпрессии, то авторы сходятся во мнении, что удалять зонд следует сразу после появления перистальтики, т.е. примерно от 2–3 до 4–7 суток. Если же показанием явилась ОСКН, а также неоднократные операции по поводу ОСКН НИИ в данном случае является патогенетически обоснованным, поскольку зонд выполняет «каркасную» функцию и устанавливается с профилактической целью. В этом случае зонд в тонкой кишке может быть установлен до 14 дней. Есть и более радикальные точки зрения призывающие проводить продленную интубацию до 2 месяцев.

Свое отрицательное отношение к интубации тонкой кишки большинство зарубежных хирургов аргументируют ее травматичностью, частыми послеоперационными осложнениями, плохой переносимостью больными длительного пребывания зонда в носоглотке. Кроме того имеются работы, морфологически доказывающие неминуемость возникновения структурных нарушений во всех слоях стенки кишки при проведении и длительном пребывании зонда. Существует и опасность нарушения целостности стенок кишечника и, как следствие, инфицирования брюшной полости. Кроме того при длительном пребывании зонда происходит инфицирование пищевода и желудка кишечной микрофлорой, которое усугубляется антисекреторной терапией. Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы, развитие которых характерно при НИИ, способствует развитию эрозивно-язвенного гастродуоденита и эзофагита. Помимо этого переполнение желудка кишечным содержимым, особенно при смещении отверстий зонда, существенно увеличивает риск развития инфицирования трахеобронхиального дерева и приводит к увеличению легочных осложнений. Именно поэтому необходимо дополнительно устанавливать назогастральный зонд, что наряду с зондом Эббота-Миллера в носоглотке

усугубляет дискомфорт пациента и еще больше затрудняют носовое дыхание. Длительное стояние зонда у пациентов с ишемической болезнью сердца может ухудшать кровоснабжение миокарда и способствовать прогрессированию хронической сердечной недостаточности. Местными осложнениями НИИ могут быть: обострения хронических ринитов, гайморитов, синуситов, носовые кровотечения, парез голосовых связок. Согласно литературным данным, частота осложнений может достигать 38,0%.

На основании собственных исследований зарубежные авторы сделали вывод об отсутствии преимуществ НИИ перед другими способами декомпрессии и как следствие не рекомендуют ее применение. В 2007 году в рекомендациях EAST (Eastern Association for the Surgery of Trauma) по лечению острой тонкокишечной непроходимости было указано, что при использовании желудочных и длинных кишечных зондов нет значимой разницы в достижении декомпрессии, успешности консервативного лечения и частоте осложнений. Желудочный зонд, проведенный в ДПК и начальный отдел тонкой кишки способен дренировать всю кишку, уменьшить избыточное внутрикишечное давление и застой до восстановления перистальтики и это обосновывается законами физики. Болонский консенсус по лечению ОСКН указывает, что нет преимуществ декомпрессии с помощью длинных кишечных зондов перед обычной декомпрессией с помощью назогастрального зонда.

Несмотря на столь серьезные разночтения между отечественными и зарубежными авторами, мы полагаем, что полный и категоричный отказ от этой методики является преждевременным, во всяком случае, в наших условиях. Однако, исходя из вышеизложенных фактов, нашедшие подтверждения в иностранной литературе, стоит задуматься об эффективности слепого и рутинного использования данной методики, которая в отечественных условиях используется неоправданно часто.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Иванова О.В., Пикулина Л.Г., Троицкая Н.И., Жилин И.В., Янкина О.А.

ГУЗ Краевая клиническая больница, г. Чита

Вопрос совершенствования медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями толстой кишки (ВЗК) (язвенный колит, болезнь Крона) становится все более актуальным. Рост заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствие специфического лечения, рецидивирующее течение, развитие угрожающих жизни осложнений, необходимость длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятный медико-социальный прогноз придают высокую значимость данной проблеме. Важно отметить, что ВЗК развивается преимущественно в молодом возрасте (20-40 лет).

В последние годы в России, как и во всем мире, отмечается неуклонный рост заболеваемости ВЗК. Распространенность в России составляет 19,3-29,8 на 100 тысяч населения. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 5-20 случаев на 100 тысяч населения, и этот показатель увеличился приблизительно в 6 раз за последние 10 лет.

В Забайкальском крае за 2016 год пролечено с 52 пациента рецидивирующим течением ВЗК, вновь выявленных случаев заболевания 15.

С целью улучшения оказания помощи данной группе пациентов в отделении колопроктологии ГУЗ Краевой клинической больницы ведется работа по 3 направлениям:

Создание реестра больных;

Своевременная диагностика заболевания;

Совершенствование высокотехнологичной хирургической помощи при ВЗК, направленной на сохранение кишечного пассажа.

Оперативное лечение язвенного колита до настоящего времени можно считать одним из драматичных разделов колопроктологии. Вместе с тем, среди популяции больных язвенным колитом необходимость в хирургическом лечении не имеет тенденции к

снижению, до 30-50 % пациентов с данной патологией в течение жизни нуждаются в операции. Ежегодный прирост заболеваемости данной патологией неизбежно приводит к увеличению абсолютного числа больных, нуждающихся в операции.

Вместе с тем, до настоящего времени не достигнуто оптимального сочетания радикальности оперативного лечения с восстановлением анальной дефекации, поэтому «золотой стандарт» хирургического лечения язвенного колита не найден. Отделение колопроктологии ГУЗ ККБ имеет большой опыт комплексного лечения данного заболевания, включая биологическую терапию и хирургическое лечение, на основании чего можно сделать ряд выводов.

Показания к оперативному лечению при язвенном колите:

Медикаментозная резистентность;

Перфорация кишки и ее угроза;

Непрогнозируемое прогрессирование системных токсических реакций с развитием кишечных осложнений, кровотечений, токсической дилатации;

Частые обострения, несмотря на весь комплекс лечения;

Тотальное поражение кишки, частые обострения.

Виды операций при ВЗК:

1. Илеостомия;

2. Гемиколэктомия (левосторонняя, расширенная с низведением правых отделов кишки, асцендоректальный анастомоз);

3. Гемиколэктомия (правосторонняя, илеотрасверзоанастомоз, правосторонняя расширенная, илеосигмоанастомоз конец в бок);

4. Субтотальная колэктомия, концевая илеостомия;

5. Колэктомия с концевой илеостомией;

6. Колэктомия с формированием резервуара тонкой кишки.

Операции при язвенном колите выполняются в один, два или три этапа.

Одноэтапная операция: удаление толстой кишки с формированием резервуара, без выведения временной илеостомы. Для проведения такой операции пациент должен находиться в хорошем состоянии, без метаболических нарушений и без применения кортикостероидов.

Двухэтапная операция: колэктомия, формирование резервуара, временная петлевая стома, в дальнейшем выполняется закрытие стомы.

Трехэтапная операция является наиболее безопасной для пациента с активным воспалительным процессом, получающим высокие дозы стероидов, а так же в случае возникновения экстренных показаний к операции (кровотечение, перфорация, токсическая дилатация). Первым этапом проводится удаление толстой кишки с формированием илеостомы, вторым этапом удаление прямой кишки с формированием резервуара, выведение временной илеостомы. Заключительным этапом является внутрибрюшинная пластика илеостомы.

Выводы:

В улучшении результатов хирургического лечения, снижения показателей послеоперационных осложнений и летальности важную роль играют совершенствование техники оперативного вмешательства и выбор его вида.

Выполнение колэктомии с формированием резервуара из подвздошной кишки и илеоректального анастомоза является методом выбора хирургического лечения тотального язвенного колита, так как позволяет достичь удовлетворительных функциональных результатов и провести реабилитацию больных.

Правильная оценка эффективности терапии позволяет своевременно провести первичную реконструктивную колэктомию.

Совершенствование техники операционного вмешательства с использованием сшивающих аппаратов позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, восстановить кишечный пассаж.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.

Ковальский А.В. Астахов В.Л.

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко г. Москва

Альтернативой хирургическому удалению новообразований печени могут служить методы локального воздействия на очаг метастатического поражения. Наша задача оценить эффективность комплексного использования малоинвазивных манипуляций таких как радиочастотная абляция и эмболизация при лечении метастатического поражения печени колоректальным раком с целью увеличить продолжительность и качество жизни.

На базе хирургического отделения ФГКУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко нами проведено лечение и анализ семи пациентов с метастатическими поражениями печени колоректальным раком. Средний возраст больных составил $61,0 \pm 4,0$ года, из них двое (28%) женщин и пятеро (74%) мужчины. Длительность заболевания КРР – от одного до пяти лет. В первую, основную группу, вошли два пациента, которым вместе с эмболизацией применялась радиочастотная абляция. Во вторую, контрольную группу, вошли пятеро пациентов, которым выполнялась эмболизация совместно с операцией. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности течения КРР, а также по наличию сопутствующей патологии – метастатическому поражению печени.

В результате объём интраоперационной потери при резекции печени в среднем составляло до 450 мл крови, при малоинвазивных манипуляциях объём кровопотери минимальный. Послеоперационный период в первой группе протекал более гладко. Показатели гемодинамик и показатели контрольных методов исследования при комплексном использовании малоинвазивных манипуляций в послеоперационном периоде значительно лучше, регрессия клинических симптомов наступила на 8 и 10 день. Койко-день в первой группе, в среднем 7 и 23 дня, составили меньше по сравнению со второй группой, в среднем 64 дня, где применялась эмболизация совместно с операцией и количество повторных обращений во второй, контрольной группе составило 40%. В настоящее время живы из первой и второй группы 100% и 60% соответственно в сроки 24 + 46,5 месяцев. Продолжительность жизни умерших пациентов составила 12 + 14,8 месяцев. Сделаны выводы о том, что использование малоинвазивных манипуляций позволяет улучшить качество и продолжительность жизни пациентов с метастазами в печень при колоректальном раке.

Таким образом, в настоящее время можно говорить о том, что больные с метастатическим поражением печени при КРР являются в большинстве своем куррабельной группой пациентов, успешность лечение которых напрямую зависит от совершенствования имеющихся методик воздействия на опухолевые ткани. Комплексное использование различных малоинвазивных лечебных манипуляций позволит увеличить продолжительность и качество жизни больных, страдающих метастатическими заболеваниями печени при КРР. Рациональное использование внутрисосудистых вмешательств потенциально уменьшит сроки госпитализации без ущерба эффективности терапии, что, безусловно, будет способствовать интересу практических врачей к применению этих методов. Низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА (КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМА) У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ КИСТИ

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

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Цель работы. Обосновать фасциотомию при лечении флегмон кисти на фоне острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС).

Материал и методы. Особенности хирургической анатомии мягкого остова кисти изучены на 40 трупах людей разного возраста, пола и конституционального типа телосложения. Клинический раздел работы составил 74 больных с флегмонами кисти. У 47 (63,5%) из них развился ОТГС. Тканевое давление мягкого остова кисти определяли инвазивным монитором «Stryker»REF.

Результаты. Установлено, что фасциальные структуры кисти по их биомеханическим свойствам можно отнести к двум категориям:

1. Фасциальные футляры и узлы, обладающие высокими показателями предела прочности и модуля упругости при относительно небольших деформациях (ладонный апоневроз, фасции тенора и гипотенора). Их фасциальные футляры выдерживают высокие градиенты повышения тканевого давления, что приводит к более раннему развитию ОТГС со сдавлением сосудисто-нервных пучков, лежащих в пределах этих мышц и их фасциальных футляров.

2. Фасции, обладающие высокими показателями относительного удлинения, при невысоких значениях модуля упругости и предела прочности (ладонная межкостная фасция, наружная и внутренняя межмышечные перегородки). Эти структуры подвергаются значительным деформациям даже при невысоких показателях повышения тканевого давления, что приводит к их разрыву и возможности распространения гнойного процесса на соседние клетчаточные пространства.

Пациенты поступали в стационар в порядке скорой помощи в сроки от начала заболевания от 3 до 14 дней. Всем больным регистрировали тканевое давление. Патогенетическим методом лечения ОТГС является фасциотомия в пределах фасциальных футляров мышц, относящихся к 1-й категории по своим биомеханическим свойствам, при повышении тканевого давления на 40% от исходного уровня (Федеральный патент РФ на изобретение №2578096).

В день поступления температурная реакция отмечена у 94,4% больных, лейкоцитоз – у 89,9%. При изучении биомеханических анализов крови выявлена диспротеинемия. Всем 74 больным в день поступления проводили вскрытие гнойного очага. У 47 больных с сопутствующим ОТГС делали фасциотомию вторичного фасциального футляра мышц тенора и гипотенора. Операции выполнены под общим обезболиванием с применением адекватных разрезов. Больным основной группы (38 больных) проводили санацию гнойной полости р-рами антисептиков и ультразвуковую обработку ран в 0,05% р-ре водного хлоргексидина. В контрольной группе (36 больных) гнойная полость только обрабатывалась р-рами антисептиков (3% р-р перекиси водорода и 0,05% р-р водного хлоргексидина).

Выводы. Применение в комплексе лечения гнойных ран кисти ультразвуковой обработки в 1,5-2 раза ускоряет процессы очищения ран и появления грануляций, позволяет заканчивать радикальное оперативное лечение ушиванием ран на 6-7 сутки с применением первично-отсроченных швов, обеспечивая их заживление первичным натяжением у 92,2% больных. Своевременно выполненная фасциотомия позволяет избежать развития ОТГС. Предлагаемая тактика хирургического лечения больных с флегмонами кисти должна быть рекомендована для более широкого внедрения в клиническую практику.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КТ-ИНДЕКСА BALTAZAR ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Лобанов С.Л., Лобанов Л.С., Шангин А.С.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Изучены 106 историй болезни пациентов с острым деструктивным панкреатитом. По степени тяжести на основании лапароскопической картины.

Больным на 5-7 сутки с момента заболевания, а так же по показаниям в более поздние сроки выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости. При компьютерной томографии у больных (n=75) группы М (средне-тяжелое течение) определяли увеличение поджелудочной железы у 64 (85,3%) пациентов. Инфильтрация

парапанкреатической клетчатки обнаружена у 75(100%) пациентов. Сглаженность контуров поджелудочной железы у 53(70,6%) пациентов. Жидкость в брюшной полости обнаружена у 70 (93,3%) пациентов. Некрозы ткани поджелудочной железы различного объема у 32 (41,3%) пациентов. Изменения по шкале Balthazar в группе М составили от 2 до 8 баллов.

При компьютерной томографии у больных группы G(тяжелое течение n=31) определяли увеличение поджелудочной железы в 25(80,6%) случаях. Инфильтрация парапанкреатической клетчатки и жидкостные скопления были выражены в 100% случаев. При болюсном контрастировании объем некроза поджелудочной железы более 30% был обнаружен у 27 (87,1%) пациентов. Изменения по шкале Balthazar в группе G составили от 5 до 10 баллов.

В целом указанная система имеет высокую прогностическую ценность. Количество случаев выходящих за рамки прогнозной оценки составило 21. При расчете чувствительности метода по формуле:

$Se = (TP: D) \times 100\%$, где Se (sensitivity) – чувствительность, TP – истинные положительные результаты, D – общее количество исследуемых в группе. При средне - тяжелом и тяжелом течении чувствительность метода составила $(89: 106) \times 100\% = 83,9\%$.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НЕЙРОМОНИТОРИНГА ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ГКБ № 1 Г. ЧИТЫ.

Лобанов С.Л., Маниковская Т.М.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

По данным отечественной и зарубежной литературы повреждение возвратного гортанного нерва и паралич голосовых связок – наиболее частое осложнение при расширенных и повторных операциях на щитовидной железе, по поводу диффузно-токсического, многоузлового зоба, рака щитовидной железы и рецидивного зоба. Частота этого осложнения при первичных операциях в общей хирургической практике достигает 15%, а при повторных операциях доходит до 40% наблюдений. По результатам клинических исследований интраоперационный нейромониторинг позволяет сохранить целостность нерва и снизить риск осложнений при диссекции тканей шеи, в том числе при операциях на щитовидной железе.

Цель работы. Изучение возможностей идентификации возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе с помощью интраоперационного нейромониторинга.

Материалы и методы. Проведена апробация метода интраоперационного нейромониторинга с помощью системы NIM – Response 3.0. При использовании данного метода, во время операции выполняется тестирование блуждающего (V1, V2) и возвратного гортанного (R1, R2) нервов в четыре этапа. 1 этап: сигнал V1- получают исходный ЭМГ-сигнал с блуждающего нерва до определения возвратного гортанного (данные ЭМГ-сигнала исходят от интубационной трубки с биполярными контактными электродами, которые позволяют контролировать состояние нервов в голосовых связках с обеих сторон, при этом маркеры электродов размещают прямо на голосовых связках для правильной записи ЭМГ-активности). 2 этап: сигнал R1 - получают с возвратного гортанного нерва, который перед этим находят в трахеопищеводной борозде. 3 этап: сигнал R2 - получают при стимуляции проксимальной части возвратного нерва после отделения связки Берри от нерва. 4 этап: сигнал V2 – окончательная проверка блуждающего нерва после гемостаза. Стимуляция выполняется в диапазоне от 0,5 до 2,0 мА, в зависимости от характера операции. Для начала выбирают минимальную интенсивность, достаточную для получения ЭМГ – ответа, при котором можно выполнять нейромониторинг. Для правильного выполнения стимуляции зонд ставят перпендикулярно ткани и удерживают примерно 1 секунду до получения ответа, щелчки с равным интервалом «пулеметная очередь», 4 раза в секунду и регистрации активности на мониторе. На базе ГКБ №1 г. Читы проведено 4 тиреоидэктомии по поводу многоузлового эутиреоидного зоба с помощью данной системы.

Результаты. В результате, во время операции при близком расположении нерва аппарат издавал звуковой сигнал и регистрировалась ЭМГ – активность на мониторе. Вследствие чего менялась траектория оперативного вмешательства. У всех больных, операции в 100 % случаев прошли без осложнений, признаков повреждения или сдавления возвратного гортанного нерва не обнаружено. Пациенты выписаны на 5-7 сутки с выздоровлением.

Выводы. Интраоперационный нейромониторинг является эффективным средством профилактики повреждения возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе. Рекомендуется к практическому использованию.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ФЕРМЕНТАТИВНОМ ПЕРИТОНИТЕ

С.Л.Лобанов, Л.С.Лобанов

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Введение. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита остается высокой, при инфицированном панкреонекрозе достигает 60%.

Одной из наиболее частых находок, обнаруживаемых, в брюшной полости при деструктивном панкреатите, является ферментативный перитонит. До настоящего времени нет единой точки зрения о тактике при его обнаружении, так как нередко происходит его рассасывание. Вместе с тем примерно в 50-60% происходит инфицирование и нагноение, что значительно отягощает прогноз заболевания. Удаление жидкостных скоплений является важной задачей. Еще несколько десятилетий назад единственным вариантом являлась открытая дренирующая операция(лапаротомия). В настоящее время большинство хирургов считают ее опасной из-за возможного развития инфицированного панкреонекроза , приводящего к высокой летальности . С внедрением видеолапароскопии все больше авторов считают целесообразным проведение малоинвазивного дренирования с целью эвакуации экссудата. Вместе с тем нет достаточно четких представлений о эффективности данного воздействия, как местного, так и общего.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения у 963 больных с острым панкреатитом за 2008-2014г.г. поступивших в городскую клиническую больницу №1 г.Читы. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, лапароскопия – по показаниям). Все больные получали многокомпонентную консервативную терапию. Малоинвазивные вмешательства заключались в лапароскопическом дренировании брюшной полости, а также по показаниям в ряде случаев проводилось дренирование сальниковой сумки и холецистостомия.

Результаты и обсуждение. Из 963 больных – отечная форма острого панкреатита выявлена у 828 (86,0%), деструктивная у 135(14,0%) пациентов.

При отечной форме, лапароскопии подвергнуто 105 пациентов (12,7%). Лапаротомии - 9 (1,1%). Основными показаниями были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в животе по данным УЗИ и т.д. В данной группе умерло 7 больных(0,85%). В основном, причинами летальных исходов явилась тяжелая сопутствующая патология.

У 135 больных выявлены признаки деструктивного панкреатита. Наиболее частой находкой являлся ферментативный перитонит. Количество экссудата в брюшной полости , варьировало от небольшого, в основном в подпеченочном пространстве до значительного во всех отделах брюшной полости. По характеру – от прозрачного до насыщенного геморрагического. Общая летальность составила – 15,7% (21чел.). Первичные малоинвазивные вмешательства выполнены у 110 пациентов (81,5%). Операции проведены в течение первых трех суток с момента поступления. Из них, повторным операциям подвергнуты 48(43,6%). При этом открытое (лапаротомное) дренирование выполнено у 15(13,6%). Малоинвазивное – у 33(30,0%). Летальность в данной группе – 9 (8,1%).

Число больных, которым произведена лапаротомия, в качестве первичной операции составило – 25. Вмешательства проводились в сроки от 6 часов с момента поступления до 5 суток. Некоторые пациенты подвергались неоднократным вмешательствам (от 1 до 6). Умерло 12 пациентов (48%).

Таким образом, в группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена малоинвазивная операция показатели летальности были значительно ниже (8,1%), чем у больных после первичной лапаротомии (48%).

Выводы: Малоинвазивное вмешательство в сочетании с консервативной терапией, является оптимальным вариантом лечебной тактики при ферментативном перитоните.

ДИНАМИКА БИЛИРУБИНА И ТРАНСАМИНАЗ ПОСЛЕ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПО ПОВОДУ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Лобанов С.Л., Осаула А.Н., Пятых К.А

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

Согласно данным отечественной и зарубежной литературы, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) имеет достаточно широкое распространение. В Европе, Северной Америке, Австралии, желчнокаменная болезнь выявлена в 10-15% взрослого населения, в возрасте 40 лет и старше – у 15-20%, а возрастной группе свыше 60 – у 25-35%. По данным Максимова В.А., желчнокаменной болезнью в России, страдают около 3,6% мужчин и 13,1% женщин. При этом отмечается заметный рост заболеваемости в последние годы. Одним из грозных осложнений желчнокаменной болезни является холедохолитиаз, который нередко приводит к развитию механической желтухи. Восстановление проходимости холедоха, как правило возможно помощью оперативного вмешательства. Операцией выбора является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ПСТ).

Цель работы. Изучить динамику билирубина и печёночных ферментов, после проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Материалы и методы. Проведен анализ 54 историй болезни пациентов первого хирургического отделения ГУЗ «Городская клиническая больница №1» за период 2014 – 2016 год оперированных методом ПСТ по поводу ЖКБ, осложненной механической желтухой. Папиллосфинктеротомию проводили по общепринятой методике (В.С.Савельев 2007), на первом этапе производилась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), затем после ПСТ, проводили экстракцию конкрементов из холедоха с помощью корзинки Дормиа. Мужчин было – 27 (50%), женщин – 27 (50%). Исследовали уровень билирубина и трансаминаз до операции и после операции.

Результаты. До проведения ПСТ средний уровень билирубина составил $97,9 \pm$ ммоль/л. Содержание трансаминаз: АСТ – $137,5 \pm$, АЛТ – $169,3 \pm$. После проведения операции уровень билирубина: $23,5 \pm$ ммоль/л, трансаминазы: АСТ – $47,1 \pm$, АЛТ – $68,3 \pm$. Таким образом, в результате операции папиллосфинктеротомии выявлена значительная тенденция к снижению уровня билирубина и трансаминаз, что свидетельствует о высокой эффективности данной операции. Во всех случаях клинически значимых осложнений не выявлено.

Выводы. Папиллосфинктеротомия – является эффективным эндоскопическим методом, с помощью которого, малотравматичным способом возможно восстановление пассажа желчи и ликвидация механической желтухи.

ВЛИЯНИЕ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА НА СОСТОЯНИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лобанов Ю. С., Никифоров А.Н., Хайдукова Т.А., Шаповалов К. Г.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита.

Исследованию интраабдоминальной гипертензии в последние годы уделяется значительное внимание. На фоне данного состояния возникают расстройства гемодинамики

и нарушения системы гемостаза, способствующие возникновению тромботических осложнений. Этот синдром может сопровождать многие патологические процессы, такие как: перитонит, панкреонекроз, острая кишечная непроходимость, травмы с исходом в полиорганную недостаточность с высокой летальностью.

Искусственно созданный управляемый пневмоперитонеум при лечебно-диагностических манипуляциях на брюшной полости, является на наш взгляд, идеальной моделью для изучения патофизиологических механизмов и вероятности развития тромботических осложнений.

Оценка функции эндотелия, микроциркуляторного русла и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза имеет практическое значение для определения наиболее безопасного режима пневмоперитонеума и прогнозирования риска тромботических осложнений.

Цель работы: установить закономерности изменений состояния гемостаза и регуляции микроциркуляции под влиянием различных режимов интраоперационного пневмоперитонеума.

Задачи исследования.

Выявить изменения показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза под влиянием интраабдоминальной гипертензии.

Оценить зависимость параметров микроциркуляции и маркеров функции эндотелия от режимов пневмоперитонеума.

Установить наиболее существенные отклонения состояния гемостаза, микроциркуляции и состояния эндотелия под влиянием повышения внутрибрюшного давления.

Материалы и методы исследования.

Обследована группа из 100 больных которым проводилась лапароскопическая холецистэктомия. Все пациенты находились на лечении в ГУЗ городская клиническая больница №1 города Читы с 2013 по 2016 гг.

Выделены 4 группы по 25 человек в зависимости от режимов пневмоперитонеума.

С целью выявления ассиметричных отеков пациентам проводилось измерение конечностей при помощи сантиметровой ленты на уровне средней трети голени и средней трети бедра в симметричных точках: перед операцией, и на 3-и сутки после оперативного лечения. Наличием ассиметричного отека считалась разница 1,5 см и более.

Состояние микроциркуляции изучалось с использованием метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), аппаратом ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия).

Для изучения показателей сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного гемостаза, маркеров функции эндотелия проводился забор крови из локтевой вены у пациентов сразу после введения в наркоз перед наложением пневмоперитонеума, а также после экссуфляции газа из брюшной полости.

Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием пакета STATISTICA 6.1, Microsoft Excel для Windows с применением параметрических методов - критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p \leq 0,05$.

Полученные результаты. Установлено что уровень индуцированной агрегации а также степень и скорость агрегации увеличивались во 2 и 4 группах где применялось давление выше 12 мм.рт.ст.

При определении антигена фактора Виллебранда выявлено повышение его концентрации у пациентов 4-й группы на 19%. При исследовании лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии значимое влияние пневмоперитонеума на активность межклеточных взаимодействий выявлено у пациентов 4-й группы. Отмечается повышение ЛТА под в 1,75 раза.

Установлено, что у больных 2-й группы происходит снижение показателя микроциркуляции на 22%

Более высокое внутрибрюшное давление, в сочетании с возрастанием времени операции у пациентов 4-й группы, приводило к уменьшению показателя микроциркуляции на 43%.

При исследовании содержания эндотелина-1 в крови пациентов 2-й группы регистрируется его снижение в 1,5 раза, а у больных 4-й группы - повышение в 1,6 раза.

Установлено, что в крови пациентов 4-й группы отмечается снижение общего содержания оксида азота в 1,4 раза, что в комплексе с возрастанием уровня эндотелина-1 позволяет предположить существенное превалирование вазопрессорных влияний и проагрегантной активности.

При измерении окружности нижних конечностей установлено, что, наиболее часто ассиметричный отек нижних конечностей зафиксирован во 2-й и 4-й группе, где применялось более высокое внутрибрюшное давление.

Появление ассиметричного отека нижних конечностей является доклиническим признаком венозного тромбоза, и вероятно является следствием тромбоза микрососудов, в следствии повреждения эндотелия и нарушения микроциркуляции. Данные изменения носят проходящий характер и исчезают к дате выписки пациента.

Вывод:

Давление пневмоперитонеума выше 12 мм. рт. ст. повышает агрегацию тромбоцитов.

Повышение внутрибрюшного давления более 12 мм.рт.ст вызывает активацию эндотелия и ухудшает микроциркуляцию.

При давлении в брюшной полости выше 12 мм. рт. ст. чаще развиваются ассиметричные отеки нижних конечностей.

ДЕСТРУКТИВНО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Мазин А.С., Гаймоленко С.Г., Дручкова С.Л., Сущенко Р.А., Чебанова Т.А., Тимошенкова И.В.

ФГБОУ ВО Минздрава РФ Читинская государственная медицинская академия, г. Чита
ГУЗ Краевая детская клиническая больница, г. Чита

Дегенеративные заболевания позвоночника у детей встречаются редко, клинические проявления их неспецифичны. Основным признаком указанной патологии является болевой синдром. Длительные дифференциальная диагностика, неэффективное лечение различных неврологических заболеваний приводят к развитию тяжелых осложнений, зачастую, дети становятся инвалидами.

За 2014 - 2016 годы в ГУЗ КДКБ г. Читы обследовано и пролечено 6 детей с деструктивно-дегенеративными заболеваниями позвоночника, из них 3 детей – жители районов Забайкальского края. Возраст пациентов – от 6 до 14 лет (3 мальчиков, 3 девочек).

Все дети длительно лечились в поликлиниках и районных больницах по поводу неврологических заболеваний (невралгии, миалгии) и юношеского остеохондроза. Консервативная терапия (как правило, симптоматическая) приносила кратковременное уменьшение болевого синдрома. Деструкция в позвонках была выявлена только после проведения компьютерной томографии. Другие дополнительные методы обследования в амбулаторных условиях: лабораторные анализы, рентгенограммы различных отделов позвоночного столба в диагностике не помогали. У двух детей деструкцию в позвонках удалось обнаружить только при повторной компьютерной томографии. Длительность болевого синдрома до момента диагностики дегенеративных изменений в позвонках исчисляется от 1 месяца до 3-х лет. Наибольший срок заболевания до установления диагноза у детей из районов края – от 6 месяцев до 3-х лет; детям-жителям г. Читы диагноз был установлен в течение 2-3 месяцев от начала заболевания. Основной причиной задержки в диагностике деструктивного процесса в позвоночнике явилось отсутствие настороженности

врачей первичного звена в районных поликлиниках и больницах. Ориентируясь только на клинические проявления и отсутствие признаков деструкции на рентгенограммах, продолжалось назначение пациентам анальгетиков, противовоспалительных препаратов.

Поскольку основным клиническим симптомом указанных заболеваний являлась боль в спине, при физикальном обследовании больных перкуссия и пальпация в области остистых отростков пораженных позвонков были болезненными у 5 (83%) больных; а пальпация в области паравертебральных тканей – у 4 (66%) пациентов. У всех детей отмечались ограничения движений в шейном, грудном или поясничном отделах позвоночника. Два мальчика и одна девочка были доставлены в КДКБ в вынужденном положении: лежа на спине – любые движения в туловище и ходьба вызывали резкое усиление боли в спине. Интоксикация (повышение температуры тела, слабость, снижение аппетита и т.п.) отмечалась у 3 (50%) пациентов. Воспалительные изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом и ускорение СОЭ) отмечены в 100% случаев. При этом, у детей с длительно текущими заболеваниями всегда отмечалось значительное ускорение СОЭ.

Все дети направлены в ГУЗ КДКБ врачами первичного звена с целью дообследования и уточнения причины болей в спине в различные отделения: 1 ребенок в отделение кардиологии, 3 – в неврологическое отделение, 2 детей в отделение гнойной хирургии. При КТ позвоночника у всех детей диагностированы деструктивные процессы (у одного ребенка только при повторном исследовании через 1-2 месяца).

У 5 детей были обнаружены деструктивные процессы в различных отделах позвоночного столба (от VI шейного до II поясничного позвонков): клиновидная деформация и уплощение тел позвонков, остеопороз, утолщение паравертебральных мягких тканей. У одного ребенка (через 1 месяц от начала болевого синдрома) по данным КТ определялось только утолщение мягких тканей вокруг остистых отростков поясничных позвонков.

По данным компьютерной томографии 5 детям был поставлен диагноз спондилит. Проводилась дифференциальная диагностика с гематогенным остеомиелитом, болезнью Шейермана-Мау, туберкулезным спондилитом, эозинофильной гранулемой. Только у одного ребенка (в ранние сроки от начала заболевания и при отсутствии дегенеративных изменений в позвонке) был поставлен диагноз острого гематогенного остеомиелита.

Для исключения специфического процесса и установления причины деструкции в позвонках всем пациентам необходимы биопсия костной ткани. Учитывая выраженные дегенеративные изменения в позвонках, после биопсии костной ткани, необходима стабилизация позвоночного столба. В КДКБ такие вмешательства не выполняются. Все дети были направлены в отделение внелегочного туберкулеза НИИ фтизиопульмонологии г. Санкт-Петербурга. На сегодняшний день 5 детей прооперированы в НИИФ г. Санкт-Петербурга. По результатам биопсии у одного ребенка, который имел самый длинный срок от начала заболевания до установления диагноза, подтвержден хронический неспецифический спондилит на фоне болезни Шейермана-Мау, у троих детей – неспецифический спондилит (остеомиелит) тел позвонков; одна девочка в настоящий момент продолжает получать лечение в условиях НИИФ. Всем прооперированным на базе центральной клиники детям установлены металлоконструкции. Продолжаются заочные консультации детей с клиникой по вопросам ведения, использования медикаментозной терапии и условиям реабилитации.

Ребенок с установленным диагнозом острый гематогенный остеомиелит поясничного позвонка (с наименьшим сроком от начала заболевания и с самыми яркими клиническими проявлениями) прооперирован в ГУЗ КДКБ. На операции была вскрыта межмышечная паравертебральная флегмона, обнаружены признаки гематогенного остеомиелита остистого отростка – отслоенная надкостница, шероховатая поверхность. Рентген-признаки остеомиелита обнаружены только через 2 недели после операции. Стабилизация позвоночника пациенту не потребовалась – деструктивный процесс затронул только

остистый отросток поясничного позвонка. В послеоперационном периоде купировались болевой синдром и интоксикация, уменьшились лабораторные изменения.

Все дети, прооперированные по поводу указанных заболеваний регулярно наблюдаются у хирурга КДКБ. Отмечается стойкая клинико-рентгенологическая и лабораторная ремиссия.

Таким образом, все дети с хроническими «беспричинными» болями в спине должны быть обследованы с применением современных и высокоэффективных методов диагностики (МСКТГ) для исключения деструктивно-дегенеративных заболеваний позвоночника. Особенно важным это является для пациентов, которые длительно лечатся у невролога и ортопеда по поводу остеохондроза.

СЛУЧАЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

Новопашина Г.Н., Коннова Е.Н., Ерофеева Л.Г.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

ГУЗ Городской родильный дом

Эндометриоз относится к числу достаточно распространенных гинекологических заболеваний. Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. После эндометриоза матки, среди генитальных форм, второе место занимает эндометриоз яичников. Основной жалобой больных является болевой синдром различной интенсивности; могут иметь место и явления раздражения брюшины. Последнее обстоятельство связано с тем, что во время менструации или перед ней происходит микроперфорация (или разрыв) эндометриоидных кист с попаданием содержимого в брюшную полость. В этих случаях наблюдается картина острого живота, которая требует срочного оперативного вмешательства.

Приводим случай клинического наблюдения.

Больная А., 41 года доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение в 1 час ночи с жалобами на боли внизу живота. Считала себя больной в течение 2-3 часов, когда появились кровянистые выделения из половых путей и резкие боли внизу живота, что явилось причиной вызова врача.

Акушерско - гинекологический анамнез: менструация с 16 лет, продолжительностью 2-5 дней, обильные, регулярные через 28 дней. Последняя менструация была 31.01. Беременностей 3, родов 2 в срок, медаборт 1, без осложнений. В 2012 году диагностирована миома матки (величиной 8-9 недель) и киста яичника, в дальнейшем к врачу не обращалась. Из соматической патологии: ОРВИ, аппендэктомия, хроническая постгеморрагическая анемия (на фоне обильных менструаций). При объективном осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение больной вынужденное полусидячее. Кожные покровы обычной окраски, подкожно - жировая клетчатка выражена (ИМТ = 30). АД 120/70, пульс 104 в минуту, ритмичный. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании: тракции за шейку матки болезненные, матка увеличена до 10 недель, тестоватой консистенции, малоподвижная, болезненная; придатки четко пальпировать не удается из-за выраженной подкожно - жировой клетчатки, задний свод уплощен; выделения кровянистые умеренные. Выставлен диагноз: Разрыв кисты яичника? Интерстициально-субсерозная миома матки с нарушением питания в узле. В предоперационном периоде получила в/в дисоль 400мл, хлорид натрия 0,9% - 500мл, метрогил 100мл, ципрофлоксацин 100мл. В общем анализе крови: гемоглобин 135 г/ л, лейкоцитов 22,1*10⁹/л; п/я - 6; СОЭ- 25мм/ч; биохимия: глюкоза 5,1 ммоль/ л, билирубин 7,9 мкмоль/л, мочевины 9,2 ммоль/л, общий белок 75,0 г/л, креатинин 131 мкмоль/л. Проведено экстренное оперативное лечение. На операции нижнее - срединной лапаротомии: в брюшной полости до 300мл темно- коричневого цвета жидкость с мелкими сгустками (вязкое содержимое эндометриоидной кисты яичника), брюшина, петли кишечника пропитаны

содержимым. Матка увеличена до 9 недельного срока беременности за счет миоматозного узла и аденомиоза. Правый яичник увеличен 9,0*8,0*8,0см за счет эндометриоидного образования, с разрывом, маточная труба не изменена. Левый яичник увеличен 8,0*7,0*6,0 см за счет эндометриоидной кисты, подпаян к матке, маточная труба не изменена. Проведена ампутация матки, двусторонняя цистэктомия, дренирование брюшной полости. Диагноз после операции: Разрыв эндометриоидной кисты правого яичника. Эндометриоидные двусторонние кисты яичников. Интерстициально - субсерозная миома матки в сочетании с аденомиозом. В послеоперационном периодесостояние больной соответствовало объему операции. Кожные покровы были обычной окраски. Через 12 часов после операции отмечаются изменения в биохимическом анализе крови: общий билирубин - 80,6 мкмоль/л, АЛТ- 19,2 ммоль/л, АСТ- 41,1 ммоль/л, общий белок- 60,0 г/л; в общем анализе крови: гемоглобин- 113г/л, лейкоцитов – 16,4*10.9, п/ я -4, СОЭ- 55 мм/ч, в анализах мочи изменений не было. В последующие дни в анализах крови отмечается снижение общего билирубина -71,0 мкмоль/л; 45,5 мкмоль/л; к четвертому дню после операции 9,0 мкмоль/л. Заключение абдоминального УЗИ: утолщение стенок желчного пузыря, умеренные диффузные изменения поджелудочной железы. Заключение терапевта: хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени. Гистологическое заключение: Лейомиома тела матки субсерозной локализации. Аденомиоз тела матки 1 степени. Эндометриоидные кисты обоих яичников. Киста желтого тела с циркуляторными нарушениями. В последующем послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением. Выписана из стационара на 9 сутки.

Таким образом, диагностика генитального эндометриоза имеет определенные особенности в зависимости от формы заболевания. При более выраженных формах эндометриоза яичников происходит разрыв кисты с клиникой острого живота, что имело место у данной пациентки и явилось показанием для срочного оперативного лечения.Повышение билирубина, вероятно, обусловлено гемолизом, распадом эритроцитов из эндометриоидных очагов и невозможностью печени быстро обезвредить билирубин и вывести его с желчью.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Намоконов Е.В., Скворцов Е.В., Мироманов А.М.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

Актуальность венозных тромбозомболических осложнений при острых гнойных перитонитах определяется значительной частотой их возникновения, особенно у лиц пожилого возраста, скрытым клиническим течением, трудностью лечения и высоким уровнем летальности. В настоящее время улучшение результатов лечения гнойно-воспалительных осложнений достигается не только совершенствованием техники оперативных пособий, использованием новых лечебных технологий, но и применением профилактических мероприятий с использованием современных лекарственных препаратов.

Проведено комплексное динамическое обследование 28 пациентов с гнойным разлитым перитонитом. Группу клинического сравнения составили 16 больных с той же патологией, профилактика венозных тромботических осложнений которым проводилась парентеральными антикоагулянтами прямого действия (эноксапарин натрия (Клексан) вводился подкожно в дозе 40 мг через 12 часов после операции, затем 40 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней, с последующим переходом на антагонисты витамина К (варфарин). Во основной группе (n=28) профилактика осуществлялась пероральным антикоагулянтом Дабигатрана этексилат (Прадакса), перорально по 220 мг 1 раз в сутки, причем первый прием осуществлялся через 4 ч после операции в половинной суточной дозе. Анализ лабораторных параметров показал, что на 2 сутки после операции показатель АЧТВ и МНО в исследуемых группах не отличался от группы контроля. К 3 суткам после оперативного лечения значения

АЧТВ повышались в первой и второй группах как по сопоставлению с контрольными значениями, так и в сравнении с 1 сутками после травмы и 2 сутками после операции, что свидетельствует о сопоставимом эффекте применяемых препаратов. К 10 суткам после операции регистрировалось повышение МНО в основной группе, как с предыдущими днями исследования, так и с группой клинического сравнения, данный факт объясняется необходимым достижением целевого уровня МНО (2,0-3,0) и указывает на развитие гипокоагуляции и отсутствие каких-либо признаков развития тромботических осложнений. Что касается показателя АЧТВ, то статистически значимое различие с группой клинического сравнения отмечено на 5 сутки после оперативного лечения, $p=0,037$. Клиническая картина в группе пациентов с применением дабигатрана этексилата характеризовалась отсутствием ВТЭО и кровотечений, так как мощный антитромботический эффект прямых ингибиторов тромбина достигается за счет их особого блокирующего действия на тромбин (ключевой белок, участвующий в процессе свертывания крови), причем не только на свободный, но и на связанный с тромбом, тогда как в группе больных клинического сравнения, в одном случае зарегистрировано развитие носового кровотечения на 9 сутки после операции.

Таким образом, применение перорального антикоагулянта Прадакса при развившихся гнойно-воспалительных осложнениях брюшной полости обеспечивает эффективный, прогнозируемый и стойкий антикоагулянтный эффект, не требует рутинного контроля параметров коагуляции и имеет высокую комплаентность, что свидетельствует о возможности более широкого применения данного препарата у пациентов хирургического профиля.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП.

Намоконов Е.В., Ложкин С.К., Дрянов Д.Ю., Мироманов А.М.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II» ОАО РЖД, г. Чита

Проблема хирургического лечения различных видов деформаций стоп по-прежнему сохраняет свою актуальность, в связи с ежегодным увеличением числа пациентов с данной патологией. Поперечное плоскостопие остается одной из наиболее распространенных деформаций конечностей. По обобщенным данным, оно составляет от 38 до 55% всех статистических деформаций. Большое количество предложенных способов лечения этого заболевания свидетельствует о недостаточной их эффективности. Целью данной работы было провести сравнительный анализ методов хирургической коррекции деформаций стоп при различной степени тяжести. Материалы и методы. За последние три года в отделении травматологии и ортопедии Дорожной клинической больницы Чита II было обследовано и проведено хирургическое лечение 85 пациента с различными видами статических деформаций стоп в возрасте от 21 до 71 год. Из них женщины составили 93% (79 больных). Вальгусное отклонение I пальца I-II степени наблюдали у 31 пациента (36%), комбинированное плоскостопие с молоткообразной деформацией II пальца – у 42 (49%), сочетание комбинированного плоскостопия III степени с молоткообразной деформацией II и III имело место в 12 больных (14% случаев). Выбор метода и объема оперативного вмешательства у пациентов с вальгусным отклонением 1-го пальца стопы определялся по результатам клинического и рентгенологического обследований. Важное значение при выборе остеотомии имели значения следующих параметров: углов M1P1, M1M2, PASA. При угле M1M2 менее 13° предпочтение отдавалось шевронной остеотомии по McBride из-за ее малотравматичности и простоты выполнения. Данная операция была выполнена у 31 пациента (36%). Операция SCARF-остеотомия проводилась при угле отклонения 1-й плюсневой кости M1M2 в интервале от 13 до 23° и была выполнена у 54 пациентов (64%). После реконструкции переднего отдела стопы по McBride накладывали гипсовую лонгету на 6-7 недель. При SCARF-остеотомии пациентам разрешалась ранняя нагрузка (со 2-го дня после операции) с ходьбой в течение 5–8 недель в специальной обуви Varouk без опоры на передний отдел стопы. Средний период наблюдения за пациентами после операции

составили 12 месяцев. На контрольный осмотр явились 62 из 85 пациентов. Из них 58 пациентов (93 %) были полностью удовлетворены результатом лечения. Результаты проведенного анализа показали статистически значимое уменьшение всех исследуемых угловых параметров (M1P1, M1M2) на момент контрольного осмотра, как при выполнении шевронной остеотомии, так и операции по SCARF. Отмечено улучшение средней оценки по шкале AOFAS с 54 до 91 балла ($p < 0,01$). Среднее укорочение 1-й плюсневой кости составило 1,2 мм (от 0,7 до 1,8 мм), при этом на момент контрольного осмотра случаев метатарзалгий не выявлено. Частичный рецидив вальгусного отклонения первого пальца был выявлен у 3 пациентов. В указанных случаях, по данным рентгенографии, отмечена коррекция межплюсневой угла M1M2, однако сохранялась вальгусная ориентация суставной фасетки головки 1-й плюсневой кости, что и явилось причиной частичного рецидива деформации в послеоперационном периоде. Выводы. Полученные результаты позволяют считать остеотомию SCARF операцией выбора при лечении вальгусной деформации первого пальца стопы при угле варусного отклонения M1 не более 23°. Остеотомия SCARF позволяет нормализовать основные рентгенанатомические параметры осевых взаимоотношений суставных поверхностей первого луча стопы, а именно углов M1P1, M1M2 и PASA. При начальных степенях статических деформаций следует применять операцию McBride в виду ее малой травматичности и технической доступности.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГО – ОРТОПЕДИ-ЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Номоконов И.А., Номоконов С.И.

ЦАХ Поликлиника №4, гор Улан-Удэ, Республика Бурятия, ЧГМА г. Чита

В связи с тем, что в России ускорились темпы старения, возникла необходимость в углубленном изучении различных факторов, связанных с этим явлением, тем более что старение населения страны сопровождается драматическими изменениями в состоянии здоровья граждан. Геронтологическая помощь стала рассматриваться как медико-социальная проблема.

По данным Росстата России число лиц пожилого и старческого возраста с каждым годом растет, так в 2014 году - 33.788.000 человек из 143.366.000 (23,5%), 2015 году - 35.163.000 из 146.267.000 (24%), 2016 году - 35.986.000 из 145.545.000 (24,7%). Республика Бурятия не является исключением 2014 год 171.300 из 974.000 (18%), 2015 182,900 из 973,300 (18,7%), 188.600 из 982,300 (19,2%).

Старение населения делает актуальной проблему оказания медицинской и социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, около 80% которых страдают множественной хронической патологией. Течение многих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста имеет свои характерные особенности. Так, в структуре заболеваемости пожилых людей основное место занимают заболевания опорно-двигательного аппарата, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, болезни органов дыхания. При этом у пациентов редко выявляется лишь одно заболевание – значительно чаще обнаруживается сочетание трех, четырех, а иногда и более заболеваний, что создает дополнительные трудности в лечении и ухудшает прогноз в отношении выздоровления.

Многие распространенные заболевания могут протекать у пожилых больных скрыто, без четких клинических симптомов, одновременно сопровождаясь склонностью к развитию серьезных осложнений.

Одним из частых сопутствующих проявлений заболеваний у людей пожилого и старческого возраста является боль, значение которой зачастую недооценивается, не диагностируется своевременно и, как следствие, не лечится. Стертыми иногда оказываются и клинические симптомы острых хирургических заболеваний, что приводит к запоздалому началу лечения. Эти трудности порой связаны еще и с тем, что сам больной пожилого

возраста подчас не может четко провести границу между здоровьем и болезнью, объясняя возникшее недомогание чисто «возрастными» причинами. Сочетание у одного и того же пожилого человека нескольких заболеваний, утяжеляющих его состояние, делает нередко невозможным проведение полноценного обследования.

Особенности действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста также создают сложности в лечении этих пациентов. Врач должен иметь четкое представление о принципах дозирования лекарственных средств в гериатрии, об особенностях взаимодействия препаратов, о путях повышения устойчивости организма пожилых людей к нежелательному воздействию медикаментов. Вопрос о назначении того или иного лекарственного препарата должен решаться лишь после всестороннего анализа его воздействия на организм пожилого пациента. Одним из правил гериатрической фармакотерапии является строгая индивидуализация доз. В самом начале лечения препараты назначают в дозах, уменьшенных примерно в 2 раза по сравнению с таковыми для больных среднего возраста. И только постепенно повышая дозу, устанавливают индивидуальную переносимость препаратов.

По достижении лечебного эффекта дозу уменьшают до поддерживающей, которая, как правило, тоже ниже дозы, назначаемой пациентам среднего возраста. У пожилых людей наряду с уменьшением количества рецепторов нервной ткани одновременно отмечается функциональное истощение и снижение ее реактивности. Это способствует развитию трудно прогнозируемых, нетипичных, неадекватных количеству вводимого препарата и даже парадоксальных реакций. Кроме того, возрастные изменения печени и почек способствуют тому, что лекарственные средства и продукты их метаболизма медленно выводятся из организма. Это способствует кумуляции препарата и развитию различных побочных эффектов. В связи с этим необходимо сначала назначать небольшие дозы препарата, с последующим индивидуальным повышением дозы в зависимости от переносимости.

Следует подчеркнуть, что лекарственные препараты, назначенные пожилым людям без учета особенностей гериатрической фармакотерапии, могут причинить гораздо больший вред, чем сама болезнь, для лечения которой их применяют.

Между тем, как показывает опыт, при ведении пожилого больного обращается за помощью к врачам узких специальностей. Происходит своеобразное перераспределение врачебных обязанностей, в результате чего пожилой больной в зависимости от характера и числа болезней (или синдромов) становится объектом внимания врачей различных специальностей, каждый из которых, как правило, занимается лечением «своей» патологии, утрачивая видение пожилого больного в целом с его особыми гериатрическими проблемами. Нередко больным пожилого и старческого возраста назначаются малоинформативные, обременительные для их возраста и состояния, а порой и дорогостоящие диагностические исследования что не снижает частоту случаев несвоевременной диагностики в позднем возрасте таких заболеваний, как туберкулез, сепсис, легочные эмболии, инфекции мочевыводящих путей, злокачественные опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ СТОП HALLUS VALGUS У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНО – ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ. ОПЫТ. ПРОБЛЕМЫ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

Номоконов И.А., Номоконов С.И.

ЦАХ Поликлиника №4, гор Улан-Удэ, Республика Бурятия, ЧГМА, г.Чита

По данным Всемирной организации здравоохранения, возраст от 60 до 74 лет — признан пожилым. Артроз настигает людей в трудоспособном возрасте – от 30 лет и с каждым годом число заболевших стабильно и неуклонно возрастает. В настоящее время 27-30% людей, старше 50 лет, страдают артрозом, а после 60 лет этой болезнью страдают практически все. Одним из проявлений артроза являются Hallux valgus стоп на фоне комбинированного плоскостопия.

У пациентов данной возрастной категории редко выявляется лишь одно заболевание – значительно чаще обнаруживается сочетание трех, четырех, а иногда и более заболеваний, что создает дополнительные трудности в лечении и ухудшает прогноз в отношении выздоровления, артрозные изменения в основном соответствуют последней и предпоследней стадии. Данная патология не является приоритетной в работе травматологов стационаров, а пациенты пожилого возраста представляют определенные трудности в лечении и реабилитации. Вместе с тем операции востребованы и требования к выполнению операций и результатам лечения у этих пациентов высокие.

При общении, пациенты предъявляют жалобы на практически постоянные боль в области I плюснефалангового сустава. Боль усиливается после продолжительной ходьбы или длительного пребывания на ногах и уменьшается в покое. Возможны ночные боли, особенно после значительной нагрузки на стопу. Болевой синдром может значительно различаться как по характеру, так и по силе – от ощущения дискомфорта на ранних стадиях до резкой жгучей или постоянной ноющей боли. Выраженность болевого синдрома не всегда четко коррелирует с величиной деформации, хотя при значительном смещении головки I плюсневой кости симптоматика обычно более яркая.

По мере развития деформации стопа все больше теряет нормальную форму, расширяется и уплощается, I палец ухидит под II, все это в сочетании с выраженным артрозом и косметической деформацией в проекции I плюснефалангового сустава существенно влияет на внешний вид стопы. Поэтому, наряду с болью, причиной обращения пациентов к травматологам, зачастую становится косметический дефект и проблемы при подборе обуви.

Нами проведен анализ пациентов обратившихся на прием к травматологу с данной патологией за последние 3 года. По возрастным критериям больные распределились следующим образом. 20-30 лет 12 человек, 31-40 лет 28 пациентов, 41-50 лет – 54, 51-60 лет – 75, старше 61 - 85. Стадийность заболевания напрямую зависит от возраста: 20-30 лет 1-2 степени, 31-40 лет 1-2-3 ст, 41- 60 лет 2-3 степени, старше 60 лет 3-4 степени.

В связи с этим мы отдали приоритет в работе с категорией больных – лица пожилого возраста . В условиях ЦАХ поликлиники №4 работа по данной теме стала активно вестись последний год. Отбор пациентов ведется путем активного выявления при обращении к травматологу, последующего собеседования, обязательное условие для операции это наличие ортопедической обуви (туфли Барука). Последнее позволяет активизировать пациентов после операции на 2 сутки. В зависимости от стадии заболевания пациентам предлагается несколько вариантов оперативного лечения. У лиц молодого возраста эта «полный пакет». У лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией применяются отдельные этапы. Операции проводятся на обеих ногах. Общий срок лечения в среднем с реабилитацией 1,5-2 месяца. Ранее когда данный алгоритм не применялся сроки доходили до 3-4 месяцев т.к. раздельное и поэтапное лечение не приводило к желаемому результату.

Основной принцип оперативного лечения вальгусной деформации большого пальца стопы у пожилых людей состоит в том, что проводится иссечение верхушки или края первогоплюснефалангового сустава, корригирующая остеотомия первой плюсневой кости, фиксация ее в правильном положении, а также удаление и сопоставление мягких тканей и костей с целью уменьшить боль и восстановить нормальную конфигурацию сустава. Коррекция 2 пальца при его деформации. Операция по коррекции вальгусной деформации большого пальца стопы обычно проводится под спинальной анестезией. Длительность операции зависит от ее сложности и выбранного метода и может занимать около 1 часа.

У 16 из 20 пациентов в возрасте 60 и старше отзывы об результатах операции положительные, болевой синдром купирован практически полностью, пациенты удовлетворены косметическим исходом, качество жизни улучшилось. 4 пациентов, стадия заболевания 3 - 4 ст , возраст 65-74 года, имеют остаточные боли, но отмечают улучшение, косметический результат удовлетворительный.

Основная масса пациентов с патологией дистального отдела стопы обращаются к травматологам самостоятельно, когда «достало», и выявляется как «сопутствующая» патология. Диспансеризация населения к сожалению не дает желаемого результата. Просветительская работа поставлена слабо. За экономическими передрыгами лечебные учреждения сделали ставку на высокие технологии, коммерческая составляющая стало превалировать. Имеется возможность реально помочь пожилым людям, и одним из способов решения является оказание оперативного лечения в центрах амбулаторной хирургии, Освещение и доведения до пациентов при диспансеризации в доступной форме материалов о данной проблеме и пути решения. Наличие кадров, желающих решать эту не простую задачу, а порой элементарное внимание к данной категории лиц помогут пожилым людям решать проблемы здоровья в столь непростой жизненной для них ситуации.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Пинелис И.С.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

В настоящее время широкое распространение получили восстановительные операции. Ведущими критериями результативности хирургического лечения являются сроки заживления раны и качество формирования рубца. Высокие эстетические и функциональные требования, предъявляемые к послеоперационному рубцу, еще больше повышают значимость этих параметров при реконструктивных операциях. Они зависят от экзогенных (тяжесть и характер операции, способ сшивания раны, вид шовного материала и др.) и эндогенных (уровень неспецифической реактивности организма, интенсивность процессов клеточного деления и синтеза белков, активность систем гомеостаза и др.) факторов. Кроме того, пациенты, подвергающиеся реконструктивным операциям, нередко имеют сопутствующие заболевания.

Перед операцией больные проходят общее клиническое и лабораторное обследование, по результатам которых хирург принимает решение о возможности проведения операции. Между тем, после такой готовности к операции почти у 80% пациентов наблюдается замедленная регенерация тканей и у 6% - образование грубых или келоидных рубцов. Возможно, это связано с недостаточным изучением исходного общего состояния организма пациентов, т.к. стандартное предоперационное обследование часто не несет прогностической информации о возможных послеоперационных осложнениях. В связи со сказанным целью работы стало определение критериев, готовности организма стоматологических больных плановым операциям в ЧЛЮ.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 100 историй болезни пациентов, которым проведены плановые операции. Перед хирургическим вмешательством у них не выявлены объективные и субъективные признаки патологии внутренних органов и систем. Показатели анализов клинико-лабораторного минимума (общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови и др.) были в пределах нормы. Анализ иммунограмм (содержание Ig A, Ig M, Ig G, T- и B-лимфоцитов) также не выявил нарушений иммунного статуса. Вместе с тем, у 78 больных после операции сравнительно долго сохранялись гиперемия, отек, замедленная регенерация тканей в области операционной раны, что соответственно увеличивало сроки реабилитации.

Для более детального обследования общего состояния у 20 больных, готовящихся к восстановительным операциям, проведено изучение неспецифической резистентности организма, активности антиоксидантных систем, устойчивости и дифференциальной активности генетического аппарата лейкоцитов крови. Исследования выполняли перед операцией, через 1 и 6-7 дней после нее.

Неспецифическую реактивность организма определяли по анализу лейкоцитарной формулы крови (Л.Х. Гаркави, 1988). Активность антиоксидантных систем, устойчивость и дифференциальная активность генетического аппарата лейкоцитов крови выявляли путем

определения содержания низкомолекулярных антиоксидантов, активности супероксиддисмутазы (СОД) и пероксидазы крови, митотического индекса, скорости введения ³Н-тимидина и ¹⁴С-лейцина в делящиеся лейкоциты (А.Н. Журавская, 2000; В.В. Шаройко, 2002). Контролем служили данные 20 здоровых людей аналогичного возраста и пола.

Результаты. По данным показателей анализов клинического минимума и иммунограмм число пациентов противопоказаний к восстановительным операции не выявлено. Между тем у многих больных отмечено ослабление неспецифической реактивности организма, что может снижать скорость процессов регенерации тканей и способствовать образованию грубой рубцовой ткани.

Исследование функциональной активности генома в реакциях клеточного деления, синтеза белков, а также его устойчивости, обусловленную активностью антиоксидантных систем и репарацией ДНК выявило у всех обследуемых увеличение продуктивности и общей активности генома, а его устойчивость более чем у половины пациентов была ниже нормы за счет очень низкой антиоксидантной активности. Операция способствовала некоторому повышению активности антиоксидантных систем, хотя у 80% пациентов она оставалась ниже нормы. Последнее обусловлено тем, что основной стратегией генетического аппарата является сохранение его устойчивости при действии стресс-факторов на организм, а активность антиоксидантных систем оставалась недостаточной, повысилась активность систем репарации ДНК и синтеза белков (в том числе антител). В связи с этим «резерва устойчивости генома» для повышения скорости процессов клеточного деления уже не оставалось. У 90% пациентов она даже снизилась в первые сутки после операции и лишь на 6-7 сутки у 50% обследуемых нормализовалась. Возможно, именно с этим явлением связана замедленная регенерация тканей и заживление послеоперационной раны у значительной части пациентов.

Обращает на себя внимание и то, что у 40% пациентов после операции скорость процессов синтеза белков возросла и даже продолжала расти до конца срока наблюдения. Последнее коррелировало со снижением неспецифической резистентности организма, что указывает на высокую вероятность формирования аутоиммунных осложнений (образование грубой рубцовой ткани) у таких больных.

Таким образом, определение неспецифической реактивности организма, устойчивости и функциональной активности генома лейкоцитов в процессах клеточного деления, синтеза белков и репарации ДНК позволяет более обоснованно говорить о степени готовности пациентов к плановым операциям, а также получать прогностическую информацию о скорости регенерации тканей и качестве образующейся рубцовой ткани в послеоперационный период. Кроме того, выявленные факты являются основанием для назначения антиоксидантов пациентам до и после операции, что позволило бы повысить устойчивость генома без дополнительной активации систем репарации ДНК. Это в свою очередь увеличило бы интенсивность клеточного деления (скорость регенерации тканей) без снижения устойчивости генома.

ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Плеханов А.Н, Аюшеев А.Б.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД»

Цель исследования: оценить эффективность влияния оксида азота в комплексном лечении синдрома диабетической стопы, на заживление трофических язв.

Материал и методы: все больные были разделены на 2 группы. Основную группу (ОГ) составили 36 пациентов, которым в комплексное лечение включали местную обработку трофической язвы оксидом азота (NO). Группу клинического сравнения (ГКС) (20 человек) составили пациенты, получавшие курс стандартной терапии. Критериями включения в

исследование были пациенты с синдромом диабетической стопы, осложненным трофическими язвами I и II степени, не требующие хирургической коррекции согласно классификации Wagner (1981).

В качестве инфузионной терапии при трофических язвах I степени в суточных дозах применяли рентагал 2% 1,3 мг/кг и 0,9% NaCl -200 мл., а также осуществляли местное лечение трофической язвы оксидом азота (NO) аппаратом «ПЛАЗОН» в режиме стимулятор-коагулятор, на расстоянии 15-20 см. от поверхности раны, в течение 10 сек. на 1 см² площади, курс 10 процедур, температура NO 40°C, концентрация NO -750 ppm. При язвах II степени к комплексу добавляли раствор актовегина для инфузий в дозировке 4 мг/мл и 0,9% NaCl -250 мл, время обработки трофической язвы оксидом азота увеличивали до 30 сек на 1 см² площади, курс 10 процедур.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: 1) клинические проявления (боль в ногах, отёк тканей); 2) уровень прооксидантов - антиоксидантов (малоновый диальдегид (МДА), каталаза); 3) сроки заживления язв.

Результаты: на фоне лечения у пациентов основной группы отмечалось более значимое купирование болей в ногах, регресс отёка. в основной группе срок лечения в среднем составил: 9,71±0,58 суток у больных с трофическими язвами первой степени и 14,94±0,6 суток у больных с язвами второй степени. А в группе клинического сравнения срок лечения в среднем составил: 14,18±0,93 суток у больных с трофическими язвами первой степени и 19,59±0,5 суток у больных с язвами второй степени (p<0,01). В 94% случаев в основной группе отмечается высокозначимое повышение уровня активности каталазы в 1,9 раза с 1,46±0,64 до 2,77±0,71 мкат/л (p<0,01). У пациентов ГКС рост активности каталазы после лечения составил 1,4 раза от исходного 1,01±0,19 до 1,41±0,3 мкат/л (p<0,01). Разница между ростом активности каталазы в группах после лечения достоверна (p<0,01). Антиоксидантный эффект оксида азота «экономит» количественный потенциал антиоксиданта – каталазы, и как следствие, повышает ее активность.

Отдалённые результаты у больных с трофическими венозными язвами, получавших лечение оксидом азота, у которых достигнут эффект полной эпителизации язвы в стационаре, были изучены у 16 больных сроком 12 месяцев после выписки. Рецидивов язв не наблюдалось. В группе клинического сравнения (стандартная терапия) рецидив наблюдался в 54,5% случаев.

Таким образом, оксид азота в комплексной терапии позволяет купировать клинические проявления синдрома диабетической стопы, способствует улучшению микроциркуляции и восстановлению дисбаланса между антиоксидантной и прооксидантной системами, стимулирует регенерацию в области язвенного дефекта. Метод позволяет в короткие сроки заживить язву, оптимизировать сроки стационарного лечения и добиться стойкой ремиссии.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ ПРИ МЕСТНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ВОДОРАСТВОРИМЫХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

Будников А.А., Погребняков В.Ю.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита

Применение рентгеноконтрастных водорастворимых препаратов в хирургии имеет широкое распространение, как для внутрисосудистых исследований, так и для изучения патологических процессов вне сосудистого русла (фистулографии, пункционные исследования, контрастирование протоковых систем, склерозирование и т.д.) Вопросы ответных реакций на внутрисосудистое введение рентгеноконтрастных препаратов хорошо изучены, в то время как их воздействие на ткани и микрофлору вне сосудистого русла остаются открытыми, что побудило провести собственное исследование.

Целью исследования явилось изучение влияния ионных рентгеноконтрастных водорастворимых препаратов на микрофлору, приводящую к инфекционным осложнениям.

Для оценки влияния рентген контрастных водорастворимых препаратов на микрофлору использовали Натрия амидотризоат (Урографин®). Выбор данного препарата был обусловлен его широким применением в клинике. В качестве исследуемой микрофлоры были выбраны микроорганизмы, наиболее часто приводящие к инфекционным осложнениям (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*, *E. Coli* (S), *E. Coli* (R), *Klebsiella oxytoca*).

При исследовании проводили посев микроорганизмов на твердую питательную среду в чашках Петри после воздействия на них Натрия амидотризоата в концентрации 76%, 38%, 19% и 9.5 %. Для контроля изучали посеvy микрофлоры без применения рентгеноконтрастного препарата. Результаты оценивали через 1, 3 и 7 суток с учетом характеристик роста и количества жизнеспособных колоний в сравнение с контрольной группой.

Было установлено, что посев микрофлоры из контрольных групп на питательную среду вызывал сплошной рост (так называемый "газонный рост") микроорганизмов во все сроки наблюдения.

Через 1 сутки при посеве *Enterobacter aerogenes*, *E. Coli* (R), *Klebsiella oxytoca* подвергшихся воздействию рентгеноконтрастного препарата в концентрации 76 % отмечался рост в виде изолированных бактериальных колоний. Для концентрации 38 % определялся изолированный рост только *E. Coli* (R), а рост остальных культур не имел признаков подавления. В концентрациях 19 % и 9.5% определялся сплошной рост всех культур подобно контрольной группе. Наибольшей резистентностью к Урографину обладали *Klebsiella pneumoniae* и *E. Coli* (S), имевших сплошной рост независимо от концентрации в первые сутки наблюдения.

При анализе состояния микрофлоры через 3 суток было установлено, что 76 % концентрация рентгеноконтрастного препарата вызывала изолированный рост бактериальных колоний в пределах их количества от 10 до 100 для всех видов бактерий.

Воздействие тридцативосьми процентной концентрации Урографина также вызывало рост в виде изолированных колоний для *Enterobacter aerogenes*, *E. Coli* (S), *Klebsiella oxytoca*, с общим их числом от 50 до 500 колоний. Газонный рост отмечался у *E. Coli* (R) и *Klebsiella pneumoniae*. В концентрации препарата 19% и 9.5% газонный рост был характерен для всех культур.

Через 7 суток после использования 76 % концентрации рентгеноконтрастного препарата впервые отмечались признаки частичного подавления роста в виде изолированных колоний у *Klebsiella pneumoniae*, а количество колоний *Enterobacter aerogenes*, *E. Coli* (S), *E. Coli* (R) не превышало 40 шт. Для *Klebsiella oxytoca* отмечалось полное подавление роста микроорганизмов. В 38 % концентрации рост в виде изолированных колоний определялся для *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*, *E. Coli* (S), *E. Coli* (R), *Klebsiella oxytoca*, количество колоний варьировало от 8 до 500. В 19 % концентрации контраст подавлял рост в виде изолированных колоний только у *Enterobacter aerogenes*. Для всех остальных микроорганизмов использование Урографина в концентрации 38%, 19% и 9.5% видимого подавления роста не вызывало.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что местное воздействие Урографина обладает бактериостатическим эффектом, наиболее выраженным на *Enterobacter aerogenes*, *E. Coli* (R), *Klebsiella oxytoca*. Данный эффект определяется уже в течении первых суток и напрямую зависит от концентрации рентгеновского препарата. Наименее восприимчивыми к воздействию Урографина были *Klebsiella pneumoniae* и *E. Coli* (S), где подавление роста бактерий начиналось только с 3 суток наблюдения. Полученные данные имеют предварительный характер и свидетельствуют о целесообразности дальнейшего углубленного изучения данного вопроса.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ТРАНСПЕЧЕНОЧНАЯ ЛИТЭКСТРАКЦИЯ ПРИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ

Погребняков В.Ю., Гончаров С.А., Бердицкий А.А.
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,
Забайкальская краевая клиническая больница, г.Чита,

Перкутанное транспеченочное дренирование желчевыводящих протоков создает возможность для удаления камней из желчных путей без дополнительных оперативных пособий. Вместе с тем единого подхода к решению данной проблемы нет. В первую очередь это касается камней, размеры которых превышают один сантиметр, а также камней во внутривнутрипеченочных желчных протоках. Задачей нашего исследования было апробирование минимально травматичной технологии для удаления камней из желчных протоков. В основу была положена контактная механическая литотомия с низведением камней и их фрагментов в 12-перстную кишку.

В исследование включены 25 больных с механической желтухой обусловленной холедохолитиазом, которым в качестве первого этапа хирургического лечения было проведено пункционное транспеченочное дренирование холедоха. В 11 случаях размеры камней не превышали 10 мм, в 10 – от 10 до 20 мм, в 4 – свыше 20 мм. Транспеченочное дренирование проводили дренажами диаметром 9Fr. Для извлечения камней использовали технику их низведения в 12-перстную кишку с предварительной дилатацией Фатерова сосочка баллоном-диллататором до 10 мм. Применение баллона данного диаметра не приводило к нарушению замыкательной функции сфинктера Одди, что было подтверждено при контрольных эндоскопических исследованиях 12-перстной кишки, а также манометрии в холедохе и фистулографии в сроки от 3 до 7 дней после вмешательства.

В семи случаях при размерах камней менее 7 мм низведения их в 12-перстную кишку провели без предварительной литотомии. В остальных случаях применяли предварительную дефрагментации камней с использованием жесткой корзинки Dormia с оригинальным доставочным устройством. Низведение камней и их крупных фрагментов проводили с применением баллонной техники, форсированного промывания желчных протоков и (или) петлями Dormia на проводнике. Для литинтракции в 13 случаях проводили замену дренажей на больший диаметр до 10-11 Fr (3,3-3,7мм). Использовали инструменты фирмы "Cook". При камнях в долевых (7наблюдений), сегментарных и субсегментарных (5 наблюдений) желчных протоках под флюороскопическим контролем проводили ревизию протоков корзинкой Dormia с низведением камней в холедох и затем в 12-перстную кишку.

Применяемая методика позволила добиться положительного результата в 21(84%) из 25 случаев. Использование транспеченочных дренажей и баллонов-диллататоров минимальных размеров в сочетании с контактной механической литотрипсией показала возможность удаления камней не только из холедоха, но и из внутривнутрипеченочных желчных протоков в большинстве случаев. Следует указать, что специального подбора больных для проведения вмешательства не применяли и апробацию методику проводили сплошным методом.

ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ

Подойницына М.Г., Цепелев В.Л.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Считается, что тяжелая термическая травма с поражением более 10-15% поверхности тела сопровождается развитием ожоговой болезни и неспецифического системного воспалительного ответа, которые часто приводят к развитию полиорганной недостаточности. Одной из ведущих причин летальных исходов ожоговой болезни является сепсис, включающий синдром системного воспалительного ответа (ССВО), на фоне которого присоединяется инфекция. Системный воспалительный ответ может развиваться у пострадавших уже в ранние периоды ожоговой болезни, когда нет клинических признаков инфекционного процесса.

Цель работы. Оценка эффективности магнитоплазменной терапии (МПТ), основанной на комбинированном одновременном воздействии низкотемпературной воздушной плазмы и переменного электромагнитного поля, на течение синдрома системного воспалительного ответа у больных с глубокими ожогами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 116 пациентов с глубокими ожогами кожи (ШБ-IV ст.) площадью от 10% до 40% поверхности тела, в возрасте от 30 до 60 лет. Основную группу составили 62 пациента, которым проводилась обработка ожоговых ран с применением МПТ; в группу клинического сравнения объединили 54 больных, получавших традиционную терапию. Лечение осуществлялось аппаратами «Плазон» и МАГ-30. Одновременно на раневую поверхность воздействовали потоком воздушной плазмы и переменным магнитным полем частотой 50 Гц с магнитной индукцией 30 мТл. Для характеристики активности системного воспалительного ответа у больных с тяжелыми обширными ожогами в исследуемых группах мы взяли показатели – тахипноэ, тахикардии, гипертермии, а также дополнительные критерии – показатели провоспалительные цитокины. При сравнении показателей использовали непараметрический метод Манна-Уитни и Вилкоксона в связи с ненормальным распределением значений в вариационных рядах. Для сравнения связи между двух переменных величин применили таблицу сопряженности. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты. На седьмые сутки от момента получения глубокого ожога кожи у больных обеих сравниваемых групп регистрируется высокая частота встречаемости обозначенных параметров. Однако в группе больных, получавших магнитоплазменную терапию, при площади поражения 10-19% гипертермия и тахипноэ встречались реже в 1,4 раза и 1,6 раза соответственно ($p < 0,05$). При площади 20-29% встречаемость гипертермии снизилась в 1,6 раза ($p < 0,05$), при 30-40% тахипноэ встречалось реже в 1,6 раза ($p < 0,05$). Уровень провоспалительных цитокинов в группе пациентов, которым применяли магнитоплазменную терапию был достоверно выше по сравнению со здоровой группой людей, но ниже по отношению к группе клинического сравнения. Так содержание IL-1 β достоверно было ниже на 16%, уровень IL-6 был ниже на 17% ($p < 0,01$). Концентрация IL-8 превышала уровень здоровых людей в 30 раз ($p < 0,001$), однако, этот показатель был достоверно ниже по отношению к группе клинического сравнения на 22%. Уровень TNF α превышал контрольные значения в 30 раз ($p < 0,001$) и оставался ниже на 54% ($p < 0,001$) по сравнению с группой, не получавших магнитоплазменную терапию.

На 14-е сутки в группе МПТ все показатели встречаются достоверно реже, чем в группе клинического сравнения. Особенно выражена эта разница в группах больных с площадью глубокого ожога 10-19% поверхности тела. Более чем в 2 раза реже в исследуемой группе встречаются тахикардия ($p < 0,05$), в 3,7 раза - нарушения функции внешнего дыхания ($p < 0,01$), практически в 3 раза снижается встречаемость тяжелой лихорадки ($p < 0,05$). При площади 30-40% глубокого ожога тахикардия и тахипноэ встречались реже в 1,7 раза, а гипертермия – в 2,9 раза. Все исследуемые показатели провоспалительных цитокинов достоверно снижались по отношению к группе клинического сравнения в этот же период: IL-1 β – в 2,4 раза, IL-6 – в 1,5 раза, IL-8 – в 1,6 раза, TNF α – в 1,6 раза. Интересно отметить, что в динамике у больных, получавших магнитоплазменную терапию, концентрация данных показателей также имела тенденцию к снижению: IL-1 β в 3,6 раза, IL-6, IL-8 и TNF α – в 1,7 раза соответственно по сравнению с седьмыми сутками.

Вывод. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что включение в схему лечения больных с глубокими ожогами кожи магнитоплазменной терапии способствует снижению активности синдрома системного воспалительного ответа, положительному клиническому эффекту у больных.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЗ НАВЕДЕНИЕМ ГКБ №1 Г. ЧИТЫ

Размахнин Е.В., Коновалова О.Г., Яшнов А.А., Охлопков Д.Ю.
г. Чита, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,
ГУЗ Городская клиническая больница №1

В настоящее время малоинвазивные лечебные операции под контролем ультразвукового исследования стали методом выбора в лечении целого ряда заболеваний органов брюшной полости. Показания к применению малоинвазивных диагностических и лечебных вмешательств под контролем ультразвукового исследования достаточно обширны и постоянно расширяются.

В Городской клинической больнице №1 г. Читы вмешательства под УЗИ наведением выполняются с 2012 года. На начальном этапе операции выполнялись с использованием УЗ сканера Logic-Ev условиях операционной. В последующем был приобретен аппарат Voluson. Основными показаниями являлись наличие жидкостных скоплений брюшной полости (кисты, абсцессы), острый холецистит при наличии противопоказаний к радикальной операции, механическая желтуха. Пункции выполнялись одноразовыми иглами Chiba 22G методом «свободной руки».

Наиболее частыми оперативными вмешательствами под УЗИ наведением явились: чрезкожное дренирование абсцесса печени – 6, пункция и санация желчного пузыря при остром холецистите – 9, холецистостомия при механической желтухе и остром холецистите – 5, дренирование кист тела поджелудочной железы – 6, чрезкожная биопсия печени – 8, пункция подпеченочного абсцесса – 3, пункция и дренирование кист печени – 13. Более редкими вмешательствами под УЗИ наведением являлись: пункция и дренирование гематомы ложа селезенки – 1, чрезкожное дренирование забрюшинного абсцесса – 1, дренирование абсцесса легкого – 1, дренирование желчных протоков при механической желтухе – 1.

Осложнений при проведении вмешательств не наблюдалось. Использование метода дало возможность значительно снизить травматичность вмешательств, сократить время пребывания пациентов в стационаре и ускорить реабилитацию больных. Трудности во внедрении технологии заключались в отсутствии длительного времени мобильного УЗ сканера с достаточной разрешающей способностью и недостатка расходных материалов. Также отсутствие С-дуги в операционной не дает возможности в полной мере использовать весь потенциал технологии.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Сигуа Б.В., Земляной В.П., Петров С.В., Рутенбург Г.М., Козобин А.А

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, СПб
ГБУЗ «Елизаветинская больница». Санкт-Петербург.

Среди актуальных вопросов современной экстренной хирургии важное место занимает проблема диагностики и лечения ущемленных паховых грыж. Несмотря на развитие плановой герниологии, частота заболеваемости ущемленными паховыми грыжами за последние годы не меняется. Нередко возникают трудности диагностики и лечения пациентов с данной патологией, сохраняется высокий процент послеоперационных осложнений и летальных исходов. Учитывая данные факты, проблема ущемленных паховых грыж остается нерешенной и требует дальнейшего совершенствования имеющихся и разработки новых диагностических и лечебных подходов.

С 2011 по 2016 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 136 пациентов с ущемленными паховыми грыжами. Все пациенты были разделены на две группы. В I группу (основная) вошли пациенты, находившиеся на лечении 2015 по 2016 гг. – 52 человека, из них мужчин 45 (86,5%), женщин 7 (13,5%). Во II группу (контрольная) были включены пациенты, лечившиеся с 2011 по 2014 гг. – 84 человека, из них мужчин 60 (71,4%), женщин 24 (28,6%).

В комплекс диагностических мер у пациентов контрольной группы входили: физикальный осмотр, лабораторные показатели, по показаниям обзорная рентгенография

брюшной полости. Всем пациентам основной группы перед операцией, наряду с общеклиническими, проводились специальные исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) передней брюшной стенки и органов брюшной полости, а в сложных случаях спиральная компьютерная томография (СКТ) и диагностическая лапароскопия. При анализе взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов II группы было установлено, что до 8 часов с момента ущемления, осложнения ущемлений встречались у 4 (4,8%) пациентов, 8–12 часов у 12 (14,4%) больных, а более 12 часов в 41,7% (35) случаев. При этом некроз ущемленного органа отмечен у 3 (3,6%) пациентов поступивших до 8 часов, у 7 (8,3%) госпитализированных в сроки 8–12 часов и у 20 (23,8%) больных поступивших позже 12 часов с момента ущемления. Следует также отметить, что среди пациентов, которым была выполнена резекция ущемленного органа, у 10 (12,0%) – пластика не выполнялась, у 17 (20,2%) – пластика осуществлена собственными тканями (как правило, по способу Бассини, Постемпскому или Жирау-Спасокукоцкому), в 3 (3,6%) случаях выполнена операция Лихтенштейна. При лечении пациентов I группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, с учетом данных ретроспективного анализа: в случаях, когда срок ущемления не превышал 8 часов (при отсутствии противопоказаний к формированию карбоксиперитонеума) выполнялась диагностическая лапароскопия. При отсутствии некроза ущемленного органа осуществлялась трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРП) по общепринятой методике. Данный подход был использован у 25 (48,0%) пациентов. В тех случаях, когда во время лапароскопии диагностировался некроз ущемленного органа, выполнялась традиционная герниопластика. При ущемлении более 8 часов или наличии противопоказаний к диагностической лапароскопии выполнялась операция по устранению ущемленной паховой грыжи традиционным доступом: если ущемленный орган был признан жизнеспособным, применяли протезирующую герниопластику (операция Лихтенштейна), которая выполнена у 18 (34,6%) пациентов; в случае некроза ущемленного органа – осуществляли пластику задней стенки пахового канала по способу Бассини – у 9 (17,3%) больных. Осложненное течение послеоперационного периода, среди всех пациентов контрольной группы, отмечено в 56,1% (46) случаев. У 25 (29,8%) пациентов отмечены местные осложнения: серома (8,3%), инфильтрат (7,1%), нагноение (6,0%) послеоперационной раны, фуникулит (4,8%) и водянка яичка (3,6%). Причем 24 из них были оперированы в сроки более 8 часов от ущемления; а в 25,0% (21) были диагностированы осложнения общего характера: пневмония (4,8%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (2,4%), мезентериальный тромбоз (2,4%), перитонит (1,2%), желудочно-кишечное кровотечение (1,2%) и др. Среди пациентов основной группы осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 7,7% (4) случаях, из которых в 3 (5,7%) отмечены осложнения местного характера. С помощью многофакторного анализа была установлена корреляция между сроком ущемления, видом оперативного вмешательства и уровнем летальности. Так, при оперативном лечении пациентов через 12 и более часов с момента ущемления летальный исход был констатирован в 7 (8,3%) случаях в II группе. Во I группе летальных исходов не было.

Заключение и выводы. Комплексное использование таких диагностических методов, как УЗИ и СКТ передней брюшной стенки и органов брюшной полости, а также диагностическая лапароскопия позволила в 100% случаев своевременно поставить правильный диагноз и адекватно оценить жизнеспособность ущемленных органов. Предложенный дифференциальный лечебный подход позволил достоверно снизить частоту общих осложнений с 25,0% (21) до 1,9% (1) ($p < 0,05$) и местных с 29,8% (25) до 5,7% (3) ($p < 0,05$), а так же уровень летальности с 8,3% (7) до 0% (0) ($p < 0,05$).

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Фирсов М.С.,
Красенков Ю.В., Степанов Д.А.**

Государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону.

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей путём разработки лечебной тактики по профилактике избыточного рубцеобразования.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 144 больных с разной локализацией флегмон мягких тканей. Из них у 70 (48,6%) флегмона локализовалась в области лица и шеи, у 36 (25,0%) в области кисти и у 38 (26,4%) ягодичной области. Возраст больных колебался от 16 до 64 лет, причём от 20 до 55 лет было 121 больных (84,0%). У всех больных выполнялась операция по вскрытию, дренированию полости очага, используя известные технологии. Изучение возможностей разработанного диагностического комплекса (Федеральный патент РФ №2587972) для оценки эффективности профилактики излишнего рубцеобразования в послеоперационном периоде проведено на больных, входящих в группу риска по развитию патологического рубцеобразования. Маркёром и материальным субстратом был взят процесс определения типа ацетилюрования по методике Барашкова Г.К. (2011) в модификации Кораблиной С.С. (2014).

Результаты исследования. Из 10% больных входящих в группу риска, подгруппу А составили 43 больных с ацетилярной активностью более 30%. При выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включает местное нанесение мази Эгаллохит в течение 5 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 5 дней.

Подгруппу Б составили 75 больных, у которых установлена ацетилярная активность от 30 до 20%, и при выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включает местное нанесение мази Эгаллохит в течение 7 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 7 дней, затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 7 дней.

Подгруппу В составили 26 больных, у которых установлена ацетилярная активность менее 20%, и при выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включает внутримышечное введение Лонгидазы 1,0 мл, 1 раз в 3 дня, 10 инъекций, местное нанесение мази Эгаллохит в течение 10 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 10 дней, затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 10 дней, лазеротерапия по 10 минут в течение 5 дней.

Больных наблюдали в сроки от 3 месяцев до 1 года после операции. Из 144 больных только у 1 больного с флегмоной кисти выявлен гипертрофический рубец 3,0 x 2,0 мм в области ладонной поверхности кисти. Больной относился к подгруппе В.

Заключение. Хорошие результаты у 99,4% больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей позволяют рекомендовать разработанный способ профилактики рубцеобразования в хирургическую практику.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Фролкин В.И.,
Ковалёв Б.В., Воронова О.В.**

Государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону

Цель работы. Обоснование применения видеолапароскопии в диагностике повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки при колото-резаных ранах поясничной области, определение значимости этого метода в выборе тактики хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 42 больных с колото-резаными ранами поясничной области, находившихся в отделении сочетанной травмы МЛПУЗ ГБСМП №2 г. Ростова-на-Дону, с 2013 по 2016 гг. Нами был разработан оригинальный способ диагностики ранений внебрюшинного отдела ободочной кишки на основе видеолапароскопии (Федеральный патент РФ на изобретение № 2269930).

Результаты. У 24 больных раны поясничной области имели изолированный характер, у 7 — множественный. У 11 больных, из общего количества, раны поясничной области сочетались с травматическими повреждениями других анатомических областей и систем организма.

Способ диагностики осуществляли следующим образом. В положении больного на здоровом боку с наклоном передней поверхности тела под углом 70° к горизонтальной плоскости стола в рану поясничной области помещают катетер Фолея, со срезанным концом, раздувают obtурирующую манжету, рану герметизируют влажной салфеткой. В катетер вводят 150 мл официального раствора метиленовой сини. Больного вводят в наркоз, накладывают карбоксиперитонеум. Выполняют диагностическую видеолапароскопию, ревизию брюшной полости. Осматривают ободочную кишку, брюшину боковых каналов. Появление красителя в просвете ободочной кишки или параколитической гематоме является признаком повреждения внебрюшинного отдела ободочной кишки.

У всех 42 больных мы использовали разработанный нами способ. В соответствие с полученными результатами все больные были условно разделены на 3 группы:

1. Больные, у которых во время видеолапароскопии была выявлена забрюшинная гематома, раствор метиленовой сини проникал в просвет восходящей или нисходящей ободочной кишки и распространялось по параободочной клетчатке (5 случаев), что свидетельствовало о повреждении внебрюшинных отделов ободочной кишки. Этим больным после первичной хирургической обработки ран поясничной области, выполнена экстренная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. По ходу поврежденного участка восходящей или нисходящей ободочной кишки рассечена брюшина соответствующего бокового канала над областью гематомы. После опорожнения гематомы выполнена ревизия внебрюшинных участков. В зависимости от характера их повреждений, тактика оперативного лечения была следующей: а) Краевую резекцию и шов ободочной кишки производили в тех случаях, когда раны носили изолированный характер, длина их не превышала 2 см, повреждения занимали до 1/3 окружности кишки, отсутствовали симптомы перитонита и признаки шока. Такие оперативные вмешательства выполнены у 2 больных с ранами внебрюшинного отдела нисходящей ободочной кишки и у 1 больного - восходящей ободочной кишки; б) Обструктивная правосторонняя гемиколэктомия с формированием одноствольной илеостомы выполнена у 1 больного с множественными обширными ранами внебрюшинного участка восходящей ободочной кишки, когда расстояние между ранами было менее 8 см и имелось повреждение дистальных отделов ветвей правой ободочной артерии длиной более 1 см; в) Резекция нисходящей ободочной кишки с формированием раздельной двухствольной колостомы выполнена у 1 больного с обширной раной нисходящей ободочной кишки, с имбибицией её стенки кровью, признаками некроза стенки и местного перитонита.

2. Больные, у которых раствор метиленовой сини проникал в брюшную полость, но не было выраженной забрюшинной гематомы и проникновения красителя в просвет кишки (8 случаев). У этих больных после первичной хирургической обработки раны поясничной области, была выполнена экстренная лапаротомия и ревизия органов брюшной полости. У 7 из них повреждений внутренних органов живота обнаружено не было, и операция закончилась дренированием брюшной полости. У 1 больного при ревизии обнаружена рана левой почки, проникающая в чашечно-лоханочную систему, что потребовало выполнение экстренной нефрэктомии (после неудачных попыток ушивания почки).

3. Больные, у которых при видеолапароскопии не была обнаружена забрюшинная гематома, и не отмечалось проникновение красителя в забрюшинную клетчатку (29 случаев).

Им производилась первичная хирургическая обработка раны поясничной области, дренирование резиновыми выпускниками.

Вывод. Применение оригинального способа диагностики ранений внебрюшинных отделов ободочной кишки позволяет повысить диагностическую ценность видеолапароскопии и выбрать правильную тактику хирургического лечения рассматриваемой категории больных.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Троицкая Н.И, Шенаршеев С.А., Голятин Ю.А., Дамдинов Р.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Актуальность. Проблема сахарного диабета в последние годы приобретает всё большее медико-социальное значение во всём мире, что объясняется непрерывным увеличением числа больных этим заболеванием. Наиболее тяжелым из всех форм осложнений сахарного диабета в настоящее время считается синдром диабетической стопы. Диабетическая язва стопы, гангрена и ампутация конечности снижают качество жизни больных и сопровождаются значительными экономическими затратами. В развитии ангиопатий нижних конечностей при сахарном диабете большое значение придается изменениям в системах микроциркуляции и коагуляции крови.

Цель. Изучить закономерности изменения показателей гемостаза при синдроме диабетической стопы.

Материалы и методы. Были обследованы пациенты, находившиеся на лечении во II втором хирургическом отделении ГУЗ Городская клиническая больница № 1 за период с сентября по декабрь 2016 г. по поводу синдрома диабетической стопы. Определение показателей гемостаза проводилось на аппарате SYSMEX (Япония).

Статистическая обработка проведена программами Microsoft Excel 2007 и Primer Biostatistics Versions 4,03. Данные представлены медианой (Me) и интерквартильным отрезком, с точным указанием статистической значимости (p). Статистические различия проводились по критерию Манна-Уитни.

Результаты. Исследование проводилось на базе II хирургического отделения ГУЗ ГКБ №1 в период с сентября по декабрь 2016 г. В нем приняли участие 15 больных, находящихся на лечении по поводу синдрома диабетической стопы. Обследовано 12 (80 %) женщин и 3 (20 %) мужчин. Средний возраст женщин составил 65 лет, у мужчин – 62 года. Все больные имели стаж заболевания сахарным диабетом более 5 лет. Исследование показателей гемостаза выполнялось при поступлении в стационар, до начала лечения. При анализе полученных данных установлено, что активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) соответствует норме (N 24-35 секунд). Отмечается снижение средних значений протромбинового индекса (ПТИ) на 0,9 раза (N 80-110 %). Средние значение международного нормализованного отношения (МНО) повышено в 1,2 раза (N 0,8 – 1,15). Тромбиновое время (ТВ) не превышает установленную норму (N 10-20 секунд). Показатели фибриногена в исследуемой группе в 1,5 раза превышает установленную норму (N 2-4 г\л). Значение растворимых комплексов фибриногенов (РФМК) повышено 4,3 раза (N до 4,0 мг %).

Выводы.

Таким образом, у пациентов с синдромом диабетической стопы регистрировались признаки гиперкоагуляции, о чем свидетельствует снижение ПТИ до 75,5 %, повышение МНО до 1,4, фибриногена до 6 г\л, РФМК до 17,0 мг %.

ОЦЕНКА РОЛИ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Троицкая Н.И.

Читинская государственная медицинская академия, г.Чита

Сахарный диабет является самым распространенным эндокринным заболеванием в мире, от которого страдают 4-8 % населения планеты. Данная патология занимает 3 место в мире, после сердечнососудистых, онкологических заболеваний. Большая социальная значимость данного заболевания связана с высокой летальностью, ранней инвалидизацией больных, обусловленных развитием осложнений. Синдром диабетической стопы является основной причиной госпитализации и смертности больных с сахарным диабетом. Летальность от гнойных осложнений составляет 6-22 %. Риск развития гангрены у больных с данной патологией в 6 раз выше, чем у остальных популяций, поэтому становится очевидной необходимостью профилактики развития данного осложнения.

Цель работы: оценить роль факторов риска в развитии синдрома диабетической стопы у больных с сахарным диабетом 2 типа в Забайкальской популяции.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие больные, находившиеся на лечении в отделениях хирургического и терапевтического профиля ГУЗ «Краевая клиническая больница» по поводу различной патологии и имеющие в анамнезе сахарный диабет 2 типа. Опрос и осмотр больных проводился по специально разработанной анкете, разработанной на основе Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы (Москва, 2015 г), согласно которым были выделены группы факторов риска развития данного осложнения. В опросник были включены включающее следующий вопросы: пол, возраст, наличие боли в нижних конечностях. Также учитывались длительность заболевания сахарным диабетом, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, таких как сердечная и дыхательная недостаточность, онкологические заболевания, алиментарная недостаточность, терапия глюкокортикоидами и иммуносупрессантами, курение. Объективно проводился осмотр, пальпация нижних конечностей. Состояние периферического кровотока оценивалось с помощью определения пульсации на артериях стопы, исследования лодыжечно-плечевого индекса. Состояние периферической иннервации оценивалось с помощью тестов на болевую и температурную чувствительность. Полученные результаты были проанализированы в программах Microsoft Office Excel 2010.

Результаты: Исследования проводились по специально разработанным анкетам. Достоверность исследования обеспечивается репрезентативной выборкой в количестве 100 человек ($p \leq 0.01$). Респонденты представлены больными, средний возраст которых составил 70 лет. Среди них женщин - 68 (68%), мужчин – 32 (32%). Боль различного характера в нижних конечностях беспокоит 22 пациентов. 52 человека из опрошенных страдают сахарным диабетом менее 10 лет, 48 респондентов болеют данным заболеванием свыше 10 лет. Курят 38 опрошенных. При осмотре снижение температуры кожных покровов нижних конечностей выявлено у 37 пациентов. Изменения ногтевых пластин отмечается у 34 больных. Наличие видимых деформаций стоп, в основном, вальгусные деформации, выявлены у 14 пациентов. При оценке состояния пульсации на артерии тыла стопы и передней большеберцовой артерии пульсации зарегистрировано у 56 человек. Изменение лодыжечно-плечевого индекса выявлено у 4 респондентов. При оценке болевой чувствительности ее снижение отмечается у 11 человек. Температурная чувствительность нарушена у 13 пациентов.

Вывод: В ходе данного исследования было выявлено, что все больные сахарным диабетом 2 типа имеют сочетание нескольких факторов риска развития синдрома диабетической стопы, что существенно повышает вероятность возникновения данного осложнения. Данная группа больных требует регулярного врачебного наблюдения для своевременного предупреждения развития необратимых изменений стоп.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Троицкая Н.И., Голятин Ю. А., Шойхонов Ч.С., Дамдинов Р.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Ранним звеном патогенеза развития синдрома диабетической стопы является расстройство микроциркуляции. При этом наблюдается дефицит методов оценки микроциркуляторного русла. Одним из новых методов является лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), которая широко применяется как в научно-исследовательских целях, так и в практической медицине. При обследовании впервые учитывались, не только общие показатели микроциркуляции, но также комплексно оценивались показатели вейвлет-анализа.

Цель работы. Изучить изменения микроциркуляции у больных сахарным диабетом в зависимости от развития синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. С целью изучения микроциркуляции проводили запись осцилляций кровотока на аппарате (НПП «Лазма», Россия). В исследование включено 45 человек. Контрольная группа составила 15 здоровых человек. В 1-ую группу включили 15 пациентов с сахарным диабетом без синдрома диабетической стопы. 2-ая группа составила 15 больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы. Обследование проводили с соблюдением стандартных условий для методики ЛДФ. Измерения проводили в точке соответствующей тыльной поверхности проксимального фаланга первого пальца стопы. ЛДФ-грамма регистрировалась в течение 5 минут. Оценивали: среднеарифметическое значение микроциркуляции (М); среднеквадратичное отклонение колебаний кровотока (σ); коэффициент вариации (Kv); индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ). Перечисленные показатели измеряли в перфузионных единицах (пф.ед.). С помощью вейвлет-анализа устанавливали показатели максимальных амплитуд: эндотелиального, нейрогенного, миогенного, дыхательного и сосудистого диапазонов. Статистическая обработка проведена программами Microsoft Excel 2007 и Primer Biostatistics Versions 4,03. Данные представлены медианой (Me) и интерквартильным отрезком, с точным указанием статистической значимости (p). Статистические различия проводились по критерию Манна-Уитни.

Результаты. При анализе полученных данных, показатель М в 1-ой и 2-ой группах больных статистически не отличается от контрольной группы ($p=0,205$), ($p=0,290$), в то же время показатель М во 2-ой группе 5,71 (4,22; 8,66) выше, чем в 1-ой в 1,5 раза 4,32 (3,44; 4,84) ($p=0,049$).

По полученным результатам, значение σ во 2-ой группе 0,74 (0,31; 0,86) ниже, чем в контрольной и 1-ой группах в 2,3 раза 1,44 (0,92; 1,6) ($p=0,005$) и 1,8 раз 1,14 (0,715-1,39) ($p=0,036$) соответственно. Достоверного различия между 2-ой и 1-ой группами нет ($p=0,467$).

Kv во 2-ой группе 9,56 (6,54; 13,29) ниже, чем в контрольной и 1-ой группах в 2,9 раза 27,95 (20,25; 32,79) ($p=0,000$) и в 2,7 раз 26,27 (13,96; 45,76) ($p=0,000$) соответственно.

Показатель ИЭМ во 2-ой группе 1,52 (1,39; 2,08) выше, чем в контрольной и 1-ой группах в 1,1 раза 1,35 (1,12; 1,47) ($p=0,022$) и в 1,3 раза 1,19 (0,97; 1,46) ($p=0,010$) соответственно. Различия по показателю ИЭМ во 2-й группе и 1-й не выявлено ($p=0,460$).

После выполнения вейвлет-анализа установлено, что статистически значимые различия выявляются в отношении показателя максимальной амплитуды колебаний в дыхательном диапазоне (Ад). Так, во 2-ой группе Ад 0,18 (0,10; 0,21) ниже, чем в контрольной в 2,6 раза 0,44 (0,29; 0,53) ($p=0,007$) и в 2,4 раза ниже, чем в 1-ой 0,36 (0,23; 0,54) ($p=0,031$) группах. Ад во 2-ой и 1-ой группах имеет незначительные различия ($p=0,442$).

Вывод. При синдроме диабетической стопы выявлено ухудшение показателей микрогемодинамики, что вызвано застоем крови в венозном русле, нарушением соотношения регуляторных механизмов микроциркуляции.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДИК

Филатов А.А., Борщевский В.С.

ФГКУ «321 ВКГ» Минобороны России, г. Чита

Проблема хирургического лечения наружных грыж паховой локализации до настоящего времени остается весьма актуальной и далека от окончательного разрешения. Свидетельством тому является большое число оперативных методик (около 400), ни одна из которых не предохраняет пациента от возникновения рецидива грыжи в послеоперационном периоде. По данным разных авторов, число осложнений после открытых герниопластик (рецидив грыжи, нагноение операционной раны, повреждения семенного канатика и др.) достигает 5 - 7%, а при повторных вмешательствах - 30% и более. Современная эндоскопическая техника позволила внести радикальные изменения в методику хирургической коррекции этого заболевания.

В период с 2011 год по 2016 год в хирургическом отделении ФГКУ «321 ВКГ» Минобороны России было выполнено 224 оперативных вмешательства по поводу паховых грыж больным всех категорий (военнослужащие, военные пенсионеры, другие категории граждан). Обычным паховым доступом было выполнено 128 операций, включая герниопластику по Лихтенштейну и традиционные пластики по Бассини, Кукуджанову. В 96 случаях была выполнена лапароскопическая внебрюшинная аллогерниопластика сетчатым эндопротезом. Все операции выполнены под ТВА+ИВЛ наркозом. Средний возраст пациентов составил 32,4 года. Прооперировано мужчин – 218, женщин – 6. У 149 пациентов были косые грыжи, у 75 пациентов - прямые. Двухсторонняя локализация имела место у 15 пациентов. Среднее время лапароскопической операции составило 42-45 минут, что сравнимо с операцией открытым доступом. Использовались 3 троакара, включая видеопорт. После установки троакаров выполнялась ревизия брюшной полости с последующей диссекцией грыжевого мешка, семенного канатика, паховой связки, мышечных структур передней брюшной стенки. Во всех случаях для закрытия дефекта использовались полипропиленовые сетки отечественного производства «Линтекс», «Эсфил» - макропористые монофиламентные полипропиленовые протезы. Сетка фиксировалась с помощью эндоскопических герниостеплеров фирмы «Auto suture» 13 или 5 мм с расчетом закрытия слабых мест паховой и бедренной областей. Размеры полипропиленовых протезов подбирались индивидуально и варьировали от 11х6см до 12х8 в зависимости от размеров грыжевых ворот. После фиксации протеза восстанавливалась целостность брюшины над сеткой ручным швом или герниостеплером. При двухсторонней локализации грыж оперативное лечение проводилось одним этапом.

Двум больным – военнослужащим по призыву была симультанно выполнена лапароскопическая резекция яичковой вены при варикоцеле. Во всех случаях лапароскопической герниопластики конверсии не потребовалось. Послеоперационной летальности и раневых осложнений не было. Пациенты активизировались на 1 сутки послеоперационного периода. Болевой синдром исчезал на 2-3сутки послеоперационного периода. Осложнения имели место у 3 пациентов – послеоперационный орхит, гематомы мошонки на стороне операции. Причиной осложнений послужило травмирование семенного канатика и яичка при выделении грыжевого мешка у пациента с пахово-мошоночными грыжами. У 3 пациентов в течение года после операции был выявлен рецидив грыжи. Больные были повторно прооперированы, выполнена пластика по Лихтенштейну паховым доступом. Средние сроки лечения у военнослужащих составили 8,4 суток, у прочих категорий – 5,5 суток. Возврат к полноценной физической активности наблюдался на второй неделе после операции. Качество лечения было прослежено практически у всех прооперированных больных в течение 6 месяцев (период прорастания протеза фиброзной тканью).

При оценке экономической составляющей применение эндоскопического метода лечения паховых грыж превышает затраты на операцию в сравнении с пластикой местными тканями в 3-4 раза и в 1,5-3 раза затраты по сравнению со способом Лихтенштейна.

Выводы:

1. Лапароскопическое лечение паховых грыж у военнослужащих является эффективным методом, позволяющим уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде и сократить сроки реабилитации.

2. Эндовидеохирургические методы герниопластики являются надежным и менее травматичным методом лечения паховых грыж;

3. Сроки госпитализации пациентов сокращаются до 4-5 суток, а срок общей нетрудоспособности до 10-15 дней;

3. Эндовидеохирургическая методика дает возможность одномоментного выполнения герниопластики с обеих сторон без дополнительных доступов, выполнения симультанных операций на органах брюшной полости и малого таза;

4. Эндовидеохирургически доступ при рецидивных грыжах позволяет выполнить оперативное вмешательство вне рубцовых изменений передней брюшной стенки.

Наряду с экономическим эффектом, при применении эндохирургических методов лечения больных с паховыми грыжами наблюдается и явная социальная эффективность этой новой технологии в лечении грыж. Снижается уровень рецидивов грыж, сокращаются сроки временной нетрудоспособности, существенно снижаются сроки пребывания больных в стационаре. Этот факт следует рассматривать как с социальных, так и с экономических позиций. Сокращение сроков пребывания больных в стационаре способствует увеличению оборота койки, увеличению числа пролеченных больных, что в свою очередь ведет к снижению потребности в койках хирургического профиля, к экономии средств.

ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Филатов А. А., Борщевский В.С.

ФГКУ «321 ВКГ» Минобороны России, г. Чита

Антирефлюксное хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни считается показанным при осложненном течении заболевания (кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие синдрома Баррета с дисплазией эпителия высокой степени), а также при неэффективности медикаментозной терапии.

В настоящее время грыжа пищеводного отверстия диафрагмы по частоте возникновения конкурирует с хроническим калькулёзным холециститом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и занимает 5% от всех хирургических заболеваний брюшной полости.

Консервативная терапия кислото-зависимых состояний, основанная на приеме препаратов, регулирующих моторику пищевода и снижающих кислотность желудочного сока, не влияет на анатомо-физиологические нарушения, вызвавшие рефлюкс. Она дает лишь временный эффект и приводит к увеличению количества хронических больных ГЭРБ и таких осложнений, как пептическая язва, пищевод Баррета, кровотечение, злокачественная трансформация слизистой оболочки пищевода.

Внедрение лапароскопических технологий позволило пересмотреть взгляды на хирургическое лечение ГПОД и расширить показания к нему. Малотравматичный характер, относительно невысокая себестоимость, ранняя реабилитация больных, хороший косметический эффект делают лапароскопическое вмешательство операцией выбора в лечении ГПОД.

В период 2011-2016гг. нами было выполнено 58 лапароскопических антирефлюксных операций по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагита. Мужчин было 44, женщин - 14. Средний возраст больных составил 39-43 года. У 5 больных имелось сочетание ГЭРБ с ЖКБ, в связи с чем у них выполнены выполнялись симультанные операции. В предоперационном периоде помимо общеклинического обследования, выполняли ЭГДС с биопсией слизистой терминального отдела пищевода, полипозиционное рентгеноконтрастное исследование желудка. Показанием к антирефлюксной операции являлись: рефлюкс-эзофагит 2-4 степени, стойкое отсутствие клинического эффекта от

медикаментозной терапии при наличии патологического рефлюкса; сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с ЖКБ. У всех больных антирефлюксное вмешательство включало, мобилизацию абдоминального отдела пищевода с обязательной визуализацией и сохранением стволов блуждающих нервов и их висцеральных ветвей, эзофагокрурорафию и формирование манжеты, протяженностью 3-4см с подхватыванием стенки пищевода. Формирование манжеты контролировалась с помощью калибровочного зонда, который удаляли сразу после операции. У 49 больных выполнена крурорафия, эзофагофундопликация по Ниссену, 2 больным выполнена крурорафия с аллопластикой грыжевых ворот сетчатым протезом, эзофагофундопликация по Ниссену, у 7 больных с выраженным рубцово-спаечным процессом в области пищеводно-диафрагмального перехода из-за технических трудностей выполнена крурорафия, эзофагофундопликация передней полуманжетой по Дору. Холецистэктомия выполнялась вторым этапом, без изменения позиции троакаров.

Отмечено возникновение осложнений по ходу операции у 2 больных: у 1 больного – повреждение задней стенки пищевода, у 1 больного – повреждение внебрюшинной части кардиального отдела желудка. Оба осложнения связаны с техническими трудностями выделения абдоминального отдела пищевода и потребовали перехода на лапаротомию. У 34 больных после операции по Ниссену отмечались явления дисфагии той или иной степени, причем дисфагия носила нестойкий характер (от 3 дней до 2 месяцев) и у 3 больных сопровождалась болевым синдромом. Отдаленные результаты изучены в сроки до 4 лет и показывают исчезновение симптомов рефлюкс-эзофагита у 55 больных. У 3 больных отмечался рецидив заболевания, что подтверждалось возвратом симптомов рефлюкс-эзофагита, данными эзофагогастроскопии, рентгеноскопии пищевода, желудка. У одной больной наблюдалось соскальзывания манжеты и большей части желудка в грудную клетку, что потребовало проведение лапаротомии, эзофагофундопликации по Ниссену; у одного больного наблюдался рецидив грыжи после операции Дора, проведена лапароскопическая эзофагофундопликация по Ниссену, обе операции с хорошим результатом. У одного больного с рецидивом грыжи пищеводного отверстия на фоне медикаментозной терапии явления гастроэзофагеального рефлюкса купировались, от оперативного лечения пациент отказался.

Заключение: Наш опыт лапароскопической фундопликации при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыже пищеводного отверстия диафрагмы позволяет судить о высокой эффективности данного метода лечения. Лапароскопическая фундопликация - метод выбора при лечении больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Формируемая фундопликационная манжета не должна приводить к дисфагии в послеоперационном периоде при высоких антирефлюксных свойствах. Лапароскопические антирефлюксные операции - высокоэффективные малотравматичные вмешательства, которые у большинства больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью дают хорошие результаты лечения.

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОСТУПНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СТРЕПТОКОККОВОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ФАСЦИИТА

Фролов А.П.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Стрептококк группы А является одной из самой частой причиной инфекционных заболеваний у человека. На протяжении 60-70-х годов XX века распространенность заболеваний стрептококковой этиологии среди населения Европы и Северной Америки была низкой и стабильной, а заболевания протекали относительно легко. С середины 80-х годов повсеместно произошел существенный рост стрептококковых заболеваний, в том числе и мягких тканей. Заболевания стали протекать тяжело, не редко с развитием органной дисфункцией. Стрептококковый некротизирующий фасциит представляет собой опасную для жизни бактериальную инфекцию мягких тканей, которая характеризуется быстро

прогрессирующим воспалением и некрозом фасции, подкожной клетчатки и кожу. НФ протекает с развитием тяжелой интоксикации вплоть до развития органной дисфункции и шока, сопровождается высокой летальностью. Для НФ характерно наличие выраженного отека мягких тканей, что способствует проникновению инфекции по сосудисто-нервным щелям поверхностной фасции в мышцы, развитию компартмент-синдрома мышц, что в итоге приводит к развитию мионекроза. В начальной стадии СНФ имеют сходную симптоматику с другими стрептококковыми инфекциями мягких тканей, что существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике и запаздыванию с проведением хирургического лечения.

Цель исследования: оценить возможность использования доступных лабораторных методов исследования для скрининговой диагностики СНФ.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ показателей крови у 132 больных СНФ, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ.

Результаты

При исследовании показателей крови у больных СНФ первые 3 суток заболевания отмечался лейкоцитоз $\geq 11,0 \times 10^9$ /л у 55,1% больных, имелась токсическая зернилость лейкоцитов (ТЗН) у 28,8%, лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа (ЛИИ) $\geq 3,3$ был у 52,0%, индекс сдвига лейкоцитарной формулы $\geq 0,2$ – у 50,0%. При анализе биохимических показателей крови выявлено увеличение уровня следующих показателей: билирубина $\geq 21,0$ мкмоль/л у 47,6% больных, мочевины ≥ 10 ммоль/л – у 83,3%, щелочной фосфатазы (ЩФ) у 81,8%, молекул средней массы (МСМ) – у 81,8%. Так же было отмечено снижение уровня ряда показателей: общего белка ≤ 55 г/л – у 42,9% больных, альбумина ≤ 30 г/л – у 72,7%, альбумин-глобулинового коэффициента (А/Г) $\leq 1,0$ – у 95,2%. При сравнительной оценке с другими гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей выявленные изменения в показателях крови носили достоверно более выраженный характер. Для оценки возможности использования этих показателей в качестве скрининговых критериев диагностики развития СНФ были определены основные диагностические характеристики. Высокая точность критериев (более 70%) была отмечена при определении уровня билирубина, мочевины, активности ЩФ, МСМ, общего белка, альбумина. Высокая специфичность (более 70%) была характерна при определении уровня ТЗН, ЛИИ, ИС, билирубина, мочевины, активности ЩФ, общего белка, альбумина. Высокая чувствительность (более 70%) отмечена при определении уровня мочевины, МСМ, альбумина, А/Г.

Выводы

Проведенные исследования показали, что наличие выраженных изменений в показателях крови могут быть использованы в качестве скрининговых критериев прогнозирования развития СНФ.

УРГЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Фролов А.П., Данчинов В.М.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Иркутская городская клиническая больница №1, Иркутск

Острый парапроктит (ОП) является одним из наиболее распространенных проктологических заболеваний, требующих оказания неотложной помощи. Как правило, хирургическая помощь этой категории больных оказывается не в проктологических отделениях, а хирургических отделениях общего профиля.

Цель исследования: оценить характер хирургической помощи при ОП в общехирургическом стационаре.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 610 наблюдений ОП у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета на базе отделения гнойной хирургии Иркутской городской клинической больницы №1. Из них было мужчин 428 (72%), женщин – 182 (28%). В возрасте до 30 лет было 125 (20%) больных, 31-50 лет – 287 (51%), старше 50 лет – 198 (29%). В ранние сроки заболевания (до 2-х суток) за помощью обратилось 49 (8%) больных, на 3-6 сутки – 360 (59%) больных, остальные 201 (33%) больных – в более поздние сроки. Среди 610 больных ОП подкожно-подслизистый диагностирован в 280 (46%) наблюдениях, ишеоректальный – в 275 (45%), подковообразный (вариант ишеоректального парапроктита) – 35 (6%), пельвиоректальный - 20 (3%).

Результаты

Все больные ОП были оперированы в течение 1-х суток с момента госпитализации под внутривенным наркозом. При всех видах ОП выполняли вскрытие параректального абсцесса (610) с эвакуацией гнойного содержимого и санации раны 3% раствором перекиси водорода. Дальнейшая тактика хирургического лечения зависела от вида парапроктита. При подкожно-подслизистом парапроктите (280), разрез кожи проводили в перианальной области в радиальном направлении через гнойный очаг с иссечением пораженной крипты. При ишеоректальном парапроктите (275), выполнялся полулунный разрез кожи в области перианальной области над гнойным очагом. В случае обнаружения транссфинктерного свища выполнялось его рассечение, если свищ носил экстрасфинктерный характер, свищ ликвидировали лигатурным методом. В случае подковообразного парапроктита выполнялось 2 полулунных разреза. При пельвиоректальном парапроктите вскрытие абсцесса осуществлялось как при ишеоректальном. Во всех случаях операции завершались дренированием раны. Среди оперированных больных по поводу ОП, у 280 (46%) – в ходе первичной операции было устранено внутреннее свищевое отверстие, из них у 276 (45%) – путем иссечения, у 4 (1%) – проведением лигатуры. У 52 (9%) больных в свищевое отверстие устранялось через 1-2 недели на повторной операции, из них 44 (7%) выполнялось иссечение свища, 8 (1%) – применялся лигатурный метод. Повторные операции выполнялись колопроктологами. У 32 (5%) больных была выполнена вторичная хирургическая обработка раны, 10 – наложены вторичные швы после перехода раны во II фазу раневого процесса. В 2 наблюдениях при анаэробном парапроктите с разрушением стенки прямой кишки и сфинктера наложена двустольная колостома. После купирования острого воспалительного процесса в ране и формирования раневого канала больные выписывались на амбулаторное лечение (607). Умерло 3 (0,5%) больных. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 10,2 дня.

Выводы

При оказании неотложной помощи больным ОП в условиях общехирургических стационарах основным методом лечения является вскрытие гнойного очага. Параректальный свищ на первичной операции хирургами устраняется менее чем в половине наблюдений, что обуславливает необходимость выполнения повторных операций колопроктологами.

РОЛЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Фролов А.П., Томаш А.П.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Иркутская городская клиническая больница №1, г. Иркутск

Острое нарушение мезентерального кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее сложных проблем в хирургии, что обусловлено высокой летальностью (67-92%). Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения является поздняя диагностика, что обусловлено смазанной клинической картиной ОНМК и отсутствием патогномичных симптомов в первые часы заболевания. Основная роль в ранней

диагностике ОНМК принадлежит инструментальным методам исследования следования. Несмотря на широкий спектр возможностей в диагностике ОНМК, на сегодняшний день «золотым стандартом» выявления этого заболевания остается ангиография. Однако, широкое использование этого метода ограничено наличием в лечебно-профилактическом учреждении ангиографического оборудования, а также сложностями ее выполнения у больных в тяжелом состоянии.

Цель исследования: оценить результаты инструментальной диагностики ОНМК в ургентной хирургии в предоперационном периоде.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 218 наблюдений ОНМК у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Больные были в возрасте $74,90 \pm 0,74$ года, мужчин – 83, женщин – 135. Среди больных ОНМК в первые 6 часов (ч.) в клинику поступило – 47 больных, через 6-12 – 28, через 12-24 – 49, через 24-48 – 28, позднее 48 ч. – 50. У 16 больных продолжительность заболевания достоверно установить не удалось.

Результаты

Диагностика ОНМК представляла определенные сложности. Предварительный диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, и клинического осмотра. Правильный предварительный диагноз ОНМК был установлен у 69 больных. В остальных 149 наблюдениях устанавливался ошибочный предварительный диагноз: острой кишечной непроходимости – у 43 больного, острого панкреатита – у 31, желудочно-кишечного кровотечения – у 25, острого аппендицита – 10, перитонита – 9, другая абдоминальная патология – у 31 больных.

Для подтверждения и уточнения диагноза проводились инструментальные методы исследования. В качестве скрининговой дифференциальной диагностики больным проводились обзорная рентгенография (ОР) и ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости.

ОР брюшной полости выполнялась 131 больному, патология со стороны брюшной полости выявлена – у 84. В 60 наблюдениях обнаружены признаки острой кишечной непроходимости, в 8 – свободный газ в брюшной полости, в 1 – сочетание признаков острой кишечной непроходимости и свободного газа в брюшной полости, в 15 – пневматоз кишечника. У 47 больных патологии со стороны брюшной полости не обнаружено. В 88 наблюдениях ОР брюшной полости не выполнялась.

УЗИ брюшной полости выполнено 178 больным, патология со стороны брюшной полости выявлена у – 100. В 28 наблюдениях выявляли свободную жидкость в брюшной полости, в 15 – признаки острой кишечной непроходимости, в 3 – сочетание гидроперитонеума и признаков острой кишечной непроходимости, в 15 – пневматоз кишечника, в 40 – другая патология брюшной полости, не имеющая отношения к ОНМК. У 78 больных патологии со стороны брюшной полости не выявлено. Ни в одном из наблюдениях УЗИ со стороны мезентеральных сосудов патологии не выявлено. В 78 наблюдениях УЗИ брюшной полости не выполнялось.

Для уточнения диагноза проводились дополнительные целенаправленные инструментальные методы исследования: компьютерная томография (КТ) и лапароскопия.

КТ брюшной полости проводилась 29 больным. Патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена у 26 больных. Из них признаки ОНМК выявлено в 8 наблюдениях, у остальных (18) – выявлена другая патология.

Лапароскопия проводилась 30 больным. Во всех 30 наблюдениях был установлен диагноз ОНМК.

Таким образом, лапароскопическая диагностика ОНМК явилась самым эффективным методом выявления ОНМК. Однако, данный метод в алгоритме исследования ургентной патологии брюшной полости выполняется после выполнения скрининговых методов исследования, не ранее чем через 2-4 часа, что зачастую делает не возможным раннюю

диагностику ОНМК и приводит к позднему оперативному лечению. Не лучшая ситуация обстоит и с КТ-диагностикой.

Выводы. В ургентной хирургии наиболее надежным методом диагностики ОНМК является лапароскопия. Однако, данное исследование проводится с задержкой на несколько часов от момента поступления больного в стационар, что не позволяет диагностировать ОНМК на ранней стадии. Следовательно, для улучшения результатов лечения необходимо улучшать алгоритмы обследования больных с острой абдоминальной патологией.

ТРУДНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Фролов А.П., Томаш А.П.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Иркутская городская клиническая больница №1, г. Иркутск

Острое нарушение мезентерального кровообращения (ОНМК) до сих остается одной из наиболее сложных проблем в хирургии, которая сопровождается летальностью 67-92%. Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения обусловлены, в первую очередь, поздней диагностикой. Это обусловлено смазанной клинической картиной ОНМК и отсутствием патогномичных симптомов в первые часы заболевания.

Цель исследования: оценить результаты клинической диагностики ОНМК в ургентной хирургии в предоперационном периоде.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 218 наблюдений ОНМК у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Больные были в возрасте $74,90 \pm 0,74$ года, мужчин – 83, женщин – 135. Среди больных ОНМК в первые 6 часов (ч.) в клинику поступило – 47 больных, через 6-12 – 28, через 12-24 – 49, через 24-48 – 28, позднее 48 ч. – 50. У 16 больных продолжительность заболевания достоверно установить не удалось.

Результаты и обсуждение

Наиболее важными анамнестическими данными для постановки диагноза были: наличие сердечно-сосудистой недостаточности на фоне атеросклероза, аритмии, пороков сердечных клапанов. При осмотре больных выявляли основные симптомы ОНМК: боль в животе, жидкий кровавый стул, пневматоз кишечника. Правильный предварительный диагноз ОНМК был установлен у 69 больных. Из них в первые 6 часов заболевания поступило 15 больных, через 6-12 ч. – 7, 12-24 – 16, 24-48 – 12, позднее 48 ч. – 10 ч., у 9 – продолжительность заболевания достоверно не установлено. В группе больных поступивших в первые 12 часов заболевания боль в животе ведущим симптомом заболевания. Она носила выраженный разлитой характер и не усиливалась при пальпации. У больных, поступивших спустя 12 часов о начала заболевания, выраженность болевого синдрома была меньше, при этом нередко отмечалось наличие кровавого стула. У больных, поступивших к концу первых суток заболевания, в клинической картине преобладали симптомы перитонита.

В остальных 149 наблюдениях устанавливался ошибочный предварительный диагноз: острой кишечной непроходимости – у 43 больного, острого панкреатита – у 31, желудочно-кишечного кровотечения – у 25, острого аппендицита – 10, перитонита – 9, другая абдоминальная патология – у 31 больных.

Среди 43 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Острая кишечная непроходимость», в первые 6 часов заболевания поступило – 4 больных, через 6-12 ч. – 5, через 12-24 – 8, через 24-48 – 6, позднее 48 ч. – 16. У 4 больных продолжительность заболевания достоверно не установлена. Для данной группы больных было характерно позднее поступление, наличие пневматоза кишечника в сочетании с умеренно выраженной абдоминальной болью.

Среди 31 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Острый панкреатит», в первые 6 часов заболевания поступило – 10 больных, через 6-12 ч. – 6, через 12-24 – 4, через 24-48 – 5, позднее 48 ч. – 5. У 1 больного продолжительность заболевания

достоверно не установлена. Основная масса больных (21) поступала в относительно ранние сроки (в первые 12 ч. заболевания) с выраженной абдоминальной болью в верхней половине живота.

Среди 25 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Желудочно-кишечное кровотечение», в первые 6 часов заболевания поступило – 6 больных, через 6-12 ч. – 4, через 12-24 – 7, через 24-48 – 0, позднее 48 ч. – 7. У 1 больного продолжительность заболевания достоверно не установлена. Большинство больных поступило в 1 сутки заболеваниями с жалобами на наличие стула с кровью на фоне умеренно-выраженной абдоминальной боли. С неустановленным временем заболевания поступил – 1 больной.

Среди 10 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Острый аппендицит», в первые 6 часов заболевания поступило – 3 больных, через 6-12 – 0, через 12-24 – 2, через 24-48 – 0, позднее 48 ч. – 5. Определенной закономерности поступления больных в этой группе не отмечено, для них характерно наличие умеренно выраженной абдоминальной боли в правой подвздошной области.

Среди 9 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Перитонит», в первые 6 часов заболевания поступило – 1 больных, через 6-12 – 2, через 12-24 – 2, через 24-48 – 1, позднее 48 ч. – 3. Большинство больных поступило позднее 12 часов от начала заболевания, клиническая картина характеризовалась относительно выраженной абдоминальной болью в сочетании с симптомами раздражения брюшины.

Среди 32 больных, которым были предварительно была установлена другая патология органов брюшной полости (острый холецистит, вентральная грыжа и др.), в первые 6 часов заболевания поступило – 9 больных, через 6-12 – 5, через 12-24 – 9, через 24-48 – 4, позднее 48 ч. – 4. У 9 больных продолжительность заболевания достоверно не установлена.

Из 218 больных ОНМК 202 – имели сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и патологию обмена веществ, которые могли способствовать развитию ОНМК.

Выводы. Характерная клиническая картина ОНМК отмечается у 31,7%, в остальных случаях на первый план выступают симптомы, характерные для другой хирургической патологии, что вызывает существенные трудности в постановке правильного диагноза и приводит к удлинению диагностического процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Фролов А.П., Белобородов В.А., Шестеева Н.П.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Иркутская городская клиническая больница №1, г. Иркутск

Проблемы, связанные с различными осложнениями сахарного диабета (СД), сохраняют свою актуальность, что связано с ежегодным увеличением выявления случаев СД на 5-7%. В 20-80% наблюдениях СД приводит к развитию специфического осложнения – синдрому диабетической стопы (СДС), который в 50 случаях приводит к необходимости ампутации конечности.

Цель исследования: оценить характер лечения гнойно-некротических осложнений СДС у больных в общехирургическом стационаре.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 151 наблюдений гнойно-воспалительных осложнений СДС у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета. Средний возраст больных составил $63,6 \pm 1,0$ г., мужчин было 87 (57,6%), женщин – 64 (42,4%). СД 1 типа был у 12 (7,9%), 2 типа – у 139 (92,1%).

Результаты

В соответствии с классификацией СДС F. Wagner (1981) 0 стадия, которая проявлялась целлюлитом, имела у 7 больных, 1 стадия – у 19, 2 стадия – у 11, 3 стадия – у 32, 4 стадия – у 45, 5 стадия – 37. Поражение обеих стоп имело место в 32 наблюдениях,

правой – в 62, левой – 51. В соответствии с выявленными с ведущими звеньями патогенеза гнойно-некротических осложнений СДС проводился комплексная терапия, включающая коррекцию углеводного обмена, лечение ангиопатии, полинейропатии. С учетом характера возбудителя инфекционного процесса проводилась антибактериальная терапия. Консервативное лечение гнойно-некротических осложнений СДС выполнено 66 больным, у которых основными проявлениями заболевания были целлюлит стопы и трофические язвы. Оперировано по поводу гнойно-некротических осложнений СДС 85 больных, из них 6 больным выполнено вскрытие флегмоны с последующим консервативным лечением раны, 59 – выполнены ампутации на различных уровнях нижней конечности и 20 – операции на артериях, у которых в ряде случаев в последующем выполнялись операции на стопе. В группе больных, которым была выполнена ампутация, «малые ампутации» с сохранением опорной функции конечности выполнены у 40 больных. Показаниями к «малым ампутациям» была ограниченная гангрена в пределах пальцев или дистальной части стопы при сохраненном артериальном кровотоке на стопе. Ампутации пальцев выполнены в 33 наблюдениях, резекция стопы (продольное усечение с сохранением функции) – в 5 наблюдениях, ампутации стопы (поперечное усечение стопы) – в 2 наблюдениях. «Высокие» ампутации были выполнены 19 наблюдениях. Показаниями к выполнению этих ампутаций были распространенная гангрена стопы. Ампутация на уровне бедра выполнена в 14 наблюдениях, на уровне голени – в 5 наблюдениях. Для нормализации кровотока на стопе 20 больным выполнены операции на артериях. Из них 3 больным проведено шунтирование и протезирование с пластикой артерии, 9 – пластика артерий в сочетании баллонной дилатацией (7) и 10 – баллонная дилатация со стентированием. Операции на артериях сочетались с операциями на стопе (9) по поводу гнойно-некротических осложнений. В 1 наблюдении восстановление магистрального кровотока было не эффективно, в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса на стопе была выполнена ампутация голени. Средняя продолжительность лечения больных с гнойно-некротических осложнений СДС составила $17,1 \pm 0,6$ дня.

Выводы

Как правило, больные с гнойно-некротическими осложнениями СДС госпитализируются в стационар с 3-5 стадиями заболевания в связи, что вызывает большие трудности в лечении, направленном на сохранение опорной функции нижней конечности. Нормализация кровотока в пораженной стопе является ключевым моментом лечения. В связи с чем, эндоваскулярные операции на артериях нижней конечности могут быть перспективным направлением по снижению количества «высоких» ампутаций при гнойно-некротических осложнениях СДС.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВ

Цыбиков Е.Н.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Цель исследования: оценить роль резекции желудка в лечении осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы: проанализированы результаты резекции желудка в хирургическом лечении язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 123 больных. Мужчин было 89, женщин-34, в возрасте 20-39 лет-71, 40-59 лет-44, старше 60 лет-8. Язва локализовалась в желудке (46), в ДПК (67), пилорическом отделе (4), сочетанные гастродуоденальные язвы были у 6 больных. По осложнениям: каллезная язва была у 59 (47,9%), рубцово-язвенная деформация и пилоростеноз-у 15 (12,2%), пенетрация-у 37 (30,1%), малигнизация-у 2 (1,6%), кровотечение-у 1 (0,8%) и другие (2,4%).

Показаниями к операции явились осложненные формы длительно незаживающих язв. Основным методом диагностики ЯБЖ и ДПК была эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). При ЭГДС устанавливалась форма язвенной болезни, локализация язвы и вид осложнения.

Одновременно изучалась функция и двигательная активность пищеводно-желудочного перехода, привратника и ДПК.

Результаты: при выборе метода резекции желудка считали целесообразным выключение ДПК из системы пассажа пищи при дуоденальных язвах и восстанавливали проходимость в одной из модификаций Б-П. У больных с ЯБЖ предпочитали резекцию желудка по Б-І. У всех больных анастомоз накладывали после частичного ушивания просвета желудка со стороны малой кривизны. Резекция желудка по Б-І выполнена у 33 больных, из них субтотальная резекция по типу лестничной-у 5 при высоких язвах желудка. При этом стремились предотвратить натяжение ДПК, для чего, по показаниям, использовали мобилизацию кишки по Кохеру ил по Кохеру-Сенчило-Явербаум, после которой кишку удастся без натяжения переместить практически до любого уровня резекции желудка.

При дуоденальных язвах выполняли резекцию во 2-й модификации Бильрота: по Гофмейстеру-Финстереру (76), по Бальфуру с межкишечным соустьем-у 13, по Мойнигану-у 1. Современная диагностическая техника позволяет диагностировать не только язвенную болезнь, но и сочетания ее с другими заболеваниями, требующими хирургического лечения. Поэтому одновременно у больных с рефлюкс-эзофагитом проводили хирургическую коррекцию рефлюкс—эзофагита и, соответственно-калькулезного холецистита и кардиоспазма. Одновременно с резекцией желудка выполняли эзофагофундопликацию у 11, холецистэктомию у 1 и внеслизистую кардиомиотомию у 1 больного.

Значительные трудности возникали при закрытии просвета ДПК. Они были вызваны низким расположением язвы, пенетрацией ее в поджелудочную железу, печеночно-двенадцатиперстную связку и другие органы, наличием рубцово-воспалительного процесса вокруг проксимального отдела ДПК, что заставляет индивидуализировать тактику на этом важном этапе операции. Предпочитаем наложение межкишечного анастомоза с последующим укрытием его рядом серо-серозных или кисетным швом (25). У 13 больных удалось ниже язвы выделить циркулярную манжетку из слизистого слоя ДПК, наложить на него аппаратный шов с последующей перитонизацией рядом узловых серо-мускулярных швов, закрытие просвета по Мойнигану (4), по способу «улитки2- у 1. У 39 больных низкорасположенными пенетрирующими язвами после отсечения желудка ниже язвы выкраивали циркулярную манжетку из слизистого слоя по К.П. Сапожкову, погружали ее кистеным или узловыми швами в просвет и затем накладывали ряд серо-серозных швов.

У 2 больных язва локализовалась вокруг большого дуоденального соска. После мобилизации кишки и экстерриторизации язвы БДС оказывался вне просвета кишки и открывался в свободную брюшную полость. Для восстановления анатомических взаимоотношений этим больным выполнена успешно реплантация БДС. Путем сшивания прецизионным швом слизистых слоев кишки и ампулы соска. Летальных исходов у этой группы больных не было.

Выводы: резекция желудка остается методом выбора оперативного лечения при осложненных формах язвенной болезни желудка и ДПК. Одной из важных проблем является этап закрытия просвета ДПК, ее можно решить индивидуально путем применения аппаратных швов, в трудных случаях может быть использовано послойное закрытие приемом Сапожкова. При локализации язвы вокруг БДС может быть рекомендована реплантация папиллы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, г. Чита

Актуальность. Лечение больных геморроем остается одной из самых актуальных проблем колопроктологии. По данным Минздрава РФ в 2015 г. зарегистрировано более 120000 случаев заболевания геморроем и это – только среди обратившихся за помощью, а

если учесть всех носителей патологии, то можно говорить о более, чем половине профессионально активных людей, страдающих этим недугом. С ростом числа пациентов, оперированных с применением малотравматичной технологии DHAL-RAR и с увеличением сроков наблюдения за ними после операции выявлен серьезный недостаток: почти у всех больных с III стадией болезни формировались множественные бахромки из перерастянутой за время геморроеносительства перианальной кожи. Это вызывает дискомфорт, трудности гигиенического характера и неудовлетворенность пациентов и врачей результатами операции.

Цель исследования – сравнить ближайшие и отдаленные результаты геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, изолированной DHAL-RAR и гибридной операции – дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов.

Материал и методы. В течение 2013-2016 годов в клинике общей хирургии ЧГМА оперировано 430 больных с хроническим геморроем. 105 пациентам выполнена классическая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (I группа), 115 больным – изолированная DHAL-RAR на отечественном оборудовании "Ангиодин-Прокто" (II группа) и 210 пациентам – гибридная операция – УЗИ-контролируемая дезартеризация и мукопексия внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов (III группа).

Результаты. У больных I группы в первые сутки после классической геморроидэктомии констатирован выраженный болевой синдром на уровне $7,5 \pm 1,8$ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), продолжительностью от 3 до 5 суток, стойкие боли до 4-6 недель беспокоили троих (2,9%). Отёк перианальный наблюдался у 76 (72,4%), отек с выпадением слизистой у 12 (11,4%) из них. Послеоперационные кровотечения, потребовавшие повторного прошивания отмечались у 5 (4,8%) и небольшие кровотечения остановлены консервативными мероприятиями у 8 (7,6%). Нагноение ран по типу подкожно-подслизистых парапроктитов пришлось санировать у трех (2,9%) больных. Продолжительность стационарного лечения составила $9,5 \pm 1,8$ дней, амбулаторного долечивания – $28 \pm 4,5$ дней.

В отдаленные сроки по 2-6 раз обследовались 102 пациента из I группы: рецидивы заболевания выявлены у 5 (5%), все пятеро оперированы повторно с благоприятными результатами. У 8 сформировавшиеся кожные бахромки иссекались при контрольных осмотрах. Рубцовые перианальные деформации отмечены у 4 (4%). Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 80%, удовлетворительные – у 15% и плохие – у 5%.

Во II группе из 115 больных после DHAL-RAR боли на уровне $4,2 \pm 1,8$ баллов по ВАШ, купировались в течение суток ($p=0,03$). Перианальный отёк отмечен у 26 (22,6%), ($p=0,04$), отек с выпадением прошитых узлов у 7 (6,1%), ($p=0,05$) из них. Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,004$). Сроки стационарного лечения составили $4,5 \pm 1,4$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $18 \pm 3,5$ дней ($p=0,28$).

В отдаленные сроки по 2-5 раз обследовались 105 пациентов из II группы: рецидивы заболевания выявлены у 2 (2%), оба оперированы повторно методом Миллигана-Моргана, результаты благоприятные. В этой группе у 78 (74,3%) сформировалось по 3-6 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же 2-3 недели в составе амбулаторной послеоперационной реабилитации. Рубцовая перианальная деформация отмечена лишь у 1 (1%). Отдаленные результаты во II группе расценены как хорошие у 95%, удовлетворительные – у 3% и плохие – у 2%.

В III группе из 210 больных после гибридной УЗИ-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов с иссечением их наружных компонентов боли на уровне $5,6 \pm 1,9$ баллов купировались несколько позже, на 2-3 сутки ($p=0,09$). У 45 больных этой группы в конце операции выполнены параректальные лидокаин-дипроспановые блокады, у этих пациентов боли отмечены на уровне $3,5 \pm 1,1$

баллов и купировались менее, чем за сутки. Транзиторные отеки отмечены у 53 (25,2%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,003$). Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациентов этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромки ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $4,5 \pm 1,7$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $21 \pm 4,5$ дней ($p=0,32$).

В отдаленные сроки осмотрен 201 пациент III группы: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

Заключение. Гибридные операции в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с одномоментным иссечением их наружных компонентов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику. Применение параректальных лидокаин-дипроспановых блокад в конце операций значительно уменьшает частоту и выраженность послеоперационных перианальных отеков и болевого синдрома, заметно сокращают продолжительность реабилитационного периода.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКУУМ-ИНСТИЛЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Размахнин Е.В., Шангин В.А.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, ГУЗ ГКБ №1, г. Чита.

Цель: Оценить эффективность оригинальной методики вакуум-инстилляционной терапии ран и сравнить с классическим лечением гнойных ран различного происхождения.

Материалы и методы: Обследовано 49 пациентов в возрасте $46,2 \pm 5,6$ лет с хроническими ранами, трофическими язвами на фоне атеросклеротического поражения сосудов конечностей и диабетической ангиопатии. Размеры дефекта варьировали от 12 до 54 см^2 . Микробиологический фон был представлен в основном *E. Coli*, *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 28 человек, которым наряду с традиционным лечением проводилась вакуум-инстилляционная терапия с орошением раны раствором фурациллина 1:5000 (NPWTi). Вторая группа состояла из 21 пациента, получавшего традиционную терапию с применением ежедневных двух – трехкратных перевязок с обработкой ран 3% раствором H_2O_2 и раствором фурациллина 1:5000, нанесением водорастворимых мазей «Левомиколь» в сочетании с антибактериальной терапией. Группы были однородны по размерам раневого дефекта, степени артериальной недостаточности, бактериальной обсемененности ран и сопутствующей патологии.

У всех пациентов дважды производился забор раневого отделяемого: в начале лечения и на 4-5 сутки (после первой перевязки). В раневом отделяемом методом ИФА оценивалось содержание IL-6. Размер ран определялся методом аппликации и вычислением при помощи формул оценки площади поверхности. Также дважды производился забор ткани с края раны на 1, 4-5 сутки лечения с целью выполнения в последующем гистологического исследования.

Сеансы лечения ран отрицательным давлением проводились в прерывистом режиме (10 мин – вакуумирование при -125 мм. рт. ст., 3 мин – отсутствие вакуума). Пациентам 1 группы было проведено по 2 сеанса VAC-терапии по 4-5 суток. NPWTi осуществляли с помощью аспиратора для вакуумной терапии ран и двухходового дренажного порта. Введение раствора фурациллина 1:5000 проводили ежедневно через одну из трубок порта,

объем вводимого раствора зависел от размеров раны, в среднем он составлял 20-40 мл, трехкратно.

Кроме этого в обеих группах проводилось традиционное лечение, направленное на улучшение кровообращения, снижение бактериальной обсемененности, при наличии сахарного диабета – инсулинотерапия, дезагреганты, ангиопротекторы, гипербарическая оксигенация, антибактериальная терапия.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Statistika® 6.1 (StatSoft), сравнение независимых выборок оценивалось с помощью U-критерия Манна-Уитни для парных признаков. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез - $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение: У пациентов с классической схемой лечения очищение раны наступало на $5,7 \pm 0,5$ ($p=0,02$) сутки от начала лечения, появление грануляционной ткани отмечено на $8,3 \pm 0,6$ ($p < 0,001$) сутки, гранулирование всей поверхности раны на $12,2 \pm 0,4$ ($p < 0,001$) сутки, уменьшение размеров раневого дефекта к 15 дню лечения составило от 8 до 16%.

При использовании вакуум-инстилляционной терапии покрытие всей раневой поверхности грануляциями отмечалось уже при первой перевязке на $4,3 \pm 0,5$ ($p=0,004$) сутки ($p \leq 0,006$) и уменьшение размеров дефекта к 15-м суткам лечения достигло от 26 до 54% ($p \leq 0,001$).

Изменения местного цитокинового статуса на 4-5 сутки характеризовались снижением уровня IL-6. По сравнению с контролем в 1 группе значения IL-6 были ниже на 69,4% ($p=0,02$).

При гистологическом исследовании ткани с края раны у пациентов из 1 группы уже на 5-е сутки отмечался значительный рост зрелой грануляционной ткани с диффузной воспалительной инфильтрацией лимфоцитами и макрофагами. При гистологическом исследовании ткани с края раны у пациентов из 2 группы на 5-е сутки роста грануляционной ткани не наблюдалось.

В результате вакуум-инстилляционной терапии с орошением раны растворами антисептиков значительно улучшается течение раневого процесса, что приводит к более быстрому очищению, грануляции дефекта и уменьшению его размеров, что в 3 раза сокращает сроки лечения в сравнении с группой пациентов, получающих традиционную терапию.

Вывод: Вакуум-инстилляционная терапия обладает значительным преимуществом перед традиционными методами лечения в виде более быстрого очищения от некротических масс, воспалительной жидкости, деформации раны в сторону уменьшения, усиления микроциркуляции в ране, орошения раны антисептическими растворами. Таким образом на более ранних сроках развивается свежая грануляционная ткань, ускоряются процессы заживления.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Якушевский А.Б., Плеханов А.Н., Жарников А.В.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД»

Цель работы: оценка эффективности методики высокой спинальной анестезии в лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы: представлен опыт 30 герниотомий с герниопластикой при послеоперационных вентральных грыжах под высокой спинальной анестезией. Мужчин было 13, женщин-17. Средний возраст пациентов составил 54,6 года. Минимальный возраст - 30 лет, максимальный - 79 лет.

Спинальная анестезия проводилась по стандартной методике иглой G-25 в положении больного сидя или лёжа на боку (в позе «эмбриона») анестетиком маркаин на уровне L_{II}-L_{III}.

Нейро-мышечный блок максимально развивался до нижнего края лопаточной ости (spina scapulae), что соответствует третьему грудному позвонку (Th₃). Успешность высокой спинальной анестезии составила 100%. Оценка расположения и выраженности блока проводилась уколом иглой и пальпацией. Средняя длительность операции при послеоперационных вентральных грыжах передней и боковой стенки живота составила 3,4±0,5 часа: максимальная - 4 часа 05 минут; минимальная – 1 час 10 минут. Регуляция уровня спинальной анестезии проводилась изменением угла наклона операционного стола - положения больного на столе. Следует отметить, что у всех пациентов грыжевые ворота при детальном рассмотрении, после выполнения доступа, располагались выше линии пупка. В одном случае при послеоперационной вентральной грыже фиксация сетчатого импланта начиналась от мечевидного отростка. При закрытии дефекта при боковой грыже живота верхней край сетчатого импланта фиксировался к задней поверхности реберной дуги. Все больные в первые сутки соблюдали строгий постельный режим.

Результаты: в раннем послеоперационном периоде у пациентов не потребовалось обезболивание наркотическими анальгетиками. При этом отмечалось быстрое восстановление перистальтики кишечника и ранняя активизация больного, уменьшался объём послеоперационной инфузионной терапии. Больные находились в общей палате хирургического отделения. Осложнений в виде: головных болей, тошноты, рвоты, температуры отмечено не было. Осложнений со стороны оперативного вмешательства и анестезиологического пособия не было.

Выводы: Применение высокой спинальной анестезии при герниопластиках вентральных послеоперационных грыж легче переносится для пациента. Быстрее происходит послеоперационная реабилитация больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Яшнов А.А., Коновалова О.Г., Васильева А.В., Кондратьев И.С.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

Актиномикоз относится к довольно специфическим заболеваниям грибковой природы, встречается 1 случай на 119000 населения, во всех странах планеты и составляет 10% всех гнойных поражений. Актиномикоз передней брюшной стенки занимает 3 место среди всех локализаций данного патологического процесса, уступая место актиномикозу челюстно-лицевой и грудной области.

Цель работы. Оценить эффективность комплексного лечения актиномикоза передней брюшной стенки

Материалы и методы. Проведено исследование 1 клинического случая, пациента, находящегося на лечении в ГУЗ Городская клиническая больница №1 с подтверждённым гистологическим диагнозом актиномикоз передней брюшной стенки. Проведена курация пациента и анализ истории болезни.

Результаты. Пациент Б. 62 лет, находился на лечении в отделении хирургии (с 21.10.2016 по 25.11.2016г) с диагнозом: Образование передней брюшной стенки. Жалобы при поступлении на плотное, умеренно болезненное образование в верхних отделах живота. Из анамнеза известно, что данное образование возникло около 2 лет назад, за медицинской помощью не обращался. Объективно: образование размерами 12x11,5 см с инфильтрацией окружающих тканей 7см. По результатам лабораторных методов обследования: ОАК (RBC: 4,11 x 10¹²; HGB:127 g/l ;WBC :6,3 x 10⁹); ОАМ (цвет соломенно-желтый рН:5,5 глюкоза 28 mmol/l единичные лейкоциты, уд. вес: 1020); Б/х крови (AST:14 Ед./л, ALT:12Ед/л, билирубин общий 6,7мкМ/л, прямой 1,1мкМ/л, непрямой 5,6мкМ/л, α-амилаза 80Ед/л, глюкоза 9,4 ммМ/л, мочевины 3,7 ммМ/л, креатинин 71 мкМ/л.). По результатам инструментальных методов: КТ ОБП (Инфильтративные изменения передней брюшной стенки слева, общими размерами 120x115 мм и толщиной около 20 мм. Умеренные признаки спаечного процесса в брюшной полости. Признаки жирового гепатоза 1степени;

липоматозной атрофии поджелудочной железы. Умеренное увеличение селезенки); УЗИ абдоминальное (Диффузные изменения поджелудочной железы. Уплотнение стенки желчного пузыря. Уз-признаки образования мягких тканей размером 9,0x4,0 см, на глубине 3,5 см от поверхности кожи.). Пациенту выполнено оперативное вмешательство: биопсия измененной прямой мышцы передней брюшной стенки. По результатам гистологического исследования иссеченной мышцы выставлен диагноз: актиномикоз передней брюшной стенки. Пациенту назначено комплексное лечение: Sol.Fibel 1,2gr внутривенное капельное введение 3 раза в день в течении 14 дней; Sol.Actinolisat 3 ml. Внутримышечное введение 2 раза в неделю в течении 35 дней, УФО с захватом здоровых тканей — 7 непрерывных сеансов. В результате лечения на 7 сутки инфильтрация уменьшилось на 2 см в диаметре, на 14-е сутки на 3 см в диаметре, на 21 день на 2 см. На 35 день инфильтрация составляет 5 см, а также отмечается положительная динамика инструментальных методов исследования (КТ ОБП: Инфильтрация уменьшилась до размеров: 55x45мм и толщиной 11мм. На 35-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии, инфильтрация уменьшилась в диаметре до 5 см.

Результаты. Применение высоких доз защищенных пенициллинов в сочетании с актинолизатом и местным воздействием УФО на рану эффективно в лечении актиномикоза передней брюшной стенки

ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ БИОПТАТОВ СЕЛЕЗЕНКИ В ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ИГЛА 199 С ГЛЮТАМИНОМ

Яшнов А.А., Коновалова О.Г., Соловьева Т.Л., Литвинцев О.Ф., Гришанова А.А.
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

Первыми клетками, которые удалось заставить жить в искусственных условиях, были нервные клетки, выделенные из организма лягушки, которые росли и развивались на искусственной питательной среде несколько недель (1907г.). В настоящее время нет работ, в которых упоминается о выращивание культур клеток таких органов как селезенка и печень. Селезенка осуществляет ряд необходимых для жизнедеятельности функций. Учитывая высокий уровень спленэктомий в современное время, появляется необходимость спленоза не кусочками травмированной селезенки, а нормальной выращенной тканью селезенки. Одной из питательных сред для выращивания культуры клеток служит ИГЛА 199 с двойным набором аминокислот, с определёнными биохимическими показателями: рН, буферной ёмкостью, проверенная на способность обеспечивать определённую ростовую активность клеток и формирование ими монослоя.

Цель работы. Оценить жизнеспособность биоптатов селезенки в среде Игла 199 с глютамином.

Задачи. Произвести забор, транспортировку и помещение биоптатов селезенки в специальную среду. Исследовать полученную ткань гистологически.

Материалы и методы. Произведен интраоперационный забор и помещение в питательную среду 3 биоптатов селезенки размером 7мм. Выращивание биоптатов селезенки в питательной среде ИГЛА 199 с глютамином и гистологическое исследование полученной ткани методом окраски гематоксилин и эозином.

Результаты. Биоптаты селезенки размером около 7мм брали интраоперационно у пациентов с закрытой травмой живота после спленэктомии. Транспортировка биоптатов на кафедру микробиологии производилась с соблюдением температурного режима. Ткань селезенки помещена в питательную среду ИГЛА 199 с глютамином для инкубации в термостате при температуре 37.0 по Цельсию. Ежедневно производилась двух разовая замена среды ИГЛА 199 с интервалом 12 часов в течение 14 дней. Визуально биоптаты увеличились в размерах до 25мм. Для гистологического исследования полученная ткань направлена в ГУЗ КПАБ. В результате окраски гематоксилин и эозином обнаружено, что под воздействием среды ИГЛА 199 выросли клетки сосудов, стромы и незначительно паренхима селезенки.

Заключение. Учитывая данные результаты исследования, возможно применение специальной среды ИГЛА 199 с глутамином для выращивания ткани селезёнки. Данная технология требует дальнейшего изучения на большей группе пациентов. Дополнительно необходимо оценить жизнеспособность полученной ткани в организме реципиента.

ИНФИЦИРОВАНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА HELICOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ

Яшнова Н.Б., Яшнов А.А.

ГУЗ КМЦ г. Читы.

Хронический генерализованный пародонтит довольно часто встречающаяся патология у пациентов в возрасте от 40 лет в деятельности врача стоматолога. До настоящего времени мало изучена роль *Helicobacter pylori* при данном заболевании. Ключевым фактором пародонтита является воспаление. Причиной воспаления может быть любой повреждающий агент, воздействующий на ткань как извне механические, химические и термические воздействия, патогенные микробы, так и изнутри продукты обмена, иммунные факторы и пр. Микроорганизмам отводится ведущая роль в развитии заболеваний пародонта, причем чаще всего воспаление вызывает не один, а несколько видов бактерий (реже – грибов, вирусов). Целью нашей работы послужило оценить роль *Helicobacter pylori* при различных степенях тяжести хронического пародонтита.

Материалы исследования. Пациенты ГУЗ КМЦ г. Читы Поликлиническое подразделение №5, находившиеся на амбулаторном приёме в кабинете хирурга-стоматолога, страдающие хроническим генерализованным пародонтитом с различной степенью тяжести течения, в возрасте от 40 до 70 лет (n=75).

Методы исследования. Исследование на *Helicobacter pylori* проводится гистологическим, цитологическим методами, уреазным тестом с помощью тест-системы ХЕЛПИЛ (Санкт-Петербург).

Результаты исследования. При исследовании содержимого пародонтального кармана цитологическим методом *Helicobacter pylori* выявлен у 60% пациентов (n=15) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени; у 48% (n=12) со средней степенью тяжести, у 20% (n=5) с пародонтитом лёгкой степени тяжести. При исследовании биоптата слизистой десны области пародонтального кармана цитологическим методом *Helicobacter pylori* выявлен у 52% пациентов (n=13) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени; у 40% (n=10) с пародонтитом средней степени, у 8% (n=2) с пародонтитом лёгкой степени тяжести. При гистологическом исследовании слизистой десны выявлено, что *Helicobacter pylori* встречается у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени у 11 пациентов (44%), средней степени тяжести у 8 пациентов (32%), лёгкой степени у 1 пациента (4%).

Дополнительно содержимое пародонтальных карманов и биоптата слизистой десны области пародонтальных карманов исследовалось уреазным тестом тест-системы ХЕЛПИЛ. Выявлено, что при хроническом генерализованном пародонтите тяжёлой степени тяжести уреазный тест положительный у 24 пациентов (96%), средней степени тяжести у 20 пациентов (80%), лёгкой степени у 15 пациентов (60%). При исследовании биоптатов слизистой десны положительная уреазная реакция выявлена у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени в 96% (24 пациента), средней степени в 88% (22 пациента), лёгкой степени в 56% (14 пациентов). Таким образом, при хроническом генерализованном пародонтите у 43% пациентов обнаруживается *Helicobacter pylori*. Однако степень инфицирования тканей пародонта микроорганизмом возрастает в зависимости от степени тяжести заболевания.

СОДЕРЖАНИЯ IgG К HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Яшнов А.А., Лобанов С.Л., Коновалова О.Г., Размахнин Е.В., Норполова Ц.Ц.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

IgG составляет 70-75 % всей фракции иммуноглобулинов сыворотки здорового человека, наиболее активен во вторичном иммунном ответе и антитоксическом иммунитете. Таким образом, целью исследования является определение количественной характеристики IgG к НР у больных, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Клиническую группу составили женщины (n=105) в возрасте от 30 до 50 лет, страдающие различными вариантами течения ЖКБ Контрольную группу представили 35 женщин в возрасте от 30 до 50 лет, не страдающие ЖКБ и у которых при фибро-гастро-дуоденоскопии обнаружены признаки хронического гастрита не ассоциированного с НР.

Результаты и обсуждение. До оперативного вмешательства уровень IgG к *H. Pylori* у пациентов с ЖКБ, острым калькулезным холециститом составил $137,71 \pm 1,06$ Е/мл; у пациентов с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения $92 \pm 1,04$ Е/мл, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии $70,29 \pm 0,90$ Е/мл. В контрольной группе $22,28 \pm 1,04$. На 5 сутки после оперативного вмешательства статистически значимого изменения показателей IgG антител к *H. Pylori* не наблюдалось.

На 10 сутки после оперативного вмешательства IgG к *H. Pylori* у пациентов с ЖКБ острым калькулезным холециститом составил $65,14 \pm 0,95$ Е/мл; у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения $56,57 \pm 0,93$ Е/мл, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии $51,43 \pm 0,91$ Е/мл. Выводы: Полученные данные подтверждают, что с достоверностью $p \leq 0,05$ происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни на 10 сутки после холецистэктомии. В среднем у больных, страдающих ЖКБ с острым калькулезным холециститом происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 0,5 раза (52,7%; $p \leq 0,05$). У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии наблюдается снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 0,2 раза (26,8%; $p \leq 0,05$). У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 0,3 раза (38,5%; $p \leq 0,05$).

С достоверностью $p \leq 0,05$ отмечается увеличение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни до оперативного вмешательства по сравнению с контрольной группой. В среднем у больных, страдающих ЖКБ с острым калькулезным холециститом наблюдаются повышенные показатели концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 3 раза (386,9%; $p \leq 0,05$) в сравнении с контрольной группы. У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии определяются повышенные показатели концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 1,5 раза (148,5%; $p \leq 0,05$) в сравнении с контрольной группы. У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения наблюдаются повышенные показатели концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 2 раза (225,3%; $p \leq 0,05$) в сравнении с контрольной группы. Опираясь на полученные данные можно говорить о том, что при желчнокаменной болезни имеет место увеличение концентрации IgG к *Helicobacter pylori*. На десятые сутки после холецистэктомии происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori*, что говорит об обсемененности желчного пузыря *Helicobacter pylori*.

ИНФИЦИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Яшнов А.А., Лобанов С.Л., Коновалова О.Г., Ханина Ю.С.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Цель исследования. Определить присутствие *Helicobacter pylori* (НР) в желчевыводящих путях при различных вариантах течения желчнокаменной болезни. **Материалы исследования.** Пациенты ГУЗ ГКБ№1 г. Читы, получающие лечение в хирургическом отделении, страдающие желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с различными вариантами течения, в возрасте от 30 до 50 лет, оперированные стандартной методикой лапароскопической холецистэктомии (n=70).

Методы исследования. Исследование на НР проводится методом ПЦР, ИФА, гистологическим, цитологическим методами, уреазным тестом с помощью тест-системы ХЕЛПИЛ (Санкт-Петербург), тест-системой ХЕЛИК с индикаторной трубкой для неинвазивной диагностики НР (Санкт-Петербург). Исследование стенки желчного пузыря производится с помощью УЗИ, макроскопическим, гистологическим методами. **Результаты исследования.** При исследовании ПЦР методом НР обнаруживается в 20% случаев (n=14). При исследовании пациентов методом ИФА выяснилось, что в плазме крови до операции IgG превалирует у больных с острым калькулезным холециститом и составляет в среднем 130 Е/мл, у пациентов с хроническим холециститом содержание IgG составило 80 Е/мл. На вторые сутки после оперативного вмешательства значимого снижения IgG в плазме крови не отмечается. Установлено снижение IgG в плазме крови у больных, страдающих ЖКБ на 5 сутки после оперативного вмешательства. У больных с острым калькулезным холециститом до 70Е/мл; с хроническим холециститом до 50 Е/мл. При исследовании слизистой желчного пузыря цитологическим методом НР выявлен у 30% пациентов (n=6) с острым калькулезным холециститом; у 30% (n=6) с хроническим калькулезным холециститом. Макроскопическое исследование интраоперационного материала выявило, что у больных с острым калькулезным холециститом толщина стенки желчного пузыря в среднем составляет $6\text{мм} \pm 0,3\text{мм}$, при хроническом рецидивирующем – $4\text{мм} \pm 0,3\text{мм}$. **Выводы.** При желчнокаменной болезни имеет место обсеменение желчного пузыря НР. Выявлено, что с увеличением степени инфицирования происходит увеличение толщины стенки.

ПЦР ДИАГНОСТИКА HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Яшнов А.А., Лобанов С.Л., Коновалова О.Г., Ханина Ю.С., Яшнова Н.Б., Кондратьев И.С.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) выявлена у 5-25% населения России, причем в возрасте 40-45 лет составляет 20-25% у женщин и 5 % у мужчин. В возрасте 50-60 лет у 20% женщин и у 15% мужчин и в возрасте 60-65 лет у 35% женщин и 10% мужчин. В последнее время в печати активно обсуждается вопрос о связи *Helicobacter pylori* (НР) не только с заболеваниями гастро-дуоденального отдела желудочно-кишечного тракта, но и с заболеваниями гепатобилиарной системы. Полимеразная цепная реакция предназначена для качественного обнаружения ДНК *Helicobacter pylori* в биологических образцах (биоптаты антрального отдела желудка, биоптаты двенадцатиперстной кишки, биоптаты десен, мазки из зубодесневого кармана, слюна.). Данный метод позволяет оценить генотипические и фенотипические характеристики возбудителя.

Цель исследования: определение инфицирования слизистой желчного пузыря с помощью метода полимеразной цепной реакции у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезнью после выполнения холецистэктомии. **Материалы и методы.** Клиническую группу составили женщины (n=75) в возрасте от 30 до 50 лет, страдающие различными вариантами течения ЖКБ (ЖКБ с острым калькулезным холециститом (n=25), ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии (n=25), ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения (n=25). Исследование на НР проводилось биоптата слизистой желчного пузыря при помощи

полимеразной цепной реакции. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи пакета программ Statistic 6.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования ДНК возбудителя выявлено у пациентов с ЖКБ, острым калькулезным холециститом в 8 случаях, что составило 32% от количества больных с острым холециститом и 10,7% среди всех пациентов с желчнокаменной болезнью; у пациентов с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения ДНК HP выявлен у 3 пациентов, что составило 12% внутри группы и 4% среди всех исследуемых, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии ДНК возбудителя в слизистой оболочке не выявлен. Полученные результаты, говорят о присутствии ДНК *Helicobacter pylori* у пациентов с желчнокаменной болезнью. Отмечено, что в группе пациентов с острым калькулезным холециститом у наибольшего количества исследуемых отмечается присутствие ДНК возбудителя. В группе хронического калькулезного холецистита в стадии обострения у ряда пациентов также наблюдается ДНК возбудителя. Однако у пациентов с хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии ДНК возбудителя выявить не удалось. Полученные данные позволяют говорить, что *Helicobacter pylori* занимает определенное значение в патогенезе желчнокаменной болезни.

Выводы:

1. У больных, страдающих ЖКБ выявлено ДНК *Helicobacter pylori*.
2. ДНК возбудителя в группе с острым калькулезным холециститом отмечается у 8 пациентов (32%).
3. В стадию обострения у больных, страдающих ЖКБ осложненной хроническим калькулезным холециститом выявлено ДНК *Helicobacter pylori* у 3 пациентов (12%).

АНАЛИЗ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЙ ЗА ПЕРИОД 2016 ГОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ПРОТОКОЛОВ ОПЕРАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ГКБ №1

Яшнов А.А., Коновалова О.Г., Бадмаев Ж.Б; Ерохина Е.И.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

В настоящее время механические повреждения являются ведущей причиной смерти, временной и стойкой нетрудоспособности у лиц моложе 40 лет. Летальность при повреждении груди составляет 3% случаев. Летальность при ранениях живота от 5 до 20%. А летальность при сочетанных ранениях груди и других анатомических областей составляет 40-80%. Цель работы: изучить частоту встречаемости и локализацию колото-резаных ранений за период 2016г. Материалы и методы. Нами были проанализированы протоколы операций пациентов с urgentной хирургической патологией 238, прооперированных в городской клинической больницы №1 г. Читы за период 2016г. Средний возраст пациентов составил 47(+2) лет. Колебания в возрасте были от 28 до 72 лет. Результаты исследования. При анализе 238 протоколов экстренных оперативных вмешательств, установлено, что на долю колото-резаных ранений приходится 72 случая, что составляет 30% от всех оперативных вмешательств. По результатам исследования из всех колото-резаных ранений наиболее частой локализацией являлось ранение груди, что составило 48%(35). На второй план выходят ранения живота, на их долю приходится 44%(32). Ранения шеи всего составляют 6%(5). В зависимости от проникновения в анатомическую полость, ранения разделились следующим образом: проникающие колото-резаные ранения груди составляет 33%(25), непроникающие колото-резаные ранения груди 15%(10), проникающие колото-резаные ранения живота 30%(21), непроникающие колото-резаные ранения живота 14%(11). Дополнительно были проанализированы количественные показатели повреждения внутренних органов при колото-резаных ранениях. Так, на долю ранений легкого пришлось 25%(18), сердца и легкого 8%(6), межреберной артерии 2%(3), печени 19%(14), тонкой кишки 13%(10), толстой кишки 5%(4), селезенки 5%(4), желудка 4%(3), трахеи 1 случай. Количество пациентов с колото-резаными

ранениями без повреждения внутренних органов составило 12%(9). Установлено, что 98%(70) пациентов с колото-резаными ранениями поступают в состоянии алкогольного опьянения. Заключение.1. Установлено, что 3 часть экстренной оперативной активности приходится на колото-резаные ранения. 2. Колото-резаные повреждения груди встречаются наиболее часто в 48% случаев. 3. Выявлено, что из внутренних органов, при ранениях груди, чаще всего повреждаются легкие (25%), при абдоминальных ранениях - печень (19%).