

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВЕСНА В РОСТОВЕ



**ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА»
Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ»**

**г. Ростов-на-Дону
2024**

ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА» г. РОСТОВ-НА-ДОНУ»

**ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВЕСНА
В РОСТОВЕ**

19-20 АПРЕЛЯ 2024

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Рекомендовано к публикации
редакционно-издательским советом
ГНИИ "НАЦРАЗВИТИЕ"
Протокол № 513 от 26.04.2024

г. Ростов-на-Дону
2024



ББК 53.0/57.8
X50

Хирургическая весна в Ростове: Всероссийская научно-практическая конференция ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА» г. Ростов-на-Дону» (Ростов-на-Дону, 19-20 апреля 2024). Сборник тезисов – СПб.: ГНИИ «Нацразвитие», 2024. – 124 с. URL: https://disk.yandex.ru/d/4_QdmxS2aa7cdw (дата публикации: 07.05.2024)

ISBN 978-5-00213-399-4

В сборнике представлены тезисы Всероссийской научно-практической конференции, организованной ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА» г. Ростов-на-Дону». Тезисы докладов представлены в авторской редакции.

Сборник научных трудов предназначен для специалистов органов и учреждений Министерства здравоохранения Российской Федерации, специалистов органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, специалистов смежных отраслей науки, решающих задачи обеспечения здоровья населения, для преподавателей и обучающихся образовательных медицинских организаций высшего образования.

Научное издание

*Сборник издается без редакторских правок.
Ответственность за содержание статей возлагается на авторов.*

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВЕСНА В РОСТОВЕ» Апрель 2024 СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ISBN 978-5-00213-399-4



Выпускающий редактор Ю.Ф.Эльзесер
Ответственный за выпуск Л.А.Павлов
Подписано к изданию с оригинал-макета 07.05.2024.
Формат 60x84/8. Гарнитура Time New Roman.
Усл.печ.л.4,7. Объем данных 12Мб. Заказ № 42523.
Гуманитарный национальный
исследовательский институт "Нацразвитие"
197348, Санкт-Петербург, Коломяжский пр.,
д.18, лит.А, офис 5-114
info@natsrazvitie.ru

ISBN 978-5-00213-399-4

©ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону», 2024
©ГНИИ "Нацразвитие", 2024



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

<i>Глуценков В.А.</i> Профессор Петрович Тараканов.....	6
<i>Корейба К.А., Минабутдинов А.Р.,</i> Клинико-морфологическое исследование роли дезагрегантов в комбинации с методами вычислительной химии <i>in silico</i> у пациентов с синдромом диабетической стопы.....	20
<i>Красновский В.И., Ветшев Ф.П., Горбунов А.С., Лялин М.В., Еганян А.С.,</i> 30 лет спустя операции формирования малого желудка у больных морбидным ожирением. Обсуждение нерешенных вопросов.....	23
<i>Бенян А.С., Медведчиков-Ардия М.А., Храновский Д.Г., Акопян А.Б.,</i> Внедрение чек-листа хирургической безопасности в торакальных отделениях Самарской области.....	26
<i>Кузьмина Т.Н., Сергеева А.В., Рубанова Д.В., Смирнова О.А.,</i> Возможность применения биоимпедансного анализа состава тела у пациентов после операций на желудке.....	29
<i>Попов П.А., Попов Ю.П., Переходов С.Н., Евдокимов В.В., Дубовицкий К.И.,</i> Выполнение лапароскопической предбрюшинной аллогерниопластики с оставлением грыжевого мешка, в тяжелых случаях, при рецидивных паховых и больших пахово-мошоночных грыжах.....	31
<i>Левчук А.Л., Абдуллаев А.Э.,</i> Диагностика и лечение свищей как осложнение дивертикулярной болезни толстой кишки.....	36
<i>Левчук А.Л., Абдуллаев А.Э.,</i> Дивертикулярная болезнь толстой кишки осложненная кишечным кровотечением. Современное состояние проблемы.....	38
<i>Межунц А.В., Красина Е. А.,</i> Изменение пищевого поведения после бариатрических операций.....	48
<i>Матийцев А.Б.</i> К патогенезу сегментарного колита при неосложненном остром дивертикулите левой половины ободочной кишки.....	50
<i>Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Орешкин А.Ю., Назарук А.С., Кучин Д.А.,</i> Мангеймский индекс перитонита для прогнозирования исхода при перфорации толстой кишки.....	52



<i>Кашка Д.А.,</i> Медиация для урегулирования споров в анестезиологии-реаниматологии.....	55
<i>Юркевич Р.Е., Широченко С.В.</i> Минимизация рисков при экспертизе качества медицинской помощи пациентам с хирургической патологией.....	60
<i>Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А., Иванова З.О., Мизиев С.И.,</i> Мониторинг давления в брюшной полости у больных отделений интенсивной терапии.....	62
<i>Мизиев И.А., Мизиев И.А., Дзагалов М.М., Мизиев С.И.,</i> Наш опыт выполнения продольной резекции желудка.....	64
<i>Иванников А.И., Мещерякова Т.М.,</i> Некоторые аспекты возможного применения неинвазивной методики оценки цитотоксичности мочи для раннего выявления пациентов, угрожаемых по развитию эндотоксикоза и сепсиса.....	66
<i>Кисляков В.А., Горишнуова Е.М.,</i> Некоторые аспекты применения метода локального отрицательного давления в лечении гнойных заболеваний разной локализации.....	68
<i>Вервекин И.В., Трушин А.А., Курсенко Р.В., Захаренко А.А.,</i> Непосредственные результаты лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки: операция KIMURA VS WARSHAW.....	71
<i>Гринцов А.Г., Матийцев А.Б.,</i> О показаниях к интервальной аппендэктомии у больных, перенесших аппендикулярный инфильтрат.....	74
<i>Максимова К.И., Засорин А.А.</i> Ожирение, как фактор риска развития колоректального рака.....	77
<i>Сергацкий К.И., Альджабр М., Никольский В.И., Романова В.С.,</i> Оригинальный способ радикальной операции у пациентов с эпителиальным копчиковым ходом: предварительные результаты.....	79
<i>Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Карданова Л.Ю., Готыжнев М.А.,</i> Особенности клиника у коморбидных больных с неопухоловой механической желтухой.....	82
<i>Телешов В.С.,</i> Применение эндоскопического гемостаза в лечении острых гастродуоденальных кровотечений.....	84



<i>Храновский Д.Г., Бенян А.С., Медведчиков-Ардия М.А., Борзова Т.М.,</i> Протоколы хирургической безопасности и ускоренной реабилитации в неотложной хирургии колоректального рака.....	87
<i>Корейба К.А., Минабутдинов А.Р., Гатина Л.Н.,</i> Реконструкция костных структур при диабетической нейроостеоартропатии: решение проблемы в современной хирургии.....	89
<i>Кархани Хиуа М.Х., Галлямов Э.А., Воротынцев А.С., Шалыгин А. Б.,</i> <i>Емельянов А.Ю., Шарма Бхавна, Дугин В. А.,</i> Роль и эффективность лапароскопии в частоте внутрибрюшных послеоперационных осложнений.....	92
<i>Хитарьян А.Г., Пен О.С., Межуниц А.В., Мельников Д.А., Велиев К.С.,</i> Сравнительные результаты антирефлюксной и бариатрической хирургии у пациентов с ожирением и ГПОД, ассоциированной с ГЭРБ.....	96
<i>Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Карданова Л.Ю., Хашев А. Ч.,</i> Сравнительный анализ ненапряжной и традиционной герниопластики в отдаленном послеоперационном периоде.....	100
<i>Попов П.А., Попов П.А., Переходов С.Н., Евдокимов В.В., Дубовицкий К.И.,</i> Сравнительный анализ показателей интоксикации и внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде при перитоните.....	103
<i>Попов П.А., Попов П.А., Переходов С.Н., Акилин К.А., Дубовицкий К.И.,</i> Ускорение регенеративных раневых процессов с использованием обогащенной тромбоцитами плазмы при длительно не заживающих ранах.....	110
<i>Хитарьян А.Г., Велиев К.С.,</i> Малоинвазивные методы оперативного лечения хронической венозной недостаточности в стадии трофических расстройств.....	116
<i>Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Карданова Л.Ю., Готыжжев М.А.,</i> Эффективность сочетанных операций при наличии сопутствующей хирургической патологии.....	119
<i>Зурнаджьянц В.А., Дадаев И.С., Кчибеков Э.А.,</i> Функционирующая одноствольная илеостома. Что делать?	121



Глушечков В.А., к.м.н.,
Ростовский государственный медицинский университет,
Кафедра хирургии № 4 (зав. Профессор Черкасов М. Ф.),
г. Ростов-на-Дону

ПРОФЕССОР ПЕТРОВИЧ ТАРАКАНОВ

Прошло более 18 лет, как закончил свою земную жизнь декан лечебно-профилактического факультета, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 Ростовского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Владимир Петрович Тараканов. Но ничего не было в нем профессорского. Он всегда был доступен больным, даже не по профессорским проблемам, он не увиливал от операций у конфликтных и тяжелых больных, не прятался в кабинете от еще более назойливых родственников этих больных. У него не было, ни профессорской солидности, ни строгости, ни начальственного вида.

Родился будущий профессор 2 февраля 1932 года в селе Лопуховка Сталинградской области, в крестьянской семье, где вместе с ним росли два брата и сестра. Хлебнул Володя лиха в детстве досыта. Набор обычный; разруха, тяжелый крестьянский труд, голод. После завершения обучения в школе в 1949 году смог поступить в Сталинградский медицинский институт. Первые курсы учебы: анатомия – это препарирование трупов человека. Фармакология, физиология, микробиология – эксперименты на лягушках, кроликах, крысах, собаках. Третий курс начало изучения клинических дисциплин (общая хирургия, пропедевтика внутренних болезней). А клинические дисциплины – жизнь и смерть. Можно только догадываться о том, что думали студенты в начале пятидесятых о Боге и смерти, бессмертии. Наверное, то, что и мы в семидесятые. Нас усердно учили: материя первична, сознание (духовное) вторично. Бога не то, что нет, а никогда и не было, ад и рай



не существуют, дух, душа тем более. Жизнь, это поток химических и молекулярных процессов, а смерть является естественным и необратимым концом человека. И горе тому, кто перепутает или забудет.

Ректор медицинского института в советские времена, в своей речи на заседании Ученого совета института, цитировал письмо студента из Палестины, который писал: «... учеба в медицинском институте еще больше убедила меня в существовании Бога ...».

- Каково! – воскликнул ректор.

Поневоле вспомнишь диалог писателей-атеистов с Воландом, в знаменитом романе доктора М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита».

- Но вот какой вопрос меня беспокоит: ежели Бога нет, то спрашивается, кто же управляет жизнью человеческой и всем вообще порядком на земле?

- Сам человек и управляет – сказал атеист.

- Виноват – мягко ответил неизвестный, для того чтобы управлять, нужно как никак иметь точный план ... лет скажем в тысячу,

- И имейте ввиду, что Иисус существовал.

- Но требуется же какое-нибудь доказательство ... воскликнул атеист – И доказательств никаких не требуется, – ответил профессор

- А дьявола тоже нет? – вдруг весело осведомился неизвестный

- Нету никакого дьявола! – вскричал поэт-атеист.

- Ну уж это положительно интересно, трясясь от хохота, проговорил профессор, – что же это у вас, чего не хватишься, ничего нет!

И если для большинства сверстников Володи Тараканова смерть – это по большей части потеря близких, для студента медика все иначе. Они видят смерть во всей ее обнаженности, неожиданности, поэтому тема смерти для них – серьезнейшая проблема для размышления и обсуждения.

Теперь мы знаем, что перед кончиной человека завеса, скрывающая невидимый мир, приподнимается и умирающий может видеть то, что незримо



для всех прочих, окружающих его. Ведь для каждого из нас (в миг кончины) и для всех сразу (в урочный апокалиптический час) смерть полагает конец всему сущему.

Архиепископ Лука (профессор хирургии и богословия) Валентин Феликсович Войно -Ясенецкий писал: *«Жизнь человека разделяется смертью на две половины: душевно-телесную и духовно-душевную. Смерть тела знаменует собой переход души из первой части ее жизни во вторую». «Упокой» поется во время панихиды. Физическая смерть человека еще не означает полного покоя для усопшего. Его душа может страдать, не находит себе покоя, ее могут мучить нераскаянные грехи, угрызения совести. Поэтому мы живые молимся об усопших, просим Бога дать им покой, облегчение».*

Христианское понимание смерти можно попытаться понять из письма епископа Феофана Затворника к его умирающей сестре: *«Прощай сестра! Господь да благословит исход твой и путь твой по твоём исходе. Ведь ты не умрешь, тело умрет, а ты перейдешь в иной мир живая, себя помнящая и весь окружающий мир узнающая. Там встретят тебя батюшка и матушка, братья и сестры. Поклонись им и наши им передай приветы и попроси, попецись о нас, там лучше тебе будет, чем здесь. Так не ужасайся, видя приближающуюся смерть: она для тебя – дверь в лучшую жизнь. Ангел хранитель твой примет твою душу и поведет ее путями, какими Бог повелит, даруй же тебе Господи, мирный исход. День – другой, и мы с тобою. Потому же не тужи об остающихся. Прощай, Господь с тобою».*

Одно из сильнейших потрясений студента Володи Тараканова (он ярко вспоминал об этом 50 лет спустя), курация в клинике профессора А. А. Полянцева, молодого больного, своего сверстника с красивыми русыми волосами, страдавшего бронхоэктатической болезнью. Володя приходил в палату к больному ежедневно. На протяжении всего хирургического цикла, писал студенческую историю болезни, намечал план лечения. И вдруг, во время



практического занятия по патологической анатомии на секционном столе третьекурсник Володя Тараканов увидел «своего» больного с красивыми русыми волосами. Как оказалось, смерть наступила во время операции на легком, и теперь предстояла аутопсия трупа больного.

Хирург, оперируя больного, стремится избрать наименее травматичный доступ к месту болезни, а скальпель патолога рассекает бездыханное тело очень широко для того, чтобы одновременно извлечь органы грудной и брюшной полостей единым блоком для подробного исследования.

- Ну уж нет! Сказал себе студент Тараканов после аутопсии трупа больного.

- Хирургией заниматься я не буду.

Но жизнь распорядилась иначе. После окончания института в 1956 году уехал работать в Сибирь в хирургическое отделение железнодорожной больницы на станции Белово, что в Кемеровской области. Здесь он стал доктором, начал самостоятельно оперировать, дежурить по скорой помощи, а это значит принимать решения, от которых зависит жизнь и смерть больного.

Однажды на прием к доктору Тараканову пришла молодая, красивая ростовчанка. Они познакомились, оказалось, что Ирина после окончания технического института в Ростове-на-Дону, по распределению приехала работать в Белова. Вскоре после знакомства, Владимир Петрович сделал Ирине Николаевне официальное предложение, и она стала женой доктора Тараканова. В 1959 году родился сын Михаил. В 1960 году, молодая семья Таракановых переехала на родину жены в Ростов-на-Дону. Около года Владимир Петрович работал хирургом в городской больнице № 10. В 1962 году по конкурсу поступил на учебу в ординатуру на кафедру факультетской хирургии, которой в то время руководил профессор Б.З. Гутников, а после окончания учебы, Владимира Петровича вызвал к себе новый заведующий кафедрой профессор В.И. Русаков, речь пошла о дальнейшей работе в клинике. Вадим Иванович строго сказал:



- У нас здесь и хирургия, и наука. Вы сможете?!

- Я не знаю, ответил доктор Тараканов. Попробую.

Так Владимир Петрович пришел в клинику факультетской хирургии на 40 лет. В 1970 году защитил кандидатскую диссертацию. В этом же году в издательстве «Медицина» в свет вышла в соавторстве с В.И. Русаковым монография по теме диссертации «Чрезпузырная аденомэктомия простаты». Вадим Иванович писал во введении к монографии: «... большую работу по изучению и внедрению методов лечения выполнил мой соавтор – доцент В.П. Тараканов, которому принадлежит заслуга скрупулезной систематизации архивного материала, изучения отдаленных результатов и, что особенно важно, проведения подробнейших бактериологических исследований, давших убедительные сведения об эффективности разработанных в клинике методов борьбы с мочевой инфильтрацией и инфекцией».

Я пришел в клиническую ординатуру по хирургии на кафедру, когда Владимир Петрович был доцентом. Он работал в небольшом кабинете на первом этаже здания клиники, где помимо его, стояли рабочие столы профессора кафедры Юлии Ивановны Рудаковой, доцента Евгения Петровича Сулимова.

На кафедре Владимир Петрович исполнял хлопотную должность начальника учебной части. Эта важная кафедральная структура помимо начальника, насчитывала в своих рядах два старших лаборанта. Эти должности в 80-90 годах занимали Людмила Петровна Полякова и Александр Владимирович Утянский, который работает на кафедре до настоящего времени. Все учебные ординаторы также находились в ведении Владимира Петровича, так как готовили демонстрационный материал и ассистировали на лекциях доцентов и профессоров. Распределял лекции начальник учебной части. Всем учебным ординаторам, как тогда, так и сейчас, хочется оперировать, а не сидеть на лекциях, и если, была хоть небольшая возможность манкировать ими, чего только мы не делали, чтобы не идти на лекцию. Ох, и доставалось же Владимиру Петровичу за наши промахи. Но никогда он не сводил с нами счеты, не вызывал к себе в кабинет, всегда сам шел в ординаторскую.



- Володя, строго говорил мне Владимир Петрович, опять не подготовил лекцию.

- Владимир Петрович, да я подготовил.

- Как это подготовил! – он повышал голос, когда Вадим Иванович сказал, что не подготовил. Я опускал глаза долу, краснел, искренне думал, что такого конфуза больше не допущу. А позднее все повторялось.

- Что с тобой делать, – не знаю, грустно говорил он.

Как-то на наружной стороне входной двери ординаторской мы повесили листок с надписью, как нам казалось очень остроумной: «Прежде чем войти, подумай! Нужен ли ты здесь?» И первый кто прочел эту надпись, был доцент Владимир Петрович Тараканов. Мы за спиной у Владимира Петровича по-доброму шутили над ним, над его старомодной порядочностью, манерами, над его ужасающих размеров чашкой для чая, его очень неторопливыми, редко, когда категоричными высказываниями. Думаю, что он знал о наших шутках, но относился к ним мудро.

Трудился Владимир Петрович в урологическом отделении, разрабатывал идеи своего учителя по лечению труднейшего контингента больных, страдавших осложненными стриктурами задней уретры.

Доступ к задней уретре осуществляется через промежность. Послеоперационная рана узкая, глубокая, осветить ее сложно, поэтому администрация клиники приобрела налобные осветители для облегчения работы хирургов. И вот однажды, снарядившись таким образом, доцент Тараканов приступил к операции.

- Включай лампу – сказал Владимир Петрович своей любимой сестре-анестезистке Тане Харичкиной.

- Сейчас сказала она, и воткнула вилку налобной лампы в розетку с напряжением 220 вольт, вместо трансформатора с гораздо меньшим напряжением. И с ужасом поняв, что она сделала, мгновенно выдернула вилку из розетки и медленно подняла глаза на доцента-хирурга.



Да крепок оказался крестьянский сын Владимир. Не каждый доктор переживет 220 вольтовой разряд, когда его пропускают через головной мозг. Владимир Петрович не ушел из операционной, закончил операцию, начал переодеваться тут в операционную быстрым шагом вошел встревоженный Вадим Иванович Русаков, посмотрел на Владимира Петровича.

- Тараканов, тебя же чуть не прикончили! Воскликнул он.

А что сделаешь, – ответил Владимир Петрович – обошлось.

В этой трагической ситуации, совершенно нет позы, и люди, которые хорошо его знали, понимают, что он вел себя совершенно естественно. Не любил Владимир Петрович быть в центре внимания, причем любого внимания.

Оперировал Владимир Петрович добротню, до конца дней своих оставаясь сторонником классических методов хирургии. Редко во время операции шутил или рассказывал байки, больше молчал. Не любил посторонних разговоров в операционной, как среди хирургов, так и между анестезиологами. К концу операционного дня всегда сам осматривал всех послеоперационных больных урологического отделения. Заходил в операционную хирургического отделения, смотрел как оперируют хирурги.

Работа доцента, кроме клинической и научной, предполагает чтение лекций, ведение практических занятий со студентами. Я много раз ассистировал Владимиру Петровичу на лекциях. Он был педант. Требовал, чтобы лекции начинались строго вовремя. Читал без эмоций и красивых клинических примеров, методично излагал этиологию, патогенез, клинику хирургических болезней по курсу факультетской хирургии. Показывал все таблицы, которые были в клинике по теме лекции, много «слайдов» (Владимир Петрович так говорил), учебный фильм. Макропрепараты из великолепного музея клиники, созданного профессором Николаем Ивановичем Напалковым. На практических занятиях любил демонстрировать больных, учил собирать анамнез, проводить объективное обследование, читать рентгенограммы, лабораторные анализы. Смешно сердился, если студенты невнимательно слушали, опаздывали. Но быстро «отходил».



Владимира Петровича любили сестры и санитарки отделения, капризные и переменчивые в своих симпатиях и антипатиях операционные сестры. Любили за ровный характер, доступность, возможность обращаться к нему своим родственникам и знакомым. В клинике в 50-80 годах медсестрами работали колоритные женщины – это были личности. Людмила Михайловна Зимовейская (старшая сестра клиники), Александра Алексеевна Кулиш, Александра Максимовна Воробьева, Валентина Васильевна Есаульская, Надежда Алексеевна Некрасова (никогда не позволяла себе сидеть когда разговаривала с врачом), Зинаида Андреевна Кульбацкая, сестра –хозяйка клиники Нина Ивановна Дегтярева, работница пищеблока, тетя Шура (накормив больных, всегда приносила в ординаторскую ужин для дежурного доктора) Они помнили доктора Тараканова молодым и сохранили искреннее уважение к нему за многие десятилетия совместной работы.

Помню, как доцент Тараканов «строго» говорил небольшого росточка санитарке урологического отделения Кате Бойцовой:

- Пойди в клинику гинекологии, подкрадись и стащи гинекологическое зеркало, оно нам необходимо для работы. А если тебя поймают, скажи, – это меня Тараканов послал.

Катя смотрела на него снизу- вверх, пытаясь понять, шутит доцент или говорит серьезно.

Центр клиники, да и любого хирургического отделения, не кабинеты начальства, а ординаторская. Мне очень хочется верить, что Владимир Петрович заходил к нам с удовольствием. Вот трудится урологическая «гвардия»; заведующий урологическим отделением клиники Николай Васильевич Зосим сидит на диване и рассказывает что-то смешное и очень эротичное. Сергей Васильевич Перескоков, вернувшись из перевязочной обнаруживает на своем законном месте в ординаторской очередного учебного ординатора.



- Ну что вам здесь, медом намазано? Спрашивает он. Учебный ординатор быстро освобождает место. Виталий Леонидович Еремченко своим каллиграфическим почерком, удивительным для доктора пишет историю болезни. Он «строго» замечает доценту, о том, что им не написан протокол операции. Владимир Петрович покорно берет лист бумаги и садится писать. Вот кандидат медицинских наук Александр Иванович Кузин, в сдвинутой набок медицинской шапочке подперев голову правой рукой, о чем-то мечтает. Это тот самый доктор Кузин А.И., который призывал «своего» учебного ординатора – иностранца, праздновать всесоюзный день Учителя. Я с укором говорю Александру Ивановичу, о том, что он утром обещал проконсультировать моего больного, а теперь, конец рабочего дня, а консультанта, у постели больного как не было, так и нет.

Александр Иванович, не меняя позы смотрит на меня и спрашивает: «А ты чай пил?»

- Да нет не успел. Был на операции: – говорю я, пытаюсь вызвать сочувствие в его урологической душе. Александр Иванович мастерски держит паузу, все в ординаторской затихают, ожидая финала. И доктор Кузин А. И. кандидат медицинских наук хитро улыбаясь, говорит: «мало ли, что было утром, а сейчас – сытый, голодному не товарищ. Запомни это! Сядь перекуси, будешь такой же сытый, как и я. А там посмотрим».

Я растерянно ищу глазами Вадима Федоровича Касаткина, уж ему-то Александр Иванович не сможет отказать.

Хирург Леван Вагушевич Узунян, после операции, играет в шахматы с Сашей Утянским. Они с удовольствием затягиваются сигаретным дымом. Леван Вагушевич прищуривается, смотрит на Сашу, шахматную доску и говорит:

- А вам Александр Владимирович – мат.

Саша ищет повод переходить. Леван Вагушевич великодушно разрешает.



Владимиру Петровичу пришлось оперировать студента старших курсов медицинского института, которого много раз, еще со школьного возраста оперировали в клинике по поводу стриктуры уретры. Саша закончил школу, медицинское училище, пришел работать в урологическое отделение клиники факультетской хирургии. Его очень любили больные, которым он готов был помогать днем и ночью. Поступил в медицинский институт, женился. Но многолетняя стриктура уретры погубила почки больного и Владимир Петрович оперировал его с минимальными шансами на успех. Сашка лежал в отделении реанимации и медленно умирал. Он чувствовал, что жизнь заканчивается, его оставила жена, но студенты однокашники, сотрудники клиники как могли, старались облегчить его уход из жизни. Владимир Петрович приходил к своему больному несколько раз в день, и всегда перед уходом домой. А чего ему стоили эти обходы для Владимира Петровича, я понимаю только теперь. По моему мнению, основными чертами личности доктора Тараканова были: скромность, доходящая до застенчивости, милосердие, стремление не причинять каких либо, даже самых незначительных проблем окружающим: семье, сотрудникам клиники.

Как-бы специально о Владимире Петровиче иеромонах Роман написал:

Ты не гляди, он завистью не маялся
Обижен не был Богом и людьми
Жил как умел, а ежели не справился
Продай коней, а деньги на помин
На жен других с гармоникой не зарился
У шинкаря рубахи не пропил
Чтил седину и первым в пояс кланялся ...

В 1985 году, в самый разгар антиалкогольной компании в СССР, (это обстоятельство сильно расстроило участников банкета после защиты диссертации) докторская диссертация Владимира Петровича была завершена и представлена к защите в Киевский НИИ урологии. Вместе с Владимиром



Петровичем в составе группы поддержки в Киев вылетели В.В. Митусов, В. А. Глуценков. Готовились к защите в гостиничном номере: раз десять переделывали доклад, постоянно обсуждали его положения, спорили с Владимиром Петровичем до «хрипоты» по каждому тезису доклада, «давили» на него как могли своим авторитетом, с нетерпением ожидали приезда профессора В. И. Русакова как «верховного судьи».

Прибыл Вадим Иванович, доклад смотреть отказался. С улыбкой сказал.

- Тараканов, «дуй» как написано. Сто раз в Ростове обсуждали, – сколько можно.

Защита докторской диссертации Владимира Петровича Тараканова, посвященная лечению осложненных стриктур задней уретры, прошла блестяще. Мы с Валеркой Митусовым уговорили Владимира Петровича подписать нам, сразу после защиты, автореферат своей диссертации. Он, в зале ученого совета НИИ урологии, через 10 минут после объявления результатов голосования написал: «Доктору Глуценкову В. А. дорогому и незаменимому помощнику по защите диссертации с пожеланиями быстрее наступления предзащитного мандража и успешных научных изысканий". 17.09.85. Доцент Тараканов.

Митусову В. В. «Дорогому, незаменимому, слайдовтыкателю за доблестную помощь при защите диссертации с пожеланиями, тоже быстрее защиты и успешных дальнейших изысканий в мочеиспускательном канале.

Для Валерия Викторовича пожелания оказались пророческими. В 1989 году на заседании ученого совета Киевского НИИ урологии и нефрологии он защитил кандидатскую диссертацию по проблеме диагностики и лечения воспалительных стриктур мочеиспускательного канала.

В Ростов-на-Дону летели победителями. После утверждения докторской диссертации Владимиру Петровичу присвоили звание профессора, избрали деканом лечебно-профилактического факультета. На работу в урологическое отделение клиники пришел сын Миша, дочь София училась в медицинском институте.



Работая деканом лечебного факультета, Владимир Петрович меньше стал бывать в клинике и сотрудникам он меньше уделял внимания. Проблемы факультета и студентов отнимали много времени и сил. Слишком много для доктора-хирурга.

В личном деле основателя клиники факультетской хирургии профессора Николая Ивановича Напалкова, имеется докладная записка на имя ректора медицинского института периода, когда Николай Иванович был деканом лечебного факультета института. В этой записке профессор Н.И. Напалков писал о том, что работа в деканате, отнимает столько сил и внимания, и он стал замечать – от этого страдают клиническая работа, страдают сотрудники. Он настоятельно просил ректора, освободить его от должности декана, чтобы сосредоточиться на работе в клинике. Владимир Петрович прошел свой путь до конца. До своей кончины он оставался на должности декана, деля свой рабочий день на две части: клиническую и деканатскую. Я не могу судить в полном объеме, каким деканом был Владимир Петрович, эта должность многогранна, но студенты его любили. По-моему, высшая награда декану.

Мне приходилось видеть Владимира Петровича в деканате и клинике строгим, сердитым, ругающим студента в «пух и прах», но его не боялись ни в семье, ни студенты, ни в клинике. Многолетний, глубокоуважаемый ассистент кафедры хирургии Аким Дзаругович Харагезов говорил мне, что среди студентов прозвище Владимира Петровича – Неподкупный.

На защиту моей диссертации, со словами поддержки, член специализированного ученого совета, профессор Тараканов В.П. пришел больной, с температурой 38 °С. Выступил, дождался результатов голосования, поздравил с успешной защитой диссертации, вежливо отказался от банкета и лишь после этого ушел домой.

В семье и работе у Владимира Петровича все вроде бы определилось, устоялось, но пришла беда, откуда не ждали.



Владимир Петрович без разрешения заведующего кафедрой профессора В. И. Русакова, дал положительный отзыв на докторскую диссертацию доцента кафедры урологии Ростовского медицинского института, своего друга Семена Михайловича Серебренникова. Вадим Иванович критиковал работу, и Владимир Петрович об этом знал, тем не менее, отказать не смог, отзыв был написан и понятно, что отношения с шефом испортились. Он пытался объясниться – но тщетно. Для него это было трудное время. Владимир Петрович очень переживал, как-то сразу постарел, ушел в себя, стал меньше времени проводить в клинике, больше в деканате. Позднее вынужден был уйти из клиники сын, невестка. Он мало с кем делился этими проблемами. Мы искренне переживали за Владимира Петровича. Сейчас, кажется, что могли сделать для него больше, постараться нормализовать ситуацию. В этот период тяжело заболел отец Владимира Петровича. По-поводу легочного заболевания он лечился у нас в клинике, но болезнь протекала очень тяжело и последние месяцы жизни отец жил в Ростовской квартире сына. Владимир Петрович как мог, пытался облегчить отцу страдания до самой его смерти. Неожиданно заболела жена, потребовалась операция в онкологическом институте. Владимир Петрович ухаживал за ней до кончины Ирины Николаевны в 2002 году. После смерти жены жил с дочерью и внучкой у себя на квартире на Грибоедовском.

В последние годы его земной жизни мы встречались редко, но я всегда был искренне рад эти нечастым встречам, очень хочется верить, что и Владимир Петрович не относился ко мне равнодушно.

Во время этих встреч в его словах постоянно сквозила тревога за судьбу близких. Оживлялся лишь, когда говорил о своей внучке, было видно, что он искренне ее любит.

Мне кажется, что Владимир Петрович не мог, да и не хотел приспособиться к современным временам, не мог понять и принять неудержимое стремление людей к приобретению материальных благ – как цели жизни, Должность заведующего кафедрой хирургических болезней № 2, и



работа в деканате поглощали все его время, своим здоровьем он не занимался. Много десятков лет страдал варикозной болезнью подкожных вен нижних конечностей. Болезнь осложнилась тромбофлебитом, тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, пневмонией. Профессор И. И. Кательницкий, успешно выполнил флебэктомию, извлек тромб из бедренной вены, позднее установили специальный фильтр в нижнюю полую вену, но он своей функции не выполнил. После лечения Владимир Петрович приступил к работе. Но в ноябре 2004 года возврат болезни приковал его к больничной койке. В начале болезни, Владимир Петрович лечился в клинике госпитальной хирургии, затем был переведен в свою родную факультетскую. Со слов Александра Владимировича Шангичева, дежурившего в этот день, ничего не предвещало трагичного исхода. Утром 7 декабря 2004 г. Владимир Петрович встал для того, чтобы побриться. Видимо почувствовал себя плохо, возможно испытал невыносимые боли в груди, на помощь не позвал, или не успел.

Отпевали русского доктора Владимира Петровича Тараканова в православном кладбищенском храме Покрова Пресвятой Богородицы.

Сотрудники медуниверситета, близкие стояли с зажженными свечами, звучала православная панихида: «Со святыми упокой, Христе, душу раба твоего лекаря Владимира в селениях святых, месте светлом, в месте покойном, где нет ни болезни, ни печали, ни воздыхания, но жизнь бесконечная.

В духовном стихе «О богатом и бедном Лазаре» имеется обращение к ангелам: «... **положите душу на пелены**». Очень хочется верить, что душу доктора Владимира Петровича Тараканова ангелы положили на пелены и отнесли в уготованное ей место, до трубы архангельской и всеобщего воскресения.



Корейба К.А.,
ФГБОУ ВО «Казанского ГМУ» МЗ РФ,
кафедра хирургических болезней,
ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА», г. Казань

Минабутдинов Айдар Рамилевич,
ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА», г. Казань

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ДЕЗАГРЕГАНТОВ В КОМБИНАЦИИ С МЕТОДАМИ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ХИМИИ IN SILICO У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Актуальность.

Сложность и многочисленность клинических осложнений СД обуславливает необходимость поиска лекарственных препаратов, действующих одновременно на несколько звеньев патогенеза осложнений, что тем самым снижает вероятность полипрагмазии.

Цель.

Изучить и описать новые фармакологические свойства цилостазола и их патогенетическое влияние на ингибирование активности фосфодиэстераз 3, а также семейства металлопротеаз, участвующих в патогенезе формирования язв при синдроме диабетической стопы (СДС).

Материал и методы.

Для докинга использовали AutoDock Vina, затем выполнялся редокинг в модуле Glide V 6.3 программного обеспечения Maestro Schrodinger . Структура каталитического центра фосфодиэстераз была взята из PDB (Protein Data Bank) № 5SYF. Удаление молекул воды и лигандов было выполнено в AutoDockTools



V4.2. Структура лигандов была переведена в 2D формат—smiles с помощью инструментов ChemDraw. Визуализация результатов была выполнена в PyMOL V2.6.1. После оценки фармакологических свойств цилостазола *in silico* проводилась оценка клинической эффективности данного препарата на группе из 155 пациентов. Пациенты были разделены на две группы на основании включения в схему лечения цилостазола (препарат адуцил). Группа пациентов с включенным в схему лечения цилостазолом (адуцил) – основная группа. Группа без цилостазола в схеме лечения – контрольная группа или группа сравнения. Статистический анализ проведен согласно математической модели.

Были рассчитаны следующие показатели: 1. Относительная частота благоприятных исходов в основной группе (ЧБИОГ) рассчитывалась по формуле – $A/(A+B) \times 100\%$; 2. Относительная частота благоприятных исходов в группе сравнения (ЧБИГС) по формуле $C/(C+D) \times 100\%$; 3. Частота неблагоприятных исходов в основной группе (ЧНИОГ), рассчитывалась по формуле $B/(A+B)$; 4. Частота неблагоприятных исходов в группе сравнения (ЧНИГС), по формуле $D/(C+D)$; 5. Снижение относительного риска исследуемых групп (СОРИГ), рассчитывалась по формуле $(ЧНИГС-ЧНИОГ) \times 100\%$; 6. Повышение относительной пользы (ПОП) – относительное увеличение частоты благоприятных исходов в основной группе по отношению к группе сравнения, рассчитывалась по формуле $(ЧБИОГ - ЧБИГС)/ЧБИГС \times 100 \%$; 7. Число больных, группы сравнения, которых необходимо лечить за определенное время, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (ЧБНЛ), по формуле $1/САРИГ$.

Результаты.

Были получены следующие результаты: 1. Цилостазол является более селективным ингибитором изоформы А фосфодиэстеразы 3 (PDE3A). PDE3A является основным подтипом PDE3, ответственным за эффекты ингибиторов PDE3 на активацию/агрегацию тромбоцитов, базальную сократимость миокарда пролиферацию, ремоделирование гладких мышц сосудов.



Ингибирование преимущественно PDE3A минимизирует побочные эффекты, связанные с ингибированием PDE3B – повышение инсулинорезистентности за счет усиления секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы, повышением содержания триглицеридов в плазме крови и др. 2. Цилостазол ингибирует фосфодиэстеразу типа 5 (PDE5), что обуславливает его вазодилатирующий эффект. 3. Цилостазол является потенциальным ингибитором металлопротеаз 8 и 9 типов, ответственных за формирование хронических язв у лиц, страдающих СД. Далее, мы сравнили основную и контрольную группы, чтобы сравнить данные, полученные при молекулярном моделировании, с клиническим эффектом цилостазола. Получили следующие результаты: 1. ЧБИОГ составила 91%; 2. ЧБИГС составила 56%; 3. ЧНИОГ составила 0,09; 4. ЧНИГС составила 0,44; 5. СОРИГ составила 35%; 6. ПОП данной методики составила 62,5%; 7. Число больных, группы сравнения, которых необходимо лечить за определенное время, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход – 2,85.

Выводы. Данные полученные *in silico* говорят об одновременном влиянии цилостазола сразу на 3 звена патогенеза СДС, что подтверждается клинически более высокой частотой благоприятных исходов в основной группе, в которой в комбинированную схему терапии был включен цилостазол (адудил).



Красновский Виталий Игоревич,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им И.М. Сеченова МЗРФ, г. Москва

Ветшев Ф.П.,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им И.М. Сеченова МЗРФ, г. Москва

Горбунов А.С.,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им И.М. Сеченова МЗРФ, г. Москва

Лялин М.В.,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им И.М. Сеченова МЗРФ, г. Москва

Еганян А.С.,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им И.М. Сеченова МЗРФ, г. Москва

**30 ЛЕТ СПУСТЯ ОПЕРАЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ
МАЛОГО ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.
ОБСУЖДЕНИЕ НЕРЕШЕННЫХ ВОПРОСОВ.**

Актуальность.

В настоящее время лечение морбидного ожирения (МО) остается актуальной проблемой, несмотря на совершенствование методов консервативного и хирургического лечения. Приоритетным является комплексный мультидисциплинарный подход в решении вопроса о снижении и



стабилизации массы тела в стационарах занимающихся бариатрической хирургией (БХ). Современными наиболее распространенными бариатрическими операциями являются: продольная резекция желудка (ПРЖ) и минигастрошунтирование (МГШ). Несмотря на стремительное развитие миниинвазивных технологий больные, оперированные ранее методом формирования малого желудка (ФМЖ) с применением фторлаванового сосудистого протеза (ФСП), всё ещё попадают “в поле зрения” специалистов различного профиля и требуют определения оптимальной тактики их дальнейшего персонализированного лечения.

Материалы и методы.

В клинике факультетской хирургии №1 Сеченовского Университета с 1984 по 2005 гг. выполнялись операции у больных МО методом ФМЖ с применением ФСП из лапаротомного доступа, и позже, с внедрением лапароскопической техники, устанавливали регулируемые бандажи Lap-band. Общее количество пролеченных больных составило более 600. В настоящее время на базе нашей клиники создан Центр эндокринной и метаболической хирургии, где выполняются наиболее распространенные и зарекомендовавшие себя миниинвазивные операции: ПРЖ, МГШ и SADI. Полученные результаты: За последние 5 лет на лечении состояло 4 пациента, оперированные ранее по поводу МО (ИМТ: 38-43) методом ФМЖ. В отдаленном периоде отмечено снижение массы тела с временным положительным эффектом, что было обусловлено увеличением объема сформированного малого желудка. На этом фоне прогрессировали симптомы сопутствующих заболеваний: артрозы суставов ног, артериальная гипертензия и др. Одним из типичных в клиническом плане осложнений у пациентов после ФМЖ с ФСП является образование пролежней в месте прикрепления протеза с формированием пищевых безоаров в кардиальном отделе и теле желудка, что диагностируется при ЭГДС. Консервативное лечение пищевого безоара у всех больных выполнено в соответствии с общепринятыми мировыми методами с



положительным эффектом. У 3 пациентов, в дальнейшем, выполнено эндоскопическое отсечение бандажа от стенки желудка без технических сложностей. У одной пациентки интраоперационно было выявлено, что ФСП прорастает люминально, создавая риск перфорации стенки желудка, ввиду этого от эндоскопического удаления бандажа решили отказаться.

Обсуждение. За период наблюдения исследуемой группы пациентов с пролежнем ФСП было отмечено, что в отдаленном послеоперационном периоде у некоторых образовывался пролежень бандажа по всей окружности, протез удаляли эндоскопически или же он “выходил” естественным путем без клинических проявлений кишечной непроходимости. При этом, у ряда больных отмечалась клиническая картина дисфагии, обусловленной пищевым безоаром кардиального отдела желудка. Особое внимание представляют пациенты с плотной фиксацией ФСП и риском перфорации стенки желудка при эндоскопическом удалении бандажа. Выводы и рекомендации: Больные, ранее оперированные методом ФМЖ в настоящее время относятся к трудоспособной группе людей от 40 до 55 лет и могут потребовать повторного хирургического лечения с применением комбинированного подхода с участием эндоскопистов и бариатрических хирургов. Основными приоритетами в выборе тактики повторного хирургического лечения пациентов с ФСП являются наличие осложнений в виде пролежней, их локализация и необходимости снижения массы тела. При локализации фиксированного ФСП по малой кривизне предпочтительнее выполнение реконструктивной шунтирующей операции с дополнительным ушиванием стенки желудка в области дефекта. При локализации фиксированного ФСП по большой кривизне желудка целесообразно выполнение продольной резекции желудка.



Бенян А.С.,
Самарский государственный медицинский университет,
г. Самара

Медведчиков-Ардия Михаил Александрович,
Самарский государственный медицинский университет,
Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова,
г. Самара

Храновский Д.Г.,
Самарский государственный медицинский университет,
Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова,
г. Самара

Акопян А.Б.,
Кинельская центральная районная больница,
г. Самара

ВНЕДРЕНИЕ ЧЕК-ЛИСТА ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ТОРАКАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение.

Повышение качества и безопасности медицинской помощи является конечной целью процессов организации и контроля медицинской деятельности. Подготовка к операции пациентов торакального профиля требует чрезвычайно точного соблюдения всех необходимых периоперационных мероприятий ввиду высокой степени сложности как самих вмешательств, так и анестезиологического пособия.



Материал и методы.

В Самарской области в настоящее время функционируют 4 торакальных хирургических отделения в структуре 4 учреждений здравоохранения. Средний возраст торакальных хирургов составляет $44,1 \pm 11,9$ лет.

Внедрение концепции хирургической безопасности в торакальной хирургии было начато в 2017 году, когда в работе хирургического торакального отделения СОКБ стали использовать чек-лист хирургической безопасности ESTS (European Society of Thoracic Surgeons), который представлял собой модификацию Контрольного перечня хирургической безопасности ВОЗ, адаптированный с учетом особенностей подготовки пациентов к операциям на органах груди.

Результаты и обсуждение. Концепция хирургической безопасности в Самарской области базируется на этапности внедренческих подходов и реализуется на 3 уровнях: региональном, объектовом (ЛПУ) и отделенческом уровнях. Региональный уровень включает в себя мероприятия по разработке методологии внедрения, наполнению образовательного компонента, цифровизации процессов. На уровне ЛПУ помимо издания нормативно-правовой документальной базы необходимо создание условий для того, чтобы заполнение и ведение чек-листа рассматривалось как важный инструмент организации лечебно-диагностических процессов и самоорганизации для медицинских работников и не стало «еще одним лишним документом». Мероприятия отделенческого уровня должны, в первую очередь, заключаться в ознакомлении и принятии существующей доказательной базы хирургической безопасности как обязательного компонента повышения качества медицинской помощи.

Последовательность внедрения рекомендуем проводить в следующем порядке:

1. Тестовый этап (анкетирование, осведомление, выявление потенциала);
2. Методологический этап (разработка и издание учебного пособия; разработка и включение циклов усовершенствования по хирургической



безопасности в учебные программы кафедр хирургии и организации здравоохранения ВУЗов; проведение лекций и семинаров в рамках образовательных недель заседаний хирургических обществ; адаптация существующих чек-листов к работе отдельных подразделений или создание оригинального чек-листа);

3. Организационный этап (распределение зон ответственности и ответственных лиц за проведение контроля выполнения перечня обязательных мероприятий);

4. Нормативно-правовой этап (разработка и утверждение локальных правовых актов- приказов или алгоритмов с обязательным указанием единой формы чек-листа, ответственных лиц);

5. Контрольный этап (проведение разноуровневого контроля за исполнением всех пунктов чек-листа: в хирургическом торакальном отделении – заведующий отделением, в операционном блоке – заведующий отделением, руководитель службы управления качеством и безопасностью медицинской помощи, заместитель главного врача по хирургии);

6. Оценочный этап с рекомендациями по развитию (объективный анализ периоперационных инцидентов, которые были выявлены в процессе применения чек-листа, а также случаи, когда чек-лист способствовал предупреждению развития этих инцидентов);

7. Этап рутинного применения (с проведением регулярных контрольных проверок выполнения пунктов чек-листа).

Выводы. Потенциальный эффект от внедрения чек-листов хирургической безопасности заключается, в первую очередь, в предупреждении развития нежелательных инцидентов у пациентов в периоперационном периоде и снижении хирургических осложнений и летальности, а с другой стороны – в повышении уровня самоконтроля в организации хирургической деятельности.



Кузьмина Т.Н.,

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова»
Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

Сергеева А.В.,

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова»
Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

Рубанова Д.В.,

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова»
Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

Смирнова О.А.,

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова»
Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

**ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА
У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ**

Актуальность.

Радикальные резекционные вмешательства на желудке, а именно дистальная резекция желудка и гастрэктомия, могут вызвать изменения состава тела, что необходимо своевременно диагностировать. Биоимпедансный анализ состава тела (БИА) является неинвазивным, доступным, быстрым и безопасным методом.



Цель.

Изучить состав тела у пациентов, перенесших радикальные резекционные вмешательства на желудке, с помощью БИА в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы.

В ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ в период с 2022 по 2023 гг. обследованы 10 пациентов (7 мужчин (медиана возраста 68 лет) и 3 женщины (медиана возраста 72 года)). Показанием к оперативному лечению (лапароскопической дистальной резекции желудка (n=4), лапароскопической гастрэктомии (n=6)) у всех пациентов являлся рак желудка, стадийность онкологического процесса по системе TNM – T2-60%, T3-40%. Всем пациентам БИА проводился на 5-7 день после операции, для контроля состояния мышечной ткани и степени катаболических сдвигов. Результаты. Среди исследуемой группы, у 80% пациентов скелетно-мышечная масса (СММ) и жировая масса (ЖМ) находились в диапазоне нормальных индивидуальных значений, у 10% выявлена саркопения, у 10% наблюдалось ожирение без потери СММ. При анализе ФУ, мы выявили, что у 50% пациентов данный параметр соответствовал норме (5,4-7,80), у 40% пациентов выявлена гиподинамия (4,4-5,40), а у 10% выявлено его существенное снижение – начальная стадия катаболизма (менее 4,40).

Заключение.

Проведенный анализ показал, что БИА может использоваться как инструмент для диагностики саркопии и метаболических процессов. Однако, данный метод должен применяться в динамике у рассматриваемой категории пациентов, для своевременного выявления саркопии в отдаленном послеоперационном периоде с последующей коррекцией.



Попов П.А.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Попов Ю.П.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Переходов С.Н.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Евдокимов В.В.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Дубовицкий К.И.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

**ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРЕДБРЮШИННОЙ
АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ С ОСТАВЛЕНИЕМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА,
В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ, ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ
И БОЛЬШИХ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ**

Введение.

При выполнении оперативного пособия при паховых грыжах около 10% приходится на пациентов с рецидивными грыжами, после классических пластик



пахового канала по Лихтенштейн или Бассини, а также с длительно существующими или большими пахово-мошоночными грыжами. В данных случаях выполнение лапароскопической пластики существенно усложняется за счет рубцовых сращений грыжевого мешка с окружающими тканями или имплантатом, размеров грыжевого и нарушения анатомических ориентиров. В данных вариантах классическая методика лапароскопической аллогерниопластики не всегда выполнима из-за технических сложностей в процессе мобилизации грыжевого мешка, нарушения анатомических ориентиров и сложности гемостаза в дистальных отделах пахового канала. На этапе мобилизации трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) и тотальная экстроперитонеальная (ТЕР) не имеют существенных отличий, а следовательно, хирурги встречаются с одинаковыми сложностями на данном этапе мобилизации.

Материал и методы.

Были проанализированы результаты лапароскопической аллогерниопластики (ТАПП) с выделением грыжевого мешка и с его оставлением при рецидивных паховых и больших пахово-мошоночных грыжах, когда грыжевой мешок плотно спаян с сетчатым имплантатом или находится в грубых рубцовых сращениях с окружающими тканями. В таких случаях высок риск интраоперационных и послеоперационных осложнений. В исследовании приняло участие 97 пациента мужского пола в возрасте от 18 до 85 лет с рецидивными паховыми и большими пахово-мошоночными грыжами после ранее перенесенной пластики по Лихтенштейн, Бассини, Постемпскому, поступавших в университетскую клинику Российского Университета Медицины им. А.И. Евдокимова и на клинические базы кафедры госпитальной хирургии за 2019-2023 гг. Сравнительный анализ проводился по длительности выполнения операции, возникновению интраоперационных и послеоперационных осложнений, выраженности болевого синдрома в



послеоперационном периоде и продолжительности госпитализации. В основную группу вошло 68 пациентов, у которых мобилизацию грыжевого мешка не проводили ввиду наличия плотных рубцовых сращений с элементами семенного канатика, пахового канала, оболочками яичка или сетчатого имплантата. Грыжевой мешок отсекался циркулярно в проекции шейки, а образовавшийся дефект в брюшине ушивался однорядным швом. При прямых паховых грыжах и при условии частичной мобильности грыжевого мешка и поперечной фасции дополнительно проводилась фиксация грыжевого мешка к лону герниостеплером с целью уменьшения количества образования сером. В группе сравнения вошло 63 пациента, где выделение грыжевого мешка проводилась по классической методике. Техника трансабдоминальной предбрюшинной аллогерниопластики была одинакова в обеих группах, использовались «облегченные» сетки размерами 10x15 см., фиксация производилась с помощью герниостеплера с рассасывающимися скрепками или отдельными узловыми швами, брюшина ушивалась в край монофиламентной нитью 3-0 или ниткой v-lock.

Результаты.

В основной группе средняя скорость выполнения составила 64+/-5 минуты, тогда как у группы сравнения скорость оперативного пособия занимала минимум на 26 минут больше, ввиду требуемого времени на мобилизацию грыжевого мешка и гемостаз. Интраоперационных сложностей и осложнений при циркулярном отсечении грыжевого мешка в области шейки и дальнейшей отсепаровки брюшины у пациентов основной группы отмечено не было. У пациентов контрольной группы на этапе мобилизации грыжевого мешка, особенно после пластики по Лихтенштейн и при длительно существующих пахово-мошоночных грыжах, отмечалась выраженная диффузная кровоточивость. Основные сложности возникали в дистальной части пахового канала, ввиду наибольшей силы трaкции на грыжевой мешок в



момент диссекции. Гемостаз выполнялся биполярным коагулятором, это занимало дополнительное время и требовало более высоких технических навыков хирурга. Следует отметить, что при больших пахово-мошоночных грыжах, отмечались случаи самостоятельного «отрыва» грыжевого мешка от поперечной фасции или оболочек яичка в последние моменты диссекции, ввиду чрезмерной тракции на данном этапе, что впоследствии делает практически невозможным визуализацию данной зоны для тщательного гемостаза.

Анализ послеоперационного периода показал, что у 9,8 % пациентов основной группы отмечалось образование клинически значимых сером, которые, ввиду наличия дискомфортных явлений при движении и болевого синдрома, потребовали однократной или двукратной пункции под контролем УЗИ. В группе сравнения показатель образования сером был на том же уровне и 6 пациентам выполнялись пункции под УЗИ контролем. Статистической разницы в формировании сером у основных и контрольных групп отмечено не было. Все пациенты обеих групп у которых течение послеоперационного периода осложнялось клинически значимыми серомами, потребовавшими пункцию, были оперированы по поводу больших и длительно существующих (более 5 лет) пахово-мошоночных грыж. У 8 пациентов контрольной группы отмечено формирование умеренных гематом в области мошонки, потребовавших выполнения пункции в раннем послеоперационном периоде.

Выраженность болевого синдрома оценивалась по числовой рейтинговой шкале боли через 2 часа от момента окончания операции, на 1-е и 2-е сутки. Также оценивалась скорость активизации пациентов на первые сутки после операции. В момент операции в точках установки троакаров всем пациентам выполнялась местная анестезия. При анализе пациентов основной группы, интенсивность болей в первые часы была несколько ниже и равнялась 2,4 баллам, пациенты были активны и самостоятельно передвигались по палате через 4 часа от момента окончания операции. В группе сравнения показатель интенсивности болей составлял 3,2 балла, на скорость активизации пациентов



данный фактор влияния не оказал и через 4 часа большая часть пациентов, за исключением возрастных и маломобильных, свободно перемещались по палате. На 1-е и 2-е сутки у пациентов обеих групп значимых отличий не наблюдалось, в основной группе болевой синдром равнялся 2,1 и 1,6 баллов, в группе сравнения 2,3 и 1,8 баллов.

Анализ пребывания пациентов в стационаре у данных пациентов не выявил статистически значимых отличий и колебался в пределах 2,5 койко дней.

Выводы.

1. Выполнение лапароскопической аллогерниопластики без выделения грыжевого мешка при рецидивных паховых грыжах, а также больших и длительно существующих пахово-мошоночных грыжах оправдано и достоверно ведет к меньшему числу интраоперационных и послеоперационных осложнений.

2. Упрощение техники оперативного пособия, дает возможность выполнения операций в технически сложных случаях хирургами с меньшим опытом и на стадии освоения техники лапароскопической герниопластики, а также достоверно сокращает длительность оперативного пособия.

3. Ввиду отсутствия травматизации пахового канала при диссекции у пациентов основной группы, отмечался более низкий болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.



Левчук А.Л.,
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Абдуллаев Абакар Эльбрусович,
ГКБ СМП, г. Владимир

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения больных с мочепузырно-толстокишечными, тонко-толстокишечными и толстокишечно-вагинальными свищами дивертикулярного происхождения путем усовершенствования диагностической программы и хирургической тактики.

Материалы и методы.

Проведено исследование с участием 82 больных, лечившихся в ГКБ СМП г.Владимира с 2012-2022 г с ДБТК, осложненной формированием свищей. Больных с внутренними кишечными свищами было 38 (46,3%), из них мужчин-22 (57,9%), женщин-16 (42,1%). В обязательную диагностическую программу входили: общеклинические исследования, УЗИ брюшной полости, малого таза, у женщин трансвагинальное УЗИ, КТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением и МРТ малого таза, цистоскопия, ФКС, ирригография, в том числе с одномоментной фистулографией через наружное свищевое отверстие.

Результаты.

Клиническая картина коло-везикального свища встречалась в 19 (50%) случаях, сигмо-вагинальный у 14 (36,8%), илео-сигмоидный в 5 (13,2%)



случаях. УЗИ брюшной полости выполнено всем пациентам (n-82), трансвагинальное УЗИ у 23 (28%), ТРУЗИ у 38 (46,3). Ирригоскопия выполнена 68 (82,9%) больным. Цистоскопия выполнена в 19 (23,2%) наблюдениях. ФКС выполнена у 68 (82,9%) больных. МСКТ в 77 (93,9%) наблюдениях. Разобщение свища, резекция сигмовидной кишки по Гартману с выведением одноствольной колостомы с плоскостной резекцией и ушиванием стенки мочевого пузыря выполнена у 6 (7,3%) пациентов. ЛГКЭ выполнена у 28 (34,1%) больных. Резекция сигмовидной кишки с первичным толстокишечным анастомозом и наложением привентивной колостомы выполнена у 9 (11%) пациентов. В 23 (28%) случаях выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза без выведения привентивной стомы, у 10 (12,2%) пациентов с наружными кишечными свищами, и 13 (15,9%) с сигмовезикальным свищем. В 5 (6,1%) наблюдениях выполнена резекция сигмовидной кишки с резекцией участка тонкой кишки, несущей свищ, с наложением тонкокишечного и толстокишечного анастомозов. Осложнения возникли в 6 (7,3%) наблюдениях.

Заключение: Лечение дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной формированием свищей, является одной из наиболее актуальных и трудоемких задач. Частота развития данного осложнения 15,7%. Наиболее тяжелую категорию больных составляют пациенты с наружными свищами ободочной кишки, т.к. возникновению их способствовали перенесенные ранее оперативные вмешательства по поводу осложнений ДБТК. Единственным радикальным методом лечения этой категории больных является только оперативное вмешательство. Учитывая необходимость привлечения смежных специалистов к лечению внутренних свищей ДБТК стратегия диагностики и лечения этой непростой категории больных должна быть мультидисциплинарной. А методика выполнения оперативного вмешательства при этом должна носить строго персонифицированный характер.



Левчук А.Л.,
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Абдуллаев Абакар Эльбрусович,
ГКБ СМП, г. Владимир

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННАЯ КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ.

Введение. Рост дивертикулеза в индустриально развитых странах неизбежно приводит к увеличению частоты дивертикулярных кровотечений (ДК), которые составляют от 20 до 40% в структуре кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у взрослых. С возрастом распространенность этого заболевания увеличивается во всем мире в 4-6 раз, что делает ДК серьезной проблемой современного здравоохранения. Исследования последнего десятилетия подтверждают, что частота ДК увеличилась с 2013 по 2021 год и, как ожидается, продолжит расти в ближайшие десятилетия. С 2018 года в стационарах США ДК является основным показанием для госпитализации больных, в среднем-280 000 человек в год.

Факторы риска. Особенностью ДК является тяжесть их прогнозирования и риск повторного массивного рецидива с более высокой вероятностью летального исхода. основополагающие патологические механизмы, способствующие формированию дивертикулов толстой кишки, остаются до конца неясными. Наиболее вероятным является возникновение заболевания в результате воздействия совокупности факторов: врожденная патология, особенности диеты, состав кишечной микрофлоры, генетическая



предрасположенность, аномальная подвижность толстой кишки, наличие микроскопических воспалительных изменений в стенке толстой кишки, повышение внутрикишечного давления и т.д. Воспалительные изменения играют значительную роль в развитии осложнений ДБТК, в том числе, одним из грозных осложнений дивертикулеза является кишечное кровотечение. Механизм развития кровотечения из дивертикула состоит в том, что при эвакуации фекалита через шейку, в ее узкой части, происходит повреждение рыхлой отечной слизистой. Именно в этом месте шейку дивертикула обвивают конечные ветви *vasa recta*. Пенетрирующие сосуды, приводящие к слабости кишечной стенки, в верхней части дивертикула становятся складчатыми. При такой конфигурации эти сосуды отделяются от просвета кишки только тонкой слизистой выстилкой. При этом артерии подвергаются повреждающему действию внутрипросветного содержимого, что и приводит к кровотечению. Гистологическое исследование таких расширенных сосудов позволяет определить их строение, которое объясняет теорию дивертикулярного кровотечения. Асимметрическое грыжевидное расширение сосудов *vas rectum* происходит в направлении просвета дивертикула в его верхушке на противоположной от брыжейки стороне. Повреждающие факторы, находящиеся в просвете кишки, вызывают асимметричное повреждение той части *vas rectum*, которая прилежит к просвету. Это повреждение приводит к сегментарному ослаблению артерии и предрасполагает к выпячиванию в просвет кишки. Выпячивание сопровождается эксцентрическим истончением интимы сосудов вблизи кровоточащего участка.

Ввиду этого фиброколоноскопия является основным методом диагностики, при котором в устье одного из дивертикулов можно обнаружить кровоточащий сосуд и остановить кровотечение различными эндоскопическими методиками. Сообщалось, что прием нестероидных противовоспалительных препаратов, антикоагулянтов, повышенное внутрикишечное давление, ожирение, беременность, прием антикоагулянтов,



гипоальбуминемия, – являются факторами риска рецидива кишечного кровотечения. Kinjo K et al. (2016) сообщали что рецидивные тяжелые дивертикулярные кровотечения чаще возникали у мужчин, страдающих ожирением (ИМТ ≥ 25), и у пациентов, применяющих антикоагулянтную терапию. Tsuruoka N et al. (2020) доказали, что артериальная гипертензия и гиперлипидемия были факторами риска кишечных кровотечений у пациентов моложе 65 лет. Lee K et al. (2021) сообщали, что прием любых гипотензивных средств и анемия были связаны с тяжелым дивертикулярным кровотечением. Вместе с тем, Gilshtein H. et al. (2016) утверждали, что ни антикоагулянтная терапия, ни антиагрегантное лечение не были связаны с повышенным риском повторного кровотечения, в том числе требующих хирургического вмешательства. Это исследование также продемонстрировало, что такие факторы как мужской пол, ожирение, прием НПВС и антикоагулянтов, а также дивертикулярные кровотечения в анамнезе, не были значимыми предикторами тяжелого геморрагического синдрома.

Диагностика. По данным Thad W. (2019) дивертикулярное кровотечение в 80% случаев останавливается самопроизвольно. Колоноскопия является основным методом диагностики кишечного кровотечения. Ценность данного метода состоит не только в возможности определения локализации источника кровотечения в толстой кишке, но и в выполнении эндоскопического гемостаза. В странах Азии и США фиброколоноскопия рекомендуется в качестве обследования первой линии при подозрении на кишечное кровотечение. По результатам многоцентрового общенационального исследования группы авторов из Японии, в котором были изучены результаты лечения 5823 пациентов, колоноскопия, как метод установки диагноза, был выполнен в 100% случаях, у 70,6% пациентов была проведена МСКТ-ангиография с определением источника экстравазации контрастного вещества, у 78,6% больных применены различные варианты эндоскопического гемостаза. Во время колоноскопии использовали три стратегии лечения: обнаружение



источника кровотечения, эндоскопическое лечение, консервативное гемостатическое лечение без обнаружения зоны состоявшегося внутрикишечного кровотечения. Эндоскопические методы лечения включали в себя клипирование, коагуляцию, инъекционный гемостаз и прошивание кровоточащего сосуда в дивертикуле толстой кишки.

Одним из нерешенных и сложных вопросов в диагностике кишечного кровотечения на фоне ДБТК является прогнозирование его риска. Ранним рецидивирующим кровотечением определено как случившиеся через 30 дней от момента предыдущего, и позднее – состоявшиеся спустя 6 месяцев. Так по данным Nagata N. (2014) в 20-35% случаев рецидив кровотечения при ДБТК возникает в течении года после консервативной остановки. При рецидиве кишечного кровотечения из дивертикулов толстой кишки выполняли раннюю ФКС, либо МСКТ-ангиографию. Jensen D. et al. (2000) сообщили о высокой частоте рецидивирующих кровотечений (53%) у пациентов, которым в анамнезе выполнены лишь только медикаментозное лечение, и в 10% случаев у тех, кому был выполнен эндоскопический гемостаз. Авторы пришли к выводам, что частота ранних и поздних рецидивных кишечных кровотечений была значительно ниже у пациентов, которым был выполнен эндоскопический гемостаз, что позволяло сделать заключение, что стратегия «найди и вылечи»-являлась самой перспективной и с лучшими результатами. Вместе с тем, активное кишечное кровотечение, в отличии от неактивного, является предиктором высокого риска рецидива гематохезии, независимо от выполненного эндоскопического гемостаза. При этом рецидивы кровотечений после эндоскопического гемостаза чаще возникали у лиц с дивертикулами в левой половине толстой кишки, нежели в правой. Причиной тому служили технические особенности и сложности манипуляций в левой половине толстой кишки и анатомический изгиб в сигмовидной кишке, что могло приводить к несостоятельности швов на кишке и миграции клипс.



Срочная колоноскопия широко используется, как для диагностики, так и с лечебной целью, выполненная в течении 12-24 часов после дебюта кишечного кровотечения, имеет более высокую диагностическую ценность верификации источника кишечного кровотечения, и способствует успеху эндоскопического гемостаза. Nagata et al. (2015) сообщили, что частота диагностики сосудистых мальформаций значительно выше при колоноскопии после КТ-ангиографии (35,7%), по сравнению только с одной эндоскопией (20,6%) (34,9% при ФКС после КТ, против 13,4% при одной только ФКС). Sugiyama T. et. al (2020) подтвердили, что ФКС после КТ-ангиографии имеет более высокую диагностическую ценность (60%), по сравнению только с ФКС (31%).

Лечение. До 80% случаев ДК останавливается спонтанно, даже при одном только консервативном лечении. Однако, без эндоскопического лечения частота повторного кровотечения очень высока (до 74%). В настоящее время получили широкое применение такие методы эндоскопического гемостаза, как эндоскопическое прошивание (endoscopic band ligation-EBL) и эндоскопическое клипирование кровоточащего дивертикула, когда источник идентифицирован. Суть метода EBL заключается в маркировке источника кровотечения проксимально и дистально эндосклипсами. Затем «целевой» дивертикул с помощью щипцов эндоскопа низводится в просвет кишки и накладывается лигатура на шейку дивертикула. Уровень первичного гемостаза при этом достигал 90%. Рецидивы кровотечений после данного вмешательства составили не более 6%, против 23% после клипирования. По мнению Tsuruoka N. (2020) на это было 2 причины: возможность более глубокого прошивания стенки кишки, и формирование рубцов на месте вмешательства, что способствует окончательной остановки кровотечения. В некоторых сообщениях отмечалось осложнение после EBL – перфорация толстой кишки, связанная, вероятнее всего, с тракцией дивертикула в инфильтрированной воспаленной стенке толстой кишки при дивертикулите, возникающим после инструментальных исследований.



Другим методом остановки дивертикулярного кровотечения является наложение силиконового зажима на пораженный дивертикул (OTSC-over-the-scope clip system). Данная методика была разработана для закрытия различных перфораций. Этот способ эндогемостаза применяется крайне редко ввиду высокой дороговизны вмешательства.

Заслуживает внимания система эндоскопической съемной лигатуры (EDSL). Суть метода заключается в том, что лигатурная петля вводится через рабочий канал эндоскопа и расширяется над верхушкой подающего инструмента. Целевой дивертикул помещался в рабочую часть инструмента и перевязывался лигатурной петлей. Преимуществом данного метода являлась низкая частота ранних рецидивов кровотечений (6,8%), относительно других методов эндогемостаза, и независимость методики от того откуда именно произошло кровотечение (купол, либо шейка дивертикула).

Следует отметить тот факт, что больные, у которых на ФКС обнаруживались признаки состоявшегося кишечного кровотечения (видимый сосуд без выделения крови, фиксированный тромб-сгусток), без какого-либо эндоскопического вмешательства, имеют значительный риск рецидива гематохезии (52,9%-65,8%). Частота выявления источника кровотечения на первичной ФКС не более 34%. Эта идентификация увеличивается до 78% у пациентов, которым было выполнено КТ-ангиография с визуализацией экстравазации контрастного вещества в зоне локализации предполагаемого кровоточащего дивертикула.

Группой авторов, под руководством Toshinobu (2021), проведено исследование, целью которого было изучение эффективности сочетанного применения эндоскопического гемостаза с визуализацией экстравазации при помощи КТ-ангиографии, с целью предотвращения повторного ДК. Общая частота повторных кишечных кровотечений при этом составила 30,4%. Частота рецидивов была выше в группе с положительной экстравазацией, чем в группе с отрицательной. Среди пациентов, которым был проведен эндоскопический



гемостаза, частота повторного кровотечения была значительно выше в группе с положительной экстравазацией. Им возникла необходимость выполнения повторной ФКС с дополнительным эндоскопическим гемостазом.

Дивертикулярное кишечное кровотечение является наиболее распространенным типом гематохезии среди взрослых, на его долю приходится 30-65% всех низких кишечных кровотечений. Основным вопросом при оказании специализированной помощи при этом, – это идентификация локализации источника кровотечения. При этом показатели выявления источника кровотечения остаются низкими. Констатируют две причины сложности выявления источника дивертикулярного кишечного кровотечения: во-первых, это ремитирующий характер геморрагии, на фоне его спонтанного гемостаза, во-вторых – это трудности визуализации источника кровотечения за счет скопления сгустков крови в просвете кишки, особенно при правосторонней локализации. East J.E. et al (2008) описали в своем исследовании, что во время выполнения ФКС при массивном кровотечении с наличием большого количества сгустков в просвете кишки, при попытке отмывания, промывные воды моментально смешивались с кровью, что затрудняло четкую визуализацию источника гематохезии. Yamamoto et al. (2021) для промывания кишки и улучшения визуализации применяли гель OS-1 Jelly. Из-за своей вязкости данный гель не смешивался с кровью, что способствовало отмыванию сгустков и более четкой идентификации источника кровотечения. Частота выявления источника кровотечения при этой методике составила 66,7%, эффективный эндоскопический гемостаз был достигнут в 85,7% случаях. Даже при отсутствии экстравазации на КТ-ангиографии, эффективный гемостаз был достигнут в 75% случаев.

Вопрос о том, следует ли проводить срочную эндоскопию всем пациентам с кишечным кровотечением на фоне ДБТК остается спорным. Сообщалось, что пациенты, у которых ФКС была выполнена в течении 12 ч., имеют более высокий показатель идентификации источника кровотечения.



Японская гастроэнтерологическая ассоциация опубликовала в 2017 г. руководство по ДБТК и ее осложнениям, в котором рекомендуется проводить эндоскопическое исследование у пациентов с ДК в течении 24 часов от момента поступления. Руководство Американского эндоскопического общества рекомендует проводить эндоскопию только на ранней стадии кишечного кровотечения.

Информация об источнике кровотечения имеет решающее значение для принятия решений о тактике лечения таких больных.

Следует признать, что КТ с контрастным усилением является наиболее достоверным и неинвазивным методом диагностики дивертикулярных кишечных кровотечений. Обнаружение признака экстравазации во время этого исследования является важным фактором для локализации кровоточащего дивертикула толстой кишки и определения лечебного алгоритма. По данным Nagata (2021) экстравазация контрастного вещества на КТ наблюдается у 30-68% пациентов с кишечным кровотечением на фоне ДБТК. В 60% случаев экстравазации контрастного вещества на КТ, подтверждалась данными фиброколоноскопии. При отсутствии на КТ экстравазации контрастного вещества, выявление источника кровотечений на ФКС снижалось до 31%.

Диагностика кишечного кровотечения на фоне ДБТК, в течении последнего десятилетия, заметно эволюционировала, благодаря более широкому применению КТ-ангиографии с последующей эндоваскулярной транскатетерной артериальной эмболизацией (ТАЭ). Суперелективная ангиография с эмболизацией является следующим шагом в диагностике и лечении данной патологии, особенно у лиц, у которых ФКС оказалась неинформативна, либо проведение её и эндоскопического гемостаза было невозможным. Показатели технического и клинического успеха при рецидиве кишечного кровотечения, летальности и осложнений после применения артериальной эмболизации колеблются в широких пределах, что требует дополнительного изучения эффективности применения этой операции при



ДБТК. По мнению Senadeera (2021г.) показатель технического успеха эндоваскулярной эмболизации кровоточащего сосуда при ДК 93%, при этом частота его рецидива составляет 14,3%. Некоторые специалисты рассматривают применение ТАЭ, как альтернативный метод достижения гемостаза при ДК. Необходимо учитывать, что метод ТАЭ может быть выполнен при условии активности кровотечения 0,5-1,0 мл/мин. Только при этих условиях экстравазация будет выявлена на КТ-исследовании. Негативной особенностью ТАЭ является возможное возникновение (в 17% случаев) инфаркта кишечника. Этот факт ведет к необходимости выполнения радикального оперативного вмешательства-резекции, пораженного дивертикулами с некрозом стенки участка кишки, который явился источником кровотечения.

Под руководством Yuki Kojima (2022г.) было проведено когортное ретроспективное исследование по изучению эффективности ТАЭ в лечении ДБТК, осложненной кровотечением. Результаты продемонстрировали, что ТАЭ по своим гемостатическим свойствам была сравнима с группой пациентов, которым выполнялось эндоскопическое клипирование.

Рецидивирующее или продолжающееся дивертикулярное толстокишечное кровотечение, при неэффективности других методов гемостаза, является показанием к хирургическому вмешательству.

Методом выбора хирургического лечения является сегментарная резекция кишки, пораженная дивертикулами. Вероятность рецидива кровотечения после сегментарной резекции составляет 14%. При отсутствии точной верификации источника кровотечения, вероятность рецидива кровотечения увеличивается до 42%. Среди источников, требующих неотложного хирургического вмешательства, летальность составляет 10-20%. Субтотальная колэктомия показана при отсутствии точной верификации источника кровотечения. При этом частота осложнений увеличивается до 37%, а летальность до 33%.



Операция Гартмана является методом выбора при дивертикулезе толстой кишки, осложненном массивным кишечным кровотечением (более 1,5 литров) и тяжелой степенью острой кровопотери ($Hb < 80$ г/л; $Эр. < 2 \cdot 10^{12}$ л).

Заключение.

Лечение кровотечений из нижних отделов ЖКТ остается важной задачей неотложной хирургии. В настоящее время отсутствует консенсус в отношении наиболее подходящих методов лечения, так же, как и не существует эффективных способов профилактики ДК. Остаются спорным вопрос, когда и как выполнять колоноскопию при острых ДК. D. Jensen et al. (2005) рекомендуют колоноскопию между 6 и 12 часами после госпитализации, так как при неотложной колоноскопии можно выявить признаки дивертикулярного кровотечения (активное кровотечение, видимый сосуд без активного кровотечения, тромб) у 20% больных с тяжелой кровопотерей.

Согласно современным данным, лечение и диагностика ДК эволюционировало с появлением интервенционной эндоскопии и ангиографии. Это позволило ограничить показания к экстренному оперативному вмешательству без четкого выявления источника кровотечения. Разработка эффективных методов гемостаза при ДК является важной задачей. В настоящее время стандартным методом диагностики является ФКС в течении 24 часов после госпитализации, и этот метод декламирован во всех клинических рекомендациях по лечению ДБТК.

Данный раздел ургентной хирургии до сих пор освещен недостаточно, отсутствуют четкие показания к различным методам диагностики и лечению дивертикулярных толстокишечных кровотечений, которые требуют дальнейшего изучения.



Межунц Арут Ваграмович, к.м.н.,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА», г. Ростов-на-Дону

Красина Е. А., студент,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
г.Ростов-на-Дону

ИЗМЕНЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Введение. Несмотря на эффективность бариатрической хирургии, стоит отметить, что до и после бариатрических операций необходимо проводить оценку поведенческих, семейных и пищевых факторов. Доказано, что 70-80% пациентов после бариатрических операций, избавляются от старых пищевых привычек (переедание, в частности жирной и углеводной пищи, усиление аппетита под воздействием эмоциональных факторов, бессистемные диеты) и прививают новые (подсчет калорий, преобладание белка в пище, снижение потребления продуктов с высоким гликемическим индексом, систематический прием пищи, контроль эмоционального фона). Однако после хирургического вмешательства у 20-30% наблюдается повторный набор веса, что часто связывают с ограничительным пищевым поведением, которое характеризуется хаотичными, непоследовательными эпизодами ограничения пищи, которые, в основном, нарушаются. Несмотря на это, в большинстве случаев спустя 12 месяцев после хирургического вмешательства у пациентов с ограничительным типом пищевого поведения наблюдается налаживание нового режима, выработка пищевых привычек, достижение результата. Таким образом, правильно подобранный рацион и режим питания способствуют быстрому заживлению швов, препятствуют повторному чрезмерному растяжению вновь сформировавшегося желудка, происходит длительная потеря веса до нормализации, а также наблюдается улучшение самочувствия у пациентов.



Цель исследования. Оценка изменения пищевого поведения в отдаленные сроки у бариатрических пациентов, как предиктор неудовлетворенности в снижении веса или повторного набора веса.

Материалы и методы:

1. Шкала оценки пищевого поведения

Данная шкала позволяет оценить не только выраженность клинических проявлений, а именно: чрезмерное переживание о весе, эпизоды переедания и очистительное поведение, а также психологические характеристики и поведенческие стереотипы, присущие расстройствам (перфекционизм, ощущение общей неадекватности, чувство отстраненности от контактов с окружающими, оценке способности четко дифференцировать свои внутренние ощущения).

2. Голландский опросник

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behavior Questionnaire) предназначен для выявления различных типов пищевого поведения (ограничительного,эмоциогенного и экстернального).

3. Тест отношения к приему пищи (ЕАТ-26)

Данный психологический тест позволяет с высокой вероятностью обнаружить расстройства пищевого поведения, такие как анорексия и булимия.

4. Римский опросник нервной орторексии

Является первым стандартизированным клиническим опросником для диагностики нервной орторексии (патологической одержимости здоровым питанием).

Выводы. Таким образом, в ходе исследования пищевого поведения у пациентов после бариатрической операции было выявлено, что у подавляющего большинства кардинально изменяется пищевое поведение и пищевые привычки. При этом для оценки пищевого поведения использовались различные шкалы, с помощью которых нам удалось доказать изменение пищевого поведения у бариатрических пациентов.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Донецк

К ПАТОГЕНЕЗУ СЕГМЕНТАРНОГО КОЛИТА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Согласно данным колоноскопии, заболеваемость острым дивертикулитом (ОД) в последние годы в странах Северной Европы заболеваемость ОД растет, причем у каждого второго человека старше 70 лет. В большинстве случаев клинически неосложненные формы ОД и определяются как локализованное дивертикулярное воспаление дивертикулов без осложнений. По данным литературы, 85% случаев дивертикулита поддаются консервативному лечению, в то время как 15% случаев требуют хирургического вмешательства. В настоящее время в литературе продолжается дискуссия по поводу классификации, методов диагностической визуализации и обоснованности применения антибиотиков при неосложненных формах ОД. В то же время, научно обоснованные рекомендации американских и европейских гастроэнтерологов по лечению ОП часто противоречат друг другу. Все вышесказанное указывает на необходимость изучения новых более глубоких фундаментальных звеньев в патогенезе неосложненной ОД левой половины ободочной кишки.

Цель. Уточнить патогенетическую связь воспалительной реакции в парадивертикулярном сегменте с острым неосложненным дивертикулитом левой половины ободочной кишки.

Материалы. Под наблюдением находилось 34 пациента, у которых клинически и рентгенологически подтвержден первый эпизод левостороннего неосложненного дивертикулита. Критерии включения: модифицированная



стадия Ia по Хиршу, положительная динамика клинических проявлений заболеваний под влиянием общепринятой терапии, контрольная фиброколоноскопия с биопсией, критерии исключения: периколический абсцесс либо периколически свободный воздух, отсутствие осложнений острого дивертикулита в течение 90 дней.

Результаты и их обсуждения. Ретроспективный анализ клинической картины и данных дополнительных методов исследования установил следующее: рентгенологически установлено, что дивертикулы расположены в 27 (79,41%) случаях в сигме, а 7 (20,59%) – нисходящем отделе, длина воспаленного парадивертикулярного сегмента составила $61,8 \pm 18,8$ мм, толщина $10,9 \pm 2,8$, а площадь воспаления – $9,5 \pm 4,9$ см². У всех больных определяли увеличенные лимфатические узлы, размером $6 \pm 2,3$ мм, причем у 14 (32,56%) несколько.

В парадивертикулярном сегменте выражена лейкоцитарно-лимфоцитарная инфильтрация слизистой с участками резкой атрофии, а в подслизистом слое определяются участки с резким отеком. Кроме этого, в слизистой оболочке парадивертикулярного сегмента отмечается резкое снижение бокаловидных клеток вплоть до развития некроза в последних. Обращает на себя внимание отсутствие центра размножения в лимфоидной фолликуле.

Вышеописанные морфологические изменения в стенке кишки сопровождаются резким расширением лимфатических сосудов. Можно предположить, что нарушения микроциркуляции между межклеточным пространством, кровью и лимфой приводят к воспалительной реакции в слизистой оболочке и подслизистой оболочке парадивертикулярного сегмента.

Заключение. Рентгенологически установлено увеличение региональных лимфатических узлов до $6 \pm 2,3$ мм при повторных эпизодах острого неосложненного дивертикулита. Морфологически доказано, что при данной патологии воспалительная реакция в парадивертикулярном сегменте представлена преимущественно лейкоцитарно-лимфоцитарной инфильтрацией. Полученные данные расширяют представление о звеньях патогенеза сегментарного колита.



Веденин Ю.И.,
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
ГУЗ «КБСМП № 15», г. Волгоград

Шаталов А.А.,
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
ГУЗ «КБСМП № 15», г. Волгоград

Орешкин А.Ю.,
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
ГУЗ «КБСМП № 15», г. Волгоград

Назарук А.С.,
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
г. Волгоград

Кучин Д.А.,
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
г. Волгоград

МАНГЕЙМСКИЙ ИНДЕКС ПЕРИТОНИТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Введение. Несмотря на значительный прогресс за последние десятилетия, как в хирургии, так и в интенсивной терапии, проблема лечения перитонита на фоне перфорации толстой кишки является актуальной. Основные причины перфорации толстого кишечника – травматические (спонтанная и ятрогенная) и нетравматические (перфорация дивертикула и опухоли различных отделов ободочной кишки). Летальность при распространенном перитоните составляет от 30 до 60%. Одной из основных причин летальности является



распространенный перитонит с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности. Наиболее известной, доступной и простой в подсчете, надежно зарекомендовавшей себя и широко применяемой шкалой для оценки тяжести перитонита является Мангеймский индекс перитонита (МИП). МИП является одним из самых чувствительных и специфичных при прогнозировании исхода вторичного перитонита. Преимущество МИП перед шкалой АРАСНЕ II состоит в том, что она специально разработана для больных перитонитом и включает наблюдение макроскопически видимых признаков воспаления.

Цель работы.

Оценить эффективность использования индекса Мангейма при перитоните, обусловленном перфорацией толстого кишечника для определения вероятности летального исхода и определения риска послеоперационных осложнений и объема послеоперационного лечения в отделении интенсивной терапии.

Материалы и методы: Выполнено ретроспективное аналитическое исследование результатов лечения 83 пациентов, 35 женщины и 49 мужчин, со вторичным перитонитом после экстренных операций при перфорации ободочной кишки в хирургических отделениях ГУЗ «КБСМП № 15» и ГУЗ «Больница № 16» г. Волгограда за период 01.01.2015 г.- 01.01.2023 г.

Критерии включения: перитонит, обусловленный перфорацией толстого кишечника различного генеза (соответствовали пункту МКБ 10: К 65.0 – острый перитонит).

Критерии невключения: другие формы перитонита.

Всем пациентам проводили клинический осмотр, выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, рентгенография брюшной полости и грудной клетки, ЭКГ, осмотр терапевта. Оценивались следующие показатели: количество лейкоцитов, уровень креатинина сыворотки на момент возникновения перитонита, время до повторной операции, распространение перитонита и тип экссудата, наличие органной недостаточности, критериев



SIRS, уровень прокальцитонина, СРБ. Также проводилась оценка тяжести сепсиса в соответствии с рекомендациями по сепсису – резкое изменение 2 систем органов (g SOFA), под септическим шоком – сепсис с гипотензией, требующей вазопрессоров для поддержания давления до 65 мм. рт. ст. Для стратификации больных был использован МИП. Наиболее значимые критерии МИП: возраст, наличие органной недостаточности, наличие злокачественной опухоли, распространенность перитонита, перитонит по характеру экссудата, лабораторные показатели, SIRS.

Результаты. Всех больных разделили на 3 группы в зависимости от степени тяжести и соответствия показателям МИП: при индексе до 21 балла (1 степень тяжести), летальность составила 10,3% , от 21 до 29 баллов (2 степень тяжести) – 13,3% и более 29 баллов (3 степень тяжести) летальность – 44%. Прогностическая значимость МИП подтверждена с помощью проведенного статистического анализа. Площадь под ROC-кривой составила (AUC) $0,740 \pm 0,072$ с 95% ДИ: 0,599 – 0,882. Полученная модель была статистически значимой ($p = 0,002$). Пороговое значение показателя МИП в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 31,000. Согласно анализу ROC – кривая определила 31 балл как значение отсечения с чувствительностью и специфичностью в прогнозировании риска с 83,1% и 61,1%, соответственно. Выявлена значительная корреляция между показателем МПИ и лабораторными показателями сепсиса С- реактивным белком и прокальцитонином.

Выводы. МИП при перфорации толстого кишечника с вторичным перитонитом является эффективным методом для определения прогнозируемого уровня летальности среди прооперированных больных. Он обладает высокой точностью для прогноза летальности пациентов с распространенным перитонитом больных вследствие перфорации толстого кишечника. Использование данной шкалы позволяет стратифицировать пациентов в зависимости от риска летального исхода.



Кашка Дмитрий Анатольевич,
Ассоциация по защите прав в сфере здравоохранения,
Коллегия адвокатов Ставропольского края «Законь»,
г. Ессентуки

МЕДИАЦИЯ ДЛЯ УРЕГУЛИРОВАНИИ СПОРОВ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ

Действующий в России Федеральный Закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» достаточно полно регламентирует деятельность медиаторов, однако содержит ряд коллизий и пробелов в регламентации деятельности медиаторов в сфере здравоохранения. Необходимо более широкое внедрение медиативных соглашений как методов урегулирования конфликтов между всеми участниками взаимоотношений в здравоохранении, в том числе в сфере уголовного судопроизводства.

С каждым днем увеличивается количество исковых заявлений в отношении медицинских учреждений и врачей. Пациенты обращаются за защитой своих прав в Роспотребнадзор, Росздравнадзор, прокуратуру, следственный комитет, а ведь часто можно было избежать ненужных трат времени, нервов и значительных финансовых потерь всего лишь вовремя спросив, что именно не устраивает пациента?

Задачей медиатора является организация переговоров таким образом, чтобы стороны акцентировали внимание на конструктивном разрешении ситуации, исходя из собственных истинных интересов. Участники спора столь вовлечены в конфликт, что говорят на разных языках и, зачастую, интерес пострадавшей стороны состоит вовсе не в наказании виновного, или выплате крупной денежной суммы, а в устранении проблемы со здоровьем, возникшей в результате некачественной медицинской услуги.



В настоящее время отмечается увеличение количества споров, вытекающих из оказания медицинских услуг, основными из которых являются споры, связанные с невыполнением договора на оказание медицинских услуг, выставлением счёта за услуги, которые пациенту не были оказаны, оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества. Не всегда пациент является слабой и «пострадавшей» стороной. Нередки случаи, когда из-за отсутствия грамотного документооборота, несвоевременного и небрежного заполнения медицинских документов, халатного отношения лечащих врачей к своим профессиональным обязанностям, а также невозможности доказать свою невиновность, медицинская организация и пациенты становятся участниками судебных разбирательств и объектами критики в средствах массовой информации, несут ощутимые финансовые и репутационные потери.

В чем же причина споров в здравоохранении? Часто конфликтная ситуация переходит из гражданско-правовой в уголовную область регулирования только потому, что стороны не смогли между собой договориться на начальном этапе формирования конфликта. Наиболее востребованной процедура медиации может стать при заключении сторонами договора возмездного оказания медицинских услуг, предусматривающего медиативную оговорку.

Медиация в здравоохранении имеет ряд специфических особенностей и, наиболее эффективно урегулировать спор сможет медиатор – врач, понимающий ситуацию изнутри, путем постановки правильных вопросов помогающий сторонам вскрыть свои истинные потребности и прийти к взаимовыгодному соглашению. Кому как не врачу легче прочих понять проблему пациента и возможные пути урегулирования конфликта с учетом интересов всех участников! Далеко не всегда пострадавшая сторона имеет своей целью «посадить» врача, зачастую истинный интерес состоит в том, чтобы «услышали истерзанную душу», и уголовное наказание врача в этом случае никак не отвечает интересам пациента, получается, что вроде бы и виновника наказали, а удовлетворения нет!

Медиация в уголовном процессе имеет огромные перспективы и эффективность, в связи с тем, что позволяет устранить нерешенную проблему,



с которой пациент обратился в лечебное учреждение или которая возникла в результате лечения, не соответствующего критериям качества. Традиционно участники конфликта в здравоохранении идут в суд, поскольку считают, что возбуждение уголовного дела и судебное решение, вынесенное в их пользу, гарантирует удовлетворение их интересов и потребностей! Не обладая достаточными правовыми знаниями, пациенты считают, что уголовное дело, возбужденное в отношении медицинского работника и завершившееся его наказанием, автоматически повлечет компенсацию морального вреда, и материальных издержек, не задумываясь, а подчас и не зная, о том, что есть другой способ урегулирования конфликта! Ведь, если врач останется на свободе, он будет иметь возможность исправить свою ошибку, компенсировать пациенту причиненный вред, и в то же время продолжать помогать другим людям, что в нынешних условиях тотального дефицита врачебных кадров имеет огромное значение!

На сегодняшний день огромное количество врачей, профессионалов своего дела, уходят из медицины не только из-за профессионального выгорания, но и из-за боязни оказаться на скамье подсудимых, что никак не способствует лучшему и более эффективному удовлетворению потребностей населения в оказании качественной и доступной медицинской помощи. Происходит отток опытных, квалифицированных кадров, а молодые врачи предпочитают не идти в специальности, имеющие высокий риск ответственности при принятии решений (анестезиологию-реаниматологию, акушерство-гинекологию и хирургию), ведь наибольший процент возбужденных дел по преступлениям, предусмотренным ч.2. ст.109, ч.2. ст.118, 124. Ч.4 ст.122, п «м» ч.2 ст.105, ст. 120, 123, 238 Уголовного Кодекса РФ именно среди специалистов этого профиля.

Применение мирового опыта урегулирования конфликтов в сфере здравоохранения с помощью медиативных соглашений позволит пациенту получить удовлетворение своих потребностей, а врачу, не отвлекаясь на судебные тяжбы, не находясь годами под следствием, доказывая свою невиновность, сохранить свою репутацию и эмоционально-психическое



равновесие для выполнения профессиональных обязанностей на должном уровне! Медиация позволит всем участникам спора удовлетворить свои потребности без уголовного наказания врача при отсутствии злого умысла в его деяниях. Позволит врачу идти на обоснованный риск в интересах пациента, не боясь уголовного преследования и огромных денежных исков впоследствии.

Существует положительный опыт применения медиации в уголовном судопроизводстве, в том числе при урегулировании споров в здравоохранении, в Российской Федерации и Республике Казахстан. Это обусловлено тем, что медиатор выслушивает позицию не только правонарушителя, но и потерпевшего, чьи чувства, эмоции, испытываемые по поводу совершенного в отношении него преступления, никем и никогда в уголовном процессе не учитываются, и даже если медицинский работник, виновный в причинении вреда понесет уголовное наказание, то кроме морального удовлетворения от «наказания обидчика», это ничего не даст пострадавшему пациенту (или клиенту, если говорить с позиции Закона «О защите прав потребителей»). Медиация в уголовном процессе имеет свои особенности и содержит в себе восстановительные технологии, которые позволяют осознать произошедшее с учетом чувств и эмоций как обвиняемого, так и потерпевшего.

В сложившейся ситуации очевидны преимущества досудебного и внесудебного способа урегулирования споров (медиации) при рассмотрении конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, как инструмента, направленного на быстрый поиск взаимоприемлемого для сторон решения, в том числе при необходимости компенсации причиненного ущерба.

В настоящее время профессиональное врачебное сообщество выступает с инициативами об отмене уголовного преследования врачей. Ни в одной стране мира не применяется практика уголовного преследования врачей в случаях возникновения осложнений оперативного или консервативного лечения. Необходимо прекратить практику применения статей, подразумевающих умысел, при расследовании «медицинских» дел и прекращении применения статьи 238 УК РФ в отношении медработников и организаторов здравоохранения.



По мнению Национальной медицинской палаты: «судебные иски не способны решить те организационные проблемы, которые сейчас имеют место, но при этом могут дестабилизировать и без того тяжелую работу медицинских организаций и вызвать препятствия в оказании медицинской помощи, нуждающимся в ней людям, включая увольнение специалистов. В системе ОМС ряда регионов также существуют механизмы досудебного урегулирования конфликтов с медицинскими организациями. Кроме того, если мы посмотрим на опыт развитых стран, то большинство спорных конфликтов решается вне залов суда. Комиссии по врачебным ошибкам разбирают конфликтные ситуации и выносят решения, которые позволяют урегулировать ситуации, не прибегая к длительному и дорогостоящему судебному рассмотрению».

Для успешного продвижения института медиации в системе здравоохранения необходимо:

- формирование государственной политики развития и популяризации альтернативного разрешения споров в сфере здравоохранения;

- повышение правовой культуры населения, проведение информационно-просветительских мероприятий медиаторами среди пациентов и врачей об особенностях, возможностях и преимуществах медиативных услуг для спорящих сторон;

- эффективное взаимодействие судебной системы с медиаторами;

- внесение контактной информации о медиационных центрах в информационные базы здравоохранения для обращений пациентов в случаях возникновения споров между ними и медицинскими организациями по качеству оказанных медицинских услуг, а также ненадлежащему оказанию или неоказанию медицинской помощи;

- подготовка медиаторов, специализирующихся на разрешении конфликтных споров в здравоохранении.



Юркевич Ростислав Евгеньевич,
ГБУ РО "РОКБ", г. Ростов-на-Дону

Широченкова С.В.
ГБУ РО "РОКБ", г. Ростов-на-Дону

МИНИМИЗАЦИЯ РИСКОВ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Актуальность проблемы. В последнее время отмечается тенденция к комплексной и мультидисциплинарной экспертизе качества оказания медицинской помощи пациентам с хирургической патологией, получивших в стационарных условиях хирургического профиля, со стороны контролирующих органов различной подчинённости.

Материалы и методы. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция). Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция). Приказ ФФОМС от 28.02.2019 N 36 Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 10 декабря 2021 года.

Результаты и обсуждения. При проведении комплексного подхода в 2022 году по различным методикам и анализа оценки (ретроспективного, риск-ориентированного и перспективного анализа), разработанного в нашей клинике, учитывающие сроки, условия, объем и результат медицинской помощи и системным подходом (периодичным плановым, внеплановым и



контрольным) в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Этими методами были проанализированы 216 стационарные медицинские карты стационарных больных хирургического профиля завершённых случаев (20,9% от всех случаев экспертиз) в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Так же 2389 (42,3%) медицинских карт хирургических больных, проведенных экспертиз качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями (СМО) в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за 2022 год. В результате проведенных экспертиз внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, доля составила 23,5%, которым оказывалась медицинская помощь хирургического профиля.

Снижение оплаты по завершённым случаям на основании экспертных заключений экспертов качества медицинской помощи СМО составило 17 случаев – 0,7% от проведенных экспертиз качества оказания медицинской помощи (2389) и 0,05% от общего количества выбывших пациентов, которые были расценены как не повлиявшие на состояния здоровья пациентов (дефекты оформления медицинской документации).

Выводы. Внедрение комплексного подхода (ретроспективного, риск-ориентированного и перспективного) к проведению экспертиз медицинской документации в рамках проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации позволило минимизировать риск неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.



Мизиев И.А.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Ахкубеков Р.А.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Иванова З.О.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Мизиев С.И.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

МОНИТОРИНГ ДАВЛЕНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Пребывание хирургических пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) является фактором риска развития внутрибрюшной гипертензии (ВГ) и абдоминального компартмент-синдрома (АКС), как серьезного жизнеугрожающего осложнения.

Цель исследования.

Оценка влияния ВД на прогноз и летальность у больных, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы.

Проведено измерение ВД среди пациентов ОРИТ (56 человек, из них 36 мужчин и 20 женщин в возрасте 21-91 лет). Измерение ВД проводилось с



использованием мочевого катетера Фолея, 0,9% раствора хлорида натрия, шприца 20 мл., системы для внутривенных инъекций по стандартной методике.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди всей выборки пациентов ОРИТ повышение ВГ встречалась у 14 человек (12 мужчин и 2 женщины), что составляет 25% от всех поступивших. Распределение по степени гипертензии: 1 ст. – 9 больных; 2 ст. – 3 человека; 3 ст. – 2 пациента.

У всех пациентов с ВБГ отмечалось повышение креатинина: 110-170 ммоль/л – 8 пациентов; 170-299 мкмоль/л – 4; более 300 мкмоль/л – 1 пациент.

Всем пациентам с повышенным внутрибрюшным давлением проводились консервативные мероприятия по снижению внутрибрюшного давления в соответствии с рекомендациями WSACS (Мировое общество абдоминального компартмент-синдрома).

У двух пациентов с повышенным ВБД развилось внутрибрюшное осложнение (абсцессы брюшной полости), что потребовало лапаротомии. Один из данных случаев закончился летальным исходом.

Выводы. Внутрибрюшная гипертензия может являться одним из факторов, указывающих на возможный неблагоприятный исход, либо на развитие осложнений. В настоящее время измерение внутрибрюшного давления не является стандартным исследованием, как, например измерение АД. Однако, учитывая высокий риск летального исхода при развитии АКС, возможно его стоит внести в параметры, обязательные для контроля у реанимационных больных. Кроме того, у абдоминальных больных повышение ВД может указывать на развитие внутрибрюшного осложнения и требовать более пристального наблюдения и дообследования данной группы пациентов. Понимая, что выборка, использованная в данном исследовании недостаточно широка и репрезентативна, мы планируем расширение исследования для повышения статистической точности его результатов.



Мизиев И.А.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Ахкубеков Р.А.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Дзагалов М.М.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Мизиев С.И.,

Кабардино-Балкарский государственных университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

В современном мире количество людей с избыточной массой тела намного превосходит их число в предыдущих поколениях. Бариатрические операции постепенно заняли уверенно места в лечении ожирения и сахарного диабета 2 типа. Одной из самых простых в исполнении, достаточно эффективных операций является продольная резекция желудка. Данная операция не только уменьшает объем желудка, но и убирает зона продуцирующую «гормон голода» – грелин. Еще одним преимуществом данной операции является возможность (при необходимости) выполнения второго этапа операции (шунтирующей операции) в последующем.

Материал и методы. В условиях хирургического отделения РКБ г. Нальчика выполнено 31 продольная резекция желудка. Возраст пациентов 21-47 лет, 30 женщин и 1 мужчина. Индекс массы тела оперированных больных от 38 до 55. Все пациенты перед операцией обследованы по общепринятому алгоритму, включая консультации эндокринолога и психолога. В 17 случаях у



пациентов имелись нарушения углеводного обмена. Операция выполнялась под общей анестезией. Для операции использовалось 5 троакаров (1 – 12-15 мм; 2 – 10 мм; 2 – 5 мм). Техника выполнения операции стандартная, на зонде 36-40 Fr, с использованием линейных сшивающих аппаратов. Зона резекция начиналась на 3-4 см дистальнее пилорического жома. На операцию уходило 5-6 кассет. Аппаратный шов всегда дополнительно погружался непрерывным швом. В брюшной полости оставлялся дренаж на 1-2 суток. В обязательном порядке проводилась антибиотикопрофилактика, профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (эластическая компрессия нижних конечностей и низкомолекулярные гепарины) и введение ингибиторов протонной помпы. Перед выпиской давались рекомендации по послеоперационному питанию и образу жизни.

Результаты. Средняя длительность операции 158 мин (+30; -19). Больные находились в стационаре 3-5 дней, при условии отсутствия осложнений. Средняя потеря веса в первые два месяца – 10-12 кг, в дальнейшем скорость потери веса уменьшалась.

Осложнения. Послеоперационные кровотечения в брюшную полость – 3, все остановились на фоне проводимой консервативной терапии, операций не потребовалось. Кровотечение в просвет желудка – 1, эндоскопический гемостаз был безуспешен, в связи с чем выполнена открытая операция. При этом обнаружена несостоятельность аппаратного шва в области желудочно-пищеводного перехода, которая была ушита. Изжога с рефлюкс-эзофагитом – 1 пациент, назначены ингибиторы протонной помпы, на фоне которых больная отмечает уменьшение изжоги.

Отдаленные результаты пока не прослежены.

Выводы. Продольная резекция желудка – одна из наиболее востребованных операций для снижения массы тела. Она достаточно эффективно и безопасна, однако может нести определенный риск развития различных осложнений. У нас наиболее часто встречались послеоперационные кровотечения (10%), несостоятельность степплерного шва (3%), большая часть из которых успешно консервативно излечена.



Иванников Андрей Иванович,
ФГБОУ ВО ВГМУ
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж

Мещерякова Т.М.,
ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА", г.
Воронеж

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗМОЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ МОЧИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ЭНДОТОКСИКОЗА И СЕПСИСА

Новые междисциплинарные подходы для решения существующей проблемы высокой смертности от сепсиса (по публикациям различных авторов, 50% и выше), продолжающийся научный поиск подтверждают актуальность рассматриваемой проблемы.

Не вызывает сомнений, что приоритетным направлением для повышения вероятности благоприятного исхода является ранняя диагностика.

Существует ряд инвазивных методик для оценки состояния пациента на фоне клинических признаков развития эндотоксикоза. Зачастую они требуют наличия мощной лабораторной базы и времени.

Предлагаемый нами подход к оценке риска развития сепсиса у пациентов базируется на современных способах оценки сочетанной токсической нагрузки на организм человека с помощью визуализации гибели (потери подвижности) в культуре живых подвижных клеток, а так же на классических токсикологических понятиях о сочетанном действии токсикантов, потенцировании неблагоприятного воздействия.



Аппаратная часть прибора для определения сочетанной цитотоксичности мочи разработана в НИИ медицинской техники и приборостроения и состоит из компьютера со специальным программным обеспечением и периферийных устройств, позволяющих положить на специальный предметный подогреваемый лоток пять микрокапилляров с «контрольной» суспензией живых подвижных клеток в глюкозо-цитратном растворе и пять микрокапилляров с «опытным» содержимым. Под «опытным» содержимым следует понимать суспензию живых подвижных клеток в глюкозо-цитратном растворе, плюс моча обследуемого. Оптический анализатор динамически наблюдает за падением подвижности клеток в обеих группах микрокапилляров, а программное обеспечение на основании алгоритмов сравнения выдает количественный результат в % насколько быстрее обездвиживаются (погибают) клетки в группе из пяти «опытных» микрокапилляров по сравнению с «контролем».

Предварительные полученные результаты применения данной методики показали ее высокую чувствительность в оценке уровня сочетанной токсической нагрузки, а также сильную положительную корреляцию между уровнем сочетанной интоксикации и цитотоксичностью мочи при проведении скрининговых исследований.

Это обусловлено тем, что в значительной мере, именно через почки происходит элиминация продуктов метаболизма и токсинов.

Учитывая необходимость разработки, научного обоснования, апробации и внедрения методов раннего выявления пациентов, угрожаемых по риску развития сепсиса, до срыва адаптационных возможностей организма в поддержании гомеостаза, можно сделать вывод, что продолжение исследований в данном направлении является перспективным, а выдвигаемые научные гипотезы последовательно находят свое подтверждение.



Кисляков Валерий Александрович,
ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ (глав.врач – Габриелян А.Р.),
МИ РУДН, кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии
(зав.каф.- Файбушевич А.Г.), г. Москва

Горшунова Е.М.,
ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ
(глав.врач – Габриелян А.Р.), г. Москва

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Актуальность: Терапия ран отрицательным давлением (negative pressure wound therapy – NPWT) или Локального Отрицательного Давления (ЛОД) – метод регулируемого дозированного вакуумного лечения острых и хронических ран (Митиш В.А. с соавт., 2017, 2020, 2022, 2023; В.Н.Оболенский с соавт., 2017, 2019; В.А.Кисляков с соавт., 2020, 2021).

Научное обоснование ряда патогенетических механизмов воздействия отрицательного давления на рану и получаемых эффектов в ходе местного лечения способствует активному внедрению метода в лечении ран и гнойно - некротических процессов разных локализаций. Кроме того, совершенствуется и сам метод – внедряется в практику вакуум – инстилляционный вариант лечения ран.

В литературе достаточно хорошо описаны характеристики применения метода:

1. Активное дренирование раны;
2. Эффективное заживление;
3. Предотвращение образования, а также удаление биопленки;



4. Сокращение сроков бактериальной деконтаминации тканей раны;
5. Быстрое купирование локального интерстициального отека тканей;
6. Усиление кровообращения в области раневого ложа;
7. Микро- и макродеформация раневого ложа, стимулирующая пролиферацию тканей;
8. Уменьшение площади и/или объема раны;
9. Стимуляция роста грануляционной ткани за счет механизма раневой гипоксии;
10. Профилактика экзогенной раневой инфекции;
11. Усиление эффекта системного медикаментозного лечения;
12. Сокращение сроков лечения.

Цель исследования: представить опыт лечения пациентов с хирургической инфекцией разной локализации с применением метода локального отрицательного давления.

Материал и методы: Выполнен проспективный анализ лечения 1700 пациентов (2018-2023 гг.) в возрасте от 25 до 80 лет с применением метода ЛОД.

При имеющихся больших площадях поражения, обильной экссудации отдавали предпочтение схемам, позволяющим создать систему с сложными дренирующими коллекторами, объединённых тройниками, обеспечивающих активное дренирование в специальном режиме постоянного вакуума 120-150 мм.рт.ст.. При локализации воспаления, переходе во вторую фазу раневого процесса, уменьшении экссудации выполнялся переход на переменный режим диапазоне 120-125/65-75 мм. рт.ст. с интервалом в 3-4 минуты. Лечение части пациентов было длительным и включало неоднократные этапные хирургические обработки ран с применением аппарата ультразвуковой кавитации «Фотон», а также неоднократные монтажи и вакуумной системы. В лечении, на определённых этапах использовали обработку ран высокоплазменными потоками с помощью аппарат «Плазон».



Результаты и обсуждение.

В 1481 (87%) случае метод ЛОД применялся в лечении пациентов с поражением мягких тканей различной локализации и площади ран; в 35 (2%) удалось сохранить сетчатый имплантат после герниопластики с протезированием; в 15 (0,9%) после эндопротезирования тазобедренных суставов и в 25 (1,5%) случаях после применения наkostной пластины; интрамедуллярного протезирования после переломов костей в 24 (1,4%) случаях. Этот метод также был использован при остеомиелите у 120 (7,2%) пациентов после секвестрнекрэктомии и в ряде случаев после обработки костной полости.

Микробный пейзаж гнойно-некротических очагов был представлен *Staphylococcus aureus* – у 409 (66,4%) пациентов. Микробные ассоциации встречались в 346 (56,3%) случаев. Среднее время между сменами вакуум-систем составило 3-5 суток. Среднее количество смен повязок для подготовки ран к закрытию 5 ± 3 .

Закрытие ран производилось: вторичным ранним или поздним швом, в том числе пластикой «местными» тканями или пластикой расщепленным свободным аутоотсплататом. После закрытия раневых дефектов осложнений не отмечено.

Заключение. Применение в комплексном лечении хирургической инфекции метода ЛОД способствует более быстрому и эффективному купированию воспаления, очищению ран, стимуляции регенерации и уменьшению площади раневых дефектов, а также позволяет уменьшить сроки стационарного лечения и подготовки к пластическим операциям, ранней реабилитации пациентов.



Вервекин Илья Велерьевич,

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Трушин А.А.,

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Курсенко Р.В.,

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Захаренко А.А.,

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ:
ОПЕРАЦИЯ KIMURA VS WARSHAW**

Актуальность. Лапароскопическая дистальная спленосохраняющая резекция поджелудочной железы – «золотой» стандарт лечения доброкачественных опухолей тела и хвоста поджелудочной железы, при которых не требуется лимфодиссекция л/у ворот селезенки. Для сохранения селезенки обязательным



является обеспечение адекватного артериального кровоснабжения и венозного оттока. Это может быть достигнуто двумя способами: путем сохранения сосудов селезенки (метод Kimura – KT) или с помощью резекции сосудов селезенки с сохранением коротких желудочных сосудов (метод Warshaw – WT). В настоящее время нет единого мнения о том, какой метод сохранения селезенки является оптимальным, чаще всего выбор метода проводится эмпирически, на основании опыта оперирующего хирурга и особенностей анатомии селезеночных сосудов пациента, взаимосвязи их и опухоли. Цель настоящего исследования – ретроспективное сравнение непосредственных результатов двух методов выполнения лапароскопической ДССРПЖ.

Материал и методы. В ретроспективный анализ было включено 27 пациентов, которым с февраля 2020 г. по февраль 2024г. была выполнена ДССРПЖ. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1– Kimura-type (n=16); 2 – Warshaw-type (n=11) в соответствии с принципом intention-to-treat (принадлежность пациента конкретной группе определялась до момента начала операции). Целью исследования является сравнение 2-х методов оперативного вмешательства по непосредственным хирургическим результатам (продолжительность операции, объем кровопотери, продолжительность п/о койко-дней, частота выполнения лапаротомии, спленэктомии и повторной операции) и безопасности (частота послеоперационной панкреатической фистулы (POPF), осложнений Clavien-Dindo > III, летальных исходов). Статистический анализ выполняли с использованием программы StatTech 4.1.0.

Результаты. Не было обнаружено статистически значимых различий в исходных клинических характеристиках пациентов между группами. Обнаружено статистически значимое различие в размере опухоли – более крупные опухоли чаще встречались в группе WT чем в группе KT (2,85см против 4,7 см, $p = 0,026$). Статистически значимых различий между группами в гистологическом строении опухоли не обнаружено. В 11 (40,7%) случаях наблюдались NET (нейроэндокринная опухоль), в 6 (22,2%) – SCN (серозно-



кистозная неоплазия), в 3 (11,1%) – псевдокиста, в 3 (11,1%) – MCN (муцинозно-кистозная неоплазия), в 2 (7,4%) – SPN (солидная псевдопапиллярная опухоль) и mRCC (метастазы светлоклеточного рака почки). Средняя продолжительность операции в группе WT – $197,27 \pm 42,09$ мин (95% ДИ 184,36 – 240,64) была меньше, чем в группе КТ – $269,06 \pm 70,95$ (95% ДИ 227,74 – 319,95), $p = 0,006$. При анализе объема кровопотери, продолжительности койко-дня, частоты лапаротомии, спленэктомии, повторной операции статистически значимых различий между группами не обнаружено. Обнаружены статистически значимые различия в частоте POPF между 2 группами, клинически значимая фистула POPF В-С чаще наблюдалась в группе КТ – 10 (62,4%), чем в группе WT – 5 (45,5%), $p = 0,028$. Статистически значимых различий в частоте п/о осложнений Clavien-Dindo> III, летальности между группами не обнаружено.

Обсуждение. В нашем исследовании проведено сравнение двух методик ДССРПЖ по показателям безопасности и эффективности. Результаты нашего исследования отражают современное состояние обсуждаемой проблемы, демонстрируя, что оба метода WT и VSP безопасны и эффективны.

Заключение. Как метод Warsaw, так и метод Kimura являются безопасными и эффективными хирургическими подходами, обеспечивающими схожие результаты лечения. Наш анализ демонстрирует, превосходство метода Warsaw над методом Kimura в виде меньшей продолжительности оперативного вмешательства и меньшей частоте клинически значимых панкреатических фистул. С учетом наших данных и накопленного мирового опыта, метод Warsaw может быть более выгодным с точки зрения использования ограниченных оперативных ресурсов без ухудшения непосредственных хирургических результатов лечения.



Гринцов А.Г.,

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Донецк

Матийцев А.Б.,

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Донецк

О ПОКАЗАНИЯХ К ИНТЕРВАЛЬНОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

Острый аппендицит в 2-10% случаях осложняется развитием аппендикулярного инфильтрата. Последний является результатом защитной реакции организма, которая может быть представлена в виде «рыхлого» либо «плотного» образования. Клинические рекомендации по диагностике, ведению и лечению острого осложненного аппендицита предполагают консервативное лечение (антибиотикотерапия), что позволяет достичь положительного эффекта в более чем 85% случаев, а в дальнейшем – выполнить интервальную аппендэктомию. Вместе с тем, необходимость интервальной аппендэктомии после перенесенного воспалительного процесса подвергается сомнению некоторыми исследованиями.



Цель.

Обосновать целесообразность интервальной аппендэктомии у больных, перенесших аппендикулярный инфильтрат.

Материалы и методы.

В исследование включены 67 больных, которым выполнена интервальная аппендэктомия после перенесенного аппендикулярного инфильтрата. Всем больным выполнены общеклинические исследования. В зависимости от патоморфологических изменений в стенке червеобразного отростка больные были разделены на три группы: I – 7 пациентов, гистологические изменения в удаленных образцах соответствовали карциноиду, II – 19, имела место перфорация стенки отростка прикрытая сальником, и III – 41, гистологически подтвержден склеротический процесс, причем в ряде случаев с частичной либо полной облитерации просвета.

Результаты.

Ретроспективный анализ обследования и лечения 67 больных, которым выполнена интервальная аппендэктомия после перенесенного аппендикулярного инфильтрата, позволил установить следующее. Средний возраст больных составил $57,6 \pm 6,1$ года (от 53 до 75 лет). Время от момента выписки из стационара до выполнения интервальной аппендэктомии составляло от 3 до 6 месяцев. Следует отметить, что большинство (24 больных I и II группы) неоднократно отмечали постоянную тянущую боль в нижнем квадранте живота, которая сопровождалась субфебрилитетом. Вместе с тем, только 2 пациента III группы отмечали болевой синдром правой подвздошной области, а температурная реакция отсутствовала. Уровень лейкоцитов только лишь у двух больных второй группы незначительно превышал норму, но не имел диагностической ценности. Вместе с тем, у большинства больных I и II группы имел место сдвиг лейкоцитарной формулы влево, соотношение нейтрофилов к лимфоцитам составляло $3,7 \pm 0,24$, тогда как данный показатель в



III – находился в пределах $2,3 \pm 0,12$, что соответствует норме. Нейтрофилы и лимфоциты по сравнению с общим количеством лейкоцитов более полно характеризуют иммунный ответ, а их соотношение является легко измеряемым и воспроизводимым биомаркером, используемым для оценки системного воспаления.

Последние литературные данные свидетельствуют о возникновении опухоли аппендикса у пациентов уже старше 40 лет.

Частота новообразования аппендикса у пациентов после интервальной аппендэктомии составляет около 11% в популяции, и морфология преимущественно представлена муцинозными изменениями в стенке отростка. Полученные результаты позволяют предположить, что интервальная аппендэктомия позволяет выявить клинически скрытое новообразование, проявляющееся при осложненном аппендиците, а также обеспечивает точный гистопатологический диагноз. Поэтому перед операцией необходимо использование эндоскопического и радиологического исследования в качестве скрининга злокачественных новообразований отростка.

Заключение.

Доказана целесообразность использования соотношения нейтрофилов к лимфоцитам в качестве предиктора к интервальной аппендэктомии у больных, перенесших аппендикулярный инфильтрат.



**Максимова Кристина Игоревна, ЧУЗ «Клиническая больница
«РЖД-Медицина» г.Екатеринбург», г. Екатеринбург**

**Засорин А.А., ЧУЗ «Клиническая больница
«РЖД-Медицина» г.Екатеринбург», г. Екатеринбург**

ОЖИРЕНИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Актуальность.

Заболеваемость ожирением и раком в последние годы растет, что создает серьезные проблемы для экономики здравоохранения. Заболеваемость ожирением почти удвоилась с 1980 года, а распространенность ожирения недавно достигла «эпидемических масштабов»: по оценкам, 70% взрослого населения в настоящее время имеют избыточный вес или страдают ожирением. В то же время глобальная распространенность колоректального рака (КРР) продолжает расти; поэтому приоритизация диагностики и лечения рака и ожирения имеет первостепенное значение для медицины и хирургии XXI века.

Материалы и методы.

На базе 1 хирургического отделения ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г.Екатеринбург» проведено ретроспективное одномоментное исследование с целью выявления распространенности ожирения среди пролеченных больных с колоректальным раком с 2019 по 2023 год. Всего было пролечено 299 больных с КРР. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}$. Полученные результаты обрабатывались с помощью методов статистического анализа.

Полученные результаты и их обсуждение.

В результате проведенного исследования было показано, что среди 299 больных было 131 мужчин (43,8%) и 168 женщин (56,2%). Средний возраст больных составил $60,4 \pm 7,0$ лет. Среди сопутствующих заболеваний наиболее частыми были облитерирующий атеросклероз, болезни сердечно-сосудистой



системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма), реже имелись заболевания ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дивертикулёз ободочной кишки, желчекаменная болезнь). Всем пациентам перед оперативным вмешательством выполнялась ФГДС, во всех 299 случаях на момент выполнения оперативного вмешательства острых эрозий и язв не было. 10 пациентов имели хроническую обструктивную болезнь легких и являлись активными курильщиками. 17 пациентов имели диагноз компенсированного инсулиннезависимого сахарного диабета II типа. Мы стратифицировали пациентов госпитального контингента с КРР по индексу массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, согласно классификации ВОЗ. Средний ИМТ составил 27, при этом число больных с ожирением 1 ст составило 54 (18%), с ожирением 2 ст – 19 (6,3%) и с ожирением 3 ст – 6 пациентов (2%). При этом избыточную массу тела с ИМТ больше 25 имело 118 пациентов (39,4%). При этом при анализе данных единого реестра онкологических больных по Свердловской области еще 30 пациентов (10%) на момент установки диагноза КРР имели избыточную массу тела. Таким образом суммарная доля пациентов с избыточной массой тела и ожирением составила 75,7%. Среди мужчин статистически значимо чаще диагностировали избыточную массу тела (31,25%, $p < 0,05$), а среди женщин – ожирение (32,5%, $p < 0,05$). При расчёте отношения шансов (ОШ) за контрольную группу были приняты все больные, пролеченные в 1 хирургическом отделении с 2019 по 2023 год без КРР. Вероятность того, что больной с ожирением будет иметь КРР составила 1,9 по сравнению с таковой у лиц с нормальным весом. Полученные результаты сопоставимы с результатами ранее проведенных исследований. Для уточнения связей между факторами риска заболевания и КРР был проведен факторный анализ показателей, выявленных среди пролеченных пациентов. При проведении корреляционного анализа было выявлено, что значение ИМТ > 25 кг/м² имело слабую взаимосвязь у пациентов с КРР ($r=0,78$).

Выводы. Доля больных с ИМТ > 25 кг/м² среди больных с КРР составила 75,7%, а вероятность того, что больной с ожирением будет иметь КРР составила 1,9 по сравнению с таковой у лиц с нормальным весом.



Сергацкий К.И.,
Медицинский институт ФГБОУ ВО
"Пензенский государственный университет", г. Пенза

Альджабр М.,
Медицинский институт ФГБОУ ВО
"Пензенский государственный университет", г. Пенза

Никольский В.И.,
Медицинский институт ФГБОУ ВО
"Пензенский государственный университет", г. Пенза

Романова В.С.,
Медицинский институт ФГБОУ ВО
"Пензенский государственный университет", г. Пенза

**ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У
ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ:
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Актуальность. Вопросы ликвидации раны после радикальной открытой операции у больных пилонидальной болезнью до сих пор не решены. Было предложено множество вариантов ушивания операционных дефектов (срединное ушивание, ушивание с перемещением лоскутов мягких тканей) при реализации “закрытых” методик радикальной операции. Однако существующие способы ликвидации раны не лишены недостатков, таких как высокая частота нагноения с необходимостью преждевременного снятия швов и санации, преждевременное расхождение швов ввиду чрезмерного натяжения тканей,



вероятность некроза кожных лоскутов. Учитывая данное обстоятельство, был разработан и апробирован оригинальный способ ликвидации раны со срединным ушиванием дефекта мягких тканей после радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода (патент на изобретение РФ № 2798672).

Материал и методы. В основе предложенного оригинального способа лежит методика, при которой после радикального иссечения субстрата заболевания дополнительно иссекают лоскут крестцовой фасции шириной 2 см, длиной равной таковой дна операционной раны, а с целью закрытия образовавшейся операционной раны используют специально разработанные вертикальные полиспастные швы.

Предлагаемый способ был внедрен в клиническую практику в отделении колопроктологии ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко” и апробирован на 20 пациентах с хронической формой пилонидальной болезни после получения разрешения на проведение клинического исследования локального комитета по этике и при подписании пациентами согласия на участие в исследовании.

Ввиду внушительного объема полости раны после иссечения эпителиального копчикового хода, у 10 больных выполнено дренирование по Редону подкожной клетчатки или подфасциального пространства через контрапертуру на коже.

Для оценки результатов оригинальной методики хирургического лечения провели подсчет среднего времени операции, средней продолжительности нахождения в стационаре после хирургического лечения, оценивали выраженность боли по визуально-аналоговой шкале. Кроме того, все пациенты, перенесшие оперативное лечение по оригинальной методике, были осмотрены через 5-8 месяцев для оценки отдаленных результатов.

Полученные результаты. Среднее время операции было равно 21 ± 2 мин. Послеоперационных осложнений ни в одном случае не зафиксировано.



После операции выраженность боли по визуально-аналоговой шкале на первые, третьи, четвертые и шестые сутки составила: $3,6\pm 0,3$; $2,04\pm 0,35$; $0,93\pm 0,33$ и $0,005\pm 0,005$ баллов соответственно.

Дренажи по Редону, установленные интраоперационно у 10 пациентов, во всех наблюдениях удалены на 5 сутки после перенесенного планового хирургического вмешательства.

Среднее нахождение пациентов на стационарном лечении в условиях отделения колопроктологии была равна 7 ± 1 дней.

Снятие швов выполняли амбулаторно на 14-17 сутки после перенесенного радикального хирургического лечения.

При контрольном осмотре больных, принявших участие в исследовании, через 5-8 месяцев после радикальной операции данных в пользу рецидива пилонидальной болезни выявлено не было.

Обсуждение. Применение оригинального способа радикальной операции у пациентов с пилонидальной болезнью способствовало наличию невыраженной боли в послеоперационном периоде. Реализация предложенной методики привела к сокращению сроков заживления операционной раны по сравнению с результатами, приведенными в литературе, при применении “открытых” методик хирургического лечения.

Выводы и рекомендации. Первый опыт реализации оригинального способа радикального оперативного лечения хронической формы эпителиальной копчиковой кисты со срединным ушиванием раневого дефекта показал эффективность предложенной методики. При наличии операционной полости после открытой методики радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода целесообразным является ее устранение специально разработанными вертикальными полиспаственными швами.



Асланов А.Д.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Калибатов Р.М.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Карданова Л.Ю.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Готыжев М.А.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКА У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Актуальность. Так как пути снижения уровня осложнений и летальность напрямую зависят от совершенствования диагностики и эффективной оценки степени тяжести пациентов. В одной из наших работ оценивался результат лечения больных с МЖ путем повышения эффективности диагностики и разработки точной, индивидуализированной оценки степени тяжести пациентов.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики степени тяжести больных с осложнениями желчнокаменной болезни, протекающими в виде механической желтухи, на фоне коморбидности.

Материалы и методы исследования. В клинике госпитальной хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х. М. Бербекова обследованы 537 пациентов, поступивших в период с 2010 по 2019 г. Сроки поступления в стационар были различными. В короткие сроки, до 6 ч, поступили 25 (4,6 %) человек. Через сутки от начала заболевания – 82 (15,3 %) человека. Больше половины, 277 (51,6 %) человек, госпитализированы через неделю от начала заболевания. Были проанализированы данные шкал коморбидности CIRS, Kaplan – Feinstein и индекса Mary Charlson, а также биохимических критериев, отражающих тяжесть калькулезного холецистита, желтухи и сопутствующих заболеваний.



Результаты. Установлено, что коморбидность у пациентов подобного рода является главным отягощающим фактором и усугубляет общее состояние по мере развития стадий желтухи.

Выводы.

1. Коморбидность у пациентов с осложнениями ЖКБ, протекающими в виде МЖ, является ключевым отягощающим фактором и усугубляется по мере развития стадий патологического процесса.

2. По данным шкалы CIRS и Kaplan–Feinstein, коморбидность у пациентов с холестатической стадией неопухолевой МЖ проявляется минимально, что позволяет проводить таким пациентам хирургические вмешательства с невысоким риском развития органных осложнений и незначительного взаимного отягощения со стороны сопутствующих болезней.

3. При возникновении гепатоцитолита число пациентов с минимальными баллами шкал CIRS и Kaplan–Feinstein уменьшается, а максимальными – увеличивается, что указывает на рост влияния коморбидности на общее состояние больного по мере нарастания печеночной недостаточности.

4. При холангите число пациентов с максимальными значениями шкал CIRS и Kaplan–Feinstein значительно выросло, что свидетельствует о выраженном взаимном отягощении основного и сопутствующих заболеваний у большинства таких пациентов за счет развивающейся коморбидности.

5. При анализе индекса Mary Charlson установлено, что процент выживаемости коморбидных пациентов неопухолевой МЖ при холестазе наибольший, а при холангите данный показатель заметно снижается, потому что число больных с МСмах увеличивается с незначительного до 94,4 %.

6. Наиболее ценными биохимическими тестами для характеристики как состояния гепатоцита при МЖ, так и коморбидности таких пациентов является определение уровня щелочной фосфатазы, КФК и трансаминаз в крови.

7. Интоксикационный синдром у больных с холангитом отрицательно влияет на все органы и системы организма, на коморбидность и протекающие в таких случаях биохимические реакции, и может привести к неоперабельности.



ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Введение.

Острые гастродуоденальные кровотечения занимают пятое место в структуре неотложной хирургической патологии. Принято выделять варикозные, связанные с синдромом портальной гипертензии, и неварикозные кровотечения, которые, в свою очередь, традиционно подразделяют на язвенные (хронические и острые пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки) и неязвенные (не ассоциированные с язвенной болезнью). Подходы к срочному гемостазу при варикозных и неварикозных кровотечениях принципиально различаются. В настоящее время в отношении последних становятся приоритетными эндоскопические технологии гемостаза, а показания для проведения открытых операций предельно сокращаются.

Цель.

Оценить эффективность эндоскопического гемостаза в лечении больных с острыми неварикозными гастродуоденальными кровотечениями.

Материалы и методы.

Проведен анализ результатов лечения 480 пациентов с острыми неварикозными гастродуоденальными кровотечениями в клинике хирургических болезней №1 Института НМФО ВолгГМУ на базе ГУЗ “КБСМП №15” г. Волгограда в период с 2016-2023гг. Все пациенты разделены на 2 группы: язвенные (ЯГДК) и неязвенные (НГДК) кровотечения. Подвергнуты сравнительной оценке половой и возрастной состав пациентов, исходы лечения.



Результаты и обсуждение.

Всего за выбранный период поступило 480 пациентов с клиникой неварикозного гастродуоденального кровотечения в возрасте от 18 до 96 лет. Средний возраст $61,8 \pm 15,96$ лет. Мужчин 336 было (70%), средний возраст $59,6 \pm 15,0$ лет; женщин – 144 (30%), средний возраст $68,2 \pm 15,0$ лет. Всего при неэффективности эндогемостаза оперировано 14 пациентов (2,9%). Общая летальность составила 4,8% (21 пациент), послеоперационная – 50%.

С ЯГДК было 376 пациентов в возрасте от 19 до 96 лет. Средний возраст $62,3 \pm 15,7$ лет. Распределение по половому признаку: мужчин – 262 (69,7%), средний возраст $61,2 \pm 14,5$ лет; женщин – 114 (30,3%), средний возраст – $61,2 \pm 14,5$ лет. Всем пациентам лечение начиналось со срочной эндоскопии и проведения эндоскопического гемостаза по принятому в клинике алгоритму, который оказался эффективным в 96,8% наблюдений. В 3,2% (13 наблюдений) при неэффективности эндогемостаза выполнены срочные операции. Общая летальность составила 4,3% (16 наблюдений), послеоперационная – 54% (7 человек).

С НГДК было 104 пациента в возрасте от 18 до 95 лет (язвы Деллафуа, сосудистые мальформации – 9 (8,6%), опухоли желудка – 24 (23,1%), синдром Мэлори-Вейсса – 52 (50%), эрозивный гастродуоденит – 9 (8,7%), в 6 (5,8%) наблюдениях источник состоявшегося кровотечения не удалось). Средний возраст $57,2 \pm 16,1$ лет. Распределение по половому признаку: мужчин – 74 (71,2%), средний возраст $53,8 \pm 15,5$ лет; женщин – 30 (28,8%), средний возраст – $66,2 \pm 14,3$ лет. В данной группе консервативный, эндоскопический гемостаз был эффективен в 99% наблюдений. Оперирован 1 пациент с острой язвой Деллафуа, выздоровление. Общая летальность в группе НГДК составила 4,8 % (5 наблюдений).



Анализ данных показывает, что гастродуоденальные кровотечения, как ЯГДК, так и НГДК возникают преимущественно у мужчин, несколько более молодого возраста, чем у женщин ($p>0.05$).

Не выявлено статистически значимых различий ($p>0.05$) по половому и возрастному составу, эффективности эндо- и медикаментозного гемостаза (оперативной активности), летальности ни между ЯГДК и НГДК, ни по отдельным нозологическим группам в пределах НГДК. Не выявлено статистически значимой разницы ($p>0.05$) в возрасте умерших и выздоровевших пациентов, хотя средний возраст умерших был несколько выше $69,9\pm 12,98$ против $61,5\pm 16,0$ лет

Заключение.

Современные технологии эндоскопического гемостаза у пациентов с неварикозными гастродуоденальными кровотечениями позволяют добиться устойчивого гемостаза и выздоровления пациентов в подавляющем большинстве наблюдений. Качество эндогемостаза является определяющим в достижении клинического успеха, а неблагоприятные исходы обусловлены, очевидно, общей тяжестью состояния пациентов, включая тяжесть кровопотери и степенью коморбидности.



Храновский Д.Г.,
ЗГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова», г. Самара

Бенян А.С.,
ЗГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова», г. Самара

Медведчиков-Ардия М.А.,
ЗГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова», г. Самара

Борзова Т.М.,
ЗГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова», г. Самара

ПРОТОКОЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Актуальность.

Вопросы совершенствования и стандартизации подходов в обеспечении хирургической безопасности и ускоренной реабилитации после успешной имплементации в разных областях плановой хирургии постепенно получают свое развитие и при ургентных состояниях. Тем более важным представляется оценка их влияния на исходы и результаты лечения у заведомо более тяжелой категории пациентов.

Цель исследования. Изучить роль взаимного влияния протоколов внедрения хирургической безопасности и ускоренной реабилитации, а также



программы обеспечения стомированных пациентов специальными средствами в неотложной хирургии колоректального рака.

Материалы и методы.

Исследование проведено на базе ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», в котором с 2021 года внедрены «Контрольный список хирургической безопасности ВОЗ», протоколы ускоренной реабилитации и начато исполнение приказа Министерства здравоохранения Самарской области от 14.09.2021 г. №1187 «Об организации обеспечения стомированных пациентов вспомогательными средствами ухода». В сравнительную часть исследования вошли 160 пациентов с осложненным колоректальным раком: 82 пациента основной и 78 контрольной исторической группы. Ведущий синдром, представленный острой кишечной непроходимостью, был у 107 пациентов (66,9%), перитонит – у 45 (28,1%), кишечное кровотечение – у 8 пациентов (5%). Тактика и характер оперативных вмешательств в обеих группах были идентичными. У пациентов основной группы были соблюдены протоколы хирургической безопасности и ускоренной реабилитации, в том числе предоперационное желудочное зондирование и профилактика тромбоэмболических осложнений (компрессионный трикотаж, антикоагулянтная терапия).

Результаты.

Частота периоперационных осложнений в основной группе снизилась с 7,7% до 4,5%; летальность снизилась с 32,9% до 30,7%; продолжительность госпитализации уменьшилась с $14,3 \pm 1,1$ до $11,2 \pm 0,5$ койко-дней.

Выводы.

Синхронное применение протоколов хирургической безопасности и ускоренной реабилитации пациентов позволяет снизить частоту интраоперационных осложнений и летальности, уменьшить продолжительность госпитализации.



Корейба К.А.,

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,
ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» г. Казань, г. Казань

Минабутдинов А.Р.,

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,
ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» г. Казань, г. Казань

Гатина Л.Н.,

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,
ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» г. Казань, г. Казань

РЕКОНСТРУКЦИЯ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ: РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Аннотация.

Деструктивная форма диабетической нейроостеоартропатии является редкой, но тяжелой и порой непредсказуемой, сложной для клинициста форм синдрома диабетической стопы.

При деструктивной форме диабетическая нейроостеоартропатии разрушаются и лизируются кости предплюсны, происходит деформация стопы, с развитием продольного и поперечного плоскостопия. Развивается стойкий отек стопы и симптомы ложного полнокровия в виде местной гипертермии, а порой и гиперемии с расширением подкожных вен. Образуется и прогрессирует деформация стопы, связанная с образованием очагов остеоартропатий.



Актуальность.

Деструктивная форма диабетической нейроостеоартропатий – это серьезная медико-социальная проблема, которая приводит к инвалидизации и снижению качества жизни пациента. Этиопатогенез этих состояний не всегда бывает однозначным. Поэтому важными задачами являются раннее распознавание и коррекция данного осложнения. Превентивное хирургическое вмешательство может спасти от нежелательных ампутаций и повысить качество жизни пациента. В современной реконструктивной хирургии разработано и активно внедряется органоспецифическое замещение поврежденных тканей с помощью биосовместимых материалов, материалов с оптимальными биоинженерными свойствами.

Материалы и методы.

Биокомпозиционный синтетический наноструктурированный материал, содержащий гидроксиапатит, коллаген и иммобилизованные антибактериальные препараты, обладает остеокондуктивными и остеоиндуктивными свойствами, является идеальной матрицей для иммобилизации различных ростовых факторов и цитокинов, биологически активных веществ. С помощью гистологических и микробиологических методов исследования доказано, что комбинированные коллагенсодержащие материалы биосовместимы и обладают постепенно резорбируемой структурой. Основываясь на современных понятиях о патогенезе ДНОАП и на клинических рекомендациях при лечении деструктивных форм диабетической нейроостеоартропатии (ДНОАП) мы разработали и внедрили в практическую деятельность методику, направленную на репаративную модуляцию костных структур стопы. Для этого мы используем однократную интраоперационную имплантацию коллагенсодержащего материала в виде геля параллельно с введением в очаг АФР или метод транскутанного под контролем УЗИ введения в очаг разрушения костных структур с пред- и постоперационным рентгенконтролем.



В после операционном периоде на фоне иммобилизации стопы и голени по технологии Total Contact Cast с формированием супинатора пациенты получают комплексную медикаментозную поддержку, согласно патогенезу течения патологического процесса и национальным клиническим рекомендациям.

В дальнейшем с учетом временных факторов и социально-профессиональной активности пациенты переводятся на индивидуальные разгрузочные ортезы.

Результаты.

При клиническом применении данной технологии отмечено нивелирование воспалительной реакции и полноценная регенерации дефекта тканей, на протяжении всего периода наблюдения относительная скорость регенерации была равномерной.

Выводы.

Лечение пациентов с ДНОАП – очень сложный процесс, который требует новых методов лечения. Внедрение биоматериалов при курации пациентов с ДНОАП способствует оптимизации регенеративно-пролиферативных процессов и раннему купированию клинических проявлений.



Кархани Хиуа М.Х.,

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва

Галлямов Э.А.,

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва

Воротынцев А.С.,

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва

Шалыгин А. Б.,

Городская клиническая больница
имени И.В. Давыдовского, г. Москва

Емельянов А.Ю.,

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Городская клиническая
больница имени И.В. Давыдовского, г. Москва

Шарма Бхавна,

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва

Дугин В. А.,

Городская клиническая больница
имени И.В. Давыдовского, г. Москва

РОЛЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЧАСТОТЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Актуальность. Несмотря на достижения в хирургии, необходимо учитывать, что при любой проведённой операции могут сопровождаться



определёнными рисками и осложнениями, которые нередко встречаются после плановых или экстренных операций. Современная медицина постоянно стремится к улучшению методов лечения и восстановления пациентов после хирургических вмешательств. количество послеоперационных осложнений находятся в диапазоне от 7,2%–22,2% и зависит от разных факторов, частота релапаротомий при этом составляет от 0,5% до 8,6%. В структуре послеоперационных осложнений самым распространённым является перитонит – 42.9%, на втором месте ранняя спаечная непроходимость (23.2%), далее абсцессы брюшной полости (22.6%), и, реже всего, внутрибрюшные кровотечения – 11.1%.

Материал и методы.

В данном исследовании проведён анализ 4794 историй болезни пациентов, хирургических отделений ГКБ им. И.В. Давыдовского в период с 2015г. по 2019г. включительно и оперированных на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Проведён статистический и математический анализ полученных данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

В исследование включены 4794 пациента в возрасте от 18 до 98 лет. За 2015 г. в ГКБ им. И.В. Давыдовского выполнено 574 операции на органах брюшной полости из них, лапароскопически оперировано 179 (31,18%) больных, интраабдоминальные послеоперационные осложнения (ИАПО) наблюдались у 64 (11,15%) пациентов. Средний койко-день составил 6,3. В 2016 г. по поводу заболеваний органов брюшной полости оперировано 762 пациента, из которых 301 (39,5%) лапароскопическая операция, а осложнения встречались у 53 (6,96%) пациентов. Средний койко-день составил 5,9. В 2017 г. проведено 739 операции, из которых 322 (43,6%) были лапароскопическими. Из них у 41 (9,83%) пациентов отмечались послеоперационные осложнения.



Средний койко-день составил 6,45. В 2018 г. прооперировано 1206 пациента, из которых 701 (58,1%) оперированы лапароскопически, осложнения наблюдались у 27 (2,24%) пациентов. Средний койко-день составил 7,23. За 2019 г. выполнено 1513 оперативных вмешательств, из которых 960 (63,45%) лапароскопических. У 15 (1%) пациентов зарегистрированы послеоперационные осложнения, однако четверо из них были первично оперированы в других медицинских учреждениях. Таким образом, если рассматривать только пациентов, у которых развились ИАПО после оперативного лечения в ГКБ им. И.В. Давыдовского, мы получим 11 пациентов, что составляет менее 1% от общего числа операций. Средний койко-день за 2019 г. составил 6,07. Всего за период с 2015 по 2019 гг. выполнено 4794 оперативных вмешательства, из которых 2463 (51,38%) операции выполнены с помощью лапароскопии.

Отдельно стоит отметить, что на долю гнойно-септических осложнений, в начале исследования, приходилось 25% от общего числа всех операций. По мере роста количества лапароскопических операций снизилось как число осложнений в целом с 11,15% до 1 % от общего числа операций, так и количество гнойно-септических осложнений в общей структуре осложнений с 25% до 20%. Среди всех пациентов, оперированных с использованием лапароскопии за все время исследования ИАПО IV и V степени не зарегистрированы по классификации Clavien-Dindo. Чаще остальных, 25% от общего числа операций, встречались осложнения, не требующие хирургического вмешательства, в этих случаях проводилась консервативная терапия. Осложнения, требующие оперативного вмешательства под общей анестезией, встречались чаще, чем осложнения для лечения которых требовалась только местная анестезия (23,4% и 20,3% соответственно).



Выводы и рекомендации.

Проанализировав оперативную активность в хирургических отделениях ГКБ им. И.В. Давыдовского, которое на момент проведения исследования имеет 52 хирургические койки для лечения пациентов с патологией органов брюшной полости за пятилетний период видно, что количество операций на органах брюшной полости выросло больше чем вдвое с 574 прооперированных пациентов в 2015 г. до 1513 пациентов за 2019. Из них количество лапароскопических операций выросло более чем в пять раз. Увеличение количества операций в целом и лапароскопий в частности, возможно, связано с расширением спектра проводимых оперативных вмешательств и увеличением числа пациентов с сопутствующей патологией, которым стало возможно провести оперативное вмешательство благодаря малоинвазивным методам. Частота возникновения ИАПО колеблется от 11,15% в 2015г., 6,96% в 2016г., 9,83% в 2017г., 2,24% в 2018г. и 0,99% в 2019 г. и имеет тенденцию к снижению. Являясь малотравматичным методом, лапароскопия обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода, раннее восстановление двигательной активности, сокращает сроки пребывания в стационаре, что и было подтверждено статистическими показателями. Средний койко-день в хирургическом отделении, за исследуемый период, снизился с 6.3 в 2015 г. до 6.07 в 2019 г. Несмотря на позитивные данные, полученные при оценки оперативной активности в хирургическом отделении ГКБ им. И.В. Давыдовского, эти выводы имеют предварительный характер и нуждаются в более детальном анализе.



Хитарьян Александр Георгиевич, д.м.н., профессор,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, ЧУЗ «Клиническая больница
"РЖД-Медицина" г. Ростов-на-Дону», г. Ростов-на-Дону

Пен Олег Сергеевич, Ординатор,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Межунц Арут Ваграмович, к.м.н.,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, ЧУЗ «Клиническая больница
"РЖД-Медицина" г. Ростов-на-Дону», г. Ростов-на-Дону

Мельников Денис Андреевич, к.м.н.,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, ЧУЗ «Клиническая больница
"РЖД-Медицина" г. Ростов-на-Дону», г. Ростов-на-Дону

Велиев Камиль Савинович, ЧУЗ «Клиническая больница
"РЖД-Медицина" г. Ростов-на-Дону», г. Ростов-на-Дону

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ И БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГПОД, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГЭРБ

Введение. ГЭРБ и ГПОД чаще встречаются у пациентов с ожирением, по сравнению с лицами без ожирения [1, 2, 3]. Сообщаемые показатели ГПОД у людей с ожирением колеблются от 5 до 50%³⁻⁵. Основным способом лечения, позволяющим восстановить анатомо-физиологические изменения в зоне гастроэзофагеального перехода и устранить гастроэзофагеальный рефлюкс, является хирургический. Помимо выполнения крурорафии и закрытия дефекта пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) обязательным компонентом является формирование антирефлюксной манжетки с целью предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса как основного симптома, определяющего



качество жизни данной категории пациентов. Наиболее часто выполняемой антирефлюксной процедурой является фундопликация по Ниссену, при которой из дна желудка формируют фундопликационную манжету, окутывающую пищевод на 360°. Значительное количество исследований, посвященных данной проблеме, показали, что лапароскопическая фундопликация по Ниссену является безопасным и эффективным методом лечения ГЭРБ [4, 5]. Однако у пациентов с ожирением результаты антирефлюксной хирургии не столь однозначны. Литературные данные говорят о том, что долгосрочный успех этой процедуры у пациентов с ожирением и ГПОД низок. Сегодня рутинным является выполнение задней диафрагмокрурорафии у пациентов с ожирением и ГПОД. Большинство бариатрических хирургов уверено, что ушивание ножек диафрагмы значительно уменьшает риски развития гастроэзофагеального рефлюкса в послеоперационном периоде независимо от вида бариатрического вмешательства.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов фундопликации по Ниссену и РуГШ в сочетании с задней крурорафией у пациентов с морбидным ожирением и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ассоциированной с ГЭРБ.

Материал и методы. В основу данного ретроспективно-проспективного когортного исследования положены результаты хирургического лечения 183 пациентов с морбидным ожирением, из них 65 пациентов мужского пола и 118 женского пола в возрастном промежутке от 18 до 65 лет, которые проходили лечение в хирургическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина" г. Ростов-на-Дону» в период с апреля 2019 г. по октябрь 2023 г.

Результаты. В настоящем исследовании все данные были проспективно собраны, все операции выполнялись одним хирургом, и все пациенты наблюдались в течение как минимум 5 лет после первичной операции (в среднем 42 мес). При сравнительном анализе полученных результатов



проведенного исследования в отношении проявлений ГЭРБ выявили, что до операции частота встречаемости РЭ I ст. в обеих группах была сопоставима и составляла 83% и 87% в группах ЛФН и РуГШ соответственно. Через год после операции частота встречаемости РЭ I ст. в группе ЛФН увеличилась до 91%, а в группе РуГШ снизилась до 32%. Разница между группами статистически достоверна. Данные опросника GERD-HRQL показали, что общая тяжесть симптомов ГЭРБ до операции в обеих группах была сопоставима и составляла 3,1 и 3,3 балла в группах ЛФН и РуГШ соответственно. Через год после операции выраженность симптомов рефлюкса в группе ЛФН увеличилась до 4,1 балла, а в группе РуГШ снизилась до 2,4 балла. Разница между двумя группами по этому признаку статистически достоверна ($p < 0,05$). В нашем исследовании у пациентов группы ЛФН наблюдалось статистически значимое увеличение частоты рецидивов по сравнению с пациентами группы РуГШ в разные сроки после операции. При этом в обеих группах наблюдалась корреляция между высоким ИМТ и увеличением количества рецидивов. Пациенты с $\text{ИМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$ имели значительно более высокую частоту рецидивов, чем у пациентов с ИМТ от 35 до $39,9 \text{ кг/м}^2$. Так, через год после операции в группе ЛФН рецидивы были отмечены у 53,9% и у 62,5% пациентов с ожирением II и III ст. соответственно. В группе РуГШ спустя такой же промежуток времени рецидивы были отмечены у 6,7% пациентов с ожирением II ст. и у 8% пациентов с ожирением III ст.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что выполнение фундопликации у пациентов с морбидным ожирением сопряжено с более высокой частотой рецидивов ГПОД и ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде, по сравнению с пациентами, которым было выполнено гастрощунтирование по Ру. При этом чем выше ИМТ до операции, тем более высок риск рецидива вне зависимости от вида хирургического вмешательства.



Выводы. Когда хирургическое лечение ГЭРБ показано пациенту с тяжелым ожирением, следует настоятельно рассмотреть возможность бариатрической хирургии, а не фундопликации. Бариатрическая хирургия и, в частности, РуГШ, не только лучше устраняет механизмы, которые приводят к ГЭРБ у пациентов с ожирением, но также воздействует на сопутствующие хронические заболевания, связанные с ожирением, достигая значительной и устойчивой потери веса. Следовательно, в этом случае хирург имеет возможность существенно улучшить качество жизни пациента, положительно повлиять на многочисленные хронические заболевания и, самое главное, снизить повышенный долгосрочный риск смертности, связанный с тяжелым ожирением, с помощью приемлемо безопасного, минимально инвазивного и экономически эффективного метода лечения. Лапароскопическое гастрощунтирование по Ру должно рассматриваться в качестве операции выбора при лечении пациентов с ожирением и ГПОД, ассоциированной с ГЭРБ.

Список литературы:

1. Уилсон Л.Дж., М.В., Хиршовиц Б.И. Связь ожирения с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и эзофагитом. А.М. Дж. Гастроэнтерол. 1999; 94 (10): 2840-4
2. Варела Дж.Е. Инохоса М., Нгуен Н. Корреляции между внутрибрюшным давлением и сопутствующими заболеваниями, связанными с ожирением. Хирургия, связанная с ожирением. 2009; 5(%): 524-8.
3. Аль-Хайатт У., Ифтихар С.Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ожирение: патофизиология и предполагаемое лечение. Ожирение. 2016:139-48.
4. Ганц Р.А., Эдмундович С.А., Тайганидес П.А. и др. Отдаленные результаты пациентов, получавших магнитное устройство для увеличения сфинктера при гастроэзофагеальном рефлюксе. Clin Gastroenterol Hepatol 2016; 14:671-7.
5. Стефанидис Д., Хоуп В.В., Кон Г.П. и др. Рекомендации по хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Surg Endosc 2010; 24: 2647-69.



Асланов А.Д.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Калибатов Р.М.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Карданова Л.Ю.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Хашев А.Ч.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕНАТЯЖНОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

I. Цель исследования. Проведение сравнительного анализа традиционных и ненатяжных методик герниопластики при грыжах передней брюшной стенки, частоту рецидивов в отдаленных послеоперационных периодах.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на двух лечебных базах кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета Кабардино-Балкарского Государственного университета им. Х.М. Бербекова и хирургического отделения (отделение ангиохирургии) Республиканской клинической больницы. Исследование проводилось на основании ретроспективного изучения историй болезни 258 больных, которым в период с 2010 по 2019 гг. выполнена ненатяжная и натяжная герниопластика по поводу



грыж передней брюшной стенки. При этом у 82 больных имели место пупочные грыжи, у 78 – белой линии живота (надчревные, параумбиликальные, подчревные), у 71 – послеоперационные вентральные грыжи живота, у 27 – рецидивные вентральные грыжи. Из них у 168 больных произведена герниопластика с использованием сетчатых полипропиленовых эндопротезов (основная группа), у 90 больных использована герниопластика местными тканями (группа для сравнения).

Результаты. Отдаленный результат удалось проследить у 225 (87,2%) пациентов. Из них 75 (83,3%) больных с пластикой местными тканями. Эффективность протезирующих методик оценена у 150 (89,3%) больных. Рецидив грыжи отмечалось у 5(3%) пациентов в основной группе, у 16(17,8%) больных в группе сравнения. В отдаленном периоде после пластики с использованием сетчатых протезов примерно в течение 5 лет, осложнений в виде кишечных свищей, разрушения протеза с его миграцией в просвет желудочно-кишечного тракта не отмечалось.

Выводы. В результате данного исследования выявлено, что ненатяжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки, является методом выбора, особенно при гигантских и осложненных грыжах, что подтверждается более ранней активизацией больных, меньшими сроками пребывания в стационаре, отсутствием выраженного болевого синдрома, купирующийся только наркотическими анальгетиками, меньшим количеством осложнений и частотой инфицирования послеоперационных ран. Использование эндовидеохирургических методов также дали положительные результаты, но в случае гигантских послеоперационных и рецидивных вентральных грыж, тем более с осложненным течением, их использование не всегда представляется возможным. В связи с чем, открытые хирургические методы герниопластики сохраняют свою актуальность и требуется дальнейшее их совершенствование. Применение ненатяжной герниопластики имеет не только хороший клинический эффект, но и экономическую целесообразность.



II. Актуальность. Радикальные резекционные вмешательства на желудке, а именно дистальная резекция желудка и гастрэктомия, могут вызывать изменения состава тела, что необходимо своевременно диагностировать. Биоимпедансный анализ состава тела (БИА) является неинвазивным, доступным, быстрым и безопасным методом.

Цель. Изучить состав тела у пациентов, перенесших радикальные резекционные вмешательства на желудке, с помощью БИА в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ в период с 2022 по 2023 гг. обследованы 10 пациентов (7 мужчин (медиана возраста 68 лет) и 3 женщины (медиана возраста 72 года)). Показанием к оперативному лечению (лапароскопической дистальной резекции желудка (n=4), лапароскопической гастрэктомии (n=6)) у всех пациентов являлся рак желудка, стадийность онкологического процесса по системе TNM – T2-60%, T3-40%. Всем пациентам БИА проводился на 5-7 день после операции, для контроля состояния мышечной ткани и степени катаболических сдвигов.

Результаты. Среди исследуемой группы, у 80% пациентов скелетно-мышечная масса (СММ) и жировая масса (ЖМ) находились в диапазоне нормальных индивидуальных значений, у 10% выявлена саркопения, у 10% наблюдалось ожирение без потери СММ. При анализе ФУ, мы выявили, что у 50% пациентов данный параметр соответствовал норме (5,4-7,80), у 40% пациентов выявлена гиподинамия (4,4-5,40), а у 10% выявлено его существенное снижение – начальная стадия катаболизма (менее 4,40).

Заключение. Проведенный анализ показал, что БИА может использоваться как инструмент для диагностики саркопии и метаболических процессов. Однако, данный метод должен применяться в динамике у рассматриваемой категории пациентов, для своевременного выявления саркопии в отдаленном послеоперационном периоде с последующей коррекцией.



Попов П.А.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Попов Ю.П.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Переходов С.Н.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Евдокимов В.В.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Дубовицкий К.И.,
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

По статистике почти каждый шестой пациент с ургентной абдоминальной патологией поступает в лечебное учреждение с явлениями перитонита, летальность при котором составляет около 20-39%, а при тяжелых его формах может достигать 80-90%. Ведущее значение в неблагоприятном исходе лечения



этого патологического процесса отводится прогрессивному повышению внутрибрюшного давления (ВБД). Неадекватная тактика лечения перитонита способствует или развитию, или прогрессированию уже имеющемуся ВБД, что сопровождается синдромом интраабдоминальной гипертензии (СИАГ), развивающийся ещё до операции. Термин абдоминальный компартмент – синдром предложил Kron I.L. в 1980 году. Этот синдром возникает тогда, когда давление в закрытой брюшной полости повышается до уровня, который прерывает нормальное кровоснабжение, содержащихся в ней тканей и органов. Порог этого давления зависит от напряжения живота и растяжения брюшной полости, а также и от степени гиповолемии. Первые доказательства повышенного внутрибрюшного давления и тяжести течения патологического процесса было описано Marey E. в 1863 г. В 1870 г. Н. Vert установил взаимосвязь между ВБД и дыхательной недостаточностью, а в 1973 г. E. Wendt, измеряя давление через прямую кишку, установил: чем выше ВБД, тем меньше мочевыделение. В 1975 г. Oderbrecht P. проводил измерения давление чрезпузырным способом и доказал, что ВБД относительно постоянная величина. I.L. Kron и P.K. Harman в 1984 г. были первыми, кто измерил ВБД в послеоперационном периоде. Они же использовали эти данные как выработки показаний для декомпрессии брюшной полости.

Проблема профилактики послеоперационных осложнений в лечении перитонита остается актуальной по сей день, в связи с чем на клинических базах кафедры госпитальной хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было проведено исследование.

Данная работа основана на ретроспективном анализе историй болезней 74 пациентов, оперированных по поводу перитонита на клинических базах кафедры госпитальной хирургии МГМСУ им А.И. Евдокимова января по октябрь 2023г. Основными причинами острого перитонита являлись: перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, острый панкреонекроз,



осложненный рак толстой кишки. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 2,5$ лет (34-75 лет). Число пациентов женского пола 47, число пациентов мужского пола 27.

Применяемые в настоящее время методы лабораторной диагностики тяжести перитонита основаны на выявлении степени эндотоксикоза. С этой целью мы использовали стандартные лабораторные данные: количество лейкоцитов, подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации, определение С-реактивного белка и прокальцитонина. Не требующим специальных навыков и экономически выгодный способ определения и мониторинга интраабдоминальной гипертензии — это измерение давления внутри мочевого пузыря, что в настоящий момент является методом выбора. После катетеризации мочевого пузыря и его опорожнения, в полость мочевого пузыря вводят 100 мл стерильного физиологического раствора, после чего к катетеру Фолея присоединяют прозрачный градуированный в сантиметрах капилляр и измеряют внутрипузырное давление (за нулевую отметку принимают верхний край лонного сочленения). Так же для данных целей существуют специализированные мочеприемники с интегрированной системой для измерения ВБД (UnoMeter Abdo pressure и др.), которые позволяют постоянно производить мониторинг, не прибегая к дополнительным манипуляциям.

Измерение ВБД начинали в предоперационном и продолжали в послеоперационном периоде. Выделяют 4 степени повышения внутрибрюшной гипертензии: I ст. – 10-15 мм рт. ст., II ст. – 16-25 мм рт. ст., III ст. – 26-35 мм рт. ст., IV ст. – более 35 мм рт. ст. У большинства больных с перитонитом (83%) отмечался различной степени выраженности синдром внутрибрюшной гипертензии. При этом синдром интраабдоминальной гипертензии I степени констатирован у 51 (68%) больных, II степень у 14 (19%) пациентов, III-IV степени у 9 (13%) пациентов.



При сравнении и корреляции полученных данных при измерении внутрибрюшного давления и лабораторных показателей интоксикации, отмечается постоянная взаимосвязь степени интраабдоминальной гипертензии и эндогенной интоксикации, что позволяет сделать вывод об о существовании прямой корреляционной зависимости. С повышением показателя ВБД нарастают значения степени эндогенной интоксикации. Клиническая оценка и изучение интегральных показателей по шкалам APACHE-II и MODS-II позволяют сделать заключение, что около трети больных находились в зоне высокого прогнозируемого риска летального исхода в предоперационном периоде, а используемые шкалы дают объективную информацию о тяжести состояния пациентов. Наряду с ними показатель ВБД также является прогностическим показателем тяжести эндогенной интоксикации и применялся на дооперационном этапе обследования и лечения этой категории больных.

Для комплексной оценки состояния больных и оценки эффективности проводимых мероприятий также было изучено состояние центральной гемодинамики. По результатам выполненной ЭхоКГ, была проведена взаимосвязь с показателем внутрибрюшного давления. У пациентов с интраабдоминальной гипертензией I-II-й степени отмечается достоверное уменьшение ударного объёма и секундного выброса, со стойким увеличением постнагрузки, т.е. разовая производительности сердца снижена. Сердечный выброс равнялся в среднем $2,8 \pm 0,19$ л/мин/м². Функция выброса снизилась до $53,2 \pm 1,2\%$, т.е. имелся застойный тип кровообращения. У больных с интраабдоминальной гипертензией III-IV степени отмечается уменьшение разовой и минутной производительностей сердца, что обусловлено снижением сократимости миокарда на фоне внутрибрюшного давления, что обуславливает уменьшение венозного возврата в сердце. Причем токсемия сопровождалась снижением сердечного выброса, а поддержка перфузии тканей осуществлялась за счет умеренного возрастания показателей постнагрузки.



В целом можно отметить, что у большинства пациентов выявлен гипокинетический тип кровообращения, характеризующийся выраженной гиповолемией, со снижением постнагрузки вследствие снижения систолического, диастолического артериального давления и общего сосудистого сопротивления, что характеризует течение перитонита.

Был проведен анализ результатов зависимости длительности предоперационной подготовки и степени развития абдоминальной гипертензии. Анализ показал, что внутрибрюшное давление является показателем, который в процессе предоперационной подготовки изменяется незначительно, и даже в некоторых случаях отмечается незначительное его снижение после выполнения комплексных лечебных мероприятий на предоперационном этапе, в том числе и после декомпрессии желудка.

Подводя итоги можно сказать, что мониторинг внутрибрюшного давления, начатый в предоперационном периоде, является одним из показателей тяжести состояния больного. Патофизиологические механизмы при повышении внутрибрюшного давления приводят к тахикардии, снижению венозного возврата в сердца, секвестрации жидкости в третьем пространстве и в конечном итоге к прогрессированию полиорганной недостаточности. В послеоперационном периоде у пациентов с перитонитом наблюдались взаимосвязанные и меняющиеся в течение патологического процесса нарушения центральной гемодинамики, выраженность которых зависела от объема гиповолемии и степени тяжести токсемии. Снижение основных показателей общей гемодинамики свидетельствовало об уменьшении разовой производительности сердца вследствие снижения сократительной способности левого желудочка сердца на фоне гиповолемии и высокого внутрибрюшного давления. Вышеприведенное комплексное динамическое изучение системы общей гемодинамики у больных с разлитым перитонитом выявило развитие недостаточности кровообращения вследствие развития сердечно-сосудистой



недостаточности, находящейся в прямой зависимости от тяжести токсемии. Степени эндогенной интоксикации и показатели интраабдоминальной гипертензии нарастают пропорционально, что позволяет считать измерение внутрибрюшного давления важным диагностическим и прогностическим фактором.

На основании вышеизложенного можно заключить, что:

- существует прямо пропорциональная связь между степенью эндогенной интоксикации и показателями внутрибрюшного давления. Пропорционально с повышением показателя внутрибрюшного давления нарастают значения эндогенной интоксикации, что впоследствии приводит к развитию полиорганной недостаточности;

- уже с I степени интраабдоминальной гипертензии отмечается снижение сократительной способности миокарда, что приводит к развитию сердечно-сосудистой недостаточности, в зависимости от тяжести патологического процесса;

- диагностика синдрома повышенного внутрибрюшного давления имеет большое практическое значение для раннего определения тяжести состояния пациента на пред и послеоперационном этапе.

Актуальность.

Радикальные резекционные вмешательства на желудке, а именно дистальная резекция желудка и гастрэктомия, могут вызвать изменения состава тела, что необходимо своевременно диагностировать. Биоимпедансный анализ состава тела (БИА) является неинвазивным, доступным, быстрым и безопасным методом.

Цель.

Изучить состав тела у пациентов, перенесших радикальные резекционные вмешательства на желудке, с помощью БИА в раннем послеоперационном периоде.



Материалы и методы.

В ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ в период с 2022 по 2023 гг. обследованы 10 пациентов (7 мужчин (медиана возраста 68 лет) и 3 женщины (медиана возраста 72 года)). Показанием к оперативному лечению (лапароскопической дистальной резекции желудка (n=4), лапароскопической гастрэктомии (n=6)) у всех пациентов являлся рак желудка, стадийность онкологического процесса по системе TNM – T2-60%, T3-40%. Всем пациентам БИА проводился на 5-7 день после операции, для контроля состояния мышечной ткани и степени катаболических сдвигов.

Результаты.

Среди исследуемой группы, у 80% пациентов скелетно-мышечная масса (СММ) и жировая масса (ЖМ) находились в диапазоне нормальных индивидуальных значений, у 10% выявлена саркопения, у 10% наблюдалось ожирение без потери СММ. При анализе ФУ, мы выявили, что у 50% пациентов данный параметр соответствовал норме, у 40% пациентов выявлена гиподинамия, а у 10% выявлено его существенное снижение – начальная стадия катаболизма (менее 4,40).

Заключение. Проведенный анализ показал, что БИА может использоваться как инструмент для диагностики саркопии и метаболических процессов. Однако, данный метод должен применяться в динамике у рассматриваемой категории пациентов, для своевременного выявления саркопии в отдаленном послеоперационном периоде с последующей коррекцией.



Попов П.А.,

ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины им. А.И. Евдокимова
Клинический медицинский центр Минздрава России, г. Москва

Попов Ю.П.,

ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины им. А.И. Евдокимова
Клинический медицинский центр Минздрава России, г. Москва

Переходов С.Н.,

ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины им. А.И. Евдокимова
Клинический медицинский центр Минздрава России, г. Москва

Акилин К.А.,

ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины им. А.И. Евдокимова
Клинический медицинский центр Минздрава России, г. Москва

Дубовицкий К.И.,

ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины им. А.И. Евдокимова
Клинический медицинский центр Минздрава России, г. Москва

**УСКОРЕНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ РАНЕВЫХ ПРОЦЕССОВ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ
ПРИ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАНАХ**

Одна из важнейших хирургических проблем с которыми сталкивается хирург в послеоперационном периоде при лечении пациентов с выраженным коморбидным фоном, это лечение ареактивных, длительно не заживающих ран. По статистике более 18% пациентов с выраженной терапевтической патологией, преимущественно с ожирением, сахарным диабетом 1 и 2 типа, а



также с кардиальной патологией, имеют раневые осложнения после открытых хирургических вмешательств. Не смотря на повсеместно проводимую предоперационную антибактериальную профилактику в последние годы отмечается неуклонный рост резистентных штаммов бактерий, что приводит к росту числа гнойно-воспалительных раневых осложнений у данной группы пациентов как в экстренной, так и в плановой хирургии. При этом у данной категории пациентов важно не только профилактировать раневые осложнения, но и в случае их возникновения иметь возможность повлиять на течение раневого процесса, увеличить скорость очищения раны, репарации и как следствие заживления, где зачастую традиционные схемы лечения не всегда эффективны, особенно у пациентов с выраженным коморбидным фоном.

Все чаще традиционные схемы лечения дополняются современными методами, направленными на стимулирование и ускорение процессов репарации в ране при вялотекущих, гнойно-воспалительных и длительно не заживающих ранах в послеоперационном периоде. Полностью обоснованно и доказано, что основным действующим фактором, влияющим на репаративные раневые процессы, являются тромбоциты, обладающие факторами роста и пролиферации. В тромбоцитах содержатся несколько трансформирующих факторов: фактор роста эпителия сосудов, инсулиноподобный фактор, фактор роста фибробластов, антигепариновый фактор и фактор активации тромбоцитов. Проводимые в последние годы молекулярные исследования деления и миграции клеток, обработанных обогащенной тромбоцитами плазмой, доказали значительное увеличение темпов клеточной пролиферации, что в конечном итоге приводит к заметному ускорению регенераторных процессов в ране и ее очищению.

Материал и методы

В период 2021-2023 года на базе кафедры госпитальной хирургии в клиническом центре МГМСУ им А.И. Евдокимова было проведено исследование 96 пациентов в возрасте от 48 до 84 лет, имеющих коморбидную



патологию, в большинстве случаев сахарный диабет 1 или 2 типа, ожирение и кардиальную патологию. Пациенты были разделены на сопоставимые по числу основную и контрольную группы. В послеоперационный период у данных пациентов осложнился раневыми осложнениями с расхождением краев послеоперационной раны в следствии ареактивного заживления или гнойно-воспалительных осложнений. Основная группа включала 46 пациента, которым вместе с классической терапией выполнялись подкожные инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы на 3, 5, 7-е сутки. Получение биологически обогащенной тромбоцитами плазмы выполнялось по стандартной схеме путем центрифугирования цельной крови пациента в специальных пробирках с разделительным гелем и цитратом натрия по 8 или 9 мл. Средней протяженности раневого дефекта около 8-10 см., что требовало использование двух пробирок. После центрифугирования из каждой пробирки получалось по 4 мл биологически обогащенной тромбоцитами плазмы. Введение выполнялось 10 мл. шприцом с иглой 18G подкожно в края раны по 1,0 мл с шагом около 2 см. Пациенты контрольной группы получали лечение по принятым клиническим рекомендациям (антибактериальная терапия, санационные перевязки с промыванием раны различными растворами антисептиков, наложение мазевых и ранозаживляющих повязок). Производилась оценка эффективности применения биологически обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном лечении раневых осложнений, возникших после оперативного лечения и заживающих в течение длительного периода времени. В нашей работе мы проанализировали процессы репарации, используя для этого бактериологические, морфологические и иммуногистохимические исследования на 9-е сутки послеоперационного периода, а также визуальную оценку темпов заживления у обеих групп в процессе лечения.

Результаты исследования.

С целью оценки репаративных процессов и темпов заживления раны нами оценивалась скорость очищения раны и первое появление



грануляционной ткани, проводились измерения протяженности и ширины раневого дефекта, а также оценивалось на какие сутки от момента лечения возможно было сформировать вторичные швы на ране. Измерение расхождения краев раны оценивалась на 1, 3, 5, 7, 9-е сутки, так же в это время оценивалась скорость очищения раны, при наличии гнойных осложнений и время появления первых грануляций и их темпы увеличения в динамике. В обеих группах протяженность раневого дефекта составляла от 6 до 14 см и в среднем была 10 см, при ширине в 2-3 см. При наличии гнойных осложнений полного очищения раны у пациентов основной группы удавалось добиться уже к 5-м суткам, тогда как у пациентов контрольной группы такой же эффект отмечался только к 7-м суткам консервативного лечения. Быстрота очищения приводила к ускорению темпов заживления и более раннему образованию первой грануляционной ткани. Первые проявления грануляционной ткани пациентов основной группы наблюдалось уже к 3-м суткам, на 7-е сутки грануляционная ткань покрывала все поле раневого дефекта, что позволяло проводить формирование вторичных швов уже на 7-8 сутки. У пациентов контрольной группы первые грануляции отмечались на 48 часов позже, процессы более вялыми, а сама грануляционная ткань была в скудном количестве. Полного покрытия раневой поверхности удавалось добиться лишь на 9-е сутки, что не давало возможность для формирования вторичных швов, а также у некоторых пациентов требовалось дополнительное дренирование подкожно-жировой клетчатки вакуумными дренажами.

В процессе бактериологических исследований было доказано, что наличие обильной микрофлоры на гранулирующей поверхности на прямую влияет на скорость течения репаративного раневого процесса, особенно в начальной фазе, а в фазе гранулирования и эпителизации раны присутствие микробной флоры введет к поддержанию патологического раздражения и негативно влияет на течение репаративных процессов. При исследовании раневого секрета у пациентов основной группы отмечается оживление



фагоцитарной активности и процессов фагоцитоза, что говорит о повышении реактивных способностей организма и тканей, ослабление имеющейся микрофлоры и улучшение трофики тканей, что имеет важное значение в темпах заживления тканей. Сочетание традиционных методов и терапии биологически обогащенной тромбоцитами плазмы позволяет уменьшить количество микроорганизмов, добиться исчезновения отдельных видов микробов и усилить реактивность тканей.

Гистологические исследования подкожной клетчатки у пациентов основной группы, которым выполнялись инъекции биологически обогащенной тромбоцитами плазмы, отмечается более выраженная клеточная реакция. Спустя 72 часа от первого введения плазмы уже отмечались очаги формирования грануляционной ткани, которая состояла уже ориентированных фибробластов, коллагеновых волокон и сосудистых элементов. При этом, отмечена менее значимая лейкоцитарная инфильтрация, а также присутствие значительного количества макрофагов, лимфоидных клеток и нейтрофилов. На пятые сутки была видна выраженная тенденция к эпителизации раневой поверхности многослойным плоским эпителием различной степени зрелости, а также грануляционная ткань, содержащая фибробласты. В субэпителиальных слоях отмечалась зрелая фиброзная ткань, в состав которой входили коллагеновые волокна и клетки фибробластического ряда.

Исследования раневого отделяемого в основной группе пациентов показали ускорение темпов мезенхимальных реакций в ране, выраженную фагоцитарную активность нейтрофилов. Отмечалось появление мононуклеарных клеток – полибластов, свидетельствующие об усилении темпов реактивного раневого процесса. Появление молодых форм полибластов, увеличивало количество макрофагов, что приводило к высокой фагоцитарной активности. Все это свидетельствовало о более выраженном регенеративном процессе в ране.



Иммуногистохимический анализ на 9-е сутки у пациентов основной группы показал более выраженный синтез коллагена I типа, тогда как у пациентов контрольной группы оставался активный фибриногенез коллагена III типа, расположение которого в фибриллярном матриксе было беспорядочно. Полученные результаты доказывают, что у пациентов основной группы, благодаря стимулированию процесса образования зрелого коллагена факторами роста, содержащихся в биологически обогащенной тромбоцитами плазмы, процессы заживления ран протекали в более короткие сроки, нежели у пациентов контрольной группы.

В основной группе из 46 пролеченных больных с полным заживлением раны выписаны 40 пациента, а продолжения лечения в амбулаторных условиях потребовали двое больных. В контрольной группе с полным заживлением выписаны 32, а продолжения лечения в амбулаторных условиях потребовали 18 больных. Средний срок пребывания в стационаре в основной группе составил 11,8 дней, тогда как в контрольной этот показатель был выше и равнялся 14,5 дням.

Выводы.

Полученные в ходе работы результаты исследований и клинического применения биологически обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении длительно не заживающих ран и гнойно-воспалительных раневых осложнений у пациентов с выраженным коморбидным фоном, перенёсших оперативные вмешательства, доказали эффективность и обоснованность данного метода в сочетании с классическими алгоритмами лечения, в следствии усиления макрофагальной реакции и репаративных процессах. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном лечении послеоперационных раневых осложнений у пациентов с коморбидным фоном позволило ускорить темпы очищения и заживления ран, сократить сроки лечения в стационаре и улучшить качество жизни у данной группы больных.



Хитарьян Александр Георгиевич, д.м.н., профессор,
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина"
г. Ростов-на-Дону», г. Ростов-на-Дону

Велиев Камиль Савинович,
ЧУЗ «Клиническая больница
"РЖД-Медицина" г. Ростов-на-Дону»,
г. Ростов-на-Дону

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов различных тактик хирургического лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) в стадии трофических расстройств.

Материалы и методы. На базе флебологического центра ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД Медицина» г. Ростова-на-Дону» было проведено сравнительное исследование, в которое были включены 218 пациентов с ХВН нижних конечностей в стадии трофических расстройств (4-6 ст. по СЕАР). В 1 группу (n=79) вошли пациенты, которым в стационарных условиях выполнялась эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) БПВ и МПВ с микропенной склеротерапией варикозно расширенных притоков БПВ и МПВ в сочетании с эндоскопической субфасциальной диссекцией недостаточных перфорантных вен (SEPS). Во 2 группу (n=79) – пациенты, которым в амбулаторных условиях выполнялась ЭВЛК стволов БПВ и МПВ с микропенной склеротерапией варикозно расширенных перфорантных вен. В 3



группу (n=60) были включены больные, для которых методика амбулаторного вмешательства определялась диаметром перфорантных вен группы Коккета (определяемым при УЗДС вен нижних конечностей): при диаметре менее 3,5 мм – ЭВЛК стволов БПВ и МПВ и устранение патологического горизонтального венозного рефлюкса посредством микропенной эхосклеротерапии, а в случае диаметра более 3,5 мм – проводилась ЭВЛК стволов БПВ и МПВ и устранение патологического горизонтального венозного рефлюкса согласно патенту РФ №2570291 «Способ малоинвазивного лечения венозной недостаточности нижних конечностей». Ближайшие результаты оценивались по выраженности болевого синдрома (по ВАШ), послеоперационным осложнениям. Через 2 мес. – посредством УЗ-контроля оценивали качество облитерации перфорантов. Отдаленные результаты лечения оценивались через 6 и 12 мес. после операции по шкале VCSS и посредством УЗ-контроля. Статистическая обработка данных выполнялась на ПК с использованием статистического пакета STATISTICA 10.0 посредством методов параметрической и непараметрической вариационной статистики. Критическим уровнем значимости (p) считался 0,05.

Результаты исследования. При сопоставлении данных о ранних послеоперационных осложнениях в исследуемых группах было выявлено, что во 1 группе шансы наличия гематом были выше в 11,3 раза по сравнению со 2 группой (ОШ=11,3 95%ДИ: 1,4-90,6), а шансы нагноения ран во 2 группе 7,6 раз меньше, чем в 1 группе (ОШ=0,132 95%ДИ: 0,016-0,98); в 3 группе шанс встречаемости гематом был в 4,2 раза меньше, чем в 1 группе (ОШ=0,238 95%ДИ: 0,05-0,92). Все отличия были статистически значимыми (p < 0,05). Кроме этого, было выявлено, что во 2 и 3 группах средний балл по шкале ВАШ в первые 4 суток послеоперационного периода был меньше, чем в 1 группе (p < 0,05). Через 2 мес. после оперативного вмешательства ни в одной из групп пациентов случаев рецидива по стволам БПВ и МПВ зарегистрировано не



было. Рецидив горизонтального рефлюкса отмечался только у 6 (7,6%) человек во 2 группе. Детальный анализ каждого случая рецидива выявил, что перфоранты с большим (более 5,0 мм) диаметром и высокой (более 7,5 см/сек) скоростью кровотока наблюдались в 66,7% и 83,3% случаев, соответственно. В отдаленные послеоперационные сроки наблюдения во всех группах было установлено статистически значимое ($p < 0,001$) снижение тяжести заболевания по шкале VCSS. В целом, отмечались сопоставимые результаты лечения, за исключением пациентов 1 группы, перенесших SEPS с отложенным послеоперационным течением. Сохранение патологического рефлюкса по перфорантам наблюдался у 16 (22,5%) пациентов 2 группы. При этом, в 10 (62,5%) и 11 (68,75%) случаях рецидивов перфоранты имели, соответственно, большой диаметр и высокую скорость кровотока.

Заключение. Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о необходимости при выборе методики хирургического вмешательства у пациентов с ХВН в стадии трофических расстройств использовать дифференцированный подход, основанный на предоперационной оценке и учете свойств перфорантов. Таким образом, малоинвазивную методику, выполняемую по заявленному способу (патент РФ №2570291), следует рассматривать как эффективный метод облитерации несостоятельных перфорантных вен, технически несложное хирургическое вмешательство, не ассоциированное с серьезными осложнениями в раннем и отдаленном послеоперационном периодах и не оказывающее влияние на риск рецидива венозных трофических язв у пациентов тяжелыми формами ХВН нижних конечностей.



Асланов А.Д.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Калибатов Р.М.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Карданова Л.Ю.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Готыжев М.А.,
ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Актуальность. Опыт симультанного вмешательства на сегодняшний день остается небольшим, соответственно не разработаны основные стандарты по введению пациентов с двумя и более хирургическими патологиями. Цель исследования: провести сравнительный анализ между симультанными и разобщенными операциями. Материалы и методы исследования: Проанализированы 299 пациентов с сосудистым заболеванием в сочетании с другими онкопатологиями за период 2014-2018гг. Все операции проводились в клинике «Госпитальной хирургии» КБГУ им. Х.М. Бербекова. Из 299 больных сочетанные операции проведены у 151 пациентов, остальные 148 человек использовались в качестве группы для сравнения. Производились операции: аневризмэктомия с протезированием+холецистэктомия или + грыжесечение с герниопластикой, сосудистые реконструкции при атеросклеротическом



поражении аорты и ее ветвей + удаление опухолевидного образования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, резекция общей подвздошной артерии и вены с опухолью единым блоком, протезирование общей подвздошной артерии и вены + выделение левого мочеточника с установлением мочеточникового стента + экстрипация матки с придатками при раке матки.

Результаты. В основной группе хирургическое лечение при сочетанных онкозаболеваниях брюшной полости у 60,3 % производилось из одного доступа, а у 39,7 % из двух доступов. У 98 (79,7 %) больных хирургические вмешательства сосудистой патологии считались первым основным этапом, вторым этапом проводилась операция по поводу онкохирургических заболеваний. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде желчеистечения, частичной спаечной кишечной непроходимости, нагноения послеоперационной раны, холецистита, аппендицита, ущемленной грыжи наблюдались у 7,3 % в основной группе (I группа), где произведена симультанная операция, 12,3% в контрольной группе (II группа). Среднее койко-дней без осложнений в I группе 10 дней, во II группе 12 дней. Среднее койко-дней с осложнениями основной 15 дней, контрольной 17 дней.

Выводы.

- 1) нивелируются одновременно две патологии;
- 2) устраняется риск негативных последствий повторного наркоза;
- 3) частота прогрессирования и рецидива заболеваний, повторных хирургических вмешательств, по поводу сопутствующих заболеваний сокращается;
- 4) общий доступ упрощает хирургический подход к органам брюшной полости и является менее травматичным;
- 5) сокращается койко-дней, сроки дальнейшей реабилитации и периода нетрудоспособности;
- 6) сочетанные операции экономически выгодны.



Зурнаджьянц В.А.,
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ,
г. Астрахань

Дадаев И.С.,
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ,
г. Астрахань

Кчибеков Э.А.,
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ,
г. Астрахань

ФУНКЦИОНИРУЮЩАЯ ОДНОСТВОЛЬНАЯ ИЛЕОСТОМА. ЧТО ДЕЛАТЬ?

Актуальность.

В настоящее время в связи с ростом заболеваний желудочно-кишечного тракта, а в частности опухолей и воспалительных заболеваний кишечника увеличивается число операций, при которых выводят одноствольную илеостому. В ургентной хирургии при острой кишечной непроходимости опухолевого генеза из-за риска возникновения послеоперационных осложнений все чаще проводят операции в 2 этапа, первым этапом выводят кишечник в виде стомы для разрешения явлений кишечной непроходимости, а вторым этапом выполняют реконструктивно-восстановительную операцию.

У стоманосителей после выведения кишечной стомы утрачивается трудоспособность, нарушается эмоциональный и психологический фон, снижается качество жизни. Для возвращения больного к привычному образу



жизни высоко необходимо проведение реконструктивно-восстановительной операции, при которой восстанавливается кишечную трубку.

Цель исследования.

Разработать и внедрить в практику новый способ ликвидации функционирующих илеостом путем формирования инвагинационного арелюксного тонко-толстокишечного анастомоза.

Материалы и методы.

С 2019 по 2023 год нами было прооперировано 30 больных с функционирующим одноствольными илеостомами, всем больным была выполнена реконструктивно-восстановительная операция по разработанному нами способу. Все пациенты до оперативного вмешательства вне зависимости от основной патологии из-за которой выведена илеостома проходили комплексное лабораторное и инструментальное обследование. Способ операции осуществлялся следующим образом: двумя окаймляющими илеостому иссекается кожа, подкожно-жировая клетчатка с иссечением рубцовых тканей между стенкой кишки и кожей, выделяется дистальный отдел тонкой кишки в виде готового «хоботка» длиной 4-5 см, с сохраненной брыжейкой, который подшивают однорядными узловыми серозно-мышечными швами в поперечном направлении к стенке толстой кишки с инвагинацией «хоботка» в просвет толстой кишки через поперечный разрез длиной 2,5 см на расстоянии 0,5 см от линии ранее наложенных швов, с последующим наложением однорядных узловых серозно-мышечных швов вокруг сформированного анастомоза. На данный способ получен Патент РФ №2793389 от 31.03.2023г.

Результаты и их обсуждение.

Все пациенты после выполнения восстановительной операции проходили лечение в условиях хирургического отделения. На 2 сутки все больные активизировались. В послеоперационном периоде осложнений со стороны проведенной операции не наблюдалось. При отсутствии диспепсических



явлений все пациенты выписывались на амбулаторное лечение. В отдаленном послеоперационном периоде пациентам также проводилось комплексное обследование, которое включало в себя колоноскопию с осмотром зоны сформированного анастомоза и ирригоскопию для оценки арефлюксной функции сформированного анастомоза.

Выводы.

Формирование инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза предложенным способом позволяет предупредить возникновения как ранних так и поздних послеоперационных осложнений. Данный анастомоз простой в техническом исполнении, не требует больших финансовых затрат, обладает антирефлюксной функцией, которая препятствует попаданию содержимого тонкой кишки в толстую предотвращая возникновения синдрома избыточного бактериального роста. Сформированный клапан в отдалённом периоде препятствует возникновению рубцовой стриктуры.

