



Клиническая и экспериментальная хирургия
Электронный научно-практический журнал
(приложение №2)

Сборник научных трудов Республиканской научно-
практической конференции

**«Актуальные вопросы хирургии и последипломной
подготовки врачей хирургического профиля»,**

посвященной 60-летнему юбилею
член-корреспондента РАМН, профессора
Виля Мамиловича Тимербулатова

23 мая 2012

Уважаемые коллеги!



Признанному хирургу и ученому, член-корреспонденту РАМН, заслуженному врачу РФ, заслуженному деятелю науки РФ, доктору медицинских наук, профессору Вилью Мамиловичу Тимербулатову 1 июня 2012 г. исполняется 60 лет.

В.М. Тимербулатов родился в 1952 г. в д. Ишеево Ишимбайского района Башкирской АССР. В 1969 г. после окончания сельской средней школы поступил в Башкирский государственный медицинский институт, который закончил с отличием в 1975 году, по специальности лечебное дело. После окончания интернатуры по хирургии в 1976 был направлен врачом-хирургом в ЦРБ Благовещенского района Башкирской АССР, где проработал в течение 3 лет. Становление хирурга и научный интерес к выбранной профессии происходили именно в эти годы. В 1979 г. Виль Мамилович поступил в клиническую ординатуру по специальности хирургия при в Башкирском государственном медицинском институте.

В годы обучения в клинической ординатуре, появились первые научные разработки и печатные работы, появился научный интерес, тогда еще к новой специальности – колопроктологии. В эти годы была заложена основа кандидатской диссертации. После окончания ординатуры в 1981 г. был принят на работу врачом-хирургом в хирургическое отделение ГКБ №8 г. Уфы, а в 1982 году Виль Мамилович становится ассистентом кафедры хирургических болезней Башгосмединститута.

В 1983 г., под руководством заслуженного деятеля науки РФ, заведующего кафедрой хирургических болезней, профессора, д.м.н. В.Г. Сахаутдинова защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Диагностика и лечение дивертикулёза толстой кишки и его осложнений» в Московском НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

В 1985 году Вилью Мамиловичу присуждается звание доцента, а в 1988 г. избирается заведующим курсом хирургии ФУВ. Докторскую диссертацию защитил в 1989 году на тему: «Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения и медицинской реабилитации больных острым парапроктитом» в 1-ом Московском медицинском институте имени И.М. Сеченова. С 1988 г. по настоящее время заведует кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башгосмедуниверситета.

В 1991 году ему присвоено звание профессора. В 1990 – 1994 г.г. – по совместительству являлся главным хирургом Минздрава Республики Башкортостан.

В 1994 г. был избран ректором Башкирского государственного медицинского института, который при нем был преобразован в университет и бесменно возглавлял до 2011г. При его руководстве БГМУ стал одним ведущих медицинских ВУЗов РФ. С 1995 года является депутатом Государственного Собрания – Курултая Республики Башкортостан.

В 2005 году был избран член – корреспондентом РАМН. Тимербулатов В.М. - опытный, активно оперирующий хирург, возглавляет хирургическую клинику республиканской больницы скорой медицинской помощи МЗ РБ, является руководителем Республиканского центра миниинвазивной хирургии, Президентом Ассоциации хирургов Республики Башкортостан – регионального отделения Российского общества хирургов. Профессор В.М. Тимербулатов высокую хирургическую активность сочетает с успешной научной и педагогической деятельностью.



Основные его научные интересы лежат в области хирургии желудочно-кишечного тракта и колопроктологии. Им внесен крупный вклад в разработку новых методов диагностики, комплексной терапии и реабилитации больных острым парапроктитом, существенно повысившим эффективность диагностики и лечения этого тяжелого и распространенного заболевания. Им сформулирована концепция патогенеза дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее осложнений, на базе которой разработаны новые варианты щадящих "физиологических" операций. Вилем Мамиловичем и его учениками

усовершенствованы и обоснованы тактические и технические подходы к использованию миниинвазивных доступов и технологий в хирургическом лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений, язвенной болезни, заболеваний толстой кишки, доказана целесообразность использования комбинированных миниинвазивных методов. Ряд вариантов операций им выполнен впервые. Под его руководством создана программа по развитию эндоскопической хирургии в Республике Башкортостан.

Профессор В.М. Тимербулатов – умелый организатор, умеющий оперативно решать самые сложные вопросы, ясно видящий перспективы развития хирургии и образовательного процесса в условиях реформирования экономики и модернизации здравоохранения. Он является членом проблемной комиссии РАМН «Колопроктология», академиком Академии наук Республики Башкортостан, возглавляя медицинский отдел академии, главным редактором и членом редколлегии ряда медицинских журналов, Председателем Диссертационного совета БГМУ по специальности «Хирургия». Автор 943 научных работ, 60 монографий и справочников, 92 изобретений. Им подготовлены 20 докторов и 75 кандидатов медицинских наук. Его трудовая, организаторская, научная и общественная деятельность оценена достойно. Он является Заслуженным деятелем науки Российской Федерации и Республики Башкортостан, Заслуженным врачом Российской Федерации и Республики Башкортостан, Отличником Здравоохранения РФ, лауреатом Премии РАМН им. А.Н. Бакулева, награжден знаком «Изобретатель СССР». Проведение конференции, посвященной 60-летию его юбилею – это дань уважения его заслугам в области хирургии, педагогики и общественно-политической деятельности.

*Ректор ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздравсоцразвития России,
профессор*

Валентин Николаевич Павлов

Содержание

Колонка редактора	10
Возможности видеоторакоскопии при травмах грудной клетки у детей. Алянгин В.Г., Гумеров А.А., Викторов В.В., Сатаев В.У.	11
Опыт эндоскопической остановки пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений аппаратом «Фотек-ЕА 141». Попов О.С., Ширяев А.А., Ибрагимов Ш.Ф., Дружинин С.А., Басманов В.А.	24
Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении больных с синдромом Лериша. Федоров С.В., Хамитов А.А., Кашаев М.Ш.	28
Малоинвазивная хирургия колоректального рака. Ганцев Ш.Х., Аюпов Р.Т., Акмалов Ю.М.	33
Региональный эндоскопический гемостаз кровотечений из верхних отделов ЖКТ 70% этиловым спиртом у лиц пожилого и старческого возраста. Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.	36
Патоморфологическая характеристика синдрома отягощенной постспленэктомической инфекции в эксперименте. Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.	40
Роль лимфоидных образований кишечника в профилактике и коррекции гипо- и аспленизма в эксперименте. Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.	42
Изучение реакции Перлса в периферических органах иммунной системы белых крыс при гипо- и аспленизме. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.	44
Возможные хирургические тактики при осложнениях холецистэктомии. Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф., Шамсиев Р.Э. Шайбаков Д.	46
Острый панкреатит. Совершенствование методов хирургического лечения. Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф., Шамсиев Р.Э., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х.	51
Метод поэтапной восстановительной терапии и реабилитации акушерских травм промежности. Зиганшин А.М., Кулавский В.А., Кулавский Е.В.	56
Сочетанные оперативные вмешательства при осложненных формах заболеваний вен нижних конечностей. Галимов О.В., Ханов В.О., Титов А.Р., Мухамедьянов Г.С., Галиева А.Р.	65
Профилактика раневых осложнений у больных послеоперационным перитонитом. Мананов Р.А., Мехтиев Н.М.	69
Комплексное лечение энтеральной недостаточности на фоне послеоперационного перитонита. Мехтиев Н.М., Мананов Р.А.	71
Хирургическое и консервативное лечение больших и гигантских язв желудка. Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.	79
Способ профилактики послеоперационного перитонита после аппендэктомии. Мананов Р.А., Мехтиев Н.М.	84
Профилактика лигатурных свищей у больных послеоперационным перитонитом. Мананов Р.А., Мехтиев Н.М.	88
Комплексное лечение послеоперационного перитонита. Мехтиев Н.М., Мананов Р.А.	91

Оценка кровотока при гемангиомах челюстно-лицевой области с помощью дуплексного сканирования. Верзакова И.В., Губайдуллина Г.М., Макарьева М.Л.	95
Генетические маркеры в прогнозировании острых дыхательных нарушений новорожденных. Викторов В.В.1, Хамидуллина Л.И.1, Крюкова А.Г.1, Данилко К.В.	98
Некоторые моменты наблюдения за амбулаторными больными с гастроэнтерологической патологией. Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.	105
Оптимизация учебно-методического процесса в последипломной подготовке врача эндохирурга. Тимербулатов В.М., Сибаев В.М., Сагитов Р.Б., Фаязов Р.Р., Садретдинов М.А., Тимербулатов Ш.В.	108
Хирургическое лечение гормонально-активных опухолей надпочечников из минидоступа. Хамитов А.А., Федоров С.В., Кашаев М.Ш.	117
Коррекция метаболического и гормонального гомеостаза у больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в процессе восстановительного лечения Мурасов Д.Г., Низамова Э.И., Шамигулов Ф.Б.	121
Миниинвазивные технологии при панкреонекрозе. Хасанов А.Г., Яппаров Р.Г., Гильмутдинов А.Р., Усманов Ф.Ф.	125
Диагностика и лечение больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Ахметов И.Х., Мусин А.Р.	128
Эндоскопические и морфологические особенности у пациентов с осложненным течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Низамова Э.И., Мурасов Д.Г., Шамигулов Ф.Б.	132
Лечебно- диагностическая лапароскопия в urgentной хирургии. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Бадретдинов А.Ф.	136
Лечебная тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях Суфияров И.Ф., Мусин А.Р., Шамсиев Р.Э., Шайбаков Д.Г.	141
Варианты лечения предопухолевых заболеваний и раннего рака желудка эндоскопическим методом. Баранников К.В., Тофан А.В.	144
Этапные санации сальниковой сумки в лечении больных панкреонекрозом. Макаровичкин А.Г., Чернядьев С.А., Айрапетов Д.В.	148
Менеджмент качества постдипломной подготовки хирурга. Чернядьев С.А., Козлов В.А., Макаровичкин А.Г.	153
Мезентериальная лимфоаденопатия в профилактике и коррекции нарушений функция организма после оперативных вмешательств на селезенке в эксперименте. Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.	158
Инсталляция технологии лапароскопической мануально-ассистированной донорской нефрэктомии в России. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Ефимкин А.С., Корнилов М.Н.	161
Современные эндохирургические методы в лечении деструктивного панкреатита. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Филимонов М.И., Орлов Б.Б., Галлямова С.В., Преснов К.С.	165

Эндохирургические технологии в urgentной хирургии.	167
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Толстых М.П., Галлямова С.В., Преснов К.С., Макушин А.А., Чернышев Е.Ю.	
Эндохирургическая коррекция ятрогенных повреждений мочеточника.	169
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Забродина Н.Б., Преснов К.С., Мещанкин И.В., Коваленко А.В., Новиков А.Б., Лукин А.В., Фёдоров А.В.	
200 лапароскопических простатэктомий – оптимизация хирургической техники и эргономики.	171
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Забродина Н.Б., Преснов К.С., Коваленко А.В., Новиков А.Б.	
К вопросу о лапароскопических операциях у стомированных больных.	173
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Комплексный, индивидуальный подход при выборе способа эндохирургических антирефлюксных вмешательств.	174
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Галлямова С.В., Преснов К.С., Макушин А.А., Чернышев Е.Ю.	
Миниинвазивное лечение язвенного колита.	176
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Миниинвазивные операции в лечении дивертикулеза.	177
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Опыт эндохирургических вмешательств при заболеваниях надпочечника.	179
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Преснов К.С., Галлямова С.В.	
Перспективы лапароскопической хирургии при раке желудка и ГИСО.	181
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Галлямова С.В., Преснов К.С., Макушин А.А., Чернышев Е.Ю.	
Эндохирургические вмешательства - как альтернативный метод лечения больных с опухолями почки.	183
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Забродина Н.Б., Преснов К.С., Коваленко А.В., Новиков А.Б.	
Результаты лапароскопического лечения долихоколон.	185
Тимербулатов М.В., Биганяков Р.Я., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Безопасность пациента при выполнении сложных эндохирургических вмешательств.	187
Бобринская И.Г., Галлямова С.В., Галлямов Э.А.	
Сравнительная оценка антеградного и ретроградного стентирования верхних мочевых путей при лапароскопической пиелопластике.	191
Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Забродина Н.Б., Преснов К.С., Мещанкин И.В., Коваленко А.В., Новиков А.Б., Лукин А.В., Фёдоров А.В.	
Эндоскопически ассистированные операции при перфоративных дуоденальных язвах.	193
Фаязов Р.Р., Сагитов Р.Б., Уразбахтин И.М., Сибаяев В.М., Мехдиев Д.И., Ямалов Р.А.	
Новое в хирургии кишечных стом.	195
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Особенности предоперационного обследования стомированных больных.	196
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Хирургия послеоперационных вентральных грыж.	197
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	

Ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения метастатического рака печени.	199
Грицаенко А.И., Мустафин А.Х., Галимов И.И., Мухамедьянов И.Ф., Салимгареев И.З., Рахимов Р.Р.	
Хирургическое лечение хронической обструктивной болезни легких.	201
Плечев В.В., Фатихов Р.Г., Авзалетдинов А.М., Латыпов Ф.Р.	
Современные технологии в хирургическом лечении больных послеоперационными вентральными грыжами в сочетании со спаечной болезнью брюшины.	203
Плечев В.В., Шавалеев Р.Р., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р. (мл.), Хакамов Т.Ш.	
Возможности лапароскопического лечения больных с кистами брюшной полости.	206
Мустафин А.Х., Абдеев Р.Р., И.И Галимов., Салимгареев И.З., Самоходов С.Ю. Грицаенко А.И.	
Наш опыт хирургического лечения ВПС с обедненным легочным кровотоком.	207
Плечев В. В., Нагаев И.А., Янбеков Н. А., Онегов Д. В., Шарафутдинов А. Р., Тугузбаев Р.И.	
Динамика восстановительных операций у пациентов с кишечной стомой.	209
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.	
Влияние препарата «Иммурег» на экспрессию генов ангиогенных факторов роста при экспериментальном инфаркте миокарда у кроликов.	210
Плечев В. В., Олейник Б.А., Рисберг Р.Ю., Плечева Д.В.	
Динамика течения язвенной болезни у пациентов с гигантскими язвами при успешной эрадикации НР.	212
Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.	
Современные подходы в хирургической тактике при травматических абдоминальных повреждениях.	215
Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б., Гареев Р.Г., Султанбаев А.У., Халиков А.А.	
Синдром абдоминальной компрессии при острой obturационной непроходимости толстой кишки.	217
Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н., Халиков А.А.	
Лечебно-диагностическая тактика при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки.	220
Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., Багаутдинов Ф.З., Ахмеров Р.Р., Гареев Р.Н.	
Сохраняющие и замещающие селезенку оперативные пособия.	222
Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Халиков А.А.	
Клинико-экспериментальное исследование ишемического и реперфузионного повреждения печени при синдроме интраабдоминальной гипертензии.	224
Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Верзакова И.В., Гареев Р.Н., Сибаяев В.М., Султанбаев А.У., Халиков А.А.	
Динамика доплерографических показателей печеночного кровотока при остром калькулезном холецистите и его осложнениях в послеоперационном периоде.	226
Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Губайдуллина Г.М., Верзакова О.В.	
Состояние печеночного кровотока при остром калькулезном холецистите и его осложнениях в постоперационном периоде.	231
Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Губайдуллина Г.М., Усатова О.С., Верзакова О.В.	
Оценка гемодинамики в висцеральных ветвях брюшной аорты при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой методом ультразвукового дуплексного сканирования.	234
Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Губайдуллина Г.М., Верзакова О.В.	

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе при инвагинации кишечника у детей.	236
Ишонходжаев Ё.Н., Ходжаев Х.Б., Жабборов Б.А.	
Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости у детей.	238
Эрметов А.Т., Зуфарханов А.М., Жабборов Б.А.	
Пути снижения бронхолегочных осложнений у детей с инородными телами.	239
Ходжаев Х.Б., Тожибоев А.Х. Жураев Э.У.	
Врожденные воздушные кисты легких у детей.	240
Ишимов Ш.С., Мирасов А.А.	
Профилактика послеоперационных осложнений у детей при кишечных инвагинациях.	243
Ходжаев Х.Б., Зуфарханов А.М., Жаббаров Б.А.	
Опыт лечения грыж диафрагмы у детей.	244
Садыков Ф.Г., Викторов В.В., Сабиров Т.Т., Гадельшин Э.С.	
Клинический случай в лечении новообразования легкого.	246
Садыков Ф.Г., Викторов В.В., Сабиров Т.Т., Гадельшин Э.С., Климанов В.В., Феоктистов В.П.	
Клинический случай лечения локализованной лобарной эмфиземы и врожденной кисты легкого у ребенка.	248
Садыков Ф.Г., Викторов В.В., Сабиров Т.Т., Гадельшин Э.С.	
Последипломная подготовка врачей по оказанию неотложной помощи в техногенных катастрофах.	249
Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Чанышев М.Ш., Власов А.Ф., Мусина Ф.С., Хамидуллин Р.Т.	
Эволюция взглядов использования УЗИ в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.	252
Верзакова И.В., Какаулина Л.Н., Макарьева М.Л., Амирова А.М., Зубаиров В.А., Салмина Н.Н., Усманова Г.А., Губайдуллина Г.М.	
Видеоторакоскопические оперативные вмешательства у детей.	256
Гумеров А.А., Мамлеев И.А., Сатаев В.У., Алянгин В.Г.	
Профилактика осложнений при коронарном шунтировании у больных с ишемической кардиомиопатией	260
Плечев В.В., Ижбульдин Р.И., Кудряшов В.В.	
Инновационные технологии в формировании профессиональной компетенции врача акушер-гинеколога.	262
Кулавский В.А., Хайруллина Ф.Л., Насырова С.Ф. Бадретдинова Ф.Ф., Архипов В.В., Радутный В.Н., Кулавский Е.В.	
Совершенствование методов обучения в подготовке интернов акушер-гинекологов.	266
Кулавский В.А., Насырова С.Ф., Хайруллина Ф.Л., Бадретдинова Ф.Ф., Кулавский Е.В., Радутный В.Н., Архипов В.В.	
Научный вклад ученых и организаторов здравоохранения Башкортостана в Большую медицинскую и башкирскую энциклопедии.	270
Павлов В.Н., Нартайлаков М.А., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.	
Действительные члены и члены-корреспонденты АМН СССР и РАМН – уроженцы Уфимской губернии (Республики Башкортостан).	276
К 110-летию со дня рождения первого директора Башкирского государственного медицинского института С.М.Трайнина (1932-1937гг.)	280
Павлов В.Н., Нартайлаков М.А., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.	
Сведения для авторов	288

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Столица Республики Башкортостан – Уфа неоднократно становилась местом проведения съездов и конференций по различным областям хирургии как республиканского, так и всероссийского и международного масштаба. Плодотворность таких мероприятий очевидна, так как именно здесь представляется возможность ознакомиться с успехами хирургов всей страны по представленным докладам, видеоматериалам, и, что наиболее ценно, при личном общении является наиболее продуктивным способом повышения квалификации врачей всех уровней.

23 мая 2012 года Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, Башкирский государственный медицинский университет и Ассоциация хирургов Республики Башкортостан – региональное отделение Российского общества хирургов проводят научно- практическую конференцию «Актуальные вопросы хирургии и последипломной подготовки врачей хирургического профиля», посвященную 60-летнему юбилею Президента АХРБ, член-корр. РАМН, профессору В.М. Тимербулатову.

Представляем Вашему вниманию сборник научных трудов в виде совместного издания журналов «Медицинский вестник Башкортостана» и «Клиническая и экспериментальная хирургия».

Зав. редакцией журнала

«Медицинский вестник Башкортостана»

А.Т. Мустафин,

Зам.глав.редактора журнала

«Клиническая и экспериментальная хирургия»

Р.Б. Сагитов

**ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.**

Алянгин В.Г., Гумеров А.А., Викторов В.В., Сатаев В.У.

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

ГБУЗ МЗ РБ «Республиканская детская клиническая больница» г.Уфы.

МУ «Городская клиническая больница» №17 г.Уфы.

Актуальность.

Несмотря на успехи современной медицины, диагностика и лечение травматических повреждений грудной клетки в детском возрасте продолжает оставаться актуальной проблемой в экстренной хирургии детского возраста. [2,6,7,11,12] Структура травматизма меняется за счет неуклонного роста дорожно-транспортных происшествий, падений с высоты, проникающих ранений, стихийных бедствий [1,3,13,14,16]. При этом возникают трудности с адекватной оценкой степени повреждения органов грудной клетки, величины кровопотери, локализации повреждения, что напрямую влияет на выбор лечебной тактики и последовательности оказания медицинской помощи пострадавшему ребёнку [1,3,4,8,17]. Активно-выжидательная тактика, применяемая детскими хирургами у детей с торакальными повреждениями, в отсутствие показаний к экстренной торакотомии и основанная на определении объема и скорости поступления крови по плевральным дренажам, не дает детального представления о наличии и тяжести повреждений, что значительно затрудняет выбор оптимальной тактики лечения [2,6,12,13,14]. Все это вынуждает детских хирургов вести активный поиск новых способов диагностики и лечения детей с травматическими повреждениями грудной клетки [6,7,9,11,12,15]. Несмотря на активное внедрение и накопленный опыт видеоторакокопии при многих хирургических заболеваниях у детей [5,6,7,10,11,12], при травмах грудной клетки не имеется значительного количества систематизированных наблюдений в педиатрии. Активное использование в клинической практике видеоторакокопии открыло новые перспективы улучшения качества диагностики и оперативного лечения травматических повреждений органов грудной полости у детей.

Цель.

Выявить истинную частоту повреждения органов грудной клетки при симптомокомплексе внутриплеврального кровотечения и целесообразность

выполнения торакотомии в каждом конкретном случае, улучшить результаты лечения детей с травмой грудной клетки и снизить частоту послеоперационных осложнений.

Материалы и методы.

В клинику детской хирургии БГМУ (на базах РДКБ и ГДКБ №17, г. Уфы) за период 1996-2011 гг. с травмами грудной клетки различной тяжести и локализации поступило 55 детей. Возраст составил от 3 до 15 лет. Повреждения в результате дорожно-транспортного происшествия получили 28 (50,1%) детей, в 18 (32,7%) случаях травма получена в результате падения с высоты и 9 (17,2%) пострадавших детей получили колото-резаные раны грудной клетки. Состояние детей при поступлении у 42 детей (77%) случаев расценивалось как тяжелое и в 13(23%) – как средней тяжести. Сроки от момента получения травмы до госпитализации составили от 25 минут до 3,5 часов. Лечение детей с ранениями грудной клетки проводилось в условиях оказания круглосуточной экстренной хирургической и эндоскопической помощи.

В обязательный диагностический алгоритм были включены лабораторные анализы, рентгенологическое исследование, ультрасонографическое исследование. По распределению рентгенологической и ультрасонографической картины у больных при поступлении было следующее:

- симптомы пневмоторакса у 22 человек в (41%) случаев (рис. 1);
- гемоторакса у 15 человек в (28%) случаях (рис.2);
- гемопневмоторакса у 18 пострадавших в (31%) случаях.

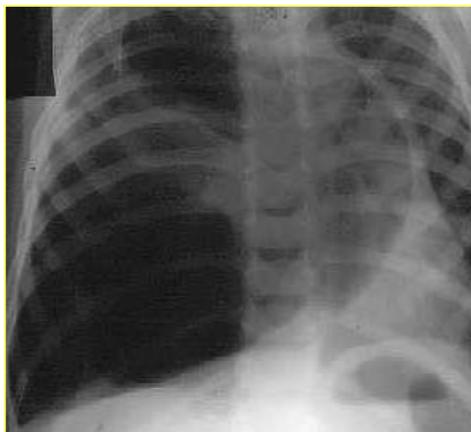


Рис.1 R-графия органов грудной клетки в прямой проекции. Напряженный пневмоторакс.

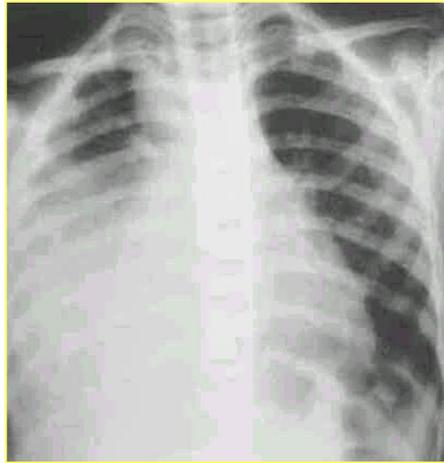


Рис.2. R-графия органов грудной клетки в прямой проекции. Гемоторакс

Пациент осматривался совместно дежурной бригадой: детский хирург, эндоскопист, травматолог, нейрохирург, реаниматолог-анестезиолог. Тяжесть состояния пациента учитывали по основным показателям гемодинамики (артериальное давление, частота сердечных сокращений, характеристики пульса). Кроме того, отмечали наличие и степень дыхательной недостаточности, проходимости дыхательных путей, наружные повреждения и деформации грудной клетки, наличие парадоксальных движений грудной клетки, признаки переломов, ссадин, гематом, другие симптомы (боль, кашель, ограничение дыхательных движений, одышку, цианоз и т.д.), а также наличие подкожной эмфиземы.

В 25 случаях травмы носили сочетанный характер:

- Черепно-мозговая травма (ЧМТ) и травма груди в 12 (48%) случаях.
- Травма грудной клетки + ЧМТ + переломы конечностей у 6 (24%) пациентов.
- ЧМТ + переломы конечностей + переломы костей таза + травма брюшной полости + грудная клетка- 3 (12%) случая.
- Переломы конечностей + травма позвоночника + грудная клетка - 1 (4%) случай.
- Грудная клетка + травма брюшной полости + переломы конечностей у 3(12%) человек.

Всем детям произведена диагностическая плевральная пункция и дренирование плевральной полости. В результате обследования и лечения пострадавшим выполнены следующие виды вмешательств (таб.1):

Табл. 1

Вид вмешательства	Количество пациентов
Дренирование плевральной полости	28
Видеоторакоскопия	21
Торакотомия	6

В результате оказания хирургической помощи по ее видам состав пациентов распределился следующим образом (таб.2):

Табл. 2

Пол	Видеоторакоскопия (основная группа)	Торакотомия (группа сравнения)
Мальчики	16	3
Девочки	6	2
Всего	22	5

22 видеоторакоскопических вмешательства при травмах грудной клетки у детей (16 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 3 до 15 лет, средний возраст 8,2 года).

В 51 случае пациентам после обследования была произведена плевральная пункция и дренирование плевральной полости. У части детей, а это 28 человек по дренажу прекратилось активное поступление крови и сброс воздуха так же прекратился в ближайшие 12 часов. Данных пациентов наблюдали консервативно и у них имелась положительная динамика, после чего дренажи были удалены на 2-3 сутки.

У 22 пациентов, имело место поступление свежей крови по дренажной трубке от 1 до 3 часов наблюдения или постоянный сброс воздуха более 12-ти часов наблюдения. Таким пациентам выполнялась видеоторакоскопия.

В 5-ти случаях ввиду гемодинамических нарушений и подозрение на массивное кровотечение из крупных сосудов грудной полости сразу выполнена торакотомия с ревизией и ушиванием поврежденных органов.

Все видеоторакоскопические вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом с использованием однолегочной вентиляции. В 11 случаях при интубации и во время операции понадобилось проведение

санационной трахеобронхоскопии из-за обструкции просвета бронхов кровью вследствие повреждения и кровотечения из паренхимы легкого.

Положение больного на операционном столе на здоровом боку. Необходимо отметить, что от места установки торакопортов, зависит удобство манипуляции. Первый торакопорт (10 мм), устанавливался под углом лопатки при отведенной руке кверху, через который адекватно осматриваются все отделы плевральной полости (рис. 3).

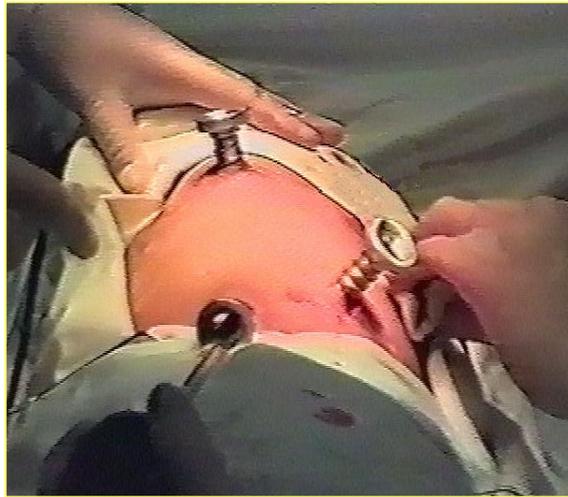


Рис.3. Схема установки торакопортов.

Установка остальных торакопортов производилась под визуальным контролем, а выбор их диаметра определялся после выявления зоны поражения в грудной клетке и определения объема оперативного вмешательства.

При проведении видеоторакокопии были выявлены следующие виды внутригрудных повреждений (таб.3).

Табл. 3

Внутригрудные повреждения, выявленные при видеоторакокопии.

Внутригрудные повреждения	n = 22
Ранение легкого + гемопневмоторакс	4
Пневмоторакс (случаи разрывов висцеральной плевры без повреждения паренхимы легкого)	6
Инородное тело плевральной полости и паренхимы легкого	1
Ранение межреберной артерии+гемоторакс	2
Повреждение полунепарной вены	1
Повреждение легкого осколками ребер	2
Надрыв корня легкого	1
Ушиб легкого с интрапаринхиматозным кровоизлиянием	2
Разрыв паренхимы легкого+гемопневмоторакс	3

При обнаружении в плевральной полости большого количества крови, затруднявшей ревизию телескопом, кровь максимально эвакуировалась через торакопорт электроотсосом и проводили дальнейшую ревизию. У 19 из 22 пострадавших удалось провести как диагностический видеоторакоскопический этап так и оперативный без использования дополнительных торакотомных доступов. В двух случаях понадобилось в видеоторакоскопическому доступу добавить миниторакотомический доступа к поврежденной межреберной артерии и ущемление ткани легкого осколками ребер. В данных случаях имела место «уточненная миниторакотомия», когда после определения при торакоскопии места кровотечения осуществлялся прицельный мини доступ к месту повреждения на грудной клетке и ушиваются плевра и пересеченные межреберные сосуды. Интракорпоральное видеоторакоскопическое ушивание обширных дефектов висцеральной плевры, особенно в случае субплевральной гематомы, технически сложнее и занимает больше времени, чем та же манипуляция, выполненная через минидоступ.

В одном случае по ходу операции пришлось перейти от видеоторакоскопического к торакотомному методу. Причиной перехода от видеоторакоскопии к торакотомии явилось массивное продолжающееся кровотечения, когда ввиду большого поступления крови не представлялось возможным определить источник кровотечения и необходимо срочно его ликвидировать. После установления диагноза и окончания диагностического этапа, проводили оперативные вмешательства (табл. 4).

Табл.4

Внутригрудные вмешательства, проведенные при видеоторакоскопии.

Оперативные вмешательства	n = 22
Обработка раны легкого (электрокоагуляция, ушивание «ручным» швом, закрытие раны биополимером «Тахокомб») + эвакуация гемоторакса	8
Клиновидная резекция легкого линейным эндостейплером + эвакуация гемоторакса	2
Остановка кровотечения из раны грудной стенки + эвакуация гемоторакса	3
Извлечение инородного тела + санация плевральной полости	1
Санация и дренирование плевральной полости	7
Диагностическая торакоскопия с конверсией на торакотомию	1

В 5 (22,7%) случаях обнаружен гемоторакс при отсутствии продолжающегося кровотечения и грубых повреждений органов грудной клетки. Кровь в количестве от 50 до 100 мл удалена из плевральной полости, произведена ревизия, санация и дренирование плевральной полости. В 8 (36,4%) случаях на торакокопии выявлены разрывы паренхимы легкого с продолжающимся кровотечением, в 2 случаях для клиновидной резекции использовался линейный эндостейплер Endo GIA-30-3,5 (Covidien™) (рис.4).

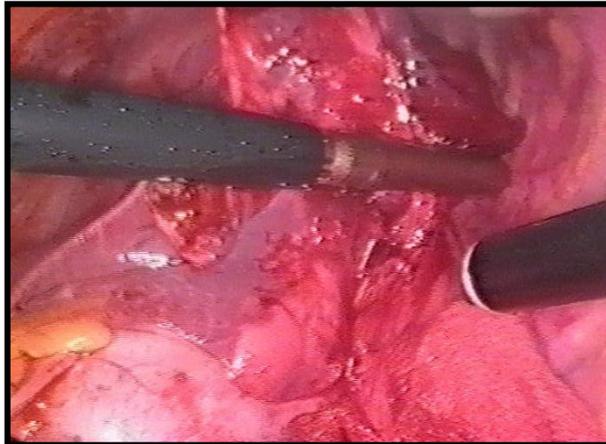


Рис.4 Наложение эндостейплера поврежденную на легочную паренхиму.

В 1(4,5%) случае при проникающем ножевом ранении отмечено резаное повреждение язычковых сегментов (рис.5).

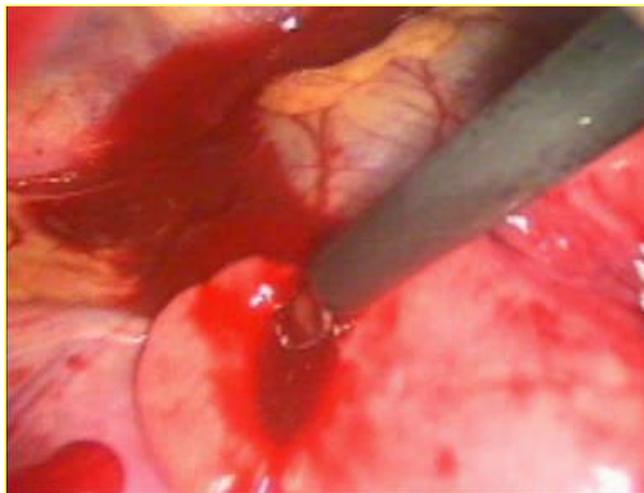


Рис.5 Ножевое ранение легкого.

Места кровотечений коагулированы в монополярном и биполярном режимах. С целью контроля гемостаза на место повреждения укладывался биополимер «Тахокомб» (Nicomed™). Кровотечения из ткани легкого остановлены, в послеоперационном периоде повторных кровотечений не было.

В 1 (3,3%) случае выявлен травматический разрыв полунепарной вены с массивным кровотечением. После удаления крови из плевральной полости

аспиратором, произведено коагулирование вены в месте разрыва биполярным коагулятором и электрокоагуляцией с применением аппарата LigaSure, кровотечение остановлено (рис.6).

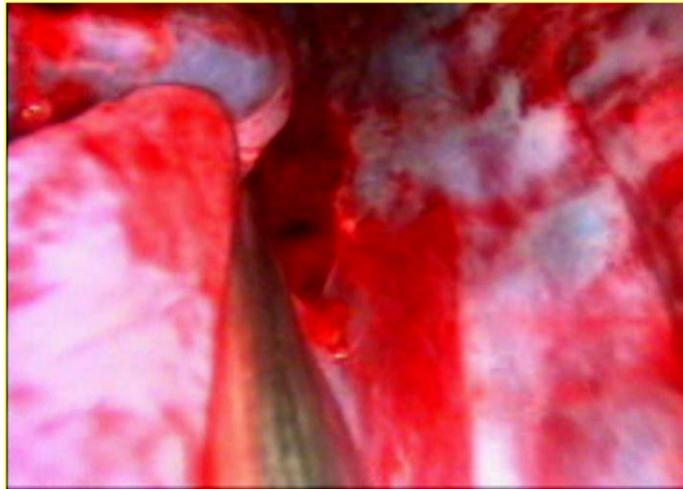


Рис. 6 Разрыв полунепарной вены

В 2 (8,2%) случаях обнаружено ущемление и повреждение при переломе ребер (рис.7). В 4-х случаях у пациентов с сочетанной автодорожной травмой грудной клетки и брюшной полости проводилась и торакоскопия и лапароскопия. В зависимости от выраженности и преобладания клинических симптомов операцию начинали, как правило, с области наиболее тяжелого повреждения. По мере ликвидации жизнеугрожающих повреждений в плевральной полости в ходе или конце операции выявлялись признаки или подозрение на внутрибрюшное кровотечение, тогда проводился переход от торакоскопии к лапароскопии.

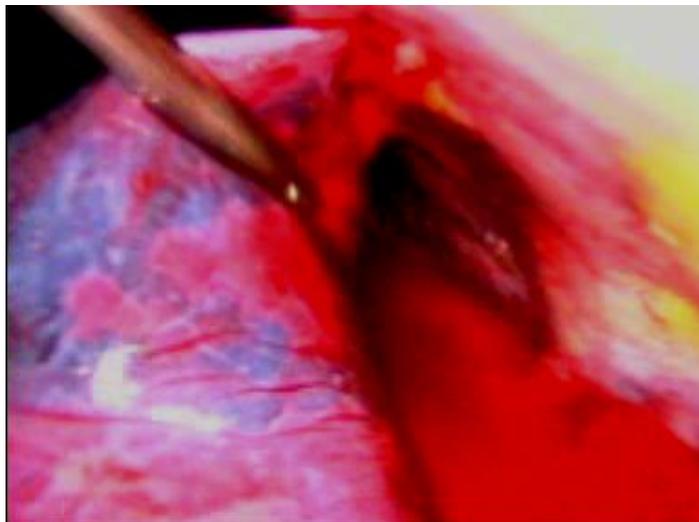


Рис.7 Ущемление легкого осколками ребер.

В трех случаях удалось произвести лапароскопический гемостаз разрывов печени и селезенки (Рис.8). В одном случае произведена лапаротомия и спленэктомия.



Рис.8 Больной с сочетанной травмой после торакоскопического (разрыв легкого) и лапароскопического гемостаза (разрыв печени).

Переход на торакотомию потребовался в одном 1(4,5%) случае у ребенка с тяжелой сочетанной травмой, когда был выявлен надрыв нижней корня левого легкого. Ввиду значительного поступления крови, нарастания кровопотери и вследствие этого невозможности визуализировать место повреждения была произведена торакотомия и ушивание разрывов крупных сосудов.

Анализ клинического материала, позволили определить ряд показаний к выполнению видеоторакокопии при травмах грудной клетки:

1. Гемоторакс с признаками продолжающегося кровотечения.
2. Пневмоторакс с массивным сбросом воздуха по дренажам.
3. Стойкий коллапс легкого.
4. Пневмоторакс с нарастающей эмфиземой средостения.
5. Пневмо- и гемоторакс при наличии множественных переломов ребер.
6. Торакоабдоминальный характер травм.

Противопоказаниями для проведения торакокопии при травмах органов грудной клетки явились терминальное состояние пациента, геморрагический шок 2-3 степени, расположение ран в проекции сердца и крупных сосудов.

Таким образом, для выбора операционной тактики нами предложен следующий алгоритм действий при лечении детей с травмами грудной клетки (рис. 9).

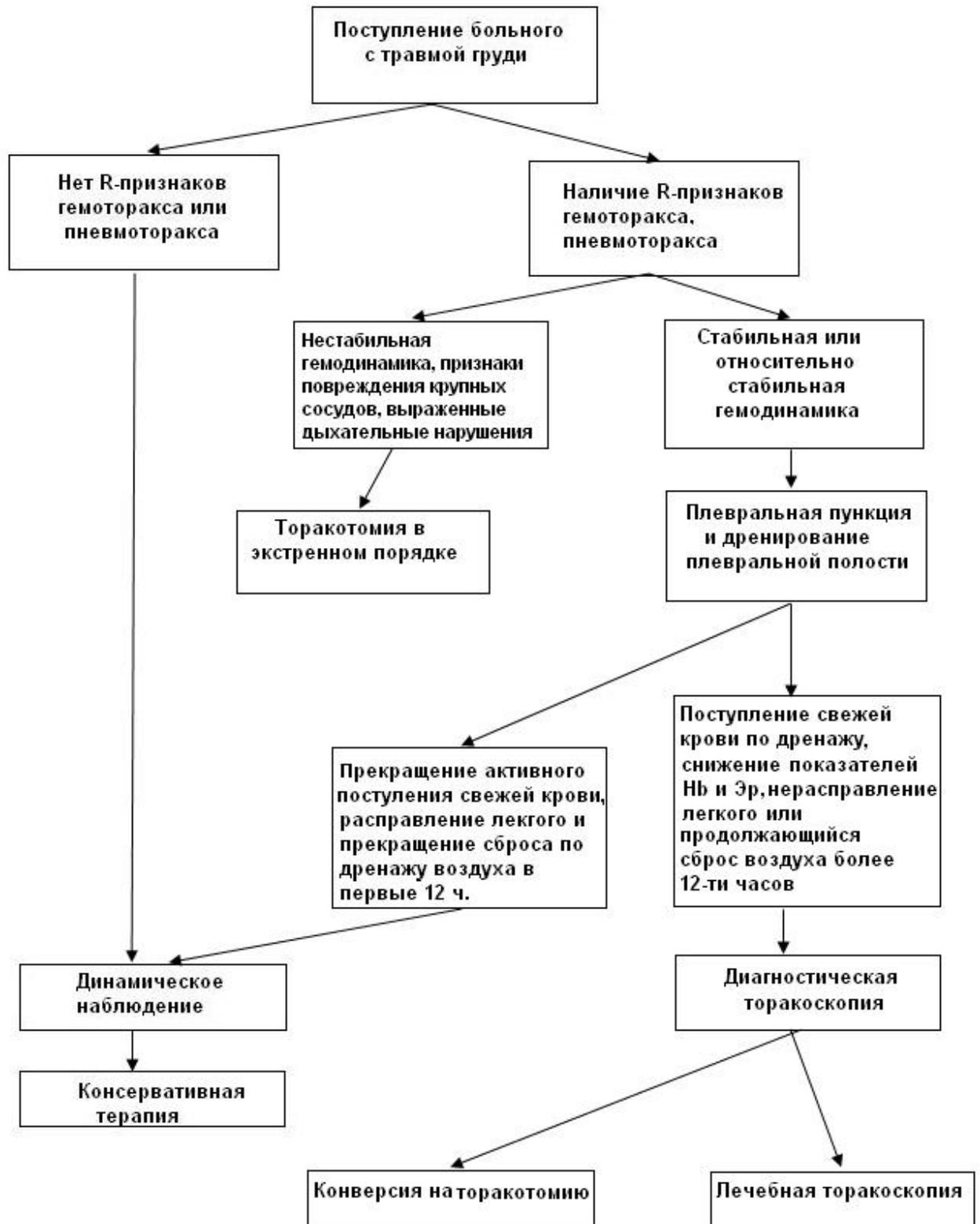


Рис. 9 Алгоритм лечебных мероприятий при травмах грудной клетки.

Для оценки этапов операций и течения послеоперационного периода у оперированных больных были взяты следующие параметры.

Табл. 5

Значения параметров у оперированных больных при травме органов грудной клетки.

Параметры	Видеоторакоскопия (основная группа) (n=22)	Торакотомия (группа сравнения) (n = 5)
Интраоперационная кровопотеря: (мл)	148,05± 49,74*	218,33 ± 38,21*
Время операции (мин)	83,63 ± 17,31*	106,15 ±11,23*
Длительность послеоперационной интубации (час)	16,58 ± 3,24 *	29,35 ± 3,27*
Длительность нахождения в РАО (час)	39,43 ± 5,46 *	52,34 ± 4,32 *
Длительность сброса воздуха по дренажу (час)	9,18 ± 4,56	8,19 ± 3,39
Длительность экссудации (час)	37,23 ± 12,15	42,10 ±6,47
Длительность дренирования (час)	63,23 ± 14,21	86,10 ±8,54

Примечание: * - различия достоверны ($p < 0,05$)

По данным параметрам течения послеоперационного периода была составлена следующая диаграмма (рис. 10).

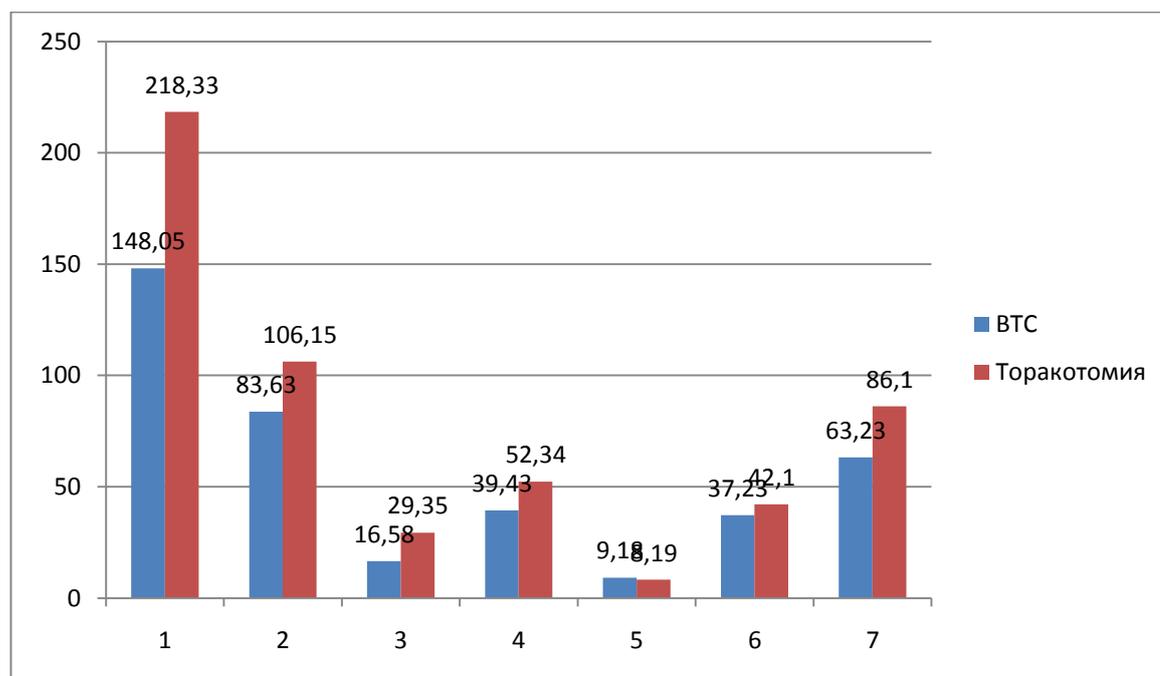


Рис. 10 Параметры оценки послеоперационного периода при травме грудной клетки у детей. (1- объем интраоперационной кровопотери (мл), 2 – время операции (мин), 3 - длительность послеоперационной интубации (час), 4 - длительность нахождения в РАО (час), 5 - длительность сброса воздуха по дренажу (час), 6- длительность экссудации по дренажу (час), 7- длительность дренирования плевральной полости).

Анализируя полученные данные, можно сделать заключение, что время традиционной торакотомии было больше, чем время видеоторакоскопической операции, что во многом было связано с затратами времени на доступ. Значительная интраоперационная кровопотеря в группе сравнения связана как с травматичностью торакотомного разреза, так и с выявленными более объемными поражениями внутригрудных органов и их сосудов, так как чаще всего именно поэтому сразу проводилась экстренная торакотомия. Длительность послеоперационной интубации и нахождения в отделении реанимации в группе сравнения превалировала. Все эти параметры указывали на травматичность торакотомии и непосредственно зависели от восстановления адекватного дыхания, стабилизации показателей пульса и артериального давления. При анализе длительности сброса воздуха по дренажу и длительности экссудации разница статистически недостоверна из-за малого количества наблюдений и статистически не значима.

Таким образом, видеоторакоскопический метод выполнения операции при травме органов грудной клетки менее травматичный по воздействию, чем торакотомия, способствует более ранней экстубации, раннему восстановлению самостоятельного дыхания и активизации больных, сокращает пребывание больного в отделении анестезиологии реанимации.

Обсуждение.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к заключению, что видеоторакоскопия во многих случаях может являться адекватной альтернативой открытым методам хирургического лечения детей с торакальными травматическими повреждениями.

Несмотря на разработанные критерии необходимости выполнения торакоскопии в экстренной хирургии травм грудной клетки у детей, необходимо отметить, что при наличии сочетанной травмы могут иметься своеобразные особенности клинической картины. В этих случаях показания к торакоскопии должны быть индивидуальными с учетом особенностей клинического течения заболевания.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что торакоскопия в экстренной хирургии при травмах грудной клетки позволяет своевременно установить характер и степень повреждения органов грудной клетки и снизить частоту и число эксплоративных торакотомий у детей.

Выводы.

Проводимая тактика лечения травм грудной клетки у детей способствовала, с одной стороны, раннему выявлению повреждений, при которых требуется экстренная операция, а с другой позволило избежать необоснованной широкой торакотомии, особенно при торакоабдоминальных травмах, а также снизить травматичность выполняемых операций. Вопросы показаний и противопоказаний, возможности и ограничения метода в настоящее время являются предметом дискуссии и по всей видимости будет меняться по мере накопления практического опыта в этой области.

Литература.

1. Архипов Д.М. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений груди: дисс. ...канд.мед.наук. Москва, 1999
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия // Т.2– СПб.–1997–С. 257–260.
3. Брюсов П.Г., Курицын А.Н., Уразовский Н.Ю., Таривердиев М.Л. Оперативная торакоскопия в хирургическом лечении проникающих ранений груди.// Воен.-мед. Журн.-1998.-Т.-319.-№2.-С.21-26
4. Вагнер Е.А., Субботин В.М., Плаксин С.А. Оперативная торакоскопия при травме груди// Современные технологии в торакальной хирургии: Тез. научн. Конф.М.-1995.-С.37-38
5. Гамиров О.Ф., Мамлеев И.А. Видеоторакоскопические операции при хронических нагноительных заболеваниях лёгких у детей. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - №3. – С. 24 – 28.
6. Ю.Ф.Исаков, А.Ф. Дронов. Эндоскопическая хирургия у детей.// М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
7. Исаков Ю.Ф. Степанов Э.А., Разумовский А.Ю Торакоскопические и видеоассистированные операции на органах грудной клетки у детей. // Хирургия. – 2003. - №3. – С.22 – 25.
8. Макаров А.В., Гетьман В.Г., Гетьман В.В. Опыт торакоскопической хирургии при повреждениях грудной клетки // 2-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. тез. – 1997. – С. 238-240.
9. Макаров А.В., Гетьман В.Г.и др. Применение торакоскопии для лечения посттравматического свернувшегося гемоторакса // Клин. Хир.- 1996.-№7.-С.8-9
10. Макушкин В.В. Общее обезболивание в эндоскопической хирургии у детей.// Уфа, 2005.– С.49.
11. Мамлеев И.А Видеоторакоскопические операции в детской хирургии.// Автореф. дис. док. мед. наук – Уфа, 2004.
12. Разумовский А.Ю., Митупов З.Б. Эндоскопические операции в торакальной хирургии у детей.// М.: ГЭОТАР-МЕД, 2010. – С.240.
13. Цыбуляк Г.Н., Бечик С.Л. Ранения и травмы груди.// Хирургия.–1997.–№3.–С.5-10.
14. Casas S.R., Richardson J.D. Role of thoracoscopy in acute management of chest injury.// Curr. Opin. Crit. Care.- 2006.- Dec.- №12(6)- С. 184.
15. Fabbrucci P, Nocentini L, Secci S, Manzoli D, Bruscolo A, Fedi M, Paroli GM, Santoni S. Video-assisted thoracoscopy in the early diagnosis and management of post-traumatic pneumothorax and hemothorax.// Surg Endosc.-2008.- May.-№22(5).-С.31.
16. Paci M, Annessi V, de Franco S, Ferrari G, Sgarbi G. Videothoroscopic evaluation of thoracic injuries.// Chir. Ital.- 2002.- May-Jun №54(3). С.39.
17. Wong M.S., Tsoi E.K., Henderson V.J. Videothoracoscopy an effective method for evaluating and managing thoracic trauma patients. // J Surg. Endoscopy.-1996.-V.10.-N.2- P.118-121

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ АППАРАТОМ «ФОТЕК-ЕА-141».

Попов О.С., Ширяев А.А., Ибрагимов Ш.Ф., Дружинин С.А., Басманов В.А.

ГБУЗ РБ КБ №1г.Стерлитамак, Башкортостан

Актуальность.

Проблема лечения острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта настоящее время является одной из самых сложных в ургентной хирургии. С начала 90-х годов и в настоящее время отмечается увеличение абсолютного и относительного числа больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК). Летальность при данной патологии не имеет тенденции к уменьшению и составляет в настоящее время 5-10%, а при рецидиве кровотечения возрастает до 40%.

За последние 35 лет методы эндоскопической остановки острых пищеводных и гастродуоденальных кровотечений получили широкое распространение в клинической практике. Сама идея без лапаротомии эндоскопически остановить кровотечение, а затем, подключив адекватную консервативную терапию, справиться с болезнью - давно привлекала к себе внимание абдоминальных хирургов, эндоскопистов.

Современная эндоскопия обладает широким набором способов эндоскопического гомеостаза различных по своей физической природе эффективности, безопасности и стоимости.

В зависимости от источника кровотечения, его интенсивности, оснащённости эндоскопического кабинета, опыта эндоскописта выбирают тот или иной способ местного гемостаза. Несмотря на наличие в арсенале многочисленных видов и методов гемостаза, результаты лечения на сегодняшний день далеки от желаемых.

Всё это послужило причиной поиска нового метода эндоскопического гемостаза, отвечающего ряду условий эффективного, простого, недорогого и надежного. Этим требованиям на наш взгляд отвечает перспективный метод эндоскопической аргоноплазменной коагуляции.

Цель: провести оценку эндоскопической остановки и профилактики рецидивов кровотечений при использовании аргоноплазменной коагуляции.

Материалы.

Для оценки эндоскопической остановки кровотечений и профилактики рецидивов кровотечений с использованием АПК был проведён анализ историй

болезней и конъюнктурных отчетов по лечению больных с ЖКК за период 2007-2011 годов.

Табл.1

Кол-во больных с ЖКК.

Кол-во больных с ЖКК	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	Всего
Мужчин	88	133	165	115	138	639
Женщин	17	31	21	17	12	98
Всего	105	164	186	132	150	737

Табл.2

Распределение по возрасту.

	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
До 20 лет	12	2	5	4	1
20-29 лет	15	25	29	12	19
30-39 лет	18	30	34	32	30
40-49 лет	21	42	49	28	32
50-59 лет	15	38	40	24	34
Более 60 лет	24	27	29	32	34

Табл.3

Локализация источника ЖКК.

	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
Желудок	24	35	48	17	20
ДПК	38	86	94	71	83
СМВ	28	23	28	27	31
Язвы анастомоза и другие	3	9	1	2	3
Острая язва	12	11	15	15	13

Табл.4

Степень тяжести кровопотери (Горбашко А.И.,1982г)

Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжёлая
Число эритроцитов	$>3,5 \cdot 10^{12}/л$	$3,5-2,5 \cdot 10^{12}/л$	$<2,5 \cdot 10^{12}/л$
Уровень гемоглобина(г/л)	>100	80-100	<80
Частота пульса в минуту	До 80	80-100	>100
Систалическая АД (мм.рт.ст.)	>110	110-90	<90
Гемокритное число	>30	25-30	<25

Табл.5

Распределение больных по степени тяжести кровопотери.

	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
Легкая	43	62	70	52	58
Средняя	50	69	77	59	65

Тяжёлая	12	33	39	21	27
---------	----	----	----	----	----

Для характеристики источника кровотечения, когда доступно эндоскопическое исследование при конкретной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта общепринято использование классификации по Forrest (F)

- FI – активное продолжающееся кровотечение
- FI A – струйное
- FI B – продолжающееся капиллярное кровотечение, потокам
- F II – признаки состоявшегося кровотечения
- F II A – видимый тромбированный сосуд без кровотечения
- F II B – фиксированный к язве тромб, сгусток
- F II C – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен
- F III – отсутствие кровотечения в язвенном кратере

Табл.6

Степень кровопотери по Forrest.

	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г
FI A	4	15	20	7	11
FI B	19	37	43	29	33
F II A	54	69	76	61	67
F II B	28	43	48	35	39

АПК проводили через инструментальный канал гастрофиброскопа GIFQ10 (Olympus, Япония) с использованием отечественного аппарат «Фотон EA 141»(Россия) торцевых и боковых зонд - аппликаторов (ERBE, Германия) с подачей аргоноплазменной дуги.

Основным принципом действия АПК служит термическое воздействие тока высокой частоты, подаваемого на ткань с помощью потока ионизированной аргоновой плазмы. Аппаратура для АПК включает источник газа аргона и источник тока высокой частоты. Гибкий зонд аппликатор сконструирован таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. При определенном уровне высокочастотного напряжения и достаточно малом расстоянии от тканей в потоке аргона образуется электропроводящая плазма. В этом случае между зондом аппликатором и тканью начинает протекать высокочастотный ток, вызывающий коагуляцию тканей за счёт их нагрева. В соответствии с физическими условиями процесса струя плазмы автоматически направляется от коагулированных участков к кровоточащим, где имеется

наименьшее сопротивление току. Благодаря этому достигается равномерная, автоматически ограничиваемая коагуляция, как по глубине, так и по плоскости.

Режим фульгурации - это бесконтактный метод, что исключает налипание тканей на электрод и микробную контаминацию.

При АПК аргон вытесняет кислород, и обугливание тканей не происходит, что способствует более быстрому заживлению раны. Поток аргона рассеивает дым и водяной пар, поэтому отсутствует задымленность операционного поля. Глубина коагуляции составляет от 0,5 до 3мм, без дальнейшего роста глубины коагуляции, что существенно снижает риск перфорации полого органа. В зависимости от использованного наконечника струя аргоновой плазмы может действовать в аксиальном, радиарном и латеральном направлениях, что позволяет проникать в труднодоступные места.

Результаты: перед АПК проведен полный осмотр с обнаружением источника кровотечения и эвакуацией желудочного содержимого. АПК проводилось в режиме фульгур мощностью 32-60 Вт (в среднем 40-50 Вт) с дозированной подачей аргона 2-3литрамин (в среднем 2,2 – 2,4 литра /мин), импульсами по 4 – 5 сек. До полной остановки кровотечения продолжительностью от 10 до 40 минут.

Табл.7

Результаты эндоскопического лечения ЖКК методом АПК

	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г
Эффективный первичный ЭГ	98	150	174	124	143
Рецидив кровотечения	7	14	12	8	7
Эффективный повторный ЭГ	5	12	9	2	6
Экстренная операция	2	2	3	-	1

Всем пациентам проводилось комплексное консервативное лечение: Н2-блокаторами, антибиотиками и другими препаратами.

Выводы.

Анализ проведенных данных свидетельствует, что чаще всего желудочно-кишечные кровотечения встречаются у мужчин (80% - 82%). По возрастному составу максимальный пик ЖКК приходится на 40-49 лет (55%-56%). По локализации чаще всего источником кровотечений является двенадцатипёрстная кишка (в 2-2,5 раза). По степени тяжести чаще поступают больные с лёгкой и средней тяжестью кровопотери. До 65% больных поступают с признаками состоявшегося кровотечения по классификации Forrest (FII A- FII B). По результатам эндоскопической остановки ЖКК методом АПК, последний является

достаточно эффективным. Эффективность первичного гемостаза достигает 88%-92%.

Заключение.

Метод эндоскопической АПК является методом первоочередного выбора во всех случаях продолжающегося кровотечения, нестабильного гемостаза, в том числе и при рецидивных кровотечениях.

Данный метод остановки ЖКК в Клинической больнице №1 г.Стерлитамака стал приоритетной альтернативой хирургическому вмешательству в случае продолжающегося кровотечения. АПК даёт ряд преимуществ, таких как надёжность, достаточная эффективность, доступность и относительная безопасность в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами.

Литература.

1. Грунд К.Е., Циндель К.Р., Фаринг Г. Оценка способа органоплазменной коагуляции в гибкой эндоскопии. Немецкий еженедельный журнал «Эндоскопия» № 122, Германия, 1997г., с.87-92.
2. Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений методом эндоскопической АПК (А.М. Маншин, А.В.Ефенев, Н.Н.Федосеева// Материал Всероссийского научного форума, журнал «Хирургия» 2003г., с.104-106.
3. Подшивалов В.Ю. Эндоскопическая диагностика и лечение кровоточащих гастродуоденальных язв. Дис-я д.м.н., Челябинск, 2006г., 277.
4. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.,Триада-Х, 2004г., 640.

МИНИЛАПАРОТОМНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛЕРИША.

Федоров С.В., Хамитов А.А., Кашаев М.Ш.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова. г.Уфа

Актуальность.

Первые описания окклюзии аорты как секционной находки появились в XVII-XVIII веках. Прижизненную диагностику хронической окклюзии брюшной аорты в 1923 г. сделал Leriche. Он же предложил патогенетическое лечение данных пациентов: «Идеальное лечение, по всей видимости, состоит в резецировании облитерированной зоны и, если это возможно, восстановлении артериальной проходимости». Его идея была осуществлена в 1950 г J.Oudot, произведшим резекцию окклюзированной бифуркации аорты и заменившим ее аллотрансплантатом. Шунтирование синтетическим протезом впервые выполнили в 1951 г Blackmore и Voorhees. В СССР первая успешная операция

аортобедренного шунтирования произведена Б.В. Петровским в 1959 г., а первое протезирование бифуркации брюшной аорты – в 1960 г В.С. Савельевым [3].

Поиск путей улучшения результатов реконструктивных операций при синдроме Лериша привел к возникновению миниинвазивных хирургических методик, являющихся альтернативой традиционным аортобедренным реконструкциям из широкого транс- или ретроперитонеального доступов. Dion с соавторами [6] в 1993 г впервые предложили миниинвазивный видеоассистированный доступ для выполнения аортобедренного шунтирования, однако, в связи со значительной технической сложностью проведения эндоскопических операций, этот метод широкого распространения не получил. О первых пациентах, успешно прооперированных через минилапаротомию, сообщил Maloney J.D. и соавт. [7] в 2000 г., после чего во многих клиниках этот метод приобрел широкое применение. В настоящее время в литературе описано более 2 тыс. операций при синдроме Лериша из мини-доступов, как трансперитонеальных, так и забрюшинных. В России миниинвазивные доступы при аортобедренных реконструкциях применяются в гг. Москве, Казани, Екатеринбурге [1,2,3,4,5].

Материал и методы.

В отделении сосудистой хирургии РКБ им. Г.Г. Куватова аортобедренные реконструкции из минилапаротомного доступа применяются с 2007 г.

Табл.1

Распределение больных по методы операции.

Доступ	год					всего
	2007	2008	2009	2010	2011	
Минилапаротомный (основная группа)	10	7	6	6	3	32
Лапаротомный или параректальный забрюшинный по Робу (контрольная группа)	42	35	41	40	40	198

Всего выполнено 32 аортобифеморальных реконструкций из мини-доступа (основная группа). Средний возраст больных составлял $61,4 \pm 6,3$ года, из них 3 женщины. Во всех случаях этиологическим фактором являлся атеросклероз. В одном случае имело место сочетание критического стеноза подвздошных артерий с аневризмой инфраренального отдела брюшной аорты диаметром 4 см. Выполнено 31 аортобифеморальных шунтирований и 1 аортобифеморальное протезирование (при аневризме). В одном случае имело место сочетание

окклюзии подвздошной и правой поверхностной бедренной артерии, поэтому одновременно было выполнено аортобифemorальное шунтирование и бедренно-подколенное протезирование выше щели коленного сустава справа. Контрольную группу составили 198 пациента, которым была выполнена аортобедренная реконструкция в этот же период из лапаротомного или забрюшинного параректального доступа по Робу. Пациенты основной и контрольной группы статистически не различались по возрасту и сопутствующей патологии.

Противопоказаниями для использования минилапаротомного доступа на этапе освоения методики считали:

1. ожирение,
2. абдоминальные операции в предшествующем периоде,
3. выраженный кальциноз аорты.

В 10 случаях в связи с техническими сложностями мобилизации аорты, выраженным кальцинозом аорты минилапаротомный доступ был расширен до 10-12 см. Эти пациенты не вошли в анализируемую основную группу, а были включены в контрольную.

Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом в сочетании с перидуральной анестезией (L1-2).

Использовался набор инструментов для проведения реконструктивных операций в аортоподвздошной зоне (г. Екатеринбург).

Техника операции.

Укладка больного на спине.

Выполняется выделение и ревизия бедренных артерий в Скарповом треугольнике, при удовлетворительном их состоянии переходят к абдоминальному этапу.

Производится срединная минилапаротомия длиной 5-6 см. тотчас выше пупка или обходя пупок. Апоневроз рассекается на несколько большем протяжении, чем кожа (+2-3 см). Края брюшины фиксируются к коже отдельными узловыми швами. Производится ревизия брюшной полости. Большой сальник отводится вверх, петли тонкого кишечника - вправо и вверх. В брюшную полость вводятся большие салфетки на держалках для удержания петель кишечника и устанавливается мини-ассистент. Рассекается париетальная брюшина, крючки мини-ассистента устанавливаются глубже для разведения париетальной брюшины над аортой. Мобилизуются боковые стороны аорты, поясничные артерии клипируются титановыми клипсами. Аорта пережимается Г-образным

изогнутым зажимом, при необходимости дистальный отдел пережимается прямым аортальным зажимом. Производится аортотомия, накладывается анастомоз конец-в-бок между протезом и аортой. В случае аневризмы брюшной аорты накладывались 2 прямых аортальных зажима, производилась поперечная аортотомия, дистальный отрезок ушивался наглухо проленом 4-0, с проксимальным отрезком накладывался анастомоз с протезом конец-в-конец. Использовались политетрафторэтиленовые бифуркационные протезы «Экофлон» и «Gore-tex», вязанные протезы «Intervascular», шовный материал пролен 4-0 и 5-0. После формирования проксимального анастомоза и проверки его герметичности, при помощи проводника из мини-набора в забрюшинной клетчатке прокладываются туннели и проводятся бранши протеза на бедра. Формируются дистальные анастомозы конец-в-конец или конец-в-бок между протезом и бифуркацией общей бедренной артерии. Париетальная брюшина над аортой ушивается непрерывным обвивным швом викрилом. При уверенности герметичности анастомоза дренирование области проксимального анастомоза не требуется.

Результаты и обсуждение.

Продолжительность аортобедренной реконструкции из минилапаротомного доступа составила $152,2 \pm 25,1$ мин. При использовании стандартного лапаротомного или забрюшинного доступа - $182,1 \pm 32,8$ мин. Отсутствие статистически достоверных различий во времени операции объясняется тем, что при мини-доступе затрачивается больше времени на доступ к аорте и наложение проксимального анастомоза, в то время как при стандартных доступах – на зашивание раны.

Ранний послеоперационный период у пациентов основной группы характеризовался более легким течением, 8 пациентов после операции были сразу переведены в палату, остальные – в течение 18-20 часов наблюдались в отделении реанимации, в то время как в контрольной группе реанимационный койко-день составил $1,9 \pm 0,7$. Послеоперационный парез кишечника у всех пациентов основной группы разрешался не позднее 1 суток, с третьих суток – возвращались на обычную диету. В то время как при стандартном доступе парез разрешался к третьим-четвертым суткам.

Мобилизация пациентов основной группы производилась на 2-3 сутки, в контрольной группе – на 4-5 сутки. Послеоперационный койко-день в основной группе составил $6,2 \pm 1,7$ дней, в контрольной – $9,4 \pm 1,3$ дней.

В связи с малым числом и непродолжительностью наблюдений за пациентами с аортобедренной реконструкцией из минилапаротомного доступа сложно судить об отдаленных результатах, однако следует отметить, что в настоящий момент все пациенты живы, тромбозов шунтов, а также спаечной болезни брюшины, послеоперационных грыж, эвентраций не наблюдалось.

Преимуществом миниинвазивных вмешательств на брюшной аорте являются:

1. снижение операционного травматизма,
2. сокращение длительности послеоперационного пареза кишечника,
3. ранняя активизация пациента, сокращение послеоперационных койко-дней,
4. уменьшение частоты послеоперационных вентральных грыж,
5. снижение летальности из-за сердечно-легочных осложнений,
6. снижение дозы наркотических анальгетиков,
7. минимальный косметический дефект.

Заключение.

Таким образом, минилапаротомный доступ в хирургии брюшной аорты является экономически целесообразным, позволяет сократить сроки пребывания больного в реанимации и в стационаре. Кроме того, минимальный операционный травматизм не только улучшает качество жизни пациента, но и позволяет использовать его у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Подобные вмешательства могут быть в большинстве случаев использованы в качестве альтернативы традиционным оперативным вмешательствам.

Литература.

1. Максимов, А.В. Реконструкция аортобедренного сегмента из минилапаротомного доступа. /А.В. Максимов, В.Е. Мамаев, И.Г. Халилов, Г.Р. Мардеева// Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – т.12. - №2. – С. 106-114.
2. «Малая лапаротомия» при бифуркационном аортобедренном протезировании – первый опыт. / А.Н. Чугунов, А.В. Максимов, В.Е. Мамаев [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. - №5. – С. 40-41.
3. Миниинвазивная хирургия при синдроме Лериша. / Ф.Ф. Хамитов, Ю.В. Белов, В.В. Базылев [и др.]// Хирургия. – 2004. - №2. – С. 14-17.
4. Фадин, Б.В. Первый опыт аортобедренного шунтирования с применением минилапаротомного доступа при критической ишемии нижних конечностей у больных с мультифокальным атеросклерозом / Б.В. Фадин, М.И. Прудков, А.А. Кузнецов // Эндоскопическая хирургия. – 2002. - № 5. – С. 4-7.
5. Хамитов, Ф.Ф. Миниинвазивная хирургия при синдроме Лериша / Ф.Ф. Хамитов, Ю.В. Белов, Н.В. Верткина, Е.А. Кузубова. – М.: Наука, 2005. – 103 с.

6. Dion, Y.M. Laparoscopy-assisted aortobifemoral bypass. / Y.M. Dion, N. Katkhouda, C. Rouleau, A. Aucion// Surg. Laparosc. Endosc. – 1993. – vol. 3. – N 5. – P. 425-429.
7. Preliminary experience with minilaparotomy aortic surgery / J.D. Maloney, J.R. Hoch, S.C. Carr // Ann. Vasc. Surg. – 2000. – vol. 14. – N 1. – P. 6-12.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.

Ганцев Ш.Х., Аюпов Р.Т., Акмалов Ю.М.

Кафедра хирургии и онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России,
НИИ онкологии БГМУ (Уфа)

Актуальность.

Современный подход к лечению больных колоректальным раком включает в себя и малоинвазивные методы, такие как видеоэндоскопические операции. С момента первого сообщения об опыте выполнения 20 лапароскопически-ассистированных резекций толстой кишки, сделанного в 1991 году Moises Jacobs et al.[1], прошло чуть более 20 лет. За это время во всем мире выполнено несколько тысяч лапароскопических операций по поводу рака толстой кишки. Результаты рандомизированных исследований (COST, COLOR, CLASSIC) доказали безопасность подобных операций и их онкологическую эффективность, в сравнении с отдаленными результатами традиционных открытых хирургических вмешательств [2,3,4]. В то же время в России уровень внедрения малоинвазивных технологий в хирургию рака толстой кишки остается недостаточно высоким [5].

Материалы и методы.

В 2011 году в Республиканском клиническом онкологическом диспансере было выполнено 67 гемиколэктомий (правосторонних и левосторонних). Из них 14 пациентов (20,8%) перенесли лапароскопическую или лапароскопически-ассистированную гемиколэктомию: 8 мужчин и 6 женщин. Средний возраст пациентов составил 56 ± 3 (36-77). 90,9% пациентов имели сопутствующие заболевания (сердечно - сосудистые заболевания, заболевания дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта). Два пациента ранее перенесли операции на органах брюшной полости: лапароскопическая холецистэктомия (1), кесарево сечение (1).

В связи с ограниченностью показаний к видеоэндоскопическим вмешательствам проводился тщательный отбор больных: оценивались локализация и размер первичной опухоли, её местное распространение, конституциональный тип, тяжесть течения сопутствующего заболевания и пр.

Размер первичной опухоли диаметром более 10 см являлся противопоказанием для выполнения лапароскопии.

Всем больным проводилось полное клиническое обследование – рентгенологическое исследование органов грудной клетки, рентгенологическое и эндоскопическое исследования толстой кишки (желудка – по показаниям), ультразвукографическое исследование органов брюшной полости и малого таза, компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинных лимфатических узлов.

Доступ при правосторонней локализации опухоли осуществлялся через 4 троакара: 12 мм в параумбиликальной области для введения телескопа (300), в правой подвздошной области (или по средней линии живота ближе к лонному сочленению) и в левом мезогастрин - 5 мм, в левой подвздошной области – 12 мм троакар для введения линейных степлеров и клипатора.

Для диссекции и коагуляции использовались ультразвуковые ножницы (Harmonic), энергетическая платформа Force Triad с насадкой Liga Sure. Лигирование сосудов также осуществлялось с помощью эндоклипаторов.

Для извлечения удаляемого фрагмента выполнялась лапаротомия длиной от 3 см (при малых размерах опухоли) до 7 см (при значительных размерах опухоли).

При левосторонней локализации использовался лапаропорт для ручной ассистенции (Dextrus), 12 мм троакар в верхней трети срединной линии живота для введения оптики, 5 мм троакар в левой подвздошной области для рабочего инструмента.

Результаты и обсуждение.

Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 11 пациентов (5 из них – лапароскопически-ассистированных), лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия с ручной ассистенцией – в 3 случаях. У трех пациентов операция носила циторедуктивный характер (метастатическое поражение печени – 2, локализованный канцероматоз брюшины – 1).

Среднее время операции составило 185,7 мин (135-300); средняя кровопотеря 30,4 мл (10-100 мл); и средняя продолжительность послеоперационного койко-дня составила 9 дней (6-12 дней). Интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено, также не отмечено ни одного случая конверсии.

При гистологическом исследовании у большего числа наблюдаемых опухоль прорастала мышечный слой (T2) - 8 (57,1%), все слои стенки толстой кишки (T3) – 6 (42,9%). Морфологически опухоль чаще всего была представлена аденокарциномой (85,7%). По классификации TNM больные распределились следующим образом: T2N0M0 - 7, T3N0M0 -2, T2N1M0 – 1, T3N1M0 – 1, T3N0-1M1-3.

Все случаи анестезиологического пособия протекали при стабильных гемодинамических показателях, пробуждение с последующим переводом на спонтанное дыхание и экстубацией трахеи, выполнялись в операционной в течение 6-18 минут после окончания операции, включая пациентов старшей возрастной группы и при наиболее длительных операциях. В раннем послеоперационном периоде с целью купирования болевого синдрома всем пациентам применялись наркотические анальгетики, в среднем в течение 2-х суток. Малая травматизация передней брюшной стенки позволила активизировать пациентов на 2 сутки после операции, в эти же сроки отмечено восстановление моторики кишечника.

Заключение.

Лапароскопические операции при раке толстой кишки технически выполнимы, малотравматичны для пациента, при тщательном отборе не увеличивают количества послеоперационных осложнений и позволяют сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Литература.

1. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 144-150.
2. COST study group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med 2004; 350:2050-2059.
3. Transatlantic Laparoscopically Assisted vs Open Colectomy Trial Study Group. Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer: A meta-analysis. Arch Surg 2007; 142(3): 298-303.
4. MRC CLASSIC study group. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASSIC trial): Multicentre, randomized controlled trial. Lancet 2005; 365: 1718-1726.
5. Пучков К.В., Хубезов Д.А. Малоинвазивная хирургия толстой кишки: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 280 с.

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ 70% ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.**

Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.

Кафедра восстановительной медицины и курортологии ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Показатели летальности при гастродуоденальных кровотечениях остаются стабильно высокими, особенно среди пациентов с массивными язвенными гастродуоденальными кровотечениями, пожилого и старческого возраста, имеющие высокий операционно-анестезиологический риск [1,2,3,4,5]. Продолжение поисков метода надежного и безопасного метода эндоскопического гемостаза с минимальным количеством рецидива кровотечения и максимальное продление времени предоперационной подготовки являются важными звеньями в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

Материал и методы.

Проведен анализ эндоскопического гемостаза у 70 больных старше 60 лет (основная группа) с гастродуоденальными кровотечениями, которым в качестве метода воздействия на источник кровотечения была применена эндоскопическая остановка кровотечения 70% раствором этилового спирта. Для контрольной группы были отобраны больные, сопоставимые по возрасту и сопутствующей патологии, которым проводилась инфузионная гемостатическая терапия (викасол, этамзилат, аминокaproновая кислота, дицинон.) (n=25). Пациенты находились на лечении в городской больнице №3 г. Стерлитамака. Большинство больных основной и контрольной групп составили лица старше 65 лет соответственно 54 (77%) и 18 (70%). Диагностика язвенного гастродуоденального кровотечения основывалась на клинических, лабораторных и инструментальных данных, причем степень и объем кровопотери уточнялись по клинико-лабораторным данным. Для уточнения источника, характера и интенсивности кровотечения во всех случаях применялась экстренная эзофагогастродуоденоскопия в течение 1–2

часов после поступления в стационар. Острые гастродуоденальные кровотечения из острых эрозий и язв возникли у 22 (31%) больных, которые находились на стационарном лечении по поводу: ампутации бедра — 3, операции на желчных путях — 4, гинекологических операций — 2, панкреонекроза — 2, обострения ИБС — 11. Кровотечение из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отмечено у 35 (50%), при синдроме Мэллори-Вейсса — у 14 (20%), кровотечение из пептической язвы — у 2 (3%). У 50% больных из 70 причиной кровотечения была язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. У 22 (27%) причиной кровотечения у лиц пожилого и старческого возраста были острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые в большинстве случаев являются стрессовыми и возникают в основном при наличии ИБС или после операции в результате нарушения микроциркуляции и ишемических расстройств слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Синдром Мэллори-Вейсса отмечен у 14 (20%) больных. Из 14 больных у 9 был единичный разрыв, у 4 — два, у 1 — три. Во время эндоскопического исследования определяли размеры язвенного дефекта желудка и двенадцатиперстной кишки, которые согласно классификации Гребнева А.Л. и Шептулина А.А. (1989 г.) делили на: малые — язвы желудка и ДПК размерами < 0,5 см; средние — язвы желудка 0,6–1,9 см ДПК 0,6–1,2 см; большие — язвы желудка 2,0–3,0 см и ДПК 1,3–1,9 см; гигантские — язвы желудка >3,0 и ДПК >2,0 см. Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива кровотечения считали: большой язвенный дефект на малой кривизне желудка, задненижней стенке и постбульбарном отделе ДПК; кровотечения по J.A.N. Forrest –IA и F2a, F2b; эндоскопически остановленные кровотечения; глубокие язвы желудка диаметром > 1,0 см; язвы ДПК > 0,5 см.

Методика эндоскопического гемостаза.

Эндоскопический гемостаз выполняли по методике Тимена Л.Я. (1998г.) — инъекционно-инфильтрационный эндоскопический гемостаз. При язве двенадцатиперстной кишки, желудка и синдроме Мэллори-Вейсса использовали 70% спирт 4–6 мл. В контрольной группе больные получали инфузионную гемостатическую терапию (викасол, этамзилат, аминокaproновая кислота, дицинон). Суммарное количество однократно вводимого спирта было не более 8,0 мл. Обкалывание источника кровотечения проводили из 3–4 точек (не более 2 мл на точку инъекции). Кратность введения препарата не более 2 раз в сутки. Эндоскопический гемостаз выполняли как с целью остановки кровотечения, так и с целью профилактики рецидива кровотечения. При продолжающемся

кровотечении и его рецидиве выполняли экстренную эндоскопическую остановку кровотечения с одновременной предоперационной подготовкой на фоне временного гемостаза с тем, чтобы выполнить экстренную операцию при рецидиве или срочную операцию при явной угрозе рецидива кровотечения. Все больные после эндоскопического гемостаза получали H₂ блокаторы (ранитидин) или ингибиторы протонной помпы (лосек, квамател) в стандартных суточных дозах. Для эндоскопической оценки и определения тактики лечения гастродуоденального кровотечения нами применялась классификация по J. Forrest (1974).

Результаты и обсуждение.

Из 30 больных с кровотечением по FI основной группы у 5 наблюдалось артериальное кровотечение по FIA, у 25 подтекание крови FIB (венозное и капиллярное кровотечение). Из группы больных по FII (40) с остановившимся кровотечением у 10 с кровотечением по FIIA наблюдалась тромбированная культя сосуда на дне язвы, а у 30 по FIIB пациентов дно дефекта слизистой было покрыто кровяным сгустком или наложениями фибрина или солянокислого гематина FIIc. Из 30 больных с кровотечением по Forrest I остановить кровотечение путем введения 70% спирта не удалось у 5 (17%). Следует отметить, что у 2 из них имелось артериальное кровотечение и у 3 — венозное. Из этих 5 больных оперировано 5. Одному выполнена резекция желудка, 3 — прошивание язвы через все слои и одному — иссечение кровоточащей язвы. Из остальных 25 (по FIA) больных у всех после первой инъекции удалось достичь гемостаза, и им в отделении реанимации проводилась интенсивная гемостатическая и заместительная терапия. Из 25 больных, у которых был достигнут первичный гемостаз, рецидив отмечен у 3 (8,3%). У 2 больных кровотечение было артериальное и у 1 — венозное. Из 3 больных с рецидивом кровотечения средней степени тяжести по классификации Горбашко А.И. (1987) были проведены полостные операции с ушиванием кровоточащей язвы. Из 30 больных всего оперировано 8 (24%). Окончательный гемостаз наступил у 22 (76%) из 30 больных с кровотечением по FI. С кровотечением по Forrest II было 40 больных. При эндоскопическом исследовании признаки состоявшегося кровотечения на дне язвы у 10 были видны культя сосудов с тромбом в просвете, а у 30 язва была прикрыта сгустком или гематитом без подтекания крови. Всем этим больным проводилось обкалывание дна язвы 70% спиртом в количестве 2–6 мл для профилактики рецидива кровотечения. Через сутки при угрозе рецидива

повторный гемостаз 70% спиртом выполнен у 28 и через 72 часа у 8 больных. Окончательный гемостаз достигнут у 36(90%), у 4 больных (8%) отмечен рецидив кровотечения. Операции при этом выполнены у 4 (4 ушивание язвы). Умер 1 больной от рецидива кровотечения на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Таким образом, при кровотечении по Forrest II рецидив кровотечения после эндоскопической инъекции 70% спирта отмечен у (8%). Оперировано 4(10%), всего умер 1 больной (3%).

Из 70 больных основной группы неэффективный первичный гемостаз был у 5 и рецидив после введения 70% этанола отмечен у 7. Таким образом, окончательный гемостаз в основной группе достигнут у 82% больных, а в контрольной группе — 50%.

Выводы.

1. Временный эндоскопический гемостаз введением 2–8 мл 70% этанола при гастродуоденальных кровотечениях позволяет достигнуть остановки кровотечения при кровотечении по Forrest I А 73,3% и Forrest I Б 88%, а профилактическое введение при Forrest II оказался успешным у 90%, и только у 8% отмечен рецидив.
2. Рецидив кровотечения при регионарном гемостазе 70% этанолом отмечается у 10%, что в 3,2 раза меньше, чем у больных с инфузионным гемостазом.
3. Сравнительная оценка результатов исследования показала, что окончательный гемостаз удается достичь у 82% при остановке кровотечения 70% этанолом и у 50% — инфузионным гемостазом. Остальным больным в связи с угрозой рецидива кровотечения показано оперативное лечение.
4. При рецидиве кровотечения показали повторные сеансы эндоскопического гемостаза 70% этанолом, что позволяет у 51% больных окончательно остановить кровотечение, остальным 8% при рецидиве показано оперативное лечение.

Литература.

1. Горбашко А.И. Ошибки и опасности в диагностике и лечении острых желудочнокишечных кровотечений язвенной этиологии // Вестник хирургии. — 1985. — Т. 135. — №9. — С. 119–125.
2. Ермолов А.С, Пахомова Г.В., Утереш Н.С. и др. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии как проблема современной хирургии. Организационные, диагностические и

- лечебные проблемы неотложных состояний. — М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2000. — №1. — С. 164–172.
3. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р. Диагностика и лечение желудочнокишечных кровотечений. Хирургия. — 1991. — № 9. — С. 55–60.
 4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. — 2000. — №3. — С. 21—25.
 5. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М.: Медицина. — 2004. — 304.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОТЯГОЩЕННОЙ ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России, Уфа

Актуальность.

По мнению большинства исследователей, после спленэктомии развивается иммунный дефицит, что предрасполагает к генерализации инфекции и возникновению синдрома отягощенной постспленэктомической инфекции (OPSI-syndrome) [2]. Вероятность развития OPSI-syndrome в настоящее время составляет 5% [1]. В некоторых случаях инфекционные осложнения после спленэктомии могут протекать молниеносно в течение 6-24 ч после операции и с летальными исходами [4], однако наиболее вероятно развитие постспленэктомического сепсиса в первые 2 года [3].

Целью исследования явилось выявления возможной причины летальности экспериментальных животных в ранние сроки после спленэктомии.

Материалы и методы.

Спленэктомия выполнена 80 белым крысам линии Wistar со средней массой 250 гр. В ходе экспериментального исследования на 3-7-е сутки после спленэктомии (СЭ) 13 (16,25%) лабораторных животных погибли. Проводили исследования ряда внутренних органов (печень, почка, легкое, сердце, головной мозг, мезентериальные лимфатические узлы). Из кусочков органов изготовили срезы толщиной 7 мкм, далее их окрашивали гематоксилин-эозином, изучали и фотографировали с помощью микроскопа и цифрового аппарата «Olympus C-50. Всего приготовлено 150 микропрепаратов.

Результаты и обсуждение.

У экспериментальных животных, умерших на 3-7-е сутки после СЭ, отмечается хронический персистирующий гепатит с диффузной клеточной инфильтрацией междольковой соединительной ткани и периваскулярной зоны,

отмечается периваскулярный отек и вдоль синусоидных капилляров располагается большее количество разрушающихся нейтрофильных лейкоцитов, а также лимфоцитов и макрофагов. Некротические и дистрофические изменения занимают значительные участки дольки печени. Местами определяется гидropическая и баллонная дистрофия гепатоцитов, часть гепатоцитов в цитоплазме содержат пузырьки с жидким содержимым.

У погибших животных в легочной ткани также выявляются определенные изменения гистологических структур. Лейкоциты концентрируются в слизистой оболочке бронхов, особенно в рыхлой соединительной ткани собственной пластинки и подслизистой основы слизистой оболочки, располагаются диффузно, однако встречаются небольшие скопления лимфоидной ткани. Лейкоциты встречаются и в перибронхиальной соединительной ткани, а также в межальвеолярных перегородках. Инфильтрация лейкоцитов и отек интерстициальной соединительной ткани указывают на формирование межлобулярной пневмонии.

Как в корковом, так и в мозговом веществе почки можно было заметить признаки изменения гистоструктуры. Почечные тельца с сетью кровеносных капилляров, а также юстагломерулярным аппаратом имеют нормальное гистологическое строение. Кровеносные капилляры, окружающие почечные канальцы полнокровны.

Характерной особенностью лимфатических узлов после гибели экспериментальных животных на 3-7-е сутки после СЭ является выраженная инфильтрация органа лимфоидной тканью. При этом лимфатические узелки достигают больших размеров, корону и герминативный центр определить не возможно. Межузелковая зона полностью исчезает также за счет инфильтрации лимфоидными клетками. Все синусы также заполнены лимфоидной тканью. В мозговом веществе лимфатических узлов из-за плотного расположения лимфоцитов и макрофагов также невозможно выделить мозговые тяжи, однако клетки располагаются менее плотно.

Гистологические препараты других исследованных органов, включая головной мозг, сердце, брыжейка тонкой кишки не показывают каких-либо изменений гистоструктуры.

Заключение.

У экспериментальных животных, умерших в ранние сроки после спленэктомии, определяется постинфекционный гепатит, а также начальная фаза воспаления

легочной ткани. Мезентериальные лимфатические узлы как органы гемо- и иммуноцитопоэза оказались в условиях выраженного функционального напряжения в ответ на инфицирование организма.

Литература.

1. Davidson, R.N. Prevention and management of infections in patients without a spleen / R.N. Davidson, R.A. Wall // Clin. Microbiol. Infect. – 2001. – Vol. 7, № 12. – P. 657-660.
2. Dujmovic, F. Post-traumatic asplenia and splenosis / F. Dujmovic // Med. Pregl. – 1993. – Vol. 46, № 7-8. – P. 264-267.
3. Konigswieser, H. Incidence of serious infections after splenectomy in childhood / H. Konigswieser // Prog. Pediatr. Surg. – 1985. – Vol. 18. – P. 173-181.
4. Lethal pneumococcal infection in an 18-month-old girl with splenic hypoplasia and dysgammaglobulinemia / R. Nanan, K. Peters, L. Schrod, H.W. Kreth // Ann. Hematol. – 2001. – Vol. 80, № 11. – P. 674-676.

РОЛЬ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ГИПО- И АСПЛЕНИЗМА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России, Уфа

Актуальность.

Селезенка - сложный орган кроветворения и иммуногенеза человека, принимающий участие в иммунной регуляции, иммунном клиренсе, антигензависимом этапе дифференцировки Т-, В-лимфоцитов из костномозговых предшественников, контроле аутоиммунитета [1, 2, 4], детоксикации от бактериальных эндотоксинов [3]. Удаление селезенки, несомненно, приводит к выпадению ее функций, которые в дальнейшем возмещаются деятельностью ретикулоэндотелиальной системы, находящейся в других органах.

Целью исследования явилось изучение морфофункционального состояния лимфоидного аппарата кишечника у экспериментальных животных после спленэктомии, органосберегательных и органозаместительных оперативных пособий.

Материалы и методы.

Экспериментальное исследование выполнено на 80 белых крысах линии Wistar со средней массой 250 гр. С целью моделирования гипо- и аспленических состояний нами проводились спленэктомия (СЭ), органосберегательные операции (ОСО) в виде резекции $\frac{1}{3}$ селезенки и органозаместительные операции (ОЗО) в

виде аутотрансплантации гомогенизированной селезеночной ткани в большой сальник. Животные выводились из опыта на 30-е, 60-е, 120-е и 180-е сутки после экспериментального исследования. Крыс забивали, проводили забор ткани тонкого и толстого кишечника для гистологических исследований. Всего приготовлено более 150 препаратов.

Результаты и обсуждение.

На различных этапах эксперимента после СЭ крипты в области пейеровой бляшки неглубокие, иногда вообще отсутствуют и при этом вторичные узелки с короной направлены в сторону эпителия и лимфатические узелки выпячивают слизистую оболочку в просвет кишки в виде купола, который покрыт эпителием, инфильтрированным лимфоцитами. Как правило, пейеровы бляшки достигают значительных размеров и сдавливают мышечную оболочку, смещаясь и приближаясь к серозной оболочке. В эти же сроки эксперимента в подслизистой основе толстой кишки располагаются одиночные лимфатические узелки, объединенные в крупные кластеры, также достигающие значительных размеров, содержащие иммунокомпетентные клетки.

На различных этапах эксперимента после резекции селезенки лимфоидные образования как тонкой, так и толстой кишки значительного размера и чаще всего они с герминативными центрами.

Пейеровы бляшки по ходу тонкой кишки на различных этапах эксперимента после ОЗО достигают значительных размеров, многие из них сливаются вместе с межузелковыми скоплениями лимфоидной ткани, однако на фоне сплошной лимфоидной ткани вырисовывается изолированность узелков. В области расположения пейеровой бляшки крипты тонкой кишки неглубокие, а ворсинки – короткие и неправильной формы. В таких участках, в собственной пластинке слизистой оболочки, можно было видеть диффузное расположение лимфоидных клеток. В целом, у данной группы животных определяется значительное разрастание лимфоидных структур тонкой кишки. В лимфоидных структурах толстой кишки отмечается увеличение размеров и количества лимфоидных узелков, расположенных как в собственном слое, так и в подслизистом основе.

Заключение.

Проведенное исследование свидетельствует, что в отдаленные сроки после СЭ происходит пролиферация иммунокомпетентных клеток кишечника, при этом лимфоидные узелки достигают значительных размеров, и они проявляют повышенную функциональную активность, то есть в лимфоидной системе

кишечника усиливаются процессы кроветворения и иммунной защиты. Одиночные фолликулы толстой кишки объединяются и достигают значительных размеров. В отдаленные сроки после ОСО и ОЗО нам также удалось определить компенсаторную возможность лимфоидной ткани кишечника, которая остается не только функционально активной, но и с возрастанием пролиферации лимфоидной ткани.

Литература.

1. B-1a B cells that link the innate and adaptive immune responses are lacking in the absence of the spleen / H. Wardemann, T. Boehm, N. Dear, R. Carsetti // J. Exp. Med. – 2002. – Vol. 195, № 6. – P. 771-780.
2. Musavi, M. Function of splenic omental implants in man after traumatic rupture of the spleen / M. Musavi, H.A. Dayem, A. Whitl // The 32 nd World Congress of Surgery. – Sidney, 1987. – P. 49.
3. Splenectomy and sepsis: the role of the spleen in the immune-mediated bacterial clearance / M. Altamura, L. Caradonna, L. Amati [et al.] // Immunopharmacol. Immunotoxicol. – 2001. – Vol. 23, № 2. – P. 153-61.
4. Strasser-Vogel, B. Asplenism and hyposplenism as an immune deficiency syndrome / B. Strasser-Vogel, B.H. Belohradsky // Monatsschr. Kinderheilkd. – 1988. – Vol. 136, № 12. – P. 795-807.

ИЗУЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ПЕРЛСА В ПЕРИФИРИЧЕСКИХ ОРГАНАХ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ГИПО- И АСПЛЕНИЗМЕ.

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России, Уфа

Актуальность.

Специфическим для селезенки является удаление нуклеарных остатков эритроцитов [2], поэтому мазки крови у больного после спленэктомии содержат эритроциты с тельцами Хауэлла-Жолли [1]. Функциональное состояние макрофагов, осуществляющих элиминацию старых и поврежденных эритроцитов, определяют при помощи реакции Перлса, которая выявляет содержание гемосидерина в макрофагах [3].

Целью исследования явилось изучение реакции Перлса в селезеночной ткани и мезентериальных лимфатических узлах белых крыс в различные сроки после оперативных вмешательств на селезенке.

Материалы и методы.

Экспериментальное исследование выполнено на 80 белых крысах линии Wistar со средней массой 250 гр. Нами проводились спленэктомия (СЭ), органосберегательные операции (ОСО) и органозаместительные операции (ОЗО). Животные выводились из опыта на 30-е, 60-е, 120-е и 180-е сутки после эксперимента. Забирали 2 кусочка селезеночной ткани и мезентериальные лимфатические узлы для гистохимических исследований. Из кусочков исследуемых органов готовили препараты толщиной 7 мкм, изучали и фотографировали с помощью микроскопа и цифрового аппарата «Olympus C-50»; всего приготовлено более 150 препаратов. Количественную оценку гистохимических реакций проводили по 4-балльной системе: инактивная, слабая, умеренная, высокая.

Результаты и обсуждение.

В мезентериальных лимфатических узлах на различных этапах эксперимента после СЭ определялась умеренная реакция на железо в корковом веществе лимфатического узла. Сидеробласты, содержащие гемосидерин в умеренном количестве, равномерно распределялись в лимфатических узелках. Мелкозернистые гранулы гемосидерина равномерно распределялись в цитоплазме сидерофага. Иногда встречались сидеробласты с крупногранулярным гемосидерином.

На различных этапах эксперимента после ОСО сидеробласты определялись как в центральной части белой, так и в красной пульпе селезенки. В красной пульпе органа сидеробласты содержали большое количество зерен пигмента. Если в белой пульпе сидеробластов относительно мало, тогда как в красной пульпе селезенки количество сидеробластов больше, и они равномерно распределены во всех участках. Местами встречались сидеробласты и сидерофаги со значительным количеством пигмента и в белой пульпе.

Мезентериальные лимфатические узлы на различных этапах эксперимента после ОСО проявляют слабую реакцию на железо. Реакция Перлса на железо определяется только в отдельных макрофагических клетках. Тем не менее, гранулы гемосидерина в цитоплазме этих клеток в значительном количестве.

В селезеночной ткани на 30-180-е сутки после ОЗО реакция Перлса на железо высокая. Замечено значительное накопление гранул гемосидерина в сидеробластах красной пульпы органа. Темно-синие гранулы располагались в цитоплазме сидеробластов, при этом занимали всю площадь равномерно. Как правило, все сидеробласты были с большим количеством пигмента, многие из них

с крупными гранулами гемосидерина. Реакция на железо также определялась в белой пульпе, однако, в целом слабая. Сидеробласты с крупными гранулами гемосидерина определялись в центре белой пульпы, а также в толще белой пульпы в виде узкого кольца.

Гистохимическая реакция на железо в мезентериальных лимфатических узлах на 30-180-е сутки после ОЗО умеренная и прежде всего положительная реакция в корковом веществе лимфатического узла, однако, отдельные сидеробласты определялись и в мозговом веществе. Отличительным признаком данной экспериментальной группы являлось обнаружение гистохимической реакции в краевой части лимфатических узелков.

Заключение.

Во всех случаях экспериментального исследования селезеночная ткань остается функционально активной, включая процессы разрушения старых и поврежденных эритроцитов. Морфофункциональное исследование свидетельствует о компенсации лимфатическими узлами брыжейки тонкой кишки функциональных обязанностей селезенки (разрушение старых и поврежденных эритроцитов) в гипо- и аспленических состояниях.

Литература.

1. Brigden, M.L. Overwhelming postsplenectomy infection still a problem / M.L. Brigden // West J. Med. – 1992. – Vol. 157, № 4. – P. 440-443.
2. Neilan B.A., 1980 Neilan, B.A. Late sequelae of splenectomy for trauma / B.A. Neilan // Postgrad Med. – 1980. – Vol. 68, № 3. – P. 207-210.
3. Quantitative assessment of a change of hemosiderin deposition with age in Splenic compartments of rats / T. Masuda, R. Satodate, K. Tsuruga, T. Kasai // Tohoku J. Exp. Med. – 1993. – Vol. 170, № 3. – P. 169-179.

ВОЗМОЖНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф., Шамсиев Р.Э. Шайбаков Д.

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Актуальность.

В последние годы операции малых доступов являются операциями выбора для большинства больных ЖКБ. Результаты этих операций в значительной степени

зависят от опытности и мануальных данных хирурга и от технической оснащённости лечебного учреждения.

Материалы и методы.

Внутрибрюшные осложнения после операции холецистэктомии наблюдались у 55 больных. В зависимости от метода оперативного вмешательства больные были разделены на две группы: первая - оперированная с использованием минимально инвазивных технологий (15 после ЛХЭ и 35 после МЛХЭ), вторая - с применением традиционной лапаротомии – 38 больных.

Из представленной таблицы видно, что характер и частота осложнений после минимально инвазивных операций существенно отличалась от осложнений после традиционной холецистэктомии. Так, в первой группе значительно чаще встречались желчеистечение из культы пузырного протока, из добавочного пузырного протока, а также повреждение холедоха в результате электротравмы. А после традиционной – чаще выявлялись подпеченочный инфильтрат, механическая желтуха, ранняя спаечная кишечная непроходимость и парез кишечника.

При выборе способа повторного оперативного вмешательства учитывали результаты интраоперационной находки при первичной операции. При развитии осложнений связанных с обильным желчеистечением обусловленных возможными интраоперационными повреждениями внепеченочных желчных путей и развитием желчного перитонита преимущество отдавали традиционной лапаротомии.

Результаты.

Для устранения внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии из минилапаротомного доступа у 9 больных возникла необходимость выполнения широкой лапаротомии. Желчеистечение с последующим развитием желчного перитонита имело место у 4 больных: несостоятельность билиодигестивных анастомозов устранены у 2 больных, желчеистечение из добавочного пузырного протока остановлено лигированием у 1 больного, ушивание дефекта при ятрогенном повреждении правого печеночного протока выполнено 1 больному.

Определенным недостатком хирургических технологий из минимально инвазивных доступов является трудность ревизии и диагностики при атипичных ситуациях. При этом интраоперационно незамеченными остаются аномалии

развития органов, индивидуальные особенности кровоснабжения и строение желчевыводящих путей.

Нередким осложнением малоинвазивных технологий на желчном пузыре и желчных путях являются интраоперационные электротравмы трубчатых структур гепатодуоденальной связки. При этом наиболее часто наблюдается повреждение холедоха, которое, как правило, остается незамеченным. Данное осложнение в раннем послеоперационном периоде приводит к длительному желчеистечению по дренажам, иногда к развитию желчного перитонита. Такое повреждение в нашем клиническом материале наблюдалось у 1 больного, что было устранено путем широкой лапаротомии.

Анализируя случаи из практики можно предположить, что оперативные вмешательства выполненные с техническими трудностями, большим оперативным объемом или подозрением на ятрогенные повреждения предполагают возможность возникновения осложнений. Такие осложнения должны устраняться выполнением широкого лапаротомного доступа.

Неполный гемостаз ложа желчного пузыря вследствие недостаточной коагуляции, а так же диапедезное желчеистечение в послеоперационном периоде нередко приводит к возникновению абсцессов поддиафрагмального и подпеченочного пространств. Несвоевременная диагностика этих осложнений затрудняет применение минимально инвазивных технологии для санации гнойников брюшной полости и диктует необходимость применения широкой лапаротомии. Санация абсцесса поддиафрагмального пространства путем традиционной лапаротомии нами произведена в 2 случаях. Необходимым условием успешного применения минимально инвазивных технологий является полноценная предоперационная диагностика. Игнорирование этого факта нередко приводит к осложнениям связанных с оставлением резидуальных камней холедоха и развитию механической желтухи.

Внутрибрюшное кровотечение на 6-ые сутки после операции из правой воротной вены возникло в 1 случае после холецистэктомии из минилапаротомного доступа. Во время диагностической лапароскопии в подпеченочном и поддиафрагмальном пространстве обнаружено скопление желчи со сгустками крови. Во время санации подпеченочного пространства открылось массивное

кровотечение из правой ветви воротной вены, что потребовало выполнения широкой лапаротомии. Гемостаз достигнут ушиванием сосуда.

Послеоперационные гематомы подпеченочного пространства без больших технических трудностей удается устранить путем повторных минимально инвазивных технологии или путем пункции гематомы под контролем УЗИ. Опасным осложнением опорожнения таких гематом является массивное кровотечение, что вынуждает хирурга идти на широкую лапаротомию.

После лапароскопической холецистэктомии необходимость устранения развившихся послеоперационных осложнений возникла путем широкой лапаротомии у 7 больных. 4 больным в качестве диагностической манипуляции выполнена лапароскопия, во время которой во всех случаях выявлено большое количество желчи в брюшной полости и установить источник желчеистечения не представлялся возможным. Во время лапаротомии желчеистечение из несостоятельности культи пузырного протока у 3 больных остановлено лигированием, у 1 больного ушиванием ложа желчного пузыря.

Ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков при ЛХЭ в имело место 3 случаях. Осложнения, возникшие в раннем послеоперационном периоде, так же потребовали выполнения широкой лапаротомии.

Серьезным осложнением лапароскопических вмешательств является полное повреждение внепеченочных желчных протоков, которые могут быть устранены только путем широкой лапаротомии. Такие осложнения наблюдались у 3 больных.

Осложнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа у 22 больных устранены с использованием минимально инвазивных методов.

Внутрибрюшные осложнения как желчеистечение, подпеченочные абсцессы и инфильтраты устранены лапароскопическим методом в 8 случаях. У 2 больных выполнено лапароскопическое клипирование при желчеистечении из культи пузырного протока.

Наиболее часто после МЛХЭ наблюдалось осложнение в виде желчеистечения из ложа желчного пузыря и культи пузырного протока. У 6 больных подобное осложнение устранено применением лапароскопических технологий. У 2 больных желчеистечение остановлено дополнительным

клипированием культи пузырного протока, у остальных путем коагулирования ложа желчного пузыря. Исходы лечения у всех больных благоприятные.

Большие трудности представляет лечение больных с поддиафрагмальными абсцессами, которые нередко осложняют течение послеоперационного периода после экстренных операций на органах брюшной полости. Накопленный нами опыт показывает эффективность санации таких гнойников с использованием лапароскопических технологий.

У некоторых больных использованы комбинированные методы минимально инвазивных технологий. Лапароскопическая санация с последующей реминилапаротомией была выполнена в 5 случаях. Желчеистечение из добавочного пузырного протока в 3 случаях, в 2 случаях из несостоятельности культи пузырного протока устранены лигированием из минилапаротомного доступа при повторной операции.

У 2 больных остро возникшие абсцессы после МЛХЭ устранены путем реминилапаротомии с благоприятным исходом.

При ятрогенном повреждении холедоха, после МЛХЭ, в послеоперационном периоде у 1 больного желчеистечение устранено путем реминилапаротомии, ушиванием дефекта холедоха. Исход благоприятный – выздоровление.

Интересным является применение минилапаротомного доступа для наложения билиодигестивного анастомоза по поводу не диагностированной стриктуры терминального отдела холедоха.

Другим видом минимально инвазивных методов является применение чрескожной пункции полостных образований брюшной полости под контролем ультразвука.

Кровотечение после МЛХЭ наблюдалось в 2 случаях.

После лапароскопической холецистэктомии осложнения устранены минимально инвазивными методами в 7 случаях.

При проведении релапароскопии желчеистечение из ложа и гематома подпеченочного пространства устранены в 2 случаях.

Санация при релапароскопии с последующей минилапаротомией выполнена 4 больным. При желчеистечении через минилапаротомный доступ произведено лигирование культи пузырного протока в 1 случае. Ушивание

дефекта холедоха при ятрогенном его повреждении выполнено 1 больному. Но после повторного оперативного вмешательства желчеистечение продолжалось, в связи с чем больному произведена реминилапаратомия, дренирование холедоха.

Самой частой причиной развития осложнений после ЛХЭ является технические погрешности при обработке пузырного протока и пузырной артерии. Применение для клипирования клипсов недостаточной длины не обеспечивает герметичность культи пузырного протока.

Выводы.

Обобщая вышесказанное можно сказать, что наиболее частыми осложнениями после минимально инвазивных технологии являются: желчеистечения (из культи пузырного протока, ложа желчного пузыря и добавочного пузырного протока, повреждения холедоха), кровотечения (из ложа желчного пузыря и из сосудов окружающих тканей при травматическом повреждении), ограниченные абсцессы брюшной полости. Возникновения большинства осложнений связаны с техническими ошибками, допущенными в ходе выполнения первичного пособия. Накопленный нами опыт позволяет заключить, что абсолютное большинство осложнений после минимально инвазивных операций легко устранимы путем повторного применения этих же технологий. Малая травматичность, значительное сокращение длительности выполнения повторных операций, относительная техническая несложность позволяют широко рекомендовать применения в практике хирургических отделений малоинвазивных технологий. Среднее пребывание больных этой группы в стационаре составил 23,08 койко-дней. Послеоперационная летальность 5,41%.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф., Шамсиев Р.Э., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х.

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Актуальность.

Острый панкреатит в настоящее время занимает третье место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости после острого аппендицита и

холецистита, и в последние десятилетия заболеваемость им увеличилась до 15%. В 15-20% наблюдений острый панкреатит носит деструктивный характер. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании патогенетически обоснованной интенсивной терапии, антибиотикотерапии и миниинвазивных методов хирургического лечения, общая летальность при тяжелом панкреатите на протяжении последних 40 лет сохраняется на одном уровне, составляя, по разным данным, от 3,9 до 21 %, и при инфицированном панкреонекрозе достигала 85% (Кузин и соавт. 2007г.) Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения острого панкреатита и его осложнений в нашей стране является отсутствие стандартизированных подходов к консервативному и хирургическому лечению при различных формах острого панкреатита и его осложнений (Хватов В.Б.,2004).В связи с тем, что результаты хирургического лечения острого панкреатита нельзя признать удовлетворительными, проблема оптимизации хирургической тактики и поиска новых эффективных способов лечения при данной патологии остается актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием минимально инвазивных хирургических технологий на основе дифференцированного выбора лечебной тактики в зависимости от стадии и формы патологического процесса в поджелудочной железе.

Материалы и методы.

Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 128 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1- и 2-м хирургических отделениях муниципального лечебно-профилактического учреждения городской клинической больницы № 8 г. Уфы с 2004 по 2008 г. При анализе историй болезни мы пользовались клинико-морфологической классификацией острого панкреатита, принятой на IX Всероссийском съезде хирургов (Волгоград, 2000), которая согласуется с классификацией, принятой в Атланте в 1992 году, и которая более адаптирована к российским условиям. Проведен анализ историй болезни 53 больных оперированных с применением видеолапароскопических технологий.

Табл.1

Распределение больных по полу.

Форма панкреонекроза	Мужчины		Женщины	
	Абс	%	Абс	%
Стерильный	13	44,8	13	54,2

Инфицированный	16	55,2	11	45,8
Всего	29	100	24	100

Табл.2

Распределение больных по возрасту.

Возраст	Стерильный	Инфицированный
До 20 лет	1	1
21-30	3	3
31-40	4	7
41-50	8	6
51-60	7	5
61-70	2	3
71 и старше	1	2

Табл.3

Распределение больных по этиологии острого панкреатита.

Панкреонекроз	Стерильный		Инфицированный	
	Абс	%	Абс	%
Алкогольный	38	61,3	41	62,1
Билиарный	12	19,4	14	21,2
Алиментарный	11	17,7	9	13,6
Травматический	1	1,6	2	3,1

Табл.4

Сроки поступления больных в стационар от начала заболевания.

Панкреонекроз	Стерильный		инфицированный	
	Абс.	%	Абс.	%
До 6 часов	9	14,5	8	12,1
6-12 ч.	5	8,1	9	13,6
12-24 ч.	21	33,9	16	24,2
1-2 суток	12	19,4	17	25,8
3-5 суток	9	14,4	10	15,2
6 и более	6	9,7	6	9,1
Итого...	62	100	66	51,6

Показания для лапароскопической операции при остром панкреатите:

1. Дифференциальная диагностика перитонита неясной этиологии;
2. Клинически диагностированный панкреонекроз для установления его формы и объема поражения;
3. Наличие жидкости в сальниковой сумки и брюшной полости при ультразвуковом исследовании;
4. Стойкая или прогрессирующая мультиорганная дисфункция, несмотря на комплексную интенсивную терапию в течение 3-7 суток, что свидетельствовало в наших наблюдениях о инфицировании поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

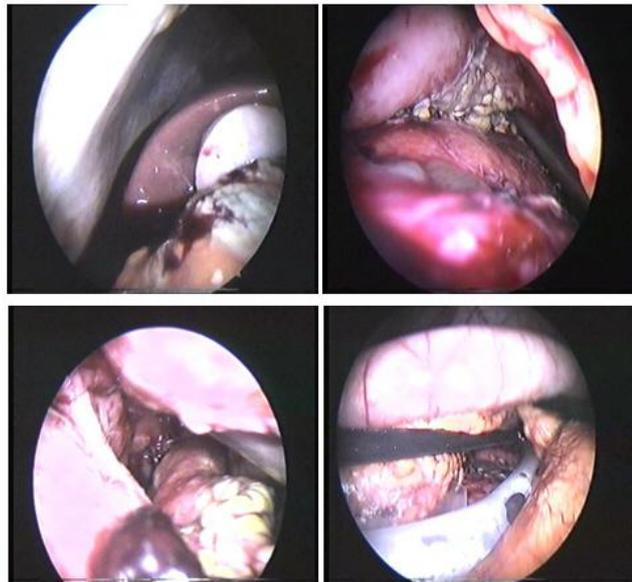


Рис.1 Этапы лапароскопической санации дренирования при геморрагическом панкреонекрозе.

Табл. 5

Характер оперативных вмешательств у больных острым панкреатитом, оперированных лапароскопическим способом.

Операции	Стерильный некроз		Инфицированный некроз	
	п	%	п	%
Лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	27	77,1	15	83,0
Лапароскопическая санация дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с катетеризацией круглой связки печени	6	17,1	-	-
Лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с наложением холецистомы	2	5,8	3	20
Итого...	35	100	18	100

Табл. 6

Характер оперативных вмешательств у больных острым панкреатитом, оперированных традиционным способом.

Операции	Стерильный некроз		Инфицированный некроз	
	п	%	п	%
Лапаротомия, оментобурсостомия, дренирование брюшной полости	9	31	12	31,0
Лапаротомия, оментобурсостомия, абдоминализация ПЖ	7	24,1	13	33,0
Лапаротомия, абдоминализация ПЖ, холецистостомия	5	17,2	8	21,0
Лапаротомия, абдоминализация ПЖ, холецистэктомия др. холедоха	8	27,7	6	15,0
Итого...	29	-	39	100

Табл.7

Осложнения раннего послеоперационного периода и летальность в основной и контрольной группах.

Осложнения	Контрольная группа				Основная группа			
	абс	%	умерло	%	абс	%	умерло	%
Сепсис с ПОН	8	11,9	5	7,5	3	6,7	1	2,2
Аррозивные кровотечения	5	7,5	2	2,9	-	-	-	-
Эндотоксический шок	16	23,8	7	10,4	10	22,2	4	8,9
Пневмония	17	25,4	2	2,9	7	15,6	-	-
ТЭЛА	1	1,5	1	1,5	-	-	-	-
Гнойный оментобурсит	26	38,8	-	-	13	28,9	-	-
Панкреатический свищ	4	5,9	-	-	1	2,2	-	-
Флегмона забрюшинной клетчатки	21	31,3	-	-	12	26,7	-	-
Панкреатогенный абсцесс	6	8,9	-	-	-	-	-	-
Некроз ободочной кишки	1	1,1	-	-	-	-	-	-
Разлитой перитонит	41	61,2	-	-	26	57,8	-	-
Нагноение по раны	5	7,5	-	-	-	-	-	-
Эвентрация	4	5,9	-	-	-	-	-	-

Табл. 8

Частота повторных оперативных вмешательств у пациентов, оперированных лапароскопическим (n=53) и традиционным способом (n=75).

Операции	Стерильный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз
Традиционные	18 (24,0 %)	34 (45%)
Лапароскопические	1 (1,8%)	9 (17%)

Выводы.

1. Применение миниинвазивных технологий в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита позволило значительно улучшить результаты лечения больных с данной патологией: снижение послеоперационной летальности, послеоперационных осложнений, сократить сроки лечения.
2. Среди больных инфицированным панкреонекрозом преобладают мужчины трудоспособного возраста. Причиной заболевания преимущественно является токсическое действие алкоголя.
3. Лапароскопическая санация сальниковой сумки и забрюшинного пространства позволяет в ранние сроки купировать эндотоксическое действие ферментов поджелудочной железы и снизить риск инфицирования забрюшинного пространства.

**МЕТОД ПОЭТАПНОЙ ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
АКУШЕРСКИХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ.**

Зиганшин А.М., Кулавский В.А., Кулавский Е.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России, Уфа

Актуальность.

Травматизм мягких тканей родовых путей является одной из актуальных проблем современного акушерства. Несмотря на значительные успехи акушерской практики, частота разрывов промежности остается высокой (от 10,3 до 39%), доходя до 73% у первородящих и до 90% при оперативных вмешательствах. Разрыв промежности III-ей степени, по данным В.А.Ананьева (1987) наблюдается от 0,4 до 5% - до 2,3% М.А.Стрижакова (2001) [3, 9, 10]. Существующие разграничения в оказании медицинской помощи женщинам, перенесшим акушерскую травму промежности, отсутствие единых стандартов ведения послеоперационной раны, лечения и реабилитации часто приводят к развитию различных осложнений и расстройств функции тазовых органов после родов. Хотя акушеры - гинекологи восстанавливают травмы ткани промежности сразу после родов, результаты лечения и осложнения во многом не устраивают ни самих врачей-хирургов, ни пациенток. Не снижающаяся частота инфекционных осложнений раны (расхождение швов, нагноение) приводит 19,3% родильниц к вторичному заживлению ран, затем к функциональным расстройствам прямой кишки, которые наблюдаются до 85% случаев у женщин перенесших роды через естественные родовые пути [6, 11]. Это свидетельствует о наличии резервов в

решении вопросов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации женщин перенесших акушерскую травму промежности после родов через естественные родовые пути. Постулаты хирургического лечения, где успех оперативного лечения на 50% зависит от качественно выполненной операции, а остальные 50% от полноценного лечения и длительной реабилитации, нередко остаются нерешенными, что снижает в дальнейшем успех оперативного лечения, создает условия для формирования заболеваний органов малого таза. Если хирурги ведут раны промежности, как хирургическую рану, используя весь арсенал пери и послеоперационного лечения, то акушеры-гинекологи нередко ограничиваются наблюдением раны промежности в послеродовом периоде. Так в национальном руководстве по акушерству и гинекологии (2009) рекомендуется: при разрыве промежности I-II-ой степени - раннее вставание, ходить через 8 - 10 часов, сидеть через 7 - 10 суток. Обработка раны промежности заключается в 3-х кратном обмывании наружных половых органов 0,02 - 0,1% раствором перманганата калия в течение 2 - 3 суток и сухой обработке швов 5% раствором калия перманганата (йода, бриллиантовой зелени), использовании стерильной подкладной, при отсутствии самостоятельного стула - очистительной клизме на 4 сутки, снятие швов проводится на 5-е сутки, женщина при этом осуществляет самостоятельный уход за новорожденным. При разрыве промежности III-IV-ой степени рекомендуется соблюдение строгой диеты для задержки дефекации до 6-7 дней, вазелиновое масло с первых дней, постельный режим 3 дня, сидеть не ранее чем через 14 дней, общий стол с 10 дня, на 6-е слабительное, на 7-е снятие швов [3]. Немаловажным фактором, способствующим развитию осложнений являются анатомическая близость прямой кишки и нарушения микробиотоза влагалища, которые переводят данную группу операций из стерильных в нестерильные [12]. Несмотря на ограничения использования при лечении ран спиртовых, красящих антисептиков (перекиси водорода, перманганата калия), способных вызывать химические ожоги, продолжается применение спиртовых антисептиков [8, 14]. Существующая практика, когда все усилия врачей-хирургов (акушеров-гинекологов, хирургов) направлены на ликвидацию анатомических последствий травмы, но не на борьбу с возможными осложнениями раневого процесса, нередко приводит к вторичному заживлению раны. Имеются различия в защите раны, если в акушерстве заключается в обработке наружных половых органов, использовании всевозможных (стерильных, нестерильных) прокладок, то в хирургии - обработка хирургической раны, перевязка с использованием

перевязочного материала. Современные перевязочные средства (пленочные материалы) способны атравматично, гипоаллергенно, моделируя сложный профиль таза, во влажных условиях создать оптимальный микроклимат, препятствуя при этом вторичному инфицированию, адекватно дренировать и предотвратить развитие многих осложнений. Также отсутствует настороженность акушеров-гинекологов в выявлении факторов, способствующих развитию заболеваний прямой кишки. Так, визуально определяемые как незначительные перерастяжения стенок прямой кишки и видимые при родах трещины стенок прямой кишки, часто не диагностируются, не проводится дальнейшее лечение, что в дальнейшем способствует развитию анальных трещин. Патологическое переполнение кровью геморроидальных узлов во время потуг, являясь начальным симптомом геморроя, при отсутствии своевременной терапии способствует в последующем развитию геморроя и его осложнений [2, 4, 7]. По мнению В.Л.Ривкина (2004), только своевременное начало консервативного лечения впервые возникшей анальной трещины, может быть эффективным методом, способным в дальнейшем предотвратить развитие тяжелых осложнений [13]. Нет единого мнения среди специалистов по активации больных после операций на промежности. Распространенное мнение, когда для профилактики пролапса гениталий рекомендуется выполнение роженицами упражнений Кегеля с первых суток после родов, расходится с мнением других исследователей по соблюдению строгого постельного режима в раннем послеоперационном периоде [3]. Доказательством необходимости сохранения покоя в поврежденной ткани являются исследования, где доказано, что скорость эпителизации раны составляет 1 мм по периметру в течение 7 – 10 дней, что также свидетельствует о необходимости покоя в поврежденной ткани, особенно в первые сутки после операции [8, 11]. Несмотря на то, что органы малого таза (влагалище, уретра, прямая кишка) представляют собой единый комплекс взаимосвязанных и взаимозависимых анатомических структур [1] и повреждение одной из структур способно приводить к расстройствам других органов и систем, отсутствие единого согласованного стандарта ведения акушерской раны может привести к различным осложнениям при восстановлении раны. Существующие разногласия взглядов между акушерами-гинекологами, проктологами, урологами, приводят к множеству различных методик лечения, утрате наиболее наработанных методов лечения и реабилитации. Известно, что при родах через естественные родовые пути наиболее часто после разрыва/рассечения ткани промежности повреждается

запирательная мышца нижней трети влагалища, которая, являясь наружным сфинктером нижней трети влагалища, предохраняет развитие инфекционно-воспалительных и других заболеваний [5].

Цель.

Разработка поэтапного метода восстановительной терапии и реабилитации женщин перенесших акушерскую травму промежности при родах через естественные родовые пути.

Материалы и методы.

Обследовано 88 первородящих женщин в период беременности и через 3 – 5 месяцев после родов через естественные родовые пути с травмой мягких тканей промежности. Основную группу составили 48 (54,5%) женщин, которым лечение проведено методом поэтапной восстановительной терапии и реабилитации (ВТ и Р), контрольную – 40 (45,5%) женщин, где осуществлялось послеродовое наблюдение по общепринятой методике. Специального отбора групп не проводилось, обе группы были сопоставимы по характеру травмы, массе тела детей и показаний для рассечения ткани промежности. Критерием для включения в исследование явились разрывы промежности I - II-ой степени, впервые возникшие в процессе родов у женщин в возрасте от 18 до 32 лет, средний возраст составил $20,1 \pm 1,5$ лет, исключением – разрывы промежности III – IV-ой степени. Оценка эффективности разработанного метода проводилась в два этапа: I-ый – клинический: выявление заболеваний (общих, гинекологических), акушерских осложнений (беременности, родов, послеродового периода), срока заживления раны, визуальной оценке ткани промежности (отек, гиперемия, болезненность), характер выделений, наличие/отсутствие инфицирования, расхождения швов. 2-ой – функциональный, оценка силы сокращений запирательной мышцы влагалища методом компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) (патент РФ № 2364336 RU) с обработкой данных по компьютерной программе (№2011618974). Результаты исследования рассчитывались компьютерной программой "БИОСТАТИКА", методом описательной статистики.

Этапы ВТ и Р включали проведение: медикаментозной (лекарственной) и немедикаментозной (психотерапия, рефлексотерапия, диетотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж) терапии и были разделены на три этапа:

I-ый - ранний послеоперационный (1-3 сутки), продолжительность зависела от общего состояния роженицы,

I-а – акушерский (4 - 5 сутки), с момента первичного заживления раны до снятия швов и выписки из акушерского стационара,

I-б – стационарный (6 - 14 сутки), с момента вторичного заживления раны до выписки из гинекологического/хирургического стационара,

II-ой – амбулаторный (5 - 14 сутки) в отделении восстановительной медицины (ВМ), продолжительность заживления раны зависела от полного/частичного восстановления силы сокращений запирающей мышцы влагалища и тяжести расстройств функции тазовых органов

III-й – реабилитационный, который разделялся на 3 периода: III-а – начальной (2 – 4 неделя); III-б – промежуточной (5 – 7 неделя); III-в – поддерживающей реабилитации (8 – 10 неделя), продолжительность последнего периода не ограничивалась по времени (пожизненно) и зависела от силы сокращений запирающей мышцы влагалища и восстановления функции тазовых органов.

Ранний послеоперационный период включал:

Проведение медикаментозного лечения для адекватного обезболивания (исключая применение опиатов); профилактической антибиотикотерапии, системных энзимов (вобэнзим), оказывающих положительное влияние на развитие грануляционной ткани, мочегонных средств для снятия отека промежности; блокирование местных инфильтративно-воспалительных реакций (нестероидные противовоспалительные препараты); витаминов (группы В); средств ускоряющих репарацию и регенерацию мышечной ткани (метилурацил); лечения сопутствующей экстрагенитальной патологии (анемия и др.); заболеваний прямой кишки - анальная трещина, геморрой (геморроидальные свечи, детралекс); урогенитальных расстройств - санация влагалища (гексикон).

Немедикаментозное лечение заключалось в создании местной гипотермии на область наружных половых органов в первые часы (холодная грелка со льдом); постельный/полупостельный режим в зависимости от состояния больной, тяжести разрыва (ограничение физической нагрузки в первые 6 часов для полной релаксации мышц тазового дна); проведение комплекса специальной лечебной физкультуры (ЛФК) с исключением упражнений на растяжение ушитых тканей промежности. Ведение рожениц в раннем послеоперационном периоде осуществлялось по программе «FAST-TRACK», что способствовало уменьшению

длительности пребывания в стационаре, снятию усталости, ранней физической активности и выписки из стационара. Соблюдение диетотерапии позволило при разрыве промежности I-ой степени возобновить обычное питание сразу после окончания действия анестезии (через 6 часов после окончания операции); при II - III-ой степени разрыва промежности рекомендовалась диета, включающая в первые сутки легкую, жидкую, малошлаковую пищу (продукты богатые белками, витаминами, микроэлементами), диета расширялась по мере улучшения состояния и функции тазовых органов, больной с IV-ой степенью разрыва соблюдалась строгая диета для задержки дефекации до 6 - 7 дней.

Физиотерапевтические процедуры (ФТП) были направлены на снижение процессов воспаления раны (магнитотерапия, диадинамические токи, светолечение и др.), уход за послеоперационной раной включал: ежедневную обработку раны растворами антисептиков (хлоргексидина 0,02 - 0,05%, гексикон), наложение после операции пленочных перевязочных материалов (гидрофилм).

Акушерский этап - продолжение ранее назначенного медикаментозного лечения - антибиотики, энзимы, витамины, нестероидные препараты, метилурацил, санация влагалища, при отсутствии самостоятельного стула - фармакологическая стимуляция (прием осмотических слабительных средств, пищевых волокон), отмена обезболивания (по необходимости).

Немедикаментозное - отмена постельного/полупостельного режима, активация больной, расширение диеты, перевязки с наложением гелиевых повязок (АпполоПак-АИ), снятие швов при первичном заживлении, продолжение специальной ЛФК с исключением движений на растяжение мышц промежности, ФТП направленные на ускорение процессов репарации, регенерации мышечной ткани (магнитотерапия, динамические токи, светолечение, УВЧ-терапия), массаж тела.

Стационарный – продолжение системной энзимотерапии, витаминотерапия, отмена противовоспалительных препаратов, антибиотиков. Немедикаментозное - продолжение ФТП направленных на процессы ремоделирования раны (электрофорез с йодистым калием), перевязки с наложением повязки (биодеспон), массаж тела, отмена диеты, обработка инфицированных ран мазями, гелями (пантодерм, дигиспон), выписка из стационара, перевод на амбулаторный этап лечения в отделение восстановительной медицины.

Амбулаторный - продолжение системной энзимотерапии, отмена антибиотиков, немедикаментозное лечение: продолжение ФТП, консультация психотерапевта, врача восстановительной медицины по вопросам дальнейшего лечения, реабилитации, выполнение рекомендаций специалистов по ведению здорового образа жизни, диеты, упражнений ЛФК для мышц промежности, легкий массаж области рубца с рассасывающими мазями (Лиотон), снятие послеоперационных швов, теплые ванночки (морская соль).

Реабилитационный - составление плана дальнейшей восстановительной терапии и реабилитации, ознакомление с методом поведенческой терапии. Начало выполнения упражнений "Кегеля" для укрепления мышц тазового дна, при отсутствии способности идентификации мышц - электростимуляция (вагинальными электродами), выполнение комплекса упражнений биологической обратной связи (БОС) ("biofeedback"), иглорефлексотерапия, плавание. Продолжение соблюдения диеты при разрывах промежности IV-ой степени пища должна содержать достаточное количество клетчатки, прием жидкости, исключение раздражающих продуктов, пищевых добавок (газированных, кофеин-содержащих напитков, острую пищу и др.), при повышенной массе тела - рекомендации по снижению массы тела.

Начальной реабилитации – дополнение медикаментозного лечения средствами профилактики фиброза ткани (витамин Е), продолжение системной энзимотерапии.

Немедикаментозное лечение продолжение массажа области послеоперационного рубца, теплые сидячие ванночки, ФТП (электрофорез йодистого калия), ЛФК, упражнения "Кегеля", тренировка сфинктеров тазовых органов волевому сокращению по программе БОС ("biofeedback"), электростимуляция, плавание, иглорефлексотерапия.

Промежуточной реабилитации – медикаментозное лечение по необходимости (расстройств функции тазовых органов), продолжение массажа, тепловых ванн, ЛФК (регулярно), по необходимости - ФТП (ультразвук), тренировка сфинктеров, электростимуляция, плавание, иглорефлексотерапия, гирудотерапия.

Поддерживающей реабилитации – медикаментозная терапия по необходимости, немедикаментозное - регулярная ЛФК, по необходимости ФТП, электростимуляция, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, грязелечение, плавание, санаторно-курортное лечение.

Результаты и их обсуждение.

При поступлении на родоразрешение, в анамнезе у женщин выявлены следующие заболевания: экстрагенитальные у 32 (36,3%), гинекологические у 22 (25%), имели сочетания 16 (18,1%). В структуре экстрагенитальной патологии наиболее часто наблюдалась анемия у 15 (46,8%), заболевания почек у 8 (25%), сердечно-сосудистой системы у 5 (15,6%) женщин, общее количество заболеваний и осложнений беременности составило 0,8 на 1 родильницу. Наиболее распространенными среди перенесенных гинекологических заболеваний явились: инфекционно-воспалительные – 14 (63,6%), расстройства менструального цикла – 11 (50%), невоспалительные – 8 (36,3%), количество сочетаний составило 0,38 случаев на 1 женщину. Основным осложнением во время беременности явилась высокая частота кольпитов во время беременности, диагностированная у 14 (29,1%) родильниц основной и у 10 (25%) контрольной групп. Акушерские факторы риска: продолжительность родов у рожениц достоверно не отличалась, составив в среднем 14 час. ± 23 мин.; патологическое течение беременности и осложнения в родах выявлены у 38 (43,1%) женщин, роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод у 23 (48%) женщин основной и у 15 (37,5%) контрольной групп; продолжительность безводного промежутка составила в среднем 5 час. ± 10 мин. и 6 час. ± 26 мин. в основной и контрольной группах. В соответствии с критериями отбора все обследованные родильницы имели травмы мягких тканей промежности. Разрывами ткани промежности завершились 22 (45,8%) родов в основной и 16 (40%) контрольной группах, рассечение проведено 26 (54,2%) женщинам в основной и 24 (60%) контрольной группе.

Анализ протоколов клинического обследования выявил следующие жалобы: боли в области швов в течение 1 - 2 суток отмечали после родов 14 (29,1%) основной и 16 (40%) женщин контрольной групп, что свидетельствует о необходимости адекватного обезболивания после родов. Осмотр через 1 - 2 суток выявил отсутствие гиперемии в области швов у всех родильниц основной группы, в контрольной группе у 13 (32,5%) женщин. Оценка состояния швов на 5-е сутки послеродового периода выявила заживление первичным натяжением швов у всех родильниц основной группы, которые затем были выписаны домой на 6 - 7 сутки послеродового периода. В контрольной группе рана зажила первичным натяжением у 24 (60%) родильниц, наблюдался отек в области швов в первые 3 суток после родов у 5 (12,5%), отмечалась инфильтрация раны у 3 (7,5%),

выявлено частичное расхождение швов у 3 (7,5%), беспокоили боли в области промежности более 5 суток у 5 (12,5%) женщин. У одной женщины наблюдалось полное расхождение швов (2,5%), она была переведена в отделение гнойной хирургии для дальнейшего лечения. Проведенные функциональные методы исследования выявили: в период беременности сила сокращения запирающей мышцы нижней трети влагалища по результатам компьютерного вагинотензометрического исследования соответствовала нормальной силе. По результатам компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) улучшение силы сокращений на промежуточном этапе наблюдалось у 35% женщин основной и у 23% контрольной группах. КВТИ проведенное через 3 месяца (12 недель) выявило: в основной группе нормальная сила сокращений наблюдалась у 17 (42,5%) женщин, I-ая степень недостаточности у 13 (32,5%), II-ая степень - у 8 (20%), III-я степень - у 2 (5%) женщин, в контрольной группе соответственно у 6 (25%); 10 (41,6%); 6 (25%); 2 (8,35%).

Выводы.

Таким образом, клиническое исследование эффективности метода восстановительной терапии и реабилитации проведенная на оценке силы сокращений запирающей мышцы влагалища, компьютерным вагинотензометрическим исследованием, доказала эффективность метода в сравнении с традиционными методами лечения. Поэтапное проведение данного метода позволяет начать лечение и реабилитацию мышц тазового дна в любое время послеродового периода для предотвращения расстройств функции тазовых органов и осложнений вызванных после родов через естественные родовые пути.

Литература.

1. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии /М.С. Багшиш., М.М. Каррам; пер. с англ., под ред. Л.В. Адамян. - Лондон: Elsevier Ltd., М.: - 2009. – 1184 с.
2. Буянов М.И. Недержание мочи и кала /М.И. Буянов. – М.: Медицина, 1985. – 184 с.
3. Гинекология: национальное руководство /В.И.Кулаков [и др.]; под ред. В.И.Кулакова, И.Б.Манухина. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.
4. Грошили В.С. Комплексное лечение анальных трещин: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Волгоград, 2010. – 43 с.
5. Зиганшин А.М. Комплексная диагностика несостоятельности мышц тазового дна после родов через естественные родовые пути: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2011. - 24 с.
6. Колопроктология и тазовое дно. Патология и лечение /под ред. М.М. Генри, М. Своша; пер с англ. Н.В.Морозова, В.Л.Ривкина. – М., 1988. – 464 с.
7. Колоректальная хирургия /пер. с англ. Под ред. Ю.А.Шельгина, С.Е.Урядова. – М.: Изд. Панфилова; Бином. Лаборатория знаний, 2011. – 751с.
8. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция/ М.: Медицина 1981; 687с

9. Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей /В.И. Кулаков, Е.А. Бутова. – М: Мединформагентство, 2003. – 128 с.
10. Куликовский В.Ф. Тазовый пролапс у женщин: Руководство для врачей / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 256 с.
11. Кучеренко М.А. Эффективность применения мази пантодерм в комплексной терапии послеродовых травм промежности// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. - №1.- С.35-39.
12. Перинеология: Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах /под ред. В.Е. Радзинского. – М.,: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 336 с.
13. Ривкин В.Д. Руководство по колопроктологии /В.Д. Ривкин, С.Н. Файн, А.С. Бронштейн. – М.,: ИД Медпрактика-М., 2004. – 488 с.
14. Фетисова Т.И. Восстановительное лечение женщин с акушерской травмой промежности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.И. Фетисова. - Омск, 1988. – 26 с.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Галимов О.В., Ханов В.О., Титов А.Р., Мухамедьянов Г.С., Галиева А.Р.

Кафедра хирургических болезней и новых технологий ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Трофические язвы на нижних конечностях являются следствием разнообразных заболеваний, нарушающих локальную гемодинамику артериальной, венозной, лимфатической систем, включая микроциркуляторный уровень поражения. Кроме этих факторов, причиной появления трофических язв могут быть различные травмы кожи, мягких тканей и периферических нервов. Вне всякого сомнения, грубые трофические нарушения на нижних конечностях встречаются чаще всего среди пациентов, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН). Следует подчеркнуть, что среди больных с первичным варикозным расширением вен эти трофические язвы встречаются относительно редко, примерно в 3% случаев. Но среди пациентов, перенесших в анамнезе однократный или повторный тромбоз глубоких вен на разных уровнях конечности, включая тазовый сегмент, трофические язвы обнаруживаются в 14-30% наблюдений, причем с нарастанием сроков заболевания опасность развития язвы увеличивается. Основой современного лечения трофических язв нижних конечностей, обусловленных хроническими заболеваниями вен (ХЗВ), представляется устранение одной из главных причин их развития – венозной

гипертензии, инициирующей изменения на тканевом, клеточном и микроциркуляторном уровнях, приводящие в конечном итоге к деструкции тканей. Общеизвестные методы, используемые для решения этой задачи, включают комплекс консервативных мероприятий (эластическую компрессию нижних конечностей, применение системной фармакотерапии на фоне лечебно-охранительного режима, физиотерапии, диеты и использования топических лекарственных средств или современных раневых покрытий) и хирургическое лечение. Приоритетность хирургических методов лечения очевидна, поскольку только радикальное устранение патологических вено-венозных сбросов снижает флебогипертензию и прерывает цепь патологических реакций, логическим исходом которых является образование трофических язв. Целью оперативного лечения у данной группы пациентов является ликвидация патологических вено-венозных рефлюксов: вертикального рефлюкса крови по поверхностным венам и горизонтального – по перфорантным позволяет снизить локальную флебогипертензию в нижней трети голени и создать благоприятные условия для регресса трофических нарушений. Большинство хирургов в настоящее время предпочитают выполнять эти операции в 2 этапа. Сначала убирается ствол большой подкожной вены до верхней трети голени, второй этап выполняется после полного заживления язвы или уменьшения ее размеров и ликвидации перифокального воспаления. Оптимальным для больного вариантом является субфасциальная перевязка вен из группы Коккета с помощью эндоскопической технологии, позволяющей с наименьшей травматизацией для тканей осуществлять коррекцию венозной гемодинамики. Нами были выполнены оперативные вмешательства без разделения на этапы.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с заболеваниями вен нижних конечностей, осложненных трофической язвой.

Материал и методы.

Материал исследования составили 12 пациентов с осложненными формами заболеваний венозной системы нижних конечностей. Из 12 пациентов было 5 мужчин, 7 женщин. Возраст пациентов был от 22 до 67 лет (средний возраст 47,3 года). 3 больных страдало посттроботической болезнью варикозно-язвенной формой, 9 пациентов было с варикозной болезнью (классификация по CEAP). Размеры трофической язвы от 2х1,5 см до 9х8 см со средним сроком наличия язвы 9 мес. Все больные лечились амбулаторно, без значительной положительной динамики. Всем пациентам были проведены функциональные

пробы на проходимость глубоких вен, УДС вен н/к с маркировкой несостоятельных перфорантных вен, общеклинические анализы и обследование.

Терапия: Всем больным было выполнено одномоментное оперативное лечение, включающее в себя кроссэктомия (верхнюю или нижнюю), верхний или нижний стриппинг, эндоскопическая перевязка с пересечением несостоятельных перфорантных вен (альтернатива перевязки перфорантных вен по доступом Линтону или Фельдеру). В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, анальгетическая терапия, эластичная компрессия н/к, терапия направленная улучшение микроциркуляции, венотоники.

Результаты лечения.

Ни в одном случае не наблюдалось нагноение послеоперационных ран, все больные были выписаны из стационара в сроки до 7 дней после проведенного оперативного вмешательства, болевой синдром по шкале не превышал баллов. Больные были отслежены в сроки от 3 до 12 мес, во всех случаях наблюдалась положительная динамика, заживление язвы произошло у 7 больных, у 5 больных наблюдалось уменьшение размеров язвы на площадь более 50%.

Клинический случай.

Больной Р., 24 лет, диагноз: посттромботическая болезнь левой н/к, отечно-варикозная форма. В 2008 году ДТП с переломом костей левой голени, был выполнен остеосинтез, после чего произошел тромбоз глубоких вен левой н/к, через 3 мес. сформировалась трофическая язва левой голени размерами 10x8 см, неоднократно находился на стационарном лечении в различных ЛПУ, дважды проводилась пересадка кожных лоскутов с отторжением трансплантатов.

При поступлении левая н/к отечна, по передней поверхности левой голени трофическая язва размерами 8x6 см, покрыта фибрином, вялые грануляции по краям. При выполнении УЗДС вен н/к в просвете левой подколенной и бедренной вен старые тромботические массы на 20% просвета, БПВ варикозно изменена, сафеновый клапан несостоятельный.

12.12.2011 выполнена левосторонняя верхняя кроссэктомия, верхний стриппинг, эндоскопическое лигирование и пересечение перфорантных вен левой голени. В послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия, дезагреганты, противовоспалительная терапия, эластичная компрессия н/к. Больной выписан из стационара на 7 сутки. Послеоперационный период без осложнений, швы сняты на 10 сутки. Контрольный осмотр ежемесячно. Через 3 мес. размеры язвы 3,5x2 см, покрыта грануляциями.



Рис.1 Больной Р., 24 лет, 05.12.11.



Рис.2 Больной Р., 24 лет, 25.03.12

Выводы.

Внедрение эндоскопической перевязки несостоятельных перфорантных вен в клиническую практику позволило в раннем послеоперационном периоде уменьшить сроки госпитализации пациентов, избежать нагноения послеоперационных ран, уменьшить косметологические дефекты. Кроме того, в сроки наблюдения наблюдалась значительная положительная динамика в заживлении язв.

Литература.

1. Бабаджанов Б.Р., Султанов И.Ю. "Комплексная терапия длительно незаживающих трофических язв". Ангиология и сосудистая хирургия, 2002. N.3 (приложение) с.18.
2. Васютков В.Д. "Сочетанное консервативное и хирургическое лечение венозных трофических язв". Там же, с 35-36.
3. Васютков В.Я., Проценко Н.В. "Трофические язвы стопы и голени". М. 1993.
4. Савельев В.С. "Флебология", 2003.

5. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность. Флебологическая. 2000; 11: 5–10.
6. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Ермаков Н.А. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств. Consilium medicum. Приложение. 2001; 28–31.
7. Coleridge–Smith P., Lok C., Ramelet A.–A. Venous leg ulcer: a meta–analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. // Eur J Vasc Endovasc Surg 2005; V.30. – P.198–2008.

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.

Мананов Р.А., Мехтиев Н.М.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Частота гнойных раневых осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости составляет 7 - 30%, достигая при послеоперационном перитоните 49 - 68,7% [2, 5, 8]. Основной причиной гнойно-воспалительных раневых осложнений является инфицирование ран брюшной стенки, заключающееся в контактном проникновении в нее аэробной и анаэробной микрофлоры перитонеального выпота во время операции. [3, 7, 8].

Поэтому основные пути решения этой проблемы следует искать в интраоперационной профилактике. Однако, несмотря на существование большого арсенала применяемых с этой целью средств и методов, в последнее время не отмечено тенденции к уменьшению количества гнойно-воспалительных раневых осложнений [1, 2, 4].

Материал и методы.

Изучив причины возникновения раневых гнойно-воспалительных осложнений у больных с послеоперационным перитонитом (ПОП) нами разработаны следующие принципы их профилактики:

1. устранение гипоксии в тканях раны в первые сутки послеоперационного периода;
2. подавление инфекции в ране;
3. удаление раневого детрита;

Первый принцип: устранение гипоксии в тканях раны в первые сутки послеоперационного периода осуществляется путем дренирования раневого промежутка со специальными дренажами и создания в этой системе повышенного давления кислорода.

Второй принцип: достигается бактерицидным и бактериостатическим действием кислорода на аэробную и анаэробную флоры.

Третий принцип: осуществляется путем механического вытеснения раневого детрита из раневого промежутка по специальным дренажам.

Учитывая вышеперечисленное, нами предложен и внедрен в клиническую практику способ профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных ран.

Основной задачей данного способа является профилактика развития гнойно-воспалительных раневых осложнений путем устранения гипоксии в мягких тканях раны и механического удаления раневого детрита.

Для этого раневой промежуток дренировался силиконовой трубкой со специфическими линейными прорезями длиной 2 см в шахматном порядке по окружности на длину раны (рис 1)

Такой вид прорезей препятствует obturации просвета дренажа тканями раны, при этом, достигается достаточный отток раневого детрита и равномерное распределение кислорода.

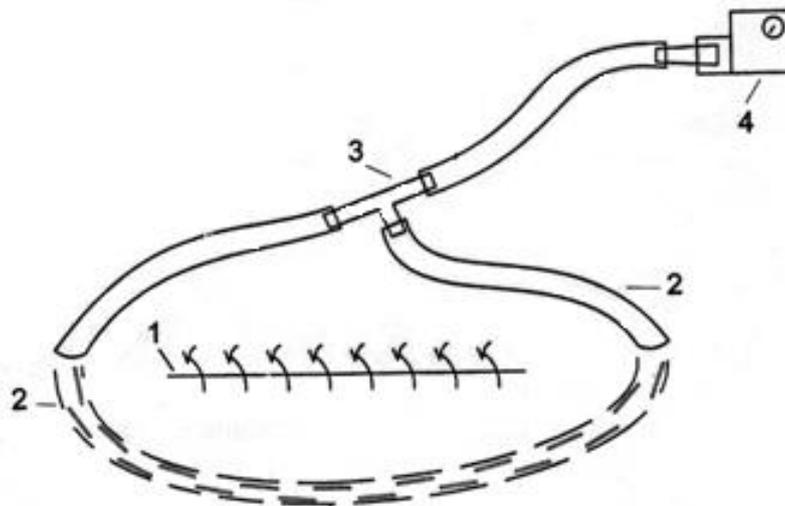


Рис.1 Схема дренирования раны.

Результаты.

Предложенный способ был применен у 68 больных. При этом различные гнойно-воспалительные раневые осложнения наблюдали у 12 больных (17,6%).

В контрольную группу вошли 121 больных, которым проводили традиционный способ профилактики нагноения послеоперационной раны путем дренирования резиновыми полосками. В результате наблюдали различные гнойно-воспалительные раневые осложнения у 48 больных (36,7%).

Заключение.

Таким образом, данный способ позволил снизить количество раневых гнойно-воспалительных осложнений у больных с послеоперационным перитонитом в 3 раза.

Литература.

1. Ашрафов А.А., Ибишов К.Г. Профилактика и лечение гнойной инфекции в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. — 1995. — №4. — С. 29-31.
2. Буянов В.М., Ахметели Т.И., Ломидзе Н.Б. Комплексное лечение острого разлитого перитонита // Хирургия. 1997. - № 8. - С. 4 — 7.
3. Ерюхин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Питер., - 2003. - 217 с.
4. Каншин Н.Н., Воленко А.В. Послеоперационные раневые осложнения: проблемы и перспективы: Тез. докл. 8 Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. - С. 492.
5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. М.: Медицина, 1990. -591 с.
6. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Руководство по гнойной хирургии. М.: Медицина, 1984. - 512 с.
7. Яремчук А.Я., Романов И.Р. Лечение и профилактика послеоперационных гнойных осложнений // Вестник хирургии. 1981. - № 3. —1. С.135 137.
8. Sganga G. New perspectives in antibiotic prophylaxis for intra-abdominal surgery // J. Hosp. Infect. 2002. - Vol. 50. - Suppl. A. - P. 17 - 21.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА.

Мехтиев Н.М., Мананов Р.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

В настоящее время основной проблемой в ургентной хирургии остается лечение больных, у которых заболевание осложняется развитием распространенного послеоперационного перитонита. [3–18]. Даже после устранения или отграничения источника инфицирования, санации обширной поверхности брюшины и активного дренирования брюшной полости, метаболической и массивной антибактериальной терапии у каждого второго больного в различные сроки послеоперационного периода развиваются не

корректируемый инфекционно-токсический шок (ИТШ) и выраженная полиорганная недостаточность (ПОН), при которых летальность достигает 60 – 80% [1–3]. По мнению большинства исследователей в патогенезе полиорганной недостаточности одним из ключевых факторов прогрессирования заболевания является синдром энтеральной недостаточности (СЭН), развивающийся при многих заболеваниях (перитонит, кишечная непроходимость, панкреонекроз и др.) и обуславливающим до сих пор высокую летальность в связи с прогрессирующей эндогенной интоксикацией и связанными с ней полиорганными нарушениями.[2, 6]. Это в определенной степени можно объяснить тем, что СЭН формируется задолго до операции и включает в себя нарушение двигательной, секреторной, всасывательной и барьерной функций кишечника.

Парез кишечника и нарушения пассажа кишечного содержимого резко изменяют количество и качество внутрипросветной и пристеночной микрофлоры, нарушают барьерную функцию кишки и способствуют транслокации токсинов и самих микроорганизмов в кровоток и в просвет брюшной полости. Желудочно-кишечный тракт при СКН становится источником эндогенной интоксикации бактериальной и дисметаболической природы. [4, 8, 14, 22]

Нарушения барьерной функции кишечника потенцируют прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости и чрезвычайно увеличивают токсическую нагрузку на печень, приводя к значительному усугублению тяжести синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и эндогенной интоксикации, разрыванию картины абдоминального сепсиса с тяжелым течением. По образному выражению J.Meakins и J.Marshall (1986), патологическое содержимое ЖКТ у этих пациентов длительное время остается фактически «не дренируемым абсцессом». Таким образом, мероприятия, направленные на коррекцию функционального состояния кишечника, является обязательным компонентом комплексного лечения послеоперационного перитонита. Лечение СЭН независимо от этиологии направлено в первую очередь на активную санацию и удаление токсических продуктов из просвета кишечника .[5, 9]. С учетом патогенеза СЭН является абсолютным показанием интубации всей тонкой кишки с целью удаления кишечного содержимого, снижения внутрипросветного давления для обеспечения восстановления процессов кровообращения в кишечной стенке, нормализации его моторной и метаболической функций и, главное, снижения портальной и системной эндотоксемии [5, 11].

При установлении диагноза послеоперационного перитонита, осложненного полиорганной недостаточностью, тактика лечения сводится к ранней релапаротомии и интенсивной терапии направленной на коррекцию нарушенного гомеостаза. Причем тяжелое состояние больных, обусловленное полиорганной недостаточностью, не является противопоказанием для релапаротомии, ибо отказ от операции приводит к 100% летальности, а при ее выполнении до 50%. [1, 11]

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находились 89 больных с послеоперационным перитонитом. Контрольную группу составили 45 больных, которым проводилась следующая схема лечения: предоперационная подготовка, экстренная релапаротомия, устранение причины послеоперационного перитонита, санация и дренирование брюшной полости, комбинированная антибиотикотерапия, антикоагулянтная терапия, экстра- и интракорпоральная детоксикация, интубация кишечника, форсированный диурез, инфузионно – трансфузионная терапия, введение ингибиторов протеолитических ферментов, коррекция нарушений водно – электролитного обмена и кислотно – щелочного состояния, ИВЛ и т.д.

В основную группу вошли 44 больных, которым проводился следующий комплекс лечебных мероприятий:

1. Мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией в дооперационном периоде:

- предоперационная инфузионная терапия;
- дооперационное введение антибиотиков.

2. Мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией во время операции:

- экстренная операция по устранению причины ПОП;
- санация брюшной полости растворами антисептиков;
- декомпрессия кишечника (назогастроинтестинальная, трансанальная);
- дренирование брюшной полости.

3. Мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией в послеоперационном периоде:

- комбинированная антибактериальная терапия;
- декомпрессия кишечника и интракорпоральная детоксикация;
- антикоагулянтная терапия;

- применение ингибиторов протеолитических ферментов;
- форсированный диурез;
- интраперитонеальная оксигенотерапия;
- дозированная интраинтестинальная оксигенотерапия.

4 Мероприятия, направленные на коррекцию функций органов и систем и нарушенного гомеостаза:

- коррекция водно-электролитных и белковых расстройств;
- восстановление моторики кишечника;
- коррекция нарушений гомеостаза и микроциркуляции;
- профилактика и устранение нарушений дыхательной и сердечнососудистой недостаточности;
- нормализация функции печени и почек;
- защита слизистой ЖКТ (блокаторы протонной помпы и H-2 рецепторов);
- коррекция КЩС;
- профилактика и устранение нарушений ЦНС;
- внутритканевая оксигенотерапия для профилактики нагноений ран.

Известно, что кислород под повышенным давлением действует бактерицидно на анаэробную и аэробную флору, устраняет гипоксию в тканях, окисляет недоокисленные продукты полураспада (Молекулы средней массы тела). В этой связи, с целью подавления инфекционно – воспалительного процесса в брюшной полости и устранения гипоксии в тканях ЖКТ, нами предложен «Способ лечения распространенного перитонита» (Удостоверение на рационализаторское предложение №2100, выданное 26.06.1999 г. БГМУ). Методика проведения сеансов длительной интраперитонеальной оксигенотерапии под повышенным давлением следующая (рис.1.).

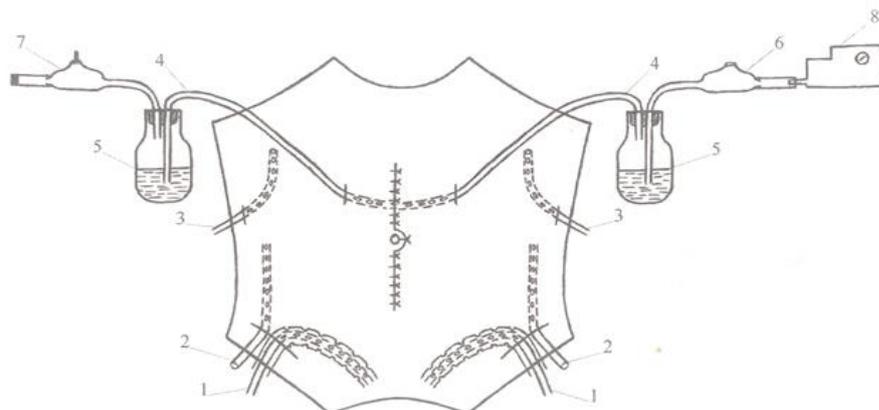


Рис.1 Схема интраперитонеальной оксигенотерапии.

После лапаротомии, устранения источника перитонита, санации брюшной полости, интубации тонкой и толстой кишки, через контрапертуры проводили дренажи 1 в полость малого таза, дренажи 2 в боковые каналы и дренажи 3 в поддиафрагмальные пространства. Затем, через контрапертуры по латеральным краям прямых мышц живота выше пупка на 2-3 см проводили трубку 4, концы которой соединяли с емкостями Боброва 5. Кислород подавался из источника 8, через входной предохранительный клапан 6, рассчитанный на давление 5-10 мм.рт.ст. На выходе установлен контролирующий клапан 7, также рассчитанный на давление 5-10 мм.рт.ст., который срабатывает в случае, когда в брюшной полости создано искомое повышенное давление кислорода. Сеансы интраперитонеальной оксигенотерапии проводили в течение 20–30 минут 4–5 раз в сутки 3-6 дней послеоперационного периода. Периодически продувались дренажные трубки 1,2,3 для предупреждения их забивания фибринными пробками.

С целью купирования явлений энтеральной недостаточности, подавления инфекционно – воспалительного процесса и окисления недоокисленных продуктов полураспада в просвете ЖКТ нами предложен «Способ интраинтестинальной оксигенотерапии». При этом двухпросветный назогастроинтестинальный зонд (Н.Н. Каншин) проводится до илеоцекального. Для разбавления и удаления кишечного отделяемого, через зонд производится промывание полости тонкой кишки 5% раствором глюкозы (400-800 мл). Сеансы интраинтестинальной оксигенотерапии проводили следующим образом: кислород подавался из источника под низким давлением в просвет зонда, где имеется одно концевое отверстие, при этом избыток кислорода эвакуируется через просвет, где имеется множество отверстий. Продолжительность сеанса 3-5 минут, через 1 час в течении 3-5 суток послеоперационного периода.

Критериями эффективности лечения служили динамика изменений общего белка в отделяемом из брюшной полости, уровни лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средней массы в плазме, сроки восстановления моторики кишечника и исход лечения.

Результаты и обсуждение.

Объективным признаком стихания воспалительного процесса в брюшной полости является динамика изменения уровня общего белка в отделяемом из брюшной полости (таблица 1). Уровень белка определяли в день операции, на 3-

е, 5-е и 7-е сутки у больных контрольной и основной групп. Причем в первые сутки у больных основной и контрольной групп уровень белка в отделяемом из брюшной полости был очень высоким ($87,9 \pm 1,3$ гл и $87,2 \pm 2,5$ гл). У больных основной группы на 3-е сутки уровень белка в отделяемом из брюшной полости значительно снижался до $41,7 \pm 2,6$ гл в отличие от контрольной группы, где его содержание оставалось высоким $74,3 \pm 4,6$ гл. Следует указать, что отделяемое из брюшной полости у больных основной группы прозрачно-желтого цвета, а в контрольной группе гнойное. На 7-е сутки отделяемое из брюшной полости в обеих группах было скудным, причем в основной группе содержание белка составляло $36,4 \pm 1,9$ гл, а в контрольной $67,5 \pm 3,8$ гл. Очевидно, что у больных основной группы купирование воспалительного процесса в брюшной полости происходит в 2 раза быстрее, чем в контрольной группе.

Табл. 1

Показатели общего белка в отделяемом из брюшной полости и уровня ЛИИ в сыворотке крови ($M \pm m$).

Показатели		1-2 сутки	3-4 сутки	7-9- сутки
Общий белок в экссудате (N=30-50 гл)	Основная(10)	$87,9 \pm 1,3$	$41,7 \pm 2,6$	$36,4 \pm 1,9$
	Контроль(9)	$87,2 \pm 2,5$	$74,3 \pm 4,6$	$67,5 \pm 3,8$
ЛИИ в общем кровотоке (N=0,5-1,5)	Основная(10)	$8,6 \pm 1,7$	$2,4 \pm 0,9$	$1,2 \pm 0,5$
	Контроль(9)	$8,5 \pm 1,3$	$7,8 \pm 1,9$	$4,0 \pm 1,2$

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) у больных обеих групп вычисляли на 1-е, 3-е, 5-е, 7-е сутки послеоперационного периода (таблица 1). У больных основной и контрольной групп в первые сутки уровень ЛИИ был высоким: $8,6 \pm 1,7$ и $8,5 \pm 1,3$ соответственно. У больных основной группы этот показатель на 7-е сутки практически нормализовался ($1,2 \pm 0,5$), в то время как в контрольной он оставался очень высоким ($4,0 \pm 1,2$). Вышеуказанное свидетельствует о том, что в основной группе процесс стихания воспалительного процесса происходит в 2 раза быстрее.

Наиболее информативным критерием эндогенной интоксикации является уровень молекул средней массы (МСМ) в плазме (средне-молекулярные пептиды, гликопептиды, нуклеопептиды, эндорфины, аминсахара, полиамины, многоатомные спирты и др. с молекулярной массой от 500 до 2000 дальтон. (таблица 2).

Табл. 2

Показатели молекул средней массы (МСМ) в плазме крови ($M \pm m$).

Показатели	1-2 сутки	3-4 сутки	7-9- сутки
------------	-----------	-----------	------------

Молекулы средней Массы (МСМ) (n=до 0,20 усл.ед)	Основная(10)	0,46±1,03	0,22±0,16	0,15±0,19
	Контроль(9)	0,48±0,24	0,32±0,6	0,25±0,18

При изучении уровня молекул средней массы (МСМ) оказалось, что наиболее высоким этот показатель был в первые сутки послеоперационного периода. В контрольной группе отмечалось его снижение на 3-4 –е сутки после хирургического вмешательства. В дальнейшем восстановление моторно-эвакуаторной и барьерной функции тонкой кишки приводило к снижению этого показателя в плазме крови близкой к норме лишь к 7-9 суткам послеоперационного периода. В основной группе с первых суток происходило постепенное снижение данного параметра, и достиг нормы уже к 3-4 суткам послеоперационного периода.

Другим, не менее достоверным критерием купирования инфекционно - воспалительного процесса в брюшной полости и восстановления микроциркуляции в стенке ЖКТ, является восстановление моторики кишечника

Табл. 3

Сроки восстановления моторики кишечника.

Количество больных	Контрольная группа (n=22)						Основная группа (n=20)					
	Дни послеоперационного периода											
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
	-	-	2	8	9	3	-	4	10	6	-	-

Сравнительный анализ полученных результатов показал, что восстановление моторики кишечника у больных основной группы происходит на 3-4 сутки, а у больных контрольной группы на 4-6 сутки. Таким образом, купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости у больных основной группы происходит значительно быстрее, чем в контрольной группе.

Применение вышеуказанного комплекса лечебных мероприятий у больных с послеоперационным перитонитом, позволило значительно снизить количество релапаротомий с 59 до 20, раневых гнойно-воспалительных осложнений с 29,3% до 10,2% и летальность с 36,2% до 20,1%.

Табл.4

Сравнительный анализ исходов (летальности) больных с послеоперационным перитонитом с абдоминальным сепсисом.

Группы больных	Число больных	умерло	летальность(%)
Контрольная	45	16	36,2
Основная	44	9	20,1

Заключение.

Таким образом, предложенный нами комплекс лечебных мероприятий, включающий сеансы интраперитонеальной, интраинтестинальной и внутрираневого оксигенотерапии позволяет купировать инфекционно - воспалительный процесс в брюшной полости, явления энтеральной недостаточности, гипоксию в тканях ЖКТ и, как следствие, восстановить моторику кишечника. В результате значительно снизилось количество релапаротомий, раневых гнойно-воспалительных осложнений, сроки лечения и летальность.

Литература.

1. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему. Стратегия и тактика лечения / Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский, С.З. Букрневич и др. // Вестник интенсивной терапии.- 1997.- № 1.- С.10-16.
2. Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Энтеральная недостаточность при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. –Молодечно, 2001.- 265 с.
3. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис // Русский медицинский журнал.- 1999.- № 5/7.- С.6.
4. Гринёв М.В., Громов М.И., Комраков В.Е. Хирургический сепсис. –СПб.-М.: ОАО «Типография «Внешторгиздат», 2001.- 315 с.
5. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис: Учебное пособие. –Минск: Новое знание, 2003.- 237 с.
6. Кирковский В.В. Детоксикационная терапия при перитоните: Метод. рук. для врачей и студентов. -Минск: Полифакт-Альфа, 1997.- 200 с.
7. Кочеровец В.И., Перегудов С.И., Ханевич М.Д. Синдром избыточной колонизации тонкой кишки // Антибиот. и химиотер.- 1992.- Том. 37.№ 3.- С.39-44.
8. Лелянов А.Д. Альтернативные методы детоксикации и иммунокоррекции в лечении гнойно-воспалительной патологии органов брюшной полости: Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27. – Смоленск, 1999. - 285 с.
9. Лызиков А.Н. Постишемическая защита тонкой кишки при острой хирургической патологии брюшной полости: Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27. –М., 1993.- 309 с.
10. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. -СПб: Росмедполис, 1993.- 238 с.
11. Острый разлитой перитонит / Под ред. А.И. Струкова, В.И. Петрова, В.С. Паукова. -М.: Медицина, 1987.- 288 с.
12. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. –М.: Медицина, 1999.- 285 с.
13. Попова Т.С., Томазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. -М.: Медицина, 1991.- 238 с.
14. Распространённый перитонит. Основы комплексного лечения / Под ред Ю.Б. Мартова. Авт.: Ю.Б. Мартов, С.Г. Подолинский, В.В. Кирковский, А.Т. Щастный. –М.: Триада-Х, 1998.- 144 с.

15. Рябов Г.А. Синдромы критических состояний. –М.: Медицина. 1994.- 368 с.
16. Саенко В.Ф. Сепсис // Сепсис и антибактериальная терапия: Сб. статей и рефератов.- Киев: Нора-Принт, 1997.- С.4-6.
17. Середин В.Г. Миграция анаэробных бактерий в стенке тонкой кишки при ее острой непроходимости // Клинич. хирургия.- 1988.- № 4.- С.37-39.
18. Симонян К.С. Перитонит. -М.: Медицина, 1971.- 296 с.
19. Фролькис А.В. Энтеральная недостаточность. -Л.: Наука, 1989.- 207 с.
20. Bone R.C. Sepsis and septic shock // Freshening course of the lectures 9th European Congress of Anaesthesiology, Jerusalem, Israel, October 2-7, 1994.- P.125-139.
21. Bone R.C. Why sepsis trials fail // JAMA.- 1996.- Vol.276.- P.565-566.
22. Brandt L.J., Boley S.J. Ischemic and vascular lesions of the bowel / In.: M. Sleisenger, J. Fordtran (eds.) // Gastrointestinal Disease, 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1993.- P.1927-1961.
23. Clavien P.A. Diagnosis and management of mesenteric infarction // Br. J. Surg.- 1990.- Vol.77.- P.601-603.
24. Deitch E.A. Bacterial translocation: influence of different modes of power supply // Gut. (England).- 1994.- Vol.35.Suppl.1.- P.S23-S27.
25. Gallinaro R.N., Polk H.C. Intra-abdominal sepsis: The role of surgery // Baillieres Clin. Gastroenterol.- 1991.- Vol.5.№ 3.Pt.1.- P.611-637.
26. Henderson J.M. (Хендерсон Дж. М.). Патофизиология органов пищеварения / Пер. с англ. –М.: СПб: Издательство БИНОМ, Невский диалект, 1999.- 286 с.
27. Kvietys P.R., Granger D.N. The vascular endothelium in gastrointestinal inflammation / In.: J. Wallace (ed.). Immunopharmacology of the Gastrointestinal Tract. –New York: Academic Press.- Vol.5.- P.65-93.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА.

Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.

Кафедра восстановительной медицины и курортологии ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки представляют серьезную проблему клинической медицины и общества в связи с высоким уровнем распространенности и омоложением патологии [Н.Н. Крюков с соавт., 1999]. Язвенной болезнью страдают приблизительно 10% населения земного шара. [Бутов М.А., Луняков А.С, Могильченко Л.Н., 2001]. В настоящее время наблюдается утяжеление ее течения с частыми рецидивами, нивелирование сезонности обострений, появление атипичных и бессимптомных форм [Баранов

А.А., Щербаков П.Л., 2000, 2002]. Язвенные поражения желудка являются не только медицинской, но и социальной проблемой в связи с широкой распространенностью заболевания и высокой стоимостью лечения. В отношении больших и гигантских язв желудка, (ХЯЖ) до сих пор, не определен подход к выбору лечения: хирургическое или консервативное [Багмет И.И. Гигантские язвы желудка 1990. Т. 1; С. 363]. Также отсутствуют результаты длительных наблюдений за больными с большими и гигантскими язвами желудка после различных видов лечения [Спесивцев В.Н. Оценка эффективности современных противоязвенных препаратов. Смоленск; М., 1992. с. 170-3].

Материалы и методы.

С целью разработки выбора тактики лечения и критериев прогнозирования эффективности различных подходов к лечению ХЯЖ нами были пересмотрены истории болезни пациентов с данной патологией, журналы регистрации фиброгастроскопии поступивших больных за последние 3 года в лечебные отделения ГБУЗ РБ Городская больница №3 и сами пациенты которые находятся на диспансерном наблюдении по месту жительства. Группу наблюдения составили 73 больных с данной патологией. Наличие ХЯЖ у всех больных подтверждалось при фиброгастроскопии, злокачественный характер изъязвлений был исключен на основании результатов многократной биопсии и наблюдения (в течение 1-3 лет). Все пациенты проходили тщательное обследование с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов. Контрольную фиброгастроскопию проводили через 2-4-6 недель от начала лечения и спустя 6 и 12 месяцев после заживления язвы. Соотношение мужчин и женщин было 25:1, больные старше 60 лет составляли 57%.

Результаты.

У 68 (93%) больных язвы желудка были диаметром 20-40 мм, у 5 (7%) пациентов - более 40 мм. Распределение ХЯЖ и их локализация представлены в таблице №1.

Табл. 1

Распределение и локализация ХЯЖ.

	Больные с ХЯЖ	Больные с ХЯЖ	Контрольная группа	Контрольная группа
Отдел желудка	n	%	n	%
Кардиальный	18	25	8	24

«Клиническая и экспериментальная хирургия» приложение №2 май 2012

Тело	43	58,7	14	40
Антральный	11	15,8	13	36
Всего	73	100	36	100

Чаще всего ХЯЖ локализовались в теле желудка - у 43 (58,7%) больных. За анализируемый период 32 больным были выполнены операции по поводу ХЯЖ. Показания к операции, их объем и сроки проведения оперативного лечения от момента диагностирования ХЯЖ представлены в таблице №2.

Табл. 2

Сведения об оперативном лечении ХЯЖ у 32 больных.

Показания к оперативному лечению:	n	%
• кровотечение	17	54,8
• пенетрация	1	3,2
• перфорация	1	3,2
• опасность рецидива кровотечения	7	22,5
• подозрение на малигнизацию	6	19,4
Сроки выполнения оперативных вмешательств, сутки:		
• 1	4	13
• 2-4	26	83,8
• 5-7	1	3,2
Объем оперативного вмешательства:		
• резекция желудка по Бильрот I	5	16
• резекция желудка по Бильрот II	20	64
• ушивание язвы	6	19

Даже при оказании хирургической помощи по неотложным показаниям - объем операции был достаточно большим (от резекции желудка до ушивания язвы). Сроки проведения хирургического лечения по поводу развившихся осложнений составляли от 1 до 4 суток. Основными показаниями к выполнению оперативного вмешательства в 53,6% случаев были развившиеся осложнения, что вынуждало выполнять достаточно объемные оперативные вмешательства. При выборе тактики хирургического лечения руководствовались результатами эндоскопических и морфологических исследований биоптатов, не позволявшими при первичном обследовании пациента однозначно судить об отсутствии озлокачествления язвы. Средняя длительность лечения больных с ХЯЖ после оперативного вмешательства составила $19,6 \pm 5,6$ дня. Консервативное лечение ХЯЖ при отсутствии осложнений проводилось согласно общим принципам: щадящая физическая нагрузка, ограничение механически и химически

раздражающей пищи в течение 2 недель. В первые дни недели при наличии болевого синдрома применяли селективные блокаторы М1-холинорецепторов (гастроцепин) или инъекционные формы Н2-блокаторов (квamatел) до момента стихания боли и длительно действующие антацидные средства (алмагель и маалокс). После исчезновения болей (обычно на 2-3-й день) или при их малой интенсивности при поступлении больных лечили таблетированными блокаторами секреции (ранитидин, зантак, ранисан и фамотидин). Первую контрольную гастроскопию проводили через 10-14 дней после первичной. При получении однозначного заключения морфологов о доброкачественной природе ХЯЖ очередную контрольную гастроскопию проводили с интервалом 2 недели. При заключительной фиброгастроскопии (констатирующей заживление язвы) также брали биоптаты из рубца на месте язвенного дефекта. Основное лечение дополнялось физиотерапевтическими процедурами только после получения результатов повторного гистологического исследования биоптатов. Средние сроки заживления ХЯЖ составили $14,6 \pm 2,3$ дня. У 25 больных ХЯЖ течение болезни было осложнено кровотечением, 21 из них были помещены в отделение реанимации. В таблице №3.

Табл. 3

Показания к помещению больных ХЯЖ в отделение реанимации.

Показания	n	%
Признаки продолжающегося кровотечения по заключению эндоскопических исследований	5	23,8
Признаки нестойкого гемостаза в зоне состоявшегося кровотечения (тромб в сосуде, периодическое выделение крови из-под тромба)	13	62
Невозможность выявить при эндоскопии источник кровотечения в связи с наличием в полости желудка большого количества свежей крови и сгустков	3	14,2

Для остановки кровотечения использовались общие мероприятия - постельный режим, голод, холод на область живота, мероприятия интенсивной терапии - внутривенное введение 5% раствора аминокaproновой кислоты по 200 мл на инфузию капельно, общий объем до 400-550 мл/сут., введение свежзамороженной плазмы по 2 дозы на инфузию 1-2 раза в сутки, кристаллоидных растворов под контролем объема циркулирующей крови (ОЦК) до его нормализации (у 85,8% пациентов); восполнение кровопотери переливанием одногруппной эритроцитной массы у 13 (61,9%) больных; эндоскопический гемостаз выполняли по методике Тимена Л.Я. (1998г.) — инъекционно-

инфильтрационное обкалывание 70% раствором этанола переульцерогенной зоны у 7 больных. Использование данной методики лечения ХЯЖ при развитии кровотечения позволило у 23 (90,5%) пациента достичь стойкой остановки кровотечения в сроки от 2 до 5 суток.

Обсуждение.

Как видно из приведенных данных, консервативное лечение ХЯЖ более длительно, чем оперативное. Однако, несмотря на это, мы все-таки отдаем предпочтение консервативному лечению. Правильность данного подхода подтверждают результаты отдаленных наблюдений (в течение 1-5 лет) за больными ХЯЖ, выписанными из стационара после лечения. В частности, после оперативного вмешательства больные обращались за медицинской помощью в 2 раза чаще, чем после консервативного лечения. Число госпитализаций после оперативного лечения также было значительно выше, чем после консервативного, что объясняется развитием у пациентов болезни оперированного желудка вследствие инвалидизирующего характера операций, большого объема оперативного вмешательства (резекция желудка или гастрэктомия). Отдельные авторы [1,3] при консервативном лечении ХЯЖ учитывают состояние трофики слизистой оболочки желудка. У 6 больных ХЯЖ, у которых ведущим звеном язвообразования являлась недостаточность трофики слизистой оболочки желудка, к основному лечению мы добавляли гипербарическую оксигенацию, комбинированную озонотерапию курсами по 10 сеансов через день, что позволило уменьшить сроки лечения в среднем на 1,5-2 дня.

Выводы.

1. Показанием к оперативному лечению ХЯЖ является развитие опасных для жизни осложнений - перфораций и кровотечений, не поддающихся интенсивной гемостатической терапии в условиях специализированного стационара; отдаленными показаниями - незаживление язвы в течение более 3 мес от начала терапии.
2. При отсутствии абсолютных показаний к операции консервативное лечение ХЯЖ проводится согласно принципам терапии язвенной болезни с учетом клинико-морфологического варианта течения и наличия сопутствующих заболеваний.

Литература.

1. Багмет И.И. Гигантские язвы желудка: причины образования и особенности клинических проявлений. Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов. М.; Л., 1990. Т. 1; С. 363.

2. Гребенев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии. М.: Медицина. 1996. Т.2.; 710 с.
3. Спесивцев В.Н. Оценка эффективности современных противоязвенных препаратов. Труды конференции "Клинические аспекты фармакотерапии и презентация нового в гастроэнтерологии". Смоленск; М., 1992. с. 170-3.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНТА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ.

Мананов Р.А., Мехтиев Н.М.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Несмотря на широкое использование новейших антибиотиков, антисептиков, применение многоэтапных санаций брюшной полости, число осложнений и летальных исходов при послеоперационном перитоните аппендикулярного генеза не имеет тенденций к снижению [1, 4, 5]. Летальность при распространенном перитоните остается довольно высокой и по данным разных авторов колеблется от 20 до 70% [3, 5, 9]. Основной причиной неудовлетворительных результатов является некупирующийся инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, полиорганная недостаточность.

По данным различных авторов, частота гнойно-воспалительных осложнений после аппендэктомии составляет 7,2%-62,7%, причем на долю послеоперационного перитонита приходится 0,08%-3,2% с летальностью до 60% [2, 6, 8].

Наиболее частыми причинами ПОП являются:

- несостоятельность культи червеобразного отростка,
- некроз стенок кишки,
- некупирующийся инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости.

Целью исследования явилась разработка способа профилактики развития послеоперационного перитонита после аппендэктомии путем адекватного

дренирования брюшной полости, раннего купирования инфекционно-воспалительного процесса и устранения гипоксии в тканях брюшной полости и раннего восстановления моторики кишечника.

Материал и метод.

Поставленная цель достигается путем применения фасчинного дренирования брюшной полости и проведения сеансов длительной интраперитонеальной оксигенотерапии в комплексе лечения (рис. 1).

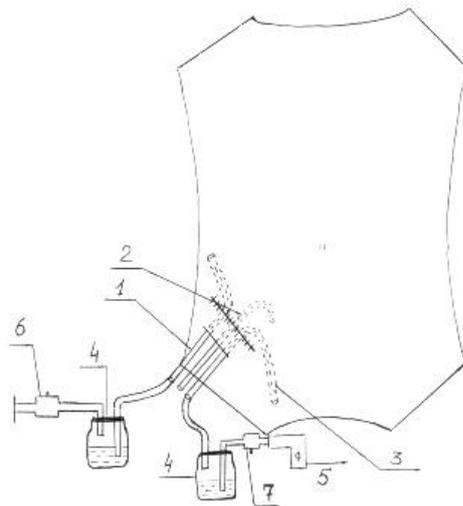


Рис. 1 Схема проведения интраперитонеальной оксигенотерапии.

Фасчинное дренирование брюшной полости после аппендэктомии осуществляется следующим образом: дренаж 1 устанавливается в правый боковой канал, дренаж 2 к ложе червеобразного отростка, дренажом 3 дренируется полость малого таза. В дренаже 1, на брюшной части его, отверстия на стенке должны быть на всем протяжении, для беспрепятственной эвакуации экссудата и избыточного кислорода из брюшной полости. В послеоперационном периоде больным проводили сеансы интраперитонеальной оксигенотерапии в течение 15-20 минут 2-3 раза в сутки 3-4 дня.

Сеанс осуществляется следующим образом: концы дренажей (1) и (3) соединяли с емкостями Боброва(4). Кислород подается из источника (7) через входной предохранительный клапан(5), рассчитанный на давление 5-10 мм.рт.ст, в дренаж (1). На выходе, т.е. на дренаже (3), установлен контролирующий клапан (6), рассчитанный также на давление 5-10 мм.рт.ст., который срабатывает в случае, когда создано искомое повышенное давление в брюшной полости. Параллельно проводится инфузионная и антибиотикотерапия.

Преимущества предлагаемого нами способа следующие:

1. создаваемое повышенное давление кислорода в брюшной полости способствует механическому вытеснению воспалительного экссудата, рассасыванию фибриновых пробок;
2. кислород губительно действует на анаэробно-аэробную флору и устраняет гипоксию в тканях;
3. дозированное интраперитонеальное введение кислорода способствует раннему восстановлению моторики кишечника;
4. раннее купирование воспалительного процесса в брюшной полости предупреждает образование брюшных спаек.

Критериями эффективности данного способа служили уровни лейкоцитарного индекса интоксикации, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке, общего белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости, сроки восстановления моторики кишечника, возникновение послеоперационного перитонита и исход лечения.

Табл. 1

Показатели ЛИИ, ЦИК, общего белка и титра обсемененности в экссудате у больных острым аппендицитом ($M \pm m$).

ПОКАЗАТЕЛИ		1-2-Е СУТКИ	3-4-Е СУТКИ	5-7-Е СУТКИ
ЛИИ в общем кровотоке (N=0,5-1,5)	Основная(28)	8,6±1,7	2,4±0,9	1,2±0,5
	Контроль(30)	8,5±1,3	7,8±1,9	4,0±1,2
Общий белок в экссудате(N=30-50 г/л)	Основная(29)	87,9±1,3	41,7±2,6	36,4±1,9
	Контроль(31)	87,2±2,5	74,3±4,6	67,5±3,8
ЦИК в общем кровотоке (n=до 108 у.е.)	Основная(30)	154,2 ± 2,4	102,8 ± 1,9	82,8 ± 1,8
	Контроль(32)	167,1 ± 2,6	153,1 ± 3,2	125,1 ± 2,6
Титр обсемененности в экссудате	Основная(22)	4,6x10 ³ ± 0,9	Роста нет	Роста нет
	Контроль(24)	3,8x10 ⁵ ± 1,2	2,8x10 ³ ± 1,2	1,1x10 ¹ ± 0,6

Из представленной таблицы 1, очевидно, что показатели ЦИК, ЛИИ в сыворотке и общего белка в экссудате достигают нормального уровня на 3-и сутки, в то время как, в контрольной группе на 5-7-е сутки они далеки от нормы. Микробиологический посев экссудата в основной группе на 3-и сутки был стерилен, в то время как, в контрольной на 5-7-е сутки определялся рост микроорганизмов.

Табл. 2

Сроки восстановления моторики кишечника у больных послеоперационным перитонитом.

КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (N=22)						ОСНОВНАЯ ГРУППА (N=20)					
	<i>Дни послеоперационного периода</i>											
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
	-	-	2	8	9	3	-	4	10	6	-	-

Восстановление моторики кишечника в основной группе наступает, в основном, к концу 2-х и на 3-и сутки, в то время как, в контрольной на 4-5 сутки.

Табл. 3

Сравнительный анализ осложнений, исходов (летальности) и сроков лечения больных острым аппендицитом ($M \pm m$).

ОСЛОЖНЕНИЯ	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ	
	Основная (212)	Контрольная(657)
Всего	-	6 (0,9%)
Летальность	-	2 (33,3%)

Данным способом пролечено 212 больных с различными формами острого аппендицита. При этом послеоперационного перитонита не наблюдалось. В контрольной группе (657 больных), также с различными формами острого аппендицита, наблюдали развитие послеоперационного перитонита у 6 (0,9%) больных с послеоперационной летальностью 2 (33,3%).

Заключение.

Таким образом, предложенный нами способ профилактики позволил в ранние сроки купировать инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости и как следствие, предупредить развитие послеоперационного перитонита после аппендэктомии.

Литература.

1. Алиев М.А., Изимбергенов Н.И., Шаферман М.М., Брехов Е.И. Открытый метод лечения перитонита (управляемая лапаростомия) // Алматы.- Галым.-1994.-208с.
2. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И., Некрасова Н.Н. Абдоминальный сепсис, возможности антибактериальной и иммунокорректирующей терапии// Хирургия.-2002.-№4.-С.69-74.
3. Буянов В.М., Ахметели Т.И. и др. Комплексное лечение острого разлитого перитонита // Хирургия.-1997.-№8.-С.4-7.

4. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит // М.-Медпрактика.-2002.-С.144-199.
5. Кузин М.И. Актуальные вопросы классификации и лечения гнойного перитонита // Хирургия.-1996.-№5.-С.9-15.
6. Шапошников В.И. Активное дренирование брюшной полости при распространенном перитоните // Вестник хирургии.-2000.-№ 6.-С.70-72.
7. Bradley S., Jurkovich G. Controlled open drainage of severe intraabdominal sepsis // Arch.Surg.-1985.-Vol. 120, №5.-P.629-631.
8. Dunn D.L., Simmons R.L. The meaning of research in experimental peritonitis // Surgery.-1981.-Vol.90, №4.-P.774-778.
9. Goltrup F., Hunt Th.K. Antimicrobial prophylaxis in appendectomy patients // World J.Surg.-1982.-Vol.6, №5.-P.306-311.

ПРОФИЛАКТИКА ЛИГАТУРНЫХ СВИЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.

Мананов Р.А., Мехтиев Н.М.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Одним из частых осложнений постгоспитального периода у больных перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости являются лигатурные свищи [2, 4, 6]. По данным различных авторов частота возникновения лигатурных свищей у больных, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, колеблется от 1,4 до 8,2 %, а при распространенных перитонитах различного генеза до 14,3% [1, 3, 5]. Основными причинами данного осложнения являются: 1) наличие в тканях шовного материала; 2) скопление инфицированного и неинфицированного детрита в раневом промежутке; 3) развитие энергетического дефицита и гипоксии в клетках раны, вследствие пересечения сосудов по ходу операционного доступа и развития асептического воспаления в тканях раны. Существующие способы профилактики лигатурных свищей не устраняют все эти причины в комплексе.

Целью нашей работы явилось профилактика развития лигатурных свищей у больных послеоперационным перитонитом путем комплексного устранения причин развития лигатурных свищей, заключающаяся в следующем:

- минимальная травматизация тканей операционной раны во время оперативного вмешательства;
- исключить присутствие шовного материала в тканях раны;

- устранение энергетического дефицита и гипоксии в клетках раны;
- своевременное удаление инфицированного и неинфицированного раневого детрита из раневого промежутка;
- Стимуляция синтеза коллагена в ране.

Первый принцип профилактики осуществляется путем бережного отношения к тканям раны во время оперативного вмешательства, исключение применения электрокоагуляции.

Второй принцип: исключение присутствия шовного материала в тканях раны осуществляемый путем наложения съемных швов.

Третий принцип: достигается путем тампонирования ран стерильными полосками пенополиуретана, пропитанными растворами 40% глюкозы и 5% аскорбиновой кислоты.

Четвертый принцип осуществляется путем применения в качестве адсорбирующего материала стерильных полосок пенополиуретана.

Пятый принцип применялся путем местного применения раствора 5% аскорбиновой кислоты, которая имеет свойство стимулировать синтез коллагена. Вышеуказанный "Способ профилактики лигатурных свищей" осуществляется следующим образом: завершив основные этапы операции накладывается съемный шов таким образом, что края апоневроза фиксируются петлей нахлестом вниз, а концы нити выводятся на кожу (рис.1).

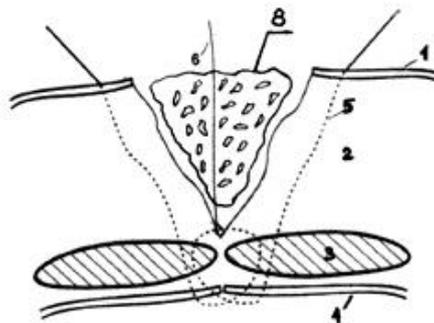


Рис.1 Схема наложения съемных швов (1-кожа, 2-подкожная клетчатка, 3-мышца, 4- апоневроз, 5-лигатура,6-держалка, 7-наочная часть лигатуры, 8-пенополиуретан).

От петли через края апоневроза выводится держалка. Затем в раневой промежуток укладывается стерильная полоска пенополиуретана, пропитанная растворами 40% глюкозы и 5% аскорбиновой кислоты, после чего шов завязываем провизорно (рис.2).

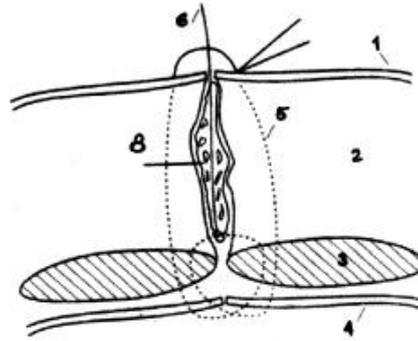


Рис.2 Съемный шов наложен (1-кожа, 2-подкожная клетчатка, 3-мышца, 4-апоневроз, 5-лигатура,6-держалка, 7-накожная часть лигатуры, 8-пенополиуретан).

На следующий день в перевязочной, соблюдая правила асептики и антисептики, развязываем швы и удаляем пропитанную раневым детритом полоску пенополиуретана. Далее, после орошения раны 40% глюкозой и 5% аскорбиновой кислотой, швы завязываем окончательно (рис.3).

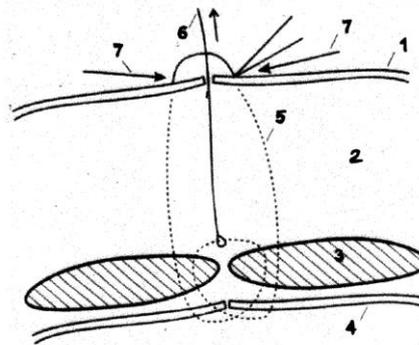


Рис.3 Схема снятия съемного шва (1-кожа, 2-подкожная клетчатка, 3-мышца, 4-апоневроз, 5-лигатура,6-держалка, 7-накожная часть лигатуры, 8-пенополиуретан).

Результаты.

Швы снимаются через 10-14 суток. Для этого отрезается накожная часть шва, после чего с помощью держалки удаляется оставшаяся часть лигатуры.

Способ был применен у 38 больных. случаев возникновения лигатурных свищей у больных основной группы не наблюдалось.

Заключение.

У 78 больных контрольной группы лигатурные свищи обнаружены у 12 (15,4%) больных.

Литература.

1. Абаев Ю.К. Расстройства заживления ран и методы их коррекции// Вестник хирургии.-2005.- Т. 164, № 1. С. 111 - 113.

2. Буянов В.М., Мишин С.С. Профилактика микробной контаминации операционных ран //Клиническая хирургия. 1990. - № 1. - С. 1-3.
3. Каншин Н.Н., Воленко А.В. Послеоперационные раневых осложнения: проблемы и перспективы: Тез. докл. 8 Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. - С. 492.
4. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. М.: Медицина, 1990.-591 с.
5. Allen M.S. Perioperative antibiotics: when, why? // Thorac. Surg. Clin.2005. Vol. 15, №2. - P. 229 - 235.
6. Bratzler D.W., Houck P.M., Richards C., Steele L. et al. Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project // Arch. Surg. 2005. - Vol. 140, №2. -P. 174- 182.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА.

Мехтиев Н.М., Мананов Р.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Лечение больных с послеоперационным перитонитом (ПОП) остается сложной проблемой в абдоминальной хирургии. Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения, уровень неблагоприятных исходов при данной патологии остается высоким, составляя от 50% до 86% [2, 3, 4]. Наиболее частыми причинами ПОП являются: несостоятельность швов, некроз стенок ЖКТ, прорыв гнояников в брюшную полость, и др. Тяжелое состояние больных, обусловленное полиорганной недостаточностью, не является противопоказанием для релапаротомии, ибо отказ от операции приводит к 100% летальности, а при ее выполнении до 50% [1, 5, 6].

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находились 68 больных с ПОП. Контрольную группу составили 35 больных, которым проводилась следующая схема лечения: предоперационная подготовка, экстренная релапаротомия, устранение причины ПОП, санация и дренирование брюшной полости, антибиотикотерапия, антикоагулянтная терапия, экстра- и интракорпоральная детоксикация, форсированный диурез, инфузионно–трансфузионная терапия, введение протеолитических ферментов, коррекция нарушений водно–электролитного обмена, кислотно–щелочного состояния, ИВЛ и т.д. Летальность в контрольной группе составила 28,6%.

В целях улучшения результатов лечения у 33 больных основной группы с ПОП нами предложен комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя: 1) мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией в дооперационном периоде (предоперационная инфузионная терапия, дооперационное введение антибиотиков), 2) мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией во время операции (экстренная операция по устранению источника ПОП, санация брюшной полости растворами антисептиков, декомпрессия кишечника, дренирование брюшной полости), 3) мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией в послеоперационном периоде (комбинированная антибактериальная терапия, декомпрессия кишечника и интракорпоральная детоксикация, антикоагулянтная терапия, применение ингибиторов протеолитических, форсированный диурез, интраперитонеальная оксигенотерапия, дозированная интраинтестинальная оксигенотерапия), 4) мероприятия, направленные на коррекцию функций органов и систем и нарушенного гомеостаза (коррекция водно-электролитных и белковых расстройств, восстановление моторики кишечника, коррекция нарушений гомеостаза и микроциркуляции, профилактика и устранение нарушений дыхательной и сердечнососудистой недостаточности, нормализация функции печени и почек, коррекция КЩС, внутритканевая оксигенотерапия для профилактики нагноений ран).

Интраперитонеальная оксигенотерапия.

Доказано, что кислород под повышенным давлением действует бактерицидно на аэробную и анаэробную флору, является хорошим окислителем и устраняет гипоксию в тканях. Учитывая вышеуказанное, нами предложен "Способ лечения распространенного перитонита". Методика проведения сеансов длительной интраперитонеальной оксигенотерапии под повышенным давлением следующая: после лапаротомии, устранения источника перитонита, санации брюшной полости, интубации тонкой и толстой кишки, через контрапертуры проводили дренажи в полость малого таза, боковые каналы и поддиафрагмальные пространства. Затем, через контрапертуры по латеральным краям прямых мышц живота выше пупка на 2-3 см проводили трубку, концы которой соединяли с емкостями Боброва. Кислород подавался из источника, через входной предохранительный клапан, рассчитанный на давление 5-10 мм.рт.ст. На выходе установлен контролирующий клапан, также рассчитанный на

давление 5-10 мм.рт.ст., который срабатывает в случае, когда в брюшной полости создано искомое повышенное давление кислорода. Сеансы интраперитонеальной оксигенотерапии проводили в течение 20–30 минут 4–5 раз в сутки 3-6 дней послеоперационного периода. Периодически продувались дренажи для предупреждения их закупорки фибринными пробками.

Интраинтестинальная оксигенотерапия.

При ПОП развивается энтеральная недостаточность характеризующаяся парезом кишечника, высоким содержанием в просвете кишечника молекул средней массы (МСМ), контаминацией патогенных микробов (аэробы и анаэробы). С целью окисления МСМ и подавления полимикробного инфекционного фактора нами предложен способ интраинтестинальной оксигенотерапии. Эффективность предложенного способа оценивали путем исследования: 1) титра обсемененности отделяемого из брюшной полости; 2) динамики изменений МСМ в сыворотке крови; 3) сроков восстановления моторики кишечника. Способ осуществляется следующим образом: после устранения источника перитонита, санации брюшной полости, проводим интубацию тонкой кишки двухпросветным зондом (Н.Н. Каншин) до илеоцекального угла. Сеансы интраинтестинальной оксигенотерапии проводили следующим образом: кислород подавался из источника под низким давлением в просвет зонда, где имеется одно концевое отверстие, при этом избыток кислорода эвакуируется через просвет, где имеется множество отверстий. Продолжительность сеанса 3-5 минут, каждые 2 часа в течение 3-5 суток послеоперационного периода.

Критериями эффективности предложенного комплекса лечебных мероприятий служили: 1) динамика изменений уровня белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости, 2) уровни лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и МСМ в сыворотке крови, 3) сроки восстановления моторики кишечника и исход лечения (таб.1, таб.2, таб.3).

Табл. 1

Показатели ЛИИ, МСМ в сыворотке, уровня общего белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости у больных с ПОП.

ПОКАЗАТЕЛИ		1-2-Е СУТКИ	3-4-Е СУТКИ	7-9-Е СУТКИ
ЛИИ в общем кровотоке (N=0,5-1,5)	Основная(10)	8,6±1,7	2,4±0,9	1,2±0,5
	Контроль(9)	8,5±1,3	7,8±1,9	4,0±1,2
Общий белок в экссудате(N=30-50 г/л)	Основная(10)	87,9±1,3	41,7±2,6	36,4±1,9
	Контроль(9)	87,2±2,5	74,3±4,6	67,5±3,8

Титр обсемененности в отделяемом из брюшной полости	Основная(10)	4,6x10 ³ ± 0,9	Роста нет	Роста нет
	Контроль(9)	3,8x10 ⁵ ± 1,2	2,8x10 ³ ± 1,2	1,1x10 ¹ ± 0,6
МСМ в сыворотке крови (n=0,24±0,02(е.о.п	Основная(10)	0,59±0,02	0,37±0,02	0,23±0,03
	Контроль(9)	0,66±0,03	0,61±0,02	0,58±0,03

Очевидно, что у больных основной группы купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости и эндогенной интоксикации происходит в 2 раза быстрее, чем в контрольной группе.

Табл. 2

Сроки восстановления моторики кишечника у больных с ПОП.

КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (N=22)						ОСНОВНАЯ ГРУППА (N=20)					
	Дни послеоперационного периода											
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
	-	-	2	8	9	3	-	4	10	6	-	-

Сравнительный анализ полученных результатов показал, что восстановление моторики кишечника у больных основной группы происходит на 3-4 сутки, а у больных контрольной группы на 4-6 сутки. Таким образом, купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости у больных основной группы происходит значительно быстрее, чем в контрольной группе.

Результаты.

Применение вышеуказанного комплекса лечебных мероприятий у больных с послеоперационным перитонитом позволило значительно снизить летальность с 28,6% до 15,2% (таб.3).

Табл. 3

Сравнительный анализ исходов (летальности) больных с ПОП.

ГРУППЫ БОЛЬНЫХ	ЧИСЛО БОЛЬНЫХ	УМЕРЛО	ЛЕТАЛЬНОСТЬ(%)
Контрольная	35	10	28,6
Основная	33	5	15,2

Заключение.

Таким образом, предложенный комплекс лечебных мероприятий является эффективным и позволяет в ранние сроки послеоперационного периода купировать инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, энтеральную недостаточность, эндогенную интоксикацию, устранить гипоксию в брюшной полости, восстановить моторику ЖКТ, что значительно сократило летальность.

Литература.

1. Каншин Н.Н. Лечение острого перитонита // Вестн. хир. -1980. - Т. 125. -№ 9.-е. 108-113.
2. Савчук БД. Хирургическое лечение распространенного перитонита. //Хирургия. - 1988.-№2.-с. 148-151.
3. Чадаев А.П., Хрипун А.И. Перитонит и внутрибрюшное давление. Патогенетические аспекты. Диагностическая и лечебная тактика. М. - 2003. - 150 с.
4. Chylak J. Peritonitis determined by the site of intra-abdominal surgery / J. Chylak, W. Michalska, M. Drews // Med. Dosw. Mikrobiol. - 1999. - Vol. 51. - №3. - P. 35-42.
5. Erlich H.P. Metabolic and circulatory contributions to oxygen gradients in wounds / H.P. Erlich, J. Hislis, T.K. Hunt // Surgery. - 1972. - Vol. 72. - №4. - P. 578-583.
6. Ertel W., Oberholzer A., Platz A. Incidence and clinical pattern of the abdominal compartment syndrome after "damage-control" laparotomy in 311 patients with severe abdominal and pelvic trauma. // Crit. Care Med. - 2000. - Vol. 28. - p. 1747-1753

ОЦЕНКА КРОВОТОКА ПРИ ГЕАНГИОМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПОМОЩЬЮ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ.

Верзакова И.В., Губайдуллина Г.М., Макарьева М.Л.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

По данным (О. А. Панасюк, А.А. Панасюк, 2001г.) частота встречаемости гемангиом челюстно-лицевой области составляет 15 %. В связи с новыми технологиями коррекции опухоли необходима достоверная информация о состоянии ее кровоснабжения.

Цель исследования:- определить возможности оценки состояния кровотока в сосудах челюстно-лицевой области (ЧЛО) при гемангиомах лица методом дуплексного сканирования.

Задачи исследования:

1. определить характер кровотока в сосудах ЧЛО и внутри опухоли при гемангиомах лиц;
2. определить дифференциально-диагностические критерии различных форм гемангиом ЧЛО у детей по данным УЗИ и доплерографии регионарных сосудов.

Материалы и методы.

Нами проведены исследования у 52 пациентов, возрастной состав которых колебался от 1 месяца до 12 месяцев. Средний возраст исследуемых пациентов составил 3,7 + 2,5 месяцев

Исследование проводилось на серийно выпускаемых ультразвуковых сканерах типа (Sequoia 512, GE), работающих в режимах сканирования: серошкальное в реальном времени (В-режим), доплерография в режимах импульсно- волнового доплера и цветного доплеровского картирования (ЦДК).

Для определения изменения регионарного кровотока все пациенты нами подразделены в зависимости от локализации опухоли на 4 подгруппы. Распределение проводилось на основе локализации гемангиомы по отношению к условному делению лица на 4 зоны:

1 зона. От глазницы до основания носа справа.

2 зона. От глазницы до основания носа слева.

3 зона. Зона от основания носа до подбородка справа.

4 зона. Зона от основания носа до подбородка слева.

Пациентов 1 группы было – 27, пациентов 2 группы - 16, пациентов 3 группы -8, 4 группа составила –1

Среди обследованных - 37 человек с капиллярными гемангиомами; 14 человек с кавернозными гемангиомами; 1 человек с артерио-венозной мальформацией.

Табл.1

Распределение гемангиом по группам.

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Капиллярные гемангиомы	16	13	8	
Кавернозные гемангиомы	11	2		1
Артерио-венозные мальформации		1		

На первом этапе ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось в В-режиме. При этом оценивали взаимоотношения с окружающими тканями, размеры, глубину расположения от поверхности кожи, форму, структуру образования. Далее использовали доплерографию по методике дуплексного сканирования, при проведении которой оценивался кровоток по сосудам челюстно-лицевой области в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) и импульсно- волновом доплере (PW). В режиме ЦДК определяли проекцию сосуда, его диаметр, направление кровотока, его характер (ламинарность или турбулентность). В режиме PW изучались количественные и качественные параметры спектра доплеровского сдвига частот.

Среди качественных параметров оценивали форму доплеровской кривой, указывающей на артериальный или венозный тип кровотока в сосуде, оценивали тип кровотока в сосуде (магистральный, коллатеральный). По форме

доплеровского спектра сдвига частот определялась принадлежность сосуда к артериям с высоким или низким периферическим сопротивлением. После определения качественных характеристик спектра оценивали количественные параметры: пиковую систолическую скорость кровотока (V_{max}), конечную диастолическую скорость кровотока (V_{min}), индекс периферического сопротивления кровотоку (индекс резистивности - RI, пульсационный индекс - PI).

Результаты.

1 группа. Чаще в данной области определялись капиллярные гемангиомы от 0,8 до 2 см, средней глубиной распространения $0,5 + 0,3$ см., овальной формы, однородной структуры, аваскулярного типа, не изменяющие скорость кровотока в близлежащем сосуде (в артерии подглазничного отверстия справа).

2 группа. В данной области преобладало количество кавернозных гемангиом размером от 0,8 до 2 см, средней глубиной распространения $1,2 + 0,6$ см., овальной формы, неоднородной структурой, с внутринодулярной васкуляризацией в виде единичных сосудов артериального и/или венозного типов. Перинодулярный кровоток в питающем сосуде менялся в зависимости от глубины распространения гемангиомы. При глубоком распространении опухоли скорость кровотока в артерии подглазничного отверстия на стороне локализации гемангиомы в 2 раза превышала аналогичные показатели контрлатеральной зоны.

3 группа. В данной области наблюдались капиллярные гемангиомы наибольшим размером не более 1 см, средней глубиной распространения $0,8 + 0,2$ см, овальной формы, однородной структурой, аваскулярного типа, не изменяющие скорость кровотока в близлежащем сосуде. В выборке исследования больных с кавернозными гемангиомами в данной группе нами не встречены.

4 группа – 1 пациент с капиллярной гемангиомой. Малое количество наблюдений в данной группе не позволяет провести анализ, что требует дальнейшего уточнения.

У пациентов с капиллярными гемангиомами в большинстве случаев размеры составили до 2-х см (90,3%). В случаях кавернозных гемангиом – также большинство больных имели размеры до 2-х см (78,6%), однако при этом глубина распространения в подлежащие мягкие ткани превышала у таковых с капиллярными гемангиомами ($1,2 + 0,6$ и $0,6 + 0,2$ соответственно).

Проведенный нами анализ показывает возможность изменения кровотока в регионарных сосудах, располагающихся в зоне локализации гемангиомы.

Наиболее часто гемодинамика меняется в случаях с кавернозными гемангиомами, в то время как при капиллярных гемангиомах – преимущественно встречается аваскулярный тип образования. Для оценки кровотока следует учитывать и размеры опухоли, а также глубину распространения новообразования в подлежащие мягкие ткани. При выборе тактики и способа коррекции гемангиомы информация для хирурга и стоматолога о состоянии кровотока является необходимой в связи с возможностью проспективной оценки заинтересованности того или иного регионального сосуда в неопластическом процессе, тем самым врач получает возможность выбрать адекватный, наиболее приемлемый для каждого случая вариант лечения.

Выводы.

1. Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов ЧЛО позволяет изучить кровотоки по региональным сосудам.
2. Изменения гемодинамики в близлежащих к гемангиоме артериях зависит от формы новообразования, ее размеров и глубины распространения в подлежащие мягкие ткани.
3. При капиллярных гемангиомах изменения кровотока в близлежащих артериях не меняется.
4. При кавернозных гемангиомах определяются изменения кровотока в зоне локализации и питающем сосуде.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Викторов В.В.(1), Хамидуллина Л.И.(1), Крюкова А.Г.(1), Данилко К.В.(2)

1 - Кафедра педиатрии и детской хирургии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ, г.Уфа,

2 – кафедра биологии ГБОУ ВПО БГМУ, г.Уфа.

Одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности в России являются дыхательные нарушения у новорожденных, чаще развивающиеся у недоношенных детей вследствие незрелости органов дыхания. Нарушение условий внутриутробного развития плода, прежде всего, хроническая внутриутробная гипоксия, а также другие факторы определяют ухудшение адаптационных возможностей ребенка в раннем неонатальном периоде, что приводит к увеличению контингента новорожденных группы высокого риска [4]. Хотя риск развития дыхательных нарушений у новорожденных во многом зависит

от предрасполагающих факторов, следует отметить, что далеко не во всех случаях у детей группы риска формируется данная патология. Современная концепция этиопатогенеза дыхательных нарушений включает в себя общие положения о многофакторности и полигенности этой патологии, а также о сложном характере взаимодействия как генетических, так и внешне - средовых факторов в процессе развития заболевания.

В последнее время исследования патогенеза многофакторных заболеваний пополнились данными о молекулярно-генетических маркерах. Использование достижений генетики позволяет установить взаимосвязи между большим спектром независимых генетических факторов и широко распространенными заболеваниями, определить группу риска по отношению к развитию данной патологии, прогнозировать течение.

Многочисленные работы последних лет показывают, что свободно-радикальное окисление играет ключевую роль в патогенезе многих заболеваний легких [5]. Изучение полиморфных локусов генов детоксикации ксенобиотиков, ангиотензин-превращающего фермента, синтетазы окиси азота и интерлейкина, участвующих в процессах детоксикации ксенобиотиков является перспективным направлением.

Активные формы кислорода, образующиеся в процессе реализации воспалительных реакций, чрезвычайно токсичны, они способны разрушать белки, липиды и нуклеиновые кислоты [14]. Все это приводит к апоптозу клеток и сдвигу равновесия в системе окислители-антиоксиданты, вследствие чего развивается окислительный стресс. Окислительный стресс сопровождается образованием многочисленных высокорекреационных активных форм кислорода и продуктов перекисного окисления липидов, которые способны повреждать макромолекулярные и клеточные структуры

Процесс биотрансформации включает 2 основных этапа. В первой фазе чужеродные вещества подвергаются микросомальному окислению в печени и надпочечниках при помощи цитохрома P450. Во второй фазе происходит конъюгация образовавшегося активного кислородсодержащего метаболита, которая катализируется ферментами глутатион-S-трансферазами, N-ацетилтрансферазой [7]. У человека суперсемейство цитохрома P450 представлено приблизительно 100 генами, картированными на различных хромосомах. Один из наиболее известных представителей семейства цитохрома P450 – цитохром P450 1A1 (CYP1A1), который осуществляет биоактивацию

экзогенных и эндогенных токсикантов. В основном экспрессируется в лёгких, печени, желудочно-кишечном тракте, головном мозге, лимфоцитах и макрофагах [15]. В структуре гена CYP1A1 описано несколько полиморфных локусов. Транзиция аденина (A) на гуанин (G) в положении 2455 в экзоне 7 (A2455G) приводит к замене изолейцина на валин в 426 положении каталитического центра белка (Ile426Val), в результате этого, активность фермента увеличивается в 2 раза. Существует предположение, что, избыточная активность данного цитохрома приводит к накоплению АФК в клетке. Однако в других исследованиях было показано, что фермент не изменяет свою активность *in vitro* [10].

Также хорошо изучен полиморфный локус T3801C, находящийся в 3'фланкирующей области, формируя, так называемый MspI - полиморфизм. Имеется версия, что при наличии данного полиморфного варианта активность фермента повышается [16].

Роль полиморфных вариантов генов цитохромов изучалась при различных многофакторных заболеваниях, в частности, при онкологической патологии (рак легкого, мочевого пузыря, прямой кишки), хирургической патологии, бронхиальной астме и хронической патологии органов дыхания у детей, хронической обструктивной болезни легких и др. Рядом авторов проведено исследование среди курящих матерей, где выявлена ассоциация CYP1A1 MspI с риском возникновения преждевременных родов и рождения маловесного ребенка [16].

При проведении исследования данного полиморфного локуса у новорожденных с дыхательными расстройствами не было получено достоверных различий. Наиболее часто встречался генотип Ile/Ile. Однако следует отметить, что лишь у одного новорожденного мужского пола из группы больных был обнаружен генотип Val/Val, данный пациент не выжил. В группе контроля данный генотип не был представлен. Анализ MspI - полиморфизма гена CYP1A1 выявил, что в обеих группах наиболее распространенным был генотип *1A*1A, а одинаково редким оказался генотип *2A*2A. Распределение частот генотипов и аллелей показал статистически значимые различия, гетерозиготный генотип *1A*2A и аллель *2A являются маркером риска развития дыхательных нарушений у новорожденных мальчиков. Известно, что у мальчиков развитие легких происходит медленнее, чем у девочек. К тому же антиоксидантная система сформирована не полностью, а, следовательно, легкие более подвержены действию АФК, которые образуются в результате оксидазных реакций, катализируемых цитохромом P450. В связи с этим можно предположить, что

увеличение активности фермента, связанное с полиморфным маркером T3801C гена CYP1A1, приводит к накоплению АФК и повреждению легких у новорожденных мужского пола [8].

Вместе с тем было обнаружено, что генотип *1A*1F полиморфного локуса C-163A гена CYP1A2 маркирует риск развития инфекционных осложнений у новорожденных с РДС. У пациентов с генотип *1A*1F увеличивается риск развития РДС, осложненного пневмонией, в 2 раза.

Исследования по изучению полиморфных локусов генов CYP1A1 и CYP1A2 проводятся достаточно широко при различных нозологиях. В литературе описаны данные о снижении массы и длины тела новорожденных родившихся от матерей, пассивно курящих и курящих, носителей генотипов *1A*2A и *2A*2A полиморфного локуса T3801C гена CYP1A1 [16]. Представленные результаты проявляли дозозависимый эффект. Также группой ученых проведено исследование, где был показан риск возникновения спонтанных преждевременных родов у курящих матерей с генотипами *1A*2A и *2A*2A. Результаты проведенных исследований показали, что у пациентов носителей аллеля Val и гетерозиготного генотипа Ile/Val увеличивается риск развития хирургических инфекций и таких тяжелых осложнений как септический шок и полиорганная недостаточность. У больных хирургических инфекций с генотипом Val/Val имеются изменения в таких показателях периферической крови, как уменьшение количества тромбоцитов, ретикулоцитов, увеличение моноцитов [1]. Мутации и полиморфизмы гена CYP1A1 широко изучались в ассоциативных исследованиях при различных онкологических заболеваниях, особенно тех, которые связаны с курением. Была показана тесная связь с повышенным риском развития рака легкого. Также имеются данные о риске развития хронического воспалительного процесса в легких и бронхах у детей носителей аллеля *2C полиморфного локуса A2455G гена CYP1A1 [6].

Проведенные исследования генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков второй фазы выявили увеличение носителей делеционных вариантов гена глутатион-S-трансферазы класса μ (GSTM1) среди больных онкологическими заболеваниями. Помимо этого увеличивается риск развития осложнений у пациентов с хирургической инфекцией носителей нулевого генотипа в виде септического шока и полиорганной недостаточности, что может использоваться в качестве неблагоприятного прогностического критерия в клинической практике ведения больных [1].

Из литературных данных известно, что при наличии нулевого генотипа увеличивается риск развития заболеваний легких. Проведенный анализ делеционного локуса гена GSTM1 среди новорожденных с дыхательными нарушениями не выявил достоверных различий [8]. Полученные результаты сопоставимы с работой ученых из Италии, в результате которой также не было обнаружено ассоциации с развитием РДС у новорожденных. Однако, была показана ассоциация у курильщиков из Франции с тяжелой формой хронического бронхита. Риск развития хронического бронхита был повышен у больных с делецией гена в 2.8 раза [9].

В результате исследований распределения частот генотипов полиморфных локусов Ile105Val и Ala114Val гена GSTP1 было показано, что у новорожденных носителей гетерозиготного генотипа Ile/Val и Ala/Val снижается риск развития РДС, осложненного пневмонией, а у носителей генотипа Ala/Ala увеличивается риск развития дыхательных нарушений более чем в 2 раза. В исследованиях Oretti C. et al. (2009) получены сходные результаты [13].

Ренин-ангиотензиновая система, одним из главных компонентов которой является ангиотензинпревращающий фермент (АПФ), служит важным регулятором не только артериального давления, но и обмена нейропептидов, репродуктивных процессов, защитных и иммунных реакций, а также принимает участие в фето-плацентарном развитии и маточно-плацентарном кровообращении. Известно, что в реализации системной воспалительной реакции большая роль отводится АПФ и эндотелиальной синтазе окиси азота (eNOS) [11].

АПФ, осуществляя конверсию ангиотензина I в ангиотензин II, является одним из вазоконстрикторов и важнейшим ферментом регуляции сосудистого тонуса. В гене ACE описано более 160 полиморфизмов, большинство которых являются однонуклеотидными заменами. Широко изучаемым является инсерционно-делеционный полиморфизм. Наличие делеционного аллеля у пациентов с хирургической инфекцией увеличивает риск развития полиорганной недостаточности. Сходные результаты получены среди новорожденных с РДС, где также значительно чаще встречался делеционный аллель, что, вероятно, может служить маркером риска развития данного заболевания [3]. К настоящему времени накоплено множество исследований об ассоциации данного полиморфизма у больных с инфарктом миокарда, гипертензией, заболеваниями почек, преждевременными родами, а также с острым РДС.

Роль иммунной системы в ранней постнатальной адаптации чрезвычайно важна. В процессе перехода из стерильных условий внутриутробного развития, в условиях повышенной антигенной нагрузки отмечается достоверное увеличение сывороточных и плазменных концентраций провоспалительных цитокинов. Лабораторные признаки системной воспалительной реакции в физиологических условиях не сопровождаются развитием картины системного воспаления. Баланс про- и противовоспалительных цитокинов может являться ключевым моментом, обуславливающим клиническое состояние ребенка [2].

Исследования разных авторов свидетельствуют о многообразном влиянии медиаторов воспаления и компонентов сурфактанта легких друг на друга. [12]. Показано, что ранний воспалительный ответ, включающий активацию нейтрофилов, тканевых макрофагов и цитокинов, играет важную роль в патогенезе РДС, а также других хронических и острых заболеваний легких у детей. В ходе сравнительного анализа подгрупп с разным течением РДС показаны значительные отличия в распределении частот генотипов полиморфного локуса - 511С>Т гена IL1B. Однако, наблюдалась лишь тенденция увеличения доли гетерозиготного генотипа СТ в подгруппе РДС, осложненной пневмонией и уменьшения доли генотипа ТТ [3].

Проанализировав распределение частот аллелей и генотипов VNTR-локуса гена IL1RN в подгруппах новорожденных с РДС, выявлены существенные различия в распределении аллелей и генотипов. Это обусловлено достоверным снижением частоты аллеля *A2 в группе пациентов с РДС, осложненным пневмонией и существенным повышением частоты аллеля *A1 и генотипа A1A1 в этой же группе. Установлено, что маркером предрасположенности к развитию инфекционных осложнений у больных РДС является аллельный вариант *A1 гена IL1RN, а аллель *A2 является маркером устойчивости.

Резюмируя вышеизложенные результаты, можно заключить, что генетические варианты цитокинов могут занимать определенную место не только в структуре механизмов определения фенотипических вариантов РДС у новорожденных, но и играть важную роль в формировании предрасположенности к развитию дыхательных нарушений у новорожденных. Согласно современным данным, воспалительные реакции в легких, во многом опосредованные цитокинами, могут быть как причиной, так и следствием повреждения альвеолярного сурфактанта и способствуют повреждению эпителиального слоя и

эндотелия сосудов легких. Указанные механизмы принимают участие в процессах формирования признаков как РДС, так и врожденной пневмонии.

При наследственно обусловленном неблагоприятном сочетании полиморфных аллелей этих генов вероятность развития осложнений заболеваний у новорожденных с дыхательными нарушениями очевидна. Проблема профилактики и лечения заболеваний не утратила своей актуальности. Более того, стало ясно, что решение проблем профилактики заболеваний является междисциплинарной и для ее решения требуются координированные усилия не только врачей общей практики, хирургов, реаниматологов, но также и иммунологов, патофизиологов, молекулярных генетиков и других специалистов. Таким образом, необходимо широкое и комплексное изучение патогенетических механизмов и молекулярно-генетических аспектов предрасположенности к развитию многофакторных заболеваний, как в области педиатрии, так и в области хирургии. Выявление на основе полученных данных прогностически значимых маркеров будет способствовать разработке путей оптимизации диагностики и лечения заболеваний.

Литература.

1. Викторов В.В. Оптимизация методов диагностики, лечения и прогнозирования гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии // Автореф. Дис. докт. Мед. Наук. Уфа, 2002
2. Володин Н.Н., Дегтярева М.В., Симбирцев А.С. и др. Роль противовоспалительных цитокинов в иммунной адаптации новорожденных // Int. J. on Immunorehabilitation. – 2000. – Vol.2, № 1. – P.175-185.
3. Данилко К.В. Роль генов белков сурфактанта, цитокиновой сети и ренин-ангиотензиновой системы в формировании дыхательных расстройств у новорожденных // Автореф. Дис. канд. биол. Наук. Уфа, 2007
4. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выживание глубоконедоношенных детей: современное состояние проблемы // Педиатрия. – 2004. - № 3. - С. 60-66.
5. Иванов С.Л. Бронхолегочная дисплазия. Обзор современных подходов // Интенсивная терапия в неонатологии. – 2004. - Т. 1. - С. 15-26.
6. Корытина Г.Ф., Ахмадишина Л.З., Кочетова О.В. и др. Ассоциация полиморфных маркеров генов семейства цитохрома P450 (CYP1a1 и CYP1a2) с развитием хронической обструктивной болезни легких в Республике Башкортостан // Молекулярная биология. - 2008. - Т.42, №. 1. - С. 32-41.
7. Сибиряк С.В., Вахитов В.А., Курчатова Н.Н. Цитохром P450 и иммунная система: факты, гипотезы, перспективы // Уфа: Гилем, 2003. - 211с.
8. Хамидуллина Л.И. Роль генетических факторов в формировании дыхательных нарушений у новорожденных // Автореф. Дис. канд. Мед. Наук. Москва, 2010.
9. Baranova H., Perriot J., Albuissou E. et al. Peculiarities of the GSTM1 0/0 genotype in French heavy smokers with various types of chronic bronchitis // Hum.Genet. - 1997.-Vol. 99.- P. 822-826.

10. Bartsch H., Nair U., Risch A., et al. Genetic polymorphism of CYP genes, alone or in combination, as a risk modifier of tobacco-related cancers // *Cancer Epidemiol., Biomarkers Prev.* – 2000. - Vol. 9. – P. 3–28.
11. Harding D., Dhamrait S., Marlow N. et al. Angiotensin-converting enzyme DD genotype is associated with worse perinatal cardiorespiratory adaptation in preterm infants // *J. Pediatr.* – 2003. – Vol.143, № 6. – P.746-749.
12. Ikegami M., Grant S., Korfhagen T. et al. Surfactant protein-D regulates the postnatal maturation of pulmonary surfactant lipid pool sizes // *J. Appl. Physiol.* – 2009. – Vol. 106, N 5. – P. 1545-1552.
13. Oretti C., Marino S., Mosca F. et al. Glutathione-S-transferase-P1 I105V polymorphism and response to antenatal betamethasone in the prevention of respiratory distress syndrome // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2009. – Vol. 65, P. 483–491.
14. Rodriguez-Capote K., Manzanares D., Haines T., Possmayer F. Reactive oxygen species inactivation of surfactant involves structural and functional alterations to surfactant proteins SP-B and SP-C // *Biophysical J.* – 2006. - Vol. 90. – P. 2808–2821.
15. Schwarz D., Kisselev P., Schunck W.H. et al. Allelic variants of human cytochrome P450 1A1 (CYP1A1): effect of T461N and I462V substitutions on steroid hydroxylase specificity P // *Pharmacogenetics.* – 2000. – Vol. 10, N 6. - P. 519-30.
16. Wu T., Hu Y., Chen C. et al. Passive smoking, metabolic gene polymorphisms, and infant birth weight in a prospective cohort study of chinese women // *Am. J. Epidemiol.* – 2007. Vol. 166. –P. 313–322.

НЕКОТОРЫЕ МОМЕНТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА АМБУЛАТОРЫМИ БОЛЬНЫМИ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.

Кафедра восстановительной медицины и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России

Актуальность.

Заболевания органов пищеварения представляют серьезную проблему клинической медицины и общества в связи с высоким уровнем распространенности и омоложением патологии. [Н.Н. Крюков с соавт., 1999]. Язвенной болезнью страдают приблизительно 10% населения земного шара. [Бутов М.А., Луняков А.С, Могильченко Л.Н., 2001]. В настоящее время наблюдается утяжеление ее течения с частыми рецидивами, нивелирование сезонности обострений, появление атипичных и бессимптомных форм [Баранов А.А., Щербаков П.Л., 2000, 2002]. Это обуславливает необходимость дальнейшего детального изучения патогенеза повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с целью коррекции имеющихся нарушений. Распространенность этого заболевания в Российской Федерации в 2003 году составила 1268,9 на 100 тысяч населения. Наибольший показатель зарегистрирован в Приволжском федеральном округе (куда относится Республика Башкортостан) – 1423,4 на 100

тысяч населения, и в Центральном федеральном округе 1364,9 на 100 тысяч населения [Старучанский Л.С., Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. и др., 2005]. Надо отметить, что за последние 5 лет уровень заболеваемости язвенной болезнью существенно не изменился. Согласно отчетам МЗ РФ в России на диспансерном учете находится около 3 миллионов таких больных. Смертность от болезней органов пищеварения, включая язвенную болезнь в РФ в 2003 году составила 183,4 на 100 тысяч населения.

Эрозивная патология гастродуоденальной системы является одной из актуальных проблем в современной гастроэнтерологии. Всё возрастающий интерес к эрозиям желудка и двенадцатиперстной кишки объясняется их широкой распространённостью. Частота эрозий при скрининговых эндоскопических исследованиях верхних отделов пищеварительного тракта колеблется от 4% до 20-30%. А при проведении эндоскопии по поводу диспептических жалоб эрозии гастродуоденальной слизистой оболочки обнаруживаются у 2-15% больных [А.С. Свицкий с соавт., 2008].

На сегодняшний день нет единого взгляда на этиологию и патогенез эрозивных поражений, отсутствуют адекватные подходы к лечению, динамическому наблюдению за больными и профилактике заболевания [Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., 2002, Лазебник Л.Б., 2003].

Оправдано лечение больных с деструктивными процессами слизистой оболочки гастродуоденальной зоны с применением различных методов лечения, что может дать весомый экономический эффект в связи с широкой распространённостью заболевания, большой частотой "амбулаторных" язв, диаметр которых менее 10 мм. Гематологические показатели у больных с эрозивными поражениями желудка и ДПК достоверно отличаются от данных контрольной группы.

Материал и методы.

За три месяца 2010 года в терапевтический кабинет поликлиники №1 г.Стерлитамака обратились 81 человек (пациентов с гастродуоденальными эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки, впервые выявленными у 35,2%), в возрасте от 18 до 65 лет (мужчин - 39, женщин - 42).

Табл.1

Распределение заболеваний верхних отделов ЖКТ по нозологиям.

	Абсолютное число	%
--	------------------	---

Катаральный рефлюкс - эзофагит	36	45,3
Антральный гастрит	74	92
Язва желудка	6	8
Эрозии желудка	24	29,3
Бульбит	63	78,7
Дуодено-гастральный рефлюкс	31	38,7
Язва луковицы	50	62,7
Деформация луковицы	13	16
Эрозии слизистой ДПК	39	48
Эрозии ДПК+желудка	13	16

В общем анализе крови у них проанализирован уровень содержания лейкоцитов. Контрольную группу сравнения составили 55 студентов, не предъявлявших жалоб, у 15 из них проведенные ФГДС не выявили патологических изменений.

Табл.2

Изменение содержания лейкоцитов крови при гастродуоденальной патологии.

Показатель	Пациенты с эрозивным гастритом N=24	Пациенты с эрозивным бульбитом N=39	Пациенты с сочетанием эрозивного бульбита и гастрита N=13	Контрольная группа N=55
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	6,65±/0,22	7,1±/0,46	6,84±/0,27	4,98±/0,33

У 5 человек с эрозивным бульбитом при ЭГДС были обнаружены "белые" послеязвенные рубцы на стенках луковицы двенадцатиперстной кишки, хотя лечение язвенной болезни им до обращения за амбулаторной помощью не проводилось, а усиление болевого и диспептического синдромов произошло в последние 2-3 недели. То есть язвенный дефект не вызывал у них выраженного абдоминального дискомфорта. У 74 пациентов (92%) обострение эрозивно-язвенной патологии было связано с психоэмоциональным напряжением, погрешностями в диете и употреблением алкоголя. У остальных не было выявлено убедительных этиопатогенетических факторов, спровоцировавших обострение.

Выводы.

1. Хронические эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны являются наиболее распространённым заболеванием в гастроэнтерологической практике.

2. Первичная и вторичная профилактика эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны заключается прежде всего в профилактике психоэмоционального перенапряжения и рационального питания с исключением приёма спиртных напитков.
3. Показатели уровня лейкоцитов периферической крови у больных с эрозивными поражениями желудка и ДПК достоверно отличаются от данных контрольной группы (хотя, изменения не выходят за пределы физиологических колебаний, характеризующих нормальные параметры крови человека).

**ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В
ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-ЭНДОХИРУРГА.**

**Тимербулатов В.М., Сибаетов В.М., Сагитов Р.Б., Фаязов Р.Р., Садретдинов
М.А., Тимербулатов Ш.В.**

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

За последние 15-20 лет хирургия претерпела разительные перемены, продвинувшие ее на новый уровень. Прежде всего, это связано с появлением в арсенале хирургов современных малоинвазивных технологий и прежде всего - эндовидеохирургии. Однако применение этих технологий требует от хирурга кроме всего прочего особых мануальных и визуальных навыков, приобретение которых возможно лишь в результате длительных тренировок. В свою очередь, такой тренинг может осуществляться разными способами. Прежде всего, это наиболее простой тренажер, представляющий собой коробку с отверстиями, имитирующими брюшную полость с лапаропортами, через которые выполняются достаточно простые манипуляции. Наиболее приближенными к естественным условиям эндовидеохирургии для тренировки создают современные симуляторы, объем и сложность выполняемых манипуляций и операций которых зависит от установленной компьютерной программы. Важным элементом овладения лапароскопических навыков, безусловно, является и ассистирование на операциях, в ходе которой ассистентом также выполняются определенные несложные манипуляции. И, наконец, еще один способ достижения

эндовидеохирургического мастерства, кстати, не только начинающими, но и эндохирургами с определенным запасом умения при овладении новыми более сложными операциями, является работа с животными в экспериментальной операционной. Условия, практически не отличающиеся от операций на человеке: схожая анатомия, живые ткани, возможность возникновения естественных осложнений (кровотечение, перфорация органов и т.п.) придают этому виду тренинга особую ценность и целесообразность.

Вместе с внедрением в хирургию лапароскопии стали организовываться центры подготовки эндохирургов. В частности, в Москве и Самаре учеба по эндохирургии была организована с циклом обязательной работы в операционной на свиньях. Каждый курсант должен был выполнить холецистэктомию на животном.

Цель.

Изучение результатов внедрения в учебно-методический процесс кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ миниинвазивных операций на животных.

Материал и методы.

Экспериментальная операционная была организована на базе вивария Башкирского государственного медицинского университета. Виварий расположен в крыле отдельного двухэтажного корпуса. После капитального ремонта отдельное помещение площадью 15м³ было оборудовано под экспериментальную операционную. При этом был установлен вращающийся операционный стол, хирургическая лампа, были приобретены наркозные аппараты, набор хирургического инструментария, а также эндовидеохирургический комплекс, состоящий из стандартного набора: видеокамеры, монитора, осветителя, инсуффлятора, ЭХВЧ-генератора и набора эндохирургических инструментов (зажимов, диссекторов, щипцов, ножниц, клипаппликатора и прочих).

Кроме специального эндохирургического инструментария необходим также набор обще-хирургических инструментов, марлевого, шовного материала для оперирования открытым способом. Это необходимо в случаях конверсии, а также для отработки техники оперирования традиционным доступом начинающими хирургами. Также для работы в экспериментальной операционной потребуются комплект операционной одежды: халатов, масок, необходимых как для отработки навыков асептики и защиты персонала от инфекции.

Обеспечение учебного процесса требует организации доставки материала (свиней) по мере необходимости в нужном количестве. Нашим мединститутом была достигнута договоренность с совхозом «Рощинский», выращивающим свиней на поставку животных. Доставляли по 2-4 свиньи, в зависимости от количества курсантов, находящихся на учебе и с таким расчетом, чтобы не возникала необходимость в полноценном кормлении животных. Размещались они в специальном помещении в цокольном этаже вивария, приспособленном для содержания различных подопытных животных. Нами приобретались и взрослые свиньи по 50-60 кг весом и, в основном, поросята до 10-15кг. Технические детали, связанные с проведением общего обезболивания, более просты при работе с поросятами, но у них менее развиты анатомические структуры, и это, в свою очередь, усложняет выполнение операций.

Целесообразно начинать освоение эндохирургии с освоения техники лапароскопической холецистэктомии, поскольку этой операции давно и по праву присвоен статус «золотого стандарта». Все технические особенности, возможные интраоперационные осложнения досконально изучены и подробно описаны в специальной литературе.

Лапароскопическая холецистэктомия.

Первой задачей любой эндохирургической операции является правильный выбор точек установки лапаропортов. При выполнении операции на взрослой свинье сложностей в выборе этих точек не возникает, поскольку размеры, форма живота у такой свиньи не отличаются от человеческих. Поэтому точки установки лапаропортов - это параумбиликальная область- 10мм троакар, эпигастральная область- 10мм, правое подреберье по среднеключичной и переднее - подмышечной линиям - 2 5мм троакара. Однако при использовании поросят весом в пределах 10кг размеры живота не позволяют использовать общепринятые точки на передней брюшной стенке, ибо при установке троакаров в стандартных зонах значительно уменьшается угол между рабочими инструментами, а также угол между инструментами и оптической осью лапароскопа. Такие изменения анатомических критериев хирургического доступа в значительной степени усложняют, а то и вовсе не позволяют выполнить операцию лапароскопически. Поэтому при работе с поросятами доступы осуществлялись произвольно с таким расчетом, чтобы угол между инструментами приближался к 90°. Мы обычно инструментальные троакары устанавливали в левом подреберье-10мм, правом подреберье и правой подвздошной области- 5мм троакары. Один из 5мм

троакаров использовался для введения щипцов и тракции желчного пузыря в краниальном направлении, второй 5мм троакар- для щипцов и тракции пузыря за карман Гартмана и экспозиции области печеночно-двенадцатиперстной связки с элементами шейки желчного пузыря. Определенные неудобства создает такая анатомическая особенность свиней, как дольчатое строение печени. Дольки печени нависают над зоной доступности, закрывая ее. Через 10мм троакар осуществляется работа эндокрючком и введение клипаппликатора. Благоприятным для обучения является другая анатомическая особенность свиней- это значительная длина пузырного протока. Так, у взрослых особей она достигает 7-12см. Таким образом, представляется возможность, в качестве тренировки наложение большого количества клипс на пузырный проток. Выделение элементов шейки желчного пузыря - пузырного протока и одноименной артерии у взрослых свиней и человека аналогично. А вот при работе с поросятами возникают определенные сложности, связанные с неразвитостью, малыми размерами указанных анатомических структур. Диаметр кончика эндокрючка у 15кг поросенка практически такой же, как у пузырного протока. Поэтому выделение последнего, тем более начинающим хирургом, без повреждения протока или пузыря неосуществимо. В таких случаях мы не ставили задачей обязательного выделения пузырного протока и артерии перед их клипированием. Шейка желчного пузыря клипировалась двумя или тремя клипсами, пересекалась, после чего выполнялось отделение пузыря от ложа эндокрючком. При этом особое внимание должно уделяться качественному выполнению гемостаза, достигаемому правильной работой с ЭХВЧ-генератором. Т.е. курсант должен ориентироваться и правильно применять различные режимы и параметры электрического тока коагулятора в зависимости от того, на каких органах выполняется хирургическая манипуляция. Отделение желчного пузыря из ложа обычно не вызывает трудностей, но характерными интраоперационными осложнениями, часто встречающимися у начинающих эндохирургов являются перфорация желчного пузыря и повреждение паренхимы печени эндокрючком. Эти случаи позволяют осваивать варианты устранения таких осложнений различными способами - клипирование отверстия, лигирование эндопетлей, тампонирование кусочком губки и т.п.

При извлечении желчного пузыря полезным упражнением является погружение его в контейнер, которое является дополнительной мануальной практикой.

Предшествующей лапароскопической холецистэктомии операцией может быть наложение холецистостомы. Лапароскопическая холецистостомия выполняется двумя способами - путем наложения кисетного шва на дно желчного пузыря, введена в пузырь дренажной трубки, герметизация его затягиванием кисетного шва и подшивания дна пузыря к передней брюшной стенке. Вторым способом лапароскопической холецистостомы является чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря. Технически оно выполняется следующим образом: достаточно толстой иглой (с учетом размеров поросенка) прокалывается передняя брюшная стенка ближе к краю правой долей печени. Затем прокол продолжается через край печени и стенку желчного пузыря. В просвет иглы вводится проводник, по которому проводится дренирующая трубка (годится катетер для подключичной артерии с проводником). Трубка подшивается к коже. Осуществляется лапароскопический контроль за правильным стоянием катетера.

Лапароскопическая спленэктомия.

Эта операция у свиней выполняется несколько проще чем, у человека, поэтому также является хорошим тренировочным вмешательством. Анатомическими особенностями строения селезенки у свиней является ее большая вытянутость, подвижность (облегчающая манипуляции на селезенке), а также наличие двух сосудистых пучков, расположенных ближе к полюсам органа. Размеры органа варьируют в зависимости от возраста, породы животного. Обычно операция выполняется из 3 доступов, выполняемых в параумбиликальной (10мм), эпигастральной (5мм), левой подвздошной областях (10мм). В некоторых случаях возникает необходимость в установке дополнительного троакара, который обычно устанавливается в левом подреберье (5мм). Желудочно-селезеночная связка представлена довольно тонкой пленкой с незначительной васкуляризацией. Короткие селезеночные артерии и желудочно-селезеночная связка пересекается в режиме коагуляции и резания диссектором. Выделенные сосудистые пучки селезенки клипируются и пересекаются ножницами.

При наличии материальной возможности целесообразно ознакомить курсантов с различными методами гемостаза и рассечения тканей, включая биполярную диссекцию, с применением ультразвукового скальпеля, аппарата Liga Sure и сшивающих аппаратов. Также полезным будет освоение ручного шва при обработке сосудов с интра- и экстракорпоральным завязыванием узлов и лигирование сосуда с помощью эндопетли Редера.

Удаленную селезенку также извлекают в контейнере. Учитывая то, что фирменный endorauch у свиней навряд ли придется использовать, курсантов можно обучить изготовлению контейнеров из подручных материалов: перчатки, полиэтиленовой упаковки от инфузионной системы и пр. Это будет полезным практическим опытом.

Лапароскопическое ушивание перфорации желудка.

Для ознакомления обучающихся техническим приемам и требованиям для выполнения этой достаточно распространенной в экстренной абдоминальной хирургии операции на передней стенке желудка наносится перфорация любым способом (диссектором или эндоожницами с коагуляцией, что придает травматическому повреждению вид очень схожий с настоящей перфоративной язвой желудка). При нанесении перфорации не следует делать отверстие излишне большим, т.к. желудок поросят даже через 1 сутки после прекращения их кормления имел достаточно большое количество содержимого. Далее приступают к процессу ушивания перфорации. Желудок свиней достаточно большой орган, поэтому эту операцию можно повторить многократно на одном желудке в исполнении нескольких хирургов, что делает учебный процесс более эффективным. Для выполнения операции используются стандартные доступы-10мм в параумбиликальной области и два доступа в левом и правом подреберьях. Данная операция заключается в механическом закрытии перфорации наложением эндохирургического шва, поэтому более строгие требования предъявляются к установке инструментальных лапаропортов, которые должны обеспечить выполнение требований к анатомо-клиническим критериям хирургического доступа (угол наклона оси операционного действия приближен к 90°, а угол между инструментами - иглодержателем и зажимом также приближен к 90°). Завязывание узлов может производиться как интра-, так и экстракорпорально. Ушивание краев сформированной перфорации можно дополнить дополнительной перитонизацией прядью сальника.

Лапароскопический гемостаз при травмах печени.

Операция технически несложна и может выполняться на этапах освоения эндохирургии. Одним из важных обучающих моментов при коагуляции печени является умение правильно подобрать режим коагуляции (мощность тока в ваттах), и различные виды электрохирургического воздействия на ткани - резание и виды коагуляции- фульгурацию и десикацию. Кроме того, весьма важным является правильный выбор работающего инструмента. Так, для диссекции

тканей предпочтительнее инструмент с малой площадью работающей части (эндокрючок, диссектор и т.п.), а для выполнения коагуляции- инструмент с большей площадью (шаровидный электрод). Размеры повреждения печени незначительны, но от них обычно зависит сила кровотечения и условия для гемостаза. Поэтому с учебной целью достаточно небольших повреждений, чтобы гемостаз достигался достаточно просто и надежно и продолжающееся печеночное кровотечение не мешало выполнению других операций. Кроме коагуляции в качестве сравнения возможно применение других способов гемостаза, таких как применение химических веществ (спирт, салфетка смоченная в горячем физ.растворе, гемостатическая губка). Эти способы остановки кровотечения из ран печени наглядно продемонстрируют врачам- курсантам преимущества электрохирургии.

Лапароскопическая нефрэктомия.

Для выполнения нефрэктомии необходимо придание животному латеропозиции (укладка на бок, оперируемая почка должна быть сверху). Трояк для лапароскопа, как обычно, устанавливается параумбиликально, и два инструментальных - нижний в подвздошной, верхний в подреберной областях. Почки у свиней визуализируются лучше, чем у людей, поскольку расположены мезоперитонеально. Операцию начинают с диссекции брюшины, выстилающей паренхиму почки. Лучше это делать по наружному краю почки. Отсепарованный лоскут брюшины тупым и острым способом снимается с паренхимы почки, освобождая элементы ворот почки: мочеточник, почечные артерию и вену. Мочеточник лигируется или клипруется, после чего пересекается. Аналогично обрабатываются почечные сосуды. Осуществляется санация брюшной полости, контроль на гемостаз. Извлекается из брюшной полости после окончания работы (с целью сохранения герметичности брюшной полости) из расширенного лапаропорта.

Лапароскопические операции на тонкой и толстой кишке.

Операции на кишечнике, особенно такие, как резекция тонкой или толстой кишки у свиней имеют ряд особенностей, значительно осложняющих их выполнение. Анатомической особенностью строения толстой кишки является отсутствие четких анатомических признаков, разделяющих толстую кишку на отделы, присущих человеку. Кроме того, толстая кишка почти на всем протяжении фиксирована к задней брюшной стенке брюшинными складками и поэтому малоподвижна, представляя собой кишку после операции Нобля (некогда

рекомендовавшейся для профилактики спаечной кишечной непроходимости). Тонкая кишка, в отличие от толстой имеет хорошо выраженную брыжейку, поэтому тонкая кишка на лапароскопии или при широком доступе представляется как конгломерат кишки небольшого диаметра (около 2см), подвижный, занимающий в основном переднюю часть брюшной полости, поэтому наиболее доступный для визуального обзора. Если животное не подвергалось кормлению в течение суток, то тонкая кишка, как правило, не раздута кишечным содержимым, в отличие от желудка и толстой кишки, которые подготовить к операции должным образом нам не удавалось. Поэтому резекционные операции лучше отрабатывать на тонкой кишке. Учитывая ее длину, у одной свиньи можно выполнить несколько резекций. Другим неблагоприятным фактором в лапароскопии остается недостаточная материальная оснащенность операционной. В данном случае мы имеем глубокий дефицит сшивающих аппаратов. Однако, для написания данной главы мы применили одну сшивающую кассету для демонстрации техники наложения межкишечного анастомоза. Взятые две прилежащие петли толстой кишки, в противобрыжеечных отделах сделаны по одному отверстию концом диссектора в применении коагуляции, Размеры проделанных отверстий должны пропускать бранши сшивающей кассеты. Затем в брюшную полость вводится сшивающий аппарат (в нашем случае Endo-GIA-30) бранши его раскрываются и проводятся в петли кишки через отверстия, помогая при этом вторым инструментом (мягкий зажим или диссектор). Кассета должна быть введена до пограничной метки, после чего бранши смыкаются и выполняется прошивание петель кишки. Сшивающий аппарат извлекается, а оставшееся небольшое отверстие в кишке ушивается вручную с применением техники интра- или экстракорпорального шва.

Более широкое применение при операциях на кишечнике имеет вариант лапароскопически ассистированной или комбинированной резекции, когда этап мобилизации участка кишки выполняется лапароскопически, а резекция и анастомозирование - через минилапаротомный доступ. Поскольку анатомия толстой кишки имеет ряд особенностей, в значительной мере затрудняющих проведение лапароскопических операций, имитацию гемиколэктомии можно симитировать на тонкой кишке, т.к. технические приемы выполнения этих операций практически идентичны.

Животное укладывается на операционном столе на спину. Монитор располагается у головного конца справа. Хирург и ассистент находятся слева от

пациента, операционная сестра - у ножного конца стола. Операция обычно выполняется из четырех лапаропортов. Первый 10мм троакар устанавливается через параумбиликальный доступ. После ревизии брюшной полости устанавливаются два троакара- 10 и 5мм соответственно над лоном и между мечевидным отростком и пупком по средней линии и 10мм троакар - в правом подреберье по средне- ключичной линии. Такая установка троакара для лапароскопа позволяет на всех этапах операции угол наклона оптической оси эндоскопа к плоскости вмешательства под углом близким к 90°. Установка рабочих троакаров в указанных точках также отвечает рассмотренным выше анатомо-клиническим критериям. Угол наклона оси операционного действия приближается к 90 град, угол наклона операционного действия инструментов также всегда примерно соответствует 90 град. Таким образом, создаются благоприятные условия для мануальной деятельности. Мягкими зажимами, введенными над лоном и под мечевидным отростком приподнимается широкая петля тонкой кишки, растягивая при этом брыжейку тонкой кишки, тем самым выводя для обзора сосудистую архитектуру брыжейки. Затем диссектором в режиме коагуляции и резания выполняется мобилизация петли тонкой кишки. После окончания мобилизации осуществляется контроль на гемостаз, мобилизованная петля выводится через минилапаротомный доступ на переднюю брюшную стенку и накладывается ручной межкишечный анастомоз. Почти аналогично выполняется лапароскопическое выведение кишечной стомы.

Лапароскопическая резекция большого сальника.

Эта операция может быть предложена для моделирования операции лапароскопического адгезиолизиса, поскольку найти брюшинные послеоперационные спайки у животных не представляется возможным. Вариантов установки двух инструментальных портов может быть несколько, просто главным условием должно быть их соответствие анатомическим критериям. Операция в техническом исполнении проста. Следует обратить внимание курсантов на методику применения электрохирургии, поскольку при хирургическом лечении спаечной болезни наиболее важным моментом является минимальная травматизация тканей- в нашем случае дозированная прецизионная коагуляция сосудов.

В условиях экспериментальной операционной проводились занятия с врачами- курсантами на циклах по эндоскопии, эндохирургии и миниинвазивной хирургии. Всего было проведено за два года 8 циклов занятий по освоению

навыков диагностической лапароскопии и эндохирургии, обучено 86 врачей-курсантов, клинических ординаторов и аспирантов кафедры.

Слабым звеном обучения миниинвазивной хирургии на животных является недостаточная техническая оснащенность, поскольку приобретение инструментария и оборудования производилось по остаточному принципу, т.е., в основном, старым, не всегда полностью исправным инструментом и аппаратурой.

Выводы.

1. Освоение навыков эндовидеохирургии в условиях экспериментальной операционной на животных может составить альтернативу обучению на симуляторах, поскольку, несмотря на определенные недостатки, позволяют создать условия оперирования, максимально приближенным к таковым у человека.
2. Кроме навыков эндохирургических такая методика обучения позволяет отработку навыков любой операции и манипуляции «открытой» хирургии.
3. Работа с животными целесообразна и для подготовки врачей-анестезиологов для овладения навыков обеспечения различных способов анестезии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ИЗ МИНИДОСТУПА.

Хамитов А.А., Федоров С.В., Кашаев М.Ш.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова. г.Уфа

Актуальность.

Хирургия надпочечников - одно из основных направлений эндокринной хирургии, берет свое начало с 1889 г., когда К.Thornton впервые сообщил об удалении большого образования надпочечника. Широкое распространение операции на надпочечниках получили в 1950-60-е гг. в связи с появлением препаратов для заместительной кортикостероидной терапии. Разработано и обосновано более 50 открытых доступов к надпочечникам. Первое сообщение о лапароскопической адреналэктомии сделал Gagner M. в 1992 г. В России успешная лапароскопическая адреналэктомия была выполнена в 1995 г. Ю.Н. Сухопарой. Большое влияние на развитие эндоскопической адреналэктомии в России оказывают работы Н.А. Майстренко, Ю.Т. Цуканова.

В то же время, высокая стоимость оборудования, необходимость специальных навыков оперирования, расходных материалов и другие ограничения не позволяют считать ее эффективным и широко доступным методом хирургического лечения патологии надпочечников. Возможности использования других малоинвазивных методик, в частности – операций из «малых» доступов в хирургии надпочечников не изучены вообще.

Кроме того, при применении эндовидеохирургических методик используется наложение пневмоперитонеума при лапароскопических доступах или баллонный дилататор при ретроперитонеальных, что при гормонально-активных опухолях надпочечников зачастую приводит к резким нарушениям гемодинамики.

Разработка новых эффективных способов хирургических вмешательств на надпочечниках, сохранивших принцип малоинвазивности и лишенных недостатков эндовидеохирургических методик, представляется необходимой.

Целью работы является обоснование эффективности минилюмботомического доступа при хирургическом лечении гормонально-активных опухолей надпочечников.

Материалы и методы.

В 2006-2011 гг. в Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова прооперировано 175 пациентов с опухолями надпочечников. Из них 134 женщины и 41 мужчина (3,23:1). Возраст пациентов - от 18 до 73 лет ($48,2 \pm 18,4$). Патологический процесс локализовался справа у 89 (50,9%), слева у 84 (48,0%), у 2 (1,1%) пациентов было двухстороннее поражение и им было выполнена двухэтапная двухсторонняя адреналэктомия. Размеры опухолей варьировались от 1,5 см до 32 см.

Показаниями к оперативному лечению являлись:

- большие размеры образования (более 5 см),
- гормональная активность (независимо от размеров).

Среди 175 пациентов, гормонально-активные опухоли выявлены у 112 (64%). Из них у 54 (48,2%) выявлена феохромоцитома, у 37 (33,0%) - кортикостерома, у 15 (13,4%) - альдостерома, у 5 (4,5%) выявлена смешанная опухоль (феохромоцитома и кортикостерома), у 1 (0,9%) пациентки - андростерома.

У пациентов с гормонально-активными опухолями 21 операция (18,75%) выполнена из минилюмботомного доступа. При этом в 13 (61,9%) случаях слева и

в 8 (38,1%) справа. Среди данных пациентов 2 перенесли холецистэктомию, 1 - ушивание прободной язвы желудка.

Методика минилюмботомии справа и слева практически не отличаются.

Описание метода.

Укладка пациента на здоровом боку. Под реберную дугу подкладывается валик высотой 10-12 см. Кожный разрез длиной 5 см выполняется по 10 межреберью кпереди от конца XI ребра. При необходимости конверсии доступ по межреберью легко можно расширить до торакофренолюмботомии. Рассекаются косые мышцы живота, раздвигается поперечная. Устанавливается ранорасширитель. Далее происходит ревизия забрюшинного пространства по направлению от дорзальной части к вентральной и от каудального к краниальному. Вскрывается почечная фасция с дорзальной стороны, почка смещается крючком ранорасширителя каудально. Вскрывается почечная фасция над полюсом почки, обнажается надпочечник. Глубина раны при этом составляет около 8-10 см, угол операционного доступа 40-60 градусов. Далее производится мобилизация надпочечника тупо и при помощи электрокоагулятора. Предпочтительным является мобилизация от нижней полой вены с целью как можно более ранней клипации надпочечниковой вены для снижения поступления в кровоток гормонов. На культю надпочечниковой вены накладывается минимум 2 клипсы, при необходимости - может быть прошита проленом. Гемостаз по артериям надпочечника надежно достигается коагуляцией. После удаления надпочечника в ложе оставляется полихлорвиниловый активный дренаж через контрапертуру. Рана освобождается от инструментов и послойно ушивается. В послеоперационном периоде все пациенты с гормонально-активными опухолями наблюдались в отделении реанимации, при гормонально-неактивных опухолях и отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний - переводились в общую палату.

Результаты и обсуждение.

В ходе разработки данной методики операции нами выявлен ряд ограничений:

- при выраженном ожирении пациента может не хватать длины крючков ранорасширителя, особенно при правостороннем доступе, где надпочечник расположен выше,
- при больших размерах образования (более 8 см) невозможно адекватно мобилизовать надпочечник.

У пациентов с гормонально-активными опухолями надпочечников частота конверсий составила справа 4 из 12 (33,3%), слева 2 из 15 (13,3%). Во всех случаях конверсия происходила у пациентов с ожирением и недостаточной глубиной крючков.

В послеоперационном периоде в 1 случае (тотчас после ушивания кожной раны и поворота пациента) наблюдалось массивное кровотечение. Произведена люмботомия, источник кровотечения - прорезывание культи надпочечниковой вены клипсой, кровотечение остановлено. Других послеоперационных осложнений не выявлено. Послеоперационной летальности нет.

Средняя длительность операции была $61,3 \pm 13,9$ мин. Эпизодов неуправляемых гемодинамических сдвигов не наблюдалось. Послеоперационный койко-день в реанимации составил $1,1 \pm 0,2$ дня, общая продолжительность - $5,6 \pm 1,4$ койко-дня. Парез кишечника разрешался к концу первых суток.

Таким образом, на основании собственного опыта нам представляется возможным выделить следующие преимущества минилюмботомического доступа:

1. обеспечивается короткий, внеполостной, малоинвазивный доступ с хорошей визуализацией;
2. нет синдрома внутрибрюшной гипертензии (как при эндовидеохирургических методиках);
3. нет необходимости мобилизовать кишечник, поджелудочную железу (как при лапароскопической адреналэктомии);
4. возможно выполнение малоинвазивного вмешательства после выполнения операций на верхнем этаже брюшной полости;
5. сохранен мануальный контакт хирурга с тканями пациента;
6. простота конверсии (не требует переключивания, поворота пациента);
7. сравнительная дешевизна операции, не требует дорогостоящего оборудования.

Заключение.

Выбор операционного доступа должен быть строго индивидуален и учитывать размеры, характер новообразования, его анатомо-топографические взаимоотношения с окружающими органами и тканями, конституциональные особенности пациента. При явных признаках злокачественности, больших размерах опухоли, выраженном ожирении, необходимости симультанных вмешательств целесообразно применение традиционных доступов. В остальных

случаях приоритет должен отдаваться миниинвазивным методикам, таким как минилюмботомия.

Литература.

1. Хирургия надпочечников / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко. - М., 2000. - 216 с.
2. Эндовидеохирургия надпочечников / Под ред. Н.А. Майстренко. - СПб., 2003. - 114 с.
3. Современная диагностика и хирургическое лечение опухолей надпочечников / И.А. Сафин, М.А. Нартайлаков, С.И. Ахметшин, А.А. Хамитов. - Уфа, 2003. - 80 с.
4. Цуканов, Ю.Т. Клиническая оценка современных методов хирургического лечения заболеваний надпочечников: автореф. дис. . канд. мед. наук. - Омск, 2002. - 22 с.
5. Цуканов, Ю.Т. Теоретические и технические аспекты мини-люмботомической хирургии надпочечников / Ю.Т. Цуканов, И.Ф. Корниенко, А.Ю. Цуканов // Второй конгресс Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. СПб., 1998. - С. 143 - 144.
6. Сергийко., С.В. Операции "малых" доступов и оптимизация тактики хирургического лечения новообразований надпочечников: автореф. дис. докт. мед. наук. - Челябинск, 2010. - 43 с.
7. Сергийко, С.В. Современный подход и «малые» доступы в хирургии хромаффинных опухолей надпочечников / С.В.Сергийко, В.А. Привалов //Анналы хирургии. - 2007

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕННАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Мурасов Д.Г., Низамова Э.И., Шамигулов Ф.Б.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО
ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

МУ ГКБ № 3 ГО г.Уфа

Актуальность.

Современные взгляды на патогенез и клиническое течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) рассматривают ее обострения как не сколько клиническое, а социально ориентированное понятие, отражающее степень адаптации индивидуума на длительное стрессовое напряжение [1,5]. Известно, что клиническая медицина всецело считают это опасное своими осложнениями и инвалидизирующее лиц трудоспособного возраста не как иначе, как психосоматической патологией, толчком для развития и рецидивирования которого является длительный хронический стресс [4]. ЯБДПК характеризуется сложными гормональными нарушениями, которые в большей степени касается гормонов симпатoadреналовой системы и коры надпочечников [3]. Нормальные физиологические уровни адреналина (А) и норадреналина (НА), продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови пациентов с ЯБДПК характеризуют нерезидивное, неосложненное, «спокойное течение» заболевания и наоборот [2].

При многих патологических процессах наблюдается неферментативное усиление свободно-радикального окисления (СРО), которое развивается в биологических средах, вызывая их альтерацию, так метаболиты СРО химически агрессивны и высокотоксичны [4]. С позиций современной биохимии ПОЛ в клетках двояко: с одной стороны приводит к повреждению тканей на молекулярной уровне, с другой стороны к обновлению мембран фосфолипидов, т.е. усиливают репаративные процессы, которые столь актуальны при осложненном течении ЯБДПК. Известно, что ПОЛ физиологически необходимо для синтеза регуляторов фагоцитоза, синтеза лейкотриенов и других многочисленных факторов иммунологической защиты. Исследования состояния ПОЛ и гормонального гомеостаза у лиц с осложненным течением ЯБДПК, по данным доступной литературы, единичны и разрозненны [3,4,5]. Целью исследования явилась оценка состояния ПОЛ, гормонального профиля плазмы крови и их динамики на фоне реабилитационных мероприятий у больных ЯБДПК, перенесших органосохраняющие операции по поводу осложненного течения заболевания.

Материалы и методы.

В условиях городской клинической больницы обследованы 98 пациентов мужского пола трудоспособного возраста, оперированных по поводу ЯБДПК в раннем восстановительном периоде после оперативных органосохраняющих операций по поводу осложненного течения болезни. Исследования проводились до и через 6 месяцев после завершения реабилитационных мероприятий. Первую группу составили пациенты (№= 47 чел.), получавших только медикаментозную терапию, 2 группа (№= 51 чел.) пациентов была вовлечена в комплекс реабилитационных мероприятий. Он включал в себя: диетотерапию, медикаментозную коррекцию, фитотерапию, лечебную гимнастику, массаж, применение аппаратной физиотерапии на основе электрофореза даларгина, УВЧ, магнитотерапию, бальнеотерапию, обучение в гастршколе. Эффективность реабилитационных мероприятий осуществляли по контролю уровня малонового диальдегида (МДА) в плазме крови по методике А.И. Карпищенко [3]. Уровни кортизола (КО), А, НА в плазме крови определяли радиоиммунологическим методом с помощью реактивов фирмы «DRG» (Германия).

Результаты и обсуждение.

Исследования уровня МДА до лечения показали, что его концентрация снижена на 15,2 % по сравнению с контролем ($p < 0,01$) (табл.1).

Табл. 1

Содержание МДА в плазме крови у больных ЯБДПК в процессе
восстановительного лечения ($M \pm m$).

параметры	контроль	До лечения	1 группа после лечения	2 группа после лечения
N	30	98	47	51
$M \pm m$ (мкмоль/л)	2,13 \pm 0,02	1,76 \pm 0,13*	1,87 \pm 0,09*	1,98 \pm 1,12*

*- значимость различий показателей в сравнении с контролем

Одновременно было выявлено, что уровень КО в плазме крови НА у больных ЯБДПК снижался на 14,8 % и 12,3% соответственно ниже контрольных значений ($p < 0,01$), что косвенно свидетельствует о снижении адаптационного потенциала при увеличении концентрации А на 13,3% по сравнению с контролем ($p < 0,01$). Выявленные изменения гормонального гомеостаза свидетельствуют об истощении адаптационных резервов и нарушении гормональной регуляции процессов саногенеза оперированных пациентов с осложненным течением язвенного процесса (табл.2).

Табл. 2

Динамика гормонального профиля плазмы крови у больных ЯБДПК на
фоне реабилитационных мероприятий ($M \pm m$).

параметры	Контроль N= 30	До лечения N=98	ЯБДПК	
			1 группа N=47	2 группа N=51
КО (нмоль/л)	101,2 \pm 0,09	86,0 \pm 0,14*	97,8 \pm 0,11*	99,4 \pm 1,12*
А(нг/мл)	45,0 \pm 0,13	50,5 \pm 0,12*	48,7 \pm 0,09*	46,7 \pm 0,18*
НА(нг/мл)	140,0,1 \pm 0,03	388,2 \pm 0,11*	394,8 \pm 0,06*	398,1 \pm 0,05*

*- значимость различий показателей в сравнении с контролем

Известно также, что НА вносит существенный вклад в реализацию приспособительных механизмов организма во время заболевания и его выраженное истощение является своего рода «маркером» скорейшего восстановления слизистой двенадцатиперстной кишки после оперативного вмешательства.

На фоне проведенного комплекса реабилитационных мероприятий наиболее выраженные положительные сдвиги гомеостаза наблюдались у пациентов 2 группы. Так, у больных 1 группы отмечалась положительная динамика уровня МДА в виде возрастания его концентрации на 11,3%, а во 2 группе на 18,4% ($p < 0,01$) по сравнению с исходными значениями (табл.1). Повышение уровня КО и НА в 1 группе больных на фоне лечения составила рост

их концентрации всего на 5,6% и 7,8% соответственно ($p < 0,01$), а во 2 группе на 9,8% и 11,5% ($p < 0,01$) по сравнению с исходными значениями (табл.2). При этом отмечалась более выраженная динамика уровня А в сторону его снижения, наиболее значимая во 2 группе по сравнению с исходными значениями ($p < 0,01$).

Заключение.

Таким образом, полученные нами результаты выявляют наличие угнетения процессов ПОЛ у лиц трудоспособного возраста, оперированных по поводу осложненного течения ЯБДПК, дисбаланс в гормональной системе в виде низких значений КО, НА и повышенных концентраций А плазмы крови по сравнению с контрольной группой. Такие патологические изменения свидетельствуют о выраженном снижении адаптационных возможностей организма, истощении реактивности и могут негативно отразиться на интенсивности репаративных процессов в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки в сторону их значительного замедления. Включение в программы реабилитации данного контингента больных диетических, фармако-, фито-, кинезо-, бальнео, физиотерапевтических процедур, психотерапевтического воздействия на основе обучения в гастрешколе приводят к нормализации процессов ПОЛ, стабилизации гормонального гомеостаза, улучшению психофизиологической адаптации больных, конечным результатом которых является ускорение процессов регенерации слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Изолированное применение медикаментозной терапии в качестве альтернативы восстановительного лечения не приводит к существенному улучшению параметров ПОЛ и улучшению гормонального гомеостаза у оперированных пациентов и не выявляет клинической эффективности, что свидетельствует о необходимости комплексного подхода к реабилитации данного контингента больных.

Литература.

1. Березин Ф.Б. Психосоматические расстройства/ Ф.Б.Березин, М.П. Мирошников // Бюл.для врачей и фармацевтов.- 2006.- Т.6.- С.5-56
2. Бородин Е.А. Биохимический диагноз./ Е.А. Бородин.-Благовещенск: 2001.-327 с.
3. Бышевский А.Ш. Биохимия для врача. А.Ш. Бышевский, О.А. Герсенов.-Екатеринбург: Уральский рабочий.-1994.- 384 с.
4. Еремина Е.Ю. Язвенная болезнь: клиническое значение дезадаптационных расстройств в нейрогуморальной регуляции/Е.Ю. Еремина.-Клиническая медицина.- 1996.-№4.- С.29-31.
5. Пикулев Д.В. Особенности течения язвенной болезни//Гастро-2010:материалы 16Славяно-Балтийского научного форума «Гастро-2010».- С-Пб.:2008.-С.137-140.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.

Хасанов А.Г., Яппаров Р.Г., Гильмутдинов А.Р., Усманов Ф.Ф.

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Актуальность.

Общая летальность при тяжелом панкреатите на протяжении последних 40 лет сохраняется на одном уровне, составляя, по разным данным, от 3,9 до 21 %, и при инфицированном панкреонекрозе достигает 85% [1,4,5]. В связи с тем, что результаты хирургического лечения данной патологии нельзя признать удовлетворительными, проблема оптимизации хирургической тактики и поиска новых эффективных способов лечения панкреонекроза остается актуальной. В клинической практике получены положительные результаты по стабилизации процесса с помощью миниинвазивных методик [1,4]. При этом сообщении о проведении «медикаментозной» абдоминализации во время лапароскопической операции единичны, недостаточно освещены вопросы программированной санации сальниковой сумки через сформированную бурсооментостому, а также отсутствует доступный способ лечебно-диагностической бурсооментоскопии.

Цель исследования: оценка эффективности миниинвазивных хирургических технологий у больных с панкреонекрозами.

Материал и методы.

Наблюдения проведены у 63 больных с панкреонекрозом в возрасте от 19 до 70 лет, находившихся в хирургических отделениях клиники БГМУ – МУЗ больница № 8 г. Уфы.

33 больных с панкреонекрозом оперированы с применением миниинвазивных технологий (основная группа). В контрольной группе анализированы 30 больных, оперированных по традиционной методике. Клинические группы сопоставимы по тяжести заболевания, полу и возрасту.

Результаты и обсуждение.

В основной группе больных при отсутствии гипертензии в желчных путях, проводилась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, установка катетера в круглую связку печени для «медикаментозной» абдоминализации поджелудочной железы. Вводили 5% раствор глюкозы в объеме 300 мл в вену капельно в течение 1 часа для понижения рН парапанкреатической клетчатки до 5,7-6,0, что приводит к торможению активности трипсина и хемотрипсина на 80-100%.

Миниинвазивные хирургические технологии включали лапароскопическую санацию, бурсооментостому из мини-доступа. При этом производилось ежедневное облучение проекции поджелудочной железы полупроводниковым лазером.

В контрольной группе выполнялась абдоминализация с дренированием забрюшинного пространства, когда панкреатит осложнялся механической желтухой, оперативное лечение дополняли холецистостомой.

Кроме того, для остановки деструктивного процесса в поджелудочной железе нами проводилась консервативная терапия, включающая антисекреторную терапию (сандостатин или октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки внутривенно), продолжительностью 3 дня, антиферментную терапию (гордокс 500 тысяч КИЕ внутривенно капельно), продолжительностью 3-5 дней, дезинтоксикационные мероприятия (серийный плазмаферез, форсированный диурез), профилактику и лечение системных осложнений (эндотоксинового шока, коагулопатии, респираторного дистресс-синдрома, печеночно-почечной недостаточности, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия). Критериями остановки деструктивного процесса в поджелудочной железе считали нормализацию гемодинамики, устранение пареза кишечника, уменьшение эндогенной интоксикации.

Анализ летальности больных основной группы показал: из-за эндотоксического шока в первые шесть суток лечения умерло 2 больных. Абдоминальный сепсис с развитием полиорганной недостаточности явился причиной смерти 1 больного основной группы. В контрольной группе умерло 11

больных, из них от панкреатического шока в первые шесть суток - 4 больных, сепсис явился причиной смерти 4 больных, аррозионное кровотечение - 1 больного. Госпитальная пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью была причиной смерти 1 больного, один больной умер от массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Установлено, что в основной группе не было таких послеоперационных осложнений, как панкреатогенный абсцесс, эвентрация, нагноение послеоперационной раны, аррозионное кровотечение, тромбоэмболия легочной артерии. Выявлено, что лазеротерапия уменьшала болевой синдром, что снижало потребность в анальгетиках в основной группе на 50-60% по сравнению с контрольной. Восстановление нормальной моторики желудочно-кишечного тракта в основной группе наступило на 2-3 суток раньше. Отмечено уменьшение признаков интоксикации, что подтверждалось динамикой лабораторных показателей.

Заключение.

Использование миниинвазивных хирургических технологий: лапароскопической санации, эндоскопической бурсооментоскопии, бурсооментостомы из мини-доступа, «медикаментозной» абдоминализации поджелудочной железы с дальнейшим ежедневным облучением проекции поджелудочной железы полупроводниковым лазером способствует существенному снижению послеоперационной летальности со снижением частоты послеоперационных гнойных осложнений у больных с панкреонекрозами, сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Литература.

1. Бурневич, С.З. Прогноз и исходы хирургического лечения больных панкреонекрозом в свете современных представлений о танатогенезе заболевания//Анналы хирургии.-2004.-№3.-С.30-32.
2. Кузнецов, Н.А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом /Н.А.Кузнецов, Г.В. Родомин, Т.И. Шалаева и др.//Хирургия.-2008.-№5.-С.40-45.
3. Филимонов, Р.М. Физиотерапевтические факторы лечения панкреатитов / Р.М. Филимонов, С.Г.Сопова //Новое медицинское оборудование.-2007.-№4.-С.14-17.
4. Шамигулов, Ф.Б. Лапароскопическая диагностика и дифференцированная хирургическая тактика при деструктивном панкреатите / Ф.Б. Шамигулов, Р.Ш. Сакаев, М.М. Мурасов [и др.] // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. - 2003. - № 16,17. - С. 101.
5. Хасанов, А.Г. Опыт применения низкоэнергетического лазера в комплексном лечении больных с острым деструктивным панкреатитом / А.Г. Хасанов, С.С. Нигматзянов, И.Ф. Суфияров [и др.] // Новые технологии в хирургии: матер. XI Всерос. Конференции. - Уфа, 2004. - С. 96-97.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ
ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.**

Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Ахметов И.Х., Мусин А.Р.

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Актуальность.

Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) остаются одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии и продолжают занимать первое место в структуре летальности при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1,2]. Летальность при ГДЯК варьирует от 10 до 28%, а при его рецидиве достигает 40-48% [3,4]. Особенно высока послеоперационная летальность при рецидивах кровотечения в стационаре от 14,8 до 45% [5]. Среди этих пациентов велика доля людей пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией [4].

В последнее десятилетие в Российской Федерации отмечается значительное снижение частоты плановых операций и увеличение числа экстренных операций по поводу осложненных форм ЯБЖ и ДПК, а также повышение послеоперационной летальности за этот срок на 30-40% [1, 3, 4, 5].

Существуют различные подходы к хирургическому лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений: активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика. Однако ни один из указанных подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной летальности, по мнению Г.Л. Ратнера, В.И. Корытцева (1999), является несвоевременное решение об

оперативном вмешательстве из-за отсутствия объективных прогностических критериев.

Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования: обосновать показания, сроки и выбор операций при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Кафедра хирургических болезней (зав. кафедрой профессор Хасанов А.Г.) располагается на базе МЛПУ № 8 г.Уфа. Организованное в клинике круглосуточное дежурство хирургов и эндоскопистов позволяет выполнить экстренную фиброгастродуоденоскопия ФГДС в первые часы с момента поступления больных в стационар, произвести оперативное лечение.

Материал и методы.

Нами проведен анализ 760 историй болезни больных с ГДЯК, поступившие в хирургический стационар ГKB № 8 за период 2000-2010 гг. в возрасте от 18 до 89 лет.

На основании клинического обследования установлено, что у 320 (42%) пациентов причиной кровотечения была хроническая язва желудка, а у 440 (58%) - язва двенадцатиперстной кишки.

Всем больным в приёмном отделении проводили неотложные клинические обследования, включая оценку гемодинамики, результаты лабораторных исследований, выполнялась ФГДС, которая, безусловно, является ведущим методом диагностики источника и характера кровотечения.. Наряду с локализацией источника кровотечения, оценивалось состояние гемостаза, используя классификацию J.A. Forrest (1974). Тяжесть состояния и степень кровопотери оценивали по индексу шока М. Альговера, предложенный в 1976 г.

По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 570 (75%). F III - 114 (15%), F I - 76 (10%). Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 122 (38%) пациентов с язвой желудка и 211 (48%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма аминокaproновой кислоты), механические

(клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

С кровопотерей лёгкой степени поступили 213 (28%) больных, со средней степенью - 296 (39%), с тяжёлой - 251 (33%). В состоянии геморрагического шока поступили 92 больных (12%). При госпитализации всем больным проводилась инфузионная и гемостатическая терапия, назначались ингибиторы протонной помпы (ИПП) последнего поколения внутривенно. По показаниям переливались компоненты крови, кровозаменители, инфузионный препарат Реамберин.

Из 760 больных прооперированы 175 (23%) человек, в том числе 83 (11%) больных с гигантскими гастродуоденальными язвами и 12 в сочетании с перфорацией язвы. При оценке показаний к оперативному вмешательству и определению сроков проведения операции придерживаемся активной индивидуально-прогностической тактики.

В экстренном порядке оперированы 62 (35%) больных. Показаниями к экстренной операции были продолжающиеся кровотечения или рецидив кровотечения в стационаре. Резецирующие операции проведены 10 (6%) пациентам. У 3 больных в связи с подозрением на малигнизацию язвы выполнена гастрэктомия. Произведено иссечение язвы ДПК, дуоденопластика 13 больным. В связи с крайней степенью риска радикального вмешательства из-за тяжелой сопутствующей патологии 14 больным проведено прошивание сосудов в язве и одному больному язвой желудка - иссечение язвы.

Срочные операции - в течение первых-вторых суток от поступления, выполнены у 38 (22%) больных. Показаниями к этим операциям были высокая вероятность рецидива кровотечения у пациентов с каллезными язвами больших размеров, эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза - крупные тромбированные сосуды, свежие сгустки крови в язве, тяжёлая кровопотеря, особенно, если у больного редкая группа крови.

Резекция желудка проведена 2 (8%) больным и у 36 (92%) выполнено иссечение язвы или прошивание сосудов в язве.

В отсроченном порядке - через 1-3 недели с момента поступления, оперативные вмешательства были выполнены 75 (43%) больным. Показаниями к оперативному лечению, кроме кровотечения, были длительный язвенный анамнез, перенесённые ранее перфорации, кровотечения, признаки

пилоростеноза, пенетрирующие язвы, сочетание ЯБ с хронической дуоденальной непроходимостью.

Результаты и их обсуждение.

Из 175 прооперированного пациента погибли 17 человек. Послеоперационная летальность составила 10%; при этом летальность при гигантских гастродуоденальных язвах составила 13%.

Из 62 оперированных в экстренном порядке летальный исход у 14 человек. Послеоперационная летальность в этой группе составила 22%. Из них с продолжающимся кровотечением оперированы 3 человек, а с рецидивом кровотечения 11. Из числа умерших 14 больных резекция желудка выполнена 3, 11 больным прошивание сосудов в язве.

Из 38 больных, оперированных в срочном порядке, умерли 2 человек. Послеоперационная летальность составила 5,2%. Из них одному пациенту выполнена гастрэктомия и 1 - резекция желудка.

После отсроченных операций из 75 пациентов умер 1 человек. Послеоперационная летальность 1,3%.

В целом причиной послеоперационной летальности у 9 больных (53%) была острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) и острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Из 585 неоперированных больных ОЯГДК умерли 15 пациентов. Все эти больные поступили в клинику в состоянии крайней тяжести, обусловленном массивной кровопотерей и тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. 4 больных умерли от ОССН, 2 от ОИМ при остановленном кровотечении. 9 больных, поступивших с массивным кровотечением на фоне тяжёлой сопутствующей патологии, умерли от декомпенсированного геморрагического шока.

Общая летальность из 760 госпитализированных пациента составила 4,2%, послеоперационная летальность - 10%. Основная летальность оперированных больных связана с острой сердечно-сосудистой и легочно-сердечной недостаточностью. Эти осложнения обусловлены прежде всего острой кровопотерей ещё до поступления в стационар, вторичной кровопотерей при рецидивах кровотечения в стационаре. С этим же связана полиорганная дисфункция у 14 умерших; 44% умерших были оперированы в экстренном порядке и чаще всего с рецидивом кровотечения. Почти такие же причины летальности приводят и другие авторы [5]. Более половины этих больных были старше шестидесяти лет с наличием у них тяжелой фоновой патологии.

Заключение.

Пути снижения летальности от указанных причин, связанных с острой кровопотерей, мы видим в более активной тактике у больных с так называемой угрозой рецидива кровотечения, своевременным восполнением кровопотери и в стабилизации гемодинамики в более ранние сроки.

Необходимо расширять показания для проведения повторных гастроскопий с оценкой гемостаза в язве.

При проведении экстренных и срочных операций оправданы резецирующие операции, обеспечивающие надёжный гемостаз и выздоровление большинства больных от язвенной болезни. При отсроченных операциях к выбору операции можно подходить более дифференцированно. Оперировать этих больных должны наиболее подготовленные высококвалифицированные хирурги.

Литература.

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А., Ивахов Г.Б. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв. Общая хирургия. 2010. № 9. С. 22-30.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Хирургия. 2004. № 5. С. 46-51.
3. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. Хирургия. 2003, № 3. С. 43-49.
4. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. Лечение гастродуоденальных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи. Хирургия. 2003. № 12. С. 44-47.
5. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. Хирургия. 2004. № 3. С. 56-60.

ЭНДСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Низамова Э.И., Мурасов Д.Г., Шамигулов Ф.Б.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО
ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

МУ ГКБ № 3 ГО г.Уфа

Актуальность.

В последние годы специалисты в области абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии РФ свидетельствуют о значительном увеличении случаев осложненного и рецидивного течения язвенной болезни желудка и

двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК), нередко являющегося причиной инвалидности, снижения качества жизни и даже летального исхода [2,3]. В то же время на сегодняшний день в ульцерогенный процесс в слизистой оболочке желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) вовлечено по данным разных авторов в РФ около 10-12 % трудоспособного населения страны [1]. Это объясняется манифестацией вредных привычек в стране (никотинизм, злоупотребление алкоголем), высоким уровнем инфицированности СОЖ НР в популяции (около 70 % в РФ), неправильным пищевым поведением, высоким стрессовым напряжением населения, его низкой санитарной медицинской активностью и санитарной грамотностью [4]. Как известно не осложненное и без рецидивное течение ЯБЖДПК возможно только при адекватном диспансерном наблюдении, обязательном включении в процесс восстановительного лечения санаторно-курортного этапа, проведении медикаментозного противорецидивного профилактического лечения, санитарного просвещения пациентов. Возрастанию частоты встречаемости осложненных и рецидивных форм ЯБЖДПК, увеличение частоты малигнизации язвенного процесса способствует инфицирование слизистой оболочки желудка НР, причем свыше 70-80 % случаев осложненного течения язвенной болезни желудка и свыше 90 % язвенной болезни ДПК ассоциированы с наличием этого возбудителя. Поэтому эрадикация НР в СОЖ пациентов с ЯБЖДПК является краеугольным лечебным моментом в деле профилактики жизнеопасных хирургических осложнений и рецидивирования заболевания [1,4].

К сожалению, не всегда применение комплекса антибактериальных препаратов вызывает полноценную эрадикацию НР, в то же время способствует экологическому дисбалансу в макроорганизме, вызывает множество побочных эффектов, иммунодепрессию, аллергизацию, увеличение токсических эффектов. Поэтому поиск немедикаментозных средств, способствующих эффективной эрадикации НР у больных с осложненным течением ЯБЖДПК является весьма актуальным. Благодаря бурному развитию эндоскопической техники, методик ранней диагностики ЯБЖДПК, совершенствованию технологий малоинвазивной хирургии у хирургов появилась возможность снизить количество хирургических вмешательств, связанных с резекцией желудка. Ведь резекция желудка преследуя лечебную цель – устранение ульцерогенного очага, является по сути противоестественным оперативным вмешательством, так как коренным образом они нарушают гомеостаз и обмен веществ. Одной из причин

неудовлетворительных результатов органосохраняющих операций при осложненном течении ЯБЖДПК (перфорация, желудочно-кишечное кровотечение) являются организационные и медицинские упущения в послеоперационной реабилитации оперированных пациентов в ближайшем и отдаленном периодах. Для трудоспособных пациентов, перенесших резекцию желудка, имеется возможность обеспечения санаторно-курортного этапа гастроэнтерологического профиля на государственном уровне, для других категорий оперированных пациентов реабилитационные мероприятия должны быть проведены в условиях территориальных поликлиник, дневных стационаров, отделений восстановительного лечения.

Целью исследования явилось изучение гистоморфологических особенностей слизистой желудка у больных с ЯБЖДПК, перенесших органосберегающие оперативные вмешательства, и готовящихся к восстановительному лечению.

Материалы и методы.

Эндоскопическим и гистологическим методом было обследовано после оперативного вмешательства: 54 пациента язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 64 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), а также мазки-отпечатки ульцерозной и периульцерозной зон. Эндоскопическое и цитологическое обследование проводилось перед амбулаторным этапом восстановительного этапа лечения на базе МУ ГКБ № 3 ГО г.Уфы.

Результаты и обсуждение.

До лечения у пациентов ЯБЖДПК всех групп при эндоскопическом исследовании у пациентов группы сравнения визуализировалась картина язвенного процесса в стадии рубцевания. Он определялся как регенерирующий дефект с гиперплазированными капиллярами (стадия красного рубца), который диагностировался лишь у 26 больных (22 %) с локализацией патологического процесса в кардиальном процессе, теле и дна желудка. При этом на месте язвенного дефекта визуализировался регенерирующий эпителий с гиперплазированными капиллярами. У 54 больных с ЯБЖ (45 %) и 28 с ЯБДПК (23 %) диагностирован был диагностирован язвенный дефект в стадии белого рубца, что свидетельствовало о незавершенной репарации в СОЖ и двенадцатиперстной кишки. Слизистая оболочка в стадии белого рубца приобретала вид «булыжной мостовой» с дальнейшим запустеванием капилляров. В то же время в периульцерозной зоне язвенного дефекта во всех

случаях (100 %) визуализировалась эндоскопическая картина пангастрита и гастродуоденита, что вполне соответствует утверждениям современных морфологов о том, что даже после заживления язвенного дефекта гастродуоденит сохраняет свою воспалительную и дегенеративную активность, что соответствует клинической картине нестойкой ремиссии. Это подтверждается наличием обильной периульцерозной инфильтрацией нейтрофилами СОЖ, а также визуализация 1-2 плазмочитов в поле зрения, что свидетельствует о хронизации воспалительного процесса в СОЖ и ДПК. Размеры исследуемых нами язв носила переменный характер: круглый у 20 % больных, овальный у 30 %, неправильной форму – у 50 %. Все язвенные дефекты характеризовались высокой степенью инфильтрации мышечной пластинки Ж. Простые типы язв (разрушение только слизистого и подслизистого слоя) не встречались у обследуемых больных. При патоморфологическом обследовании рубцовой и прилежащей к ней ткани стабильный рубец был характерен только у 20 % больных с ЯБДПК и 75 % с ЯБЖ 9 (тела желудка). В микропрепаратах больных преимущественно ЯБДПК отмечалась миграция и пролиферация фибробластов, за счет которого, как считают современные цитологи, идет рост рубцовой ткани за счет которого идет рост рубцовой ткани. Затянувшееся рубцевание язвенного дефекта, которое характеризовалось наличием участков нестабильной рубцовой ткани, проявлялось повышенной деструкцией фибробластов, разрыхлением коллагеновых волокон, десквамацией эндотелия сосудов микроциркуляторного русла, отеком и набуханием базальной мембраны, усилением сосудистой проницаемости в сосудах крупного калибра. Выявленная морфологами деструкция нейтрофилов, торможение созревания грануляционной ткани и ее разрушение усиливало воспаление и тормозило формирование новых грануляций. У 96 % обследованных пациентов выявлено накопление тканевого детрита и фибриноидного некроза на дне язвы, выраженные дистрофические изменения в грануляционной ткани и непосредственно в рубце. При персистенции гиперацидного статуса, повторных поступлениях желудочного сока процесс хронизации ульцерогенной патологии будет неизбежен, особенно при сочетании с психоэмоциональным напряжением, алиментарными факторами, воздействием табакокурения и алкоголя. В 60 % микропрепаратов значительному изменению подверглись сосуды дна и к краев язв, в которых выявлялись воспалительная инфильтрация стенок, фибриноидный некроз и тромбоз, активация процессов продуктивного эндоартериита. У 50 % больных выявлена выраженная

инфильтрация нервных стволов, являющейся причиной болевого синдрома, даже в период ремиссии и затухающего обострения.

Результаты верификации НР в СОЖ и слизистой ДПК цитологическим методом выявили инфицированность данным микробным агентом у 40 % обследованных, а уреазным тестом у 50 % пациентов.

Заключение.

Таким образом, выявленные нами цитологические и микробиологические особенности СОЖ и слизистой ДПК пациентов, перенесших органосберегающие оперативные вмешательства по поводу осложненного течения ЯБЖДПК свидетельствуют о незавершенности репаративных процессов в зоне ulcerогенного очага, сохранении воспалительных изменений, нарушениях микроциркуляции. Это доказывает важный постулат о том, что оперативное вмешательство является лишь предварительным этапом выздоровления и требует проведения в СОЖ и ДПК, окончательной эрадикации НР, купирования воспалительных и дегенеративных патологических изменений, достижения полноценной ремиссии, что возможно только при сочетанной применении современной фармакотерапии, технологий современной гастроэнтерологии и восстановительной медицины, обязательного диспансерного наблюдения.

Литература.

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника/ Л.И. Аруин, В.А. Исаков.-М.:Триада-Х,1998.-495 с.
2. Белослюдцева В.П. Хеликобактерную теорию не следует абсолютизировать/ В.П. Белослюдцева// Врач.-2001.-№ 8.-с.45-48.
3. Гильмутдинов А.Р., Э.И.Низамова, А.Г.Хасанов, Эндоскопические и морфологические изменения у больных, перенесших операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне кумысолечения.- Морфологические ведомости.- 2006.- №1-2.- с.64-68.
4. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения.- Московское информационное агентство.- Москва, 2008.-с.87-112.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ.

Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Бадретдинов А.Ф.

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Актуальность.

В последние десятилетие отмечается неуклонный рост числа операций, выполненных на органах брюшной полости. Вместе с тем растет число оперативных пособий, выполняемых по экстренным показаниям. В связи с этим все большее значение приобретает вопрос развития и внедрения новых малоинвазивных технологий в неотложной хирургии. Одним из таких способов оперативных вмешательств является видеолaparоскопия. При внедрении в клиническую практику лапароскопии основным сдерживающим фактором являлась высокая стоимость лапароскопической аппаратуры и инструментария. Однако по мере накопления опыта было доказано, что затраты полностью компенсируются за счет сокращения времени пребывания больных в стационаре, снижении послеоперационных осложнений и летальности. Немаловажное значение имеют очевидные косметические преимущества видеолaparоскопии, особенно у женщин.

В начальный период внедрения лапароскопии в экстренную хирургию более 70% всех операций составляли диагностические лапароскопии при аппендиците и тупой травме живота, что определяло в дальнейшем тактику и характер оперативного пособия. В настоящий момент это соотношение резко изменилось в сторону выполнения таких операций, как холецистэктомия, аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы, ушивание кровоточащих язв, адгезиолизис.

Активное внедрение малоинвазивных технологий в Республике Башкортостан связано с именем член-корр. РАН, профессором В.М.Тимербулатовым. На кафедре хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ (зав. кафедрой проф. В.М.Тимербулатов) большинство хирургов РБ прошли курсы первичной специализации с последующим усовершенствованием по видеолaparоскопии и самостоятельно выполняют большинство лапароскопических операций.

Цель исследования - применение видеоэндоскопических операций у больных с экстренной хирургической патологией с целью снижения трудоемкости и продолжительности оперативного вмешательства, профилактики послеоперационных осложнений.

Материал и методы

Городская клиническая больница №8 – это многопрофильное медицинское учреждение на 549 коек. Больница является базой кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» (зав. кафедрой проф. А.Г.Хасанов).

Видеоэндоскопические вмешательства выполнены у 1641 пациента с неотложными хирургическими заболеваниями за период с 1998 по 2011 годы. На сегодняшний день в нашей клинике активно применяются лапароскопические методы: холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, устранение острой спаечной кишечной непроходимости, санация и дренирование поджелудочной железы при панкреонекрозе, программируемые санации при перитоните, устранение заворотов кишечника, ушивание кровоточащих язв, ушивание ножевых ранений органов брюшной полости, остановка кровотечений из паренхиматозных органов, гинекологические операции на органах малого таза.

Наибольшее количество видеолапароскопии 935 выполнено с диагностической целью. Видеолапароскопия позволила избежать выполнения лапаротомии у 205 (22%) пациентов с подозрением на острый аппендицит. Наиболее часто при диагностической лапароскопии выявлялся мезаденит, пельвиоперитонит, кисты желтого тела.

Использование видеолапароскопии при закрытой травме живота позволяет своевременно выявлять повреждения органов брюшной полости. Показанием к диагностической лапароскопии при повреждениях живота считаем клинические проявления перитонита, повреждение таза, травмы почек, мочевого пузыря.

При подтверждении диагноза острого аппендицита во время выполнения диагностической лапароскопии производим видеолапароскопическую аппендэктомию. Противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии считаем распространенный гнойный перитонит, аппендикулярный инфильтрат, выраженный спаечный конгломерат в области слепой кишки. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 184 больных с различными формами острого деструктивного аппендицита. Формирование культи червеобразного отростка осуществлялось лигатурным способом. Осложнений в раннем послеоперационном не отмечено. В послеоперационном периоде больные после видеолапароскопической аппендэктомии в обезболивающих препаратах нуждались значительно реже, чем после традиционной аппендэктомии, что значительно повышает физическую активность пациентов в раннем послеоперационном периоде.

У пациентов с острым холециститом выполнено 328 срочных холецистэктомий. При этом в 14-х случаях произведен переход на лапаротомию в связи с необходимостью ревизии общего желчного протока.

Видеолапароскопия выполнена у 52 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). Спаечная непроходимость выявлена в 31, заворот сигмовидной кишки – в 11, заворот тонкой кишки в -7, ущемлении внутренних грыж живота – в 3 случаях. В экстренном порядке оперированы 32 (62%) больных, остальные – после предоперационной подготовки. Среди пациентов со спаечной кишечной непроходимостью у 12 в анамнезе были неоднократные вмешательства на органах брюшной полости.

Переход на лапаротомию осуществлен у 6 (12%) больных по разным причинам: ввиду массивного спаечного процесса у 2 больных, резкого вздутия петель кишечника у 3, из-за некроза кишки у 1 больного.

Отработка показаний и противопоказаний применения видеолапароскопии при ОКН продолжает совершенствоваться. С целью определения возможности проведения лапароскопического вмешательства, профилактики осложнений необходимо анализировать данные рентгенографии органов брюшной полости, ультразвукового сканирования висцеропариетальных сращений. Введение первого троакара считаем оптимальным после проведения открытой лапароскопии и пальцевой ревизии брюшной полости, при этом стилет не используется, что значительно снижает риск перфорации полого органа. Противопоказанием для проведения лапароскопии считаем интимное сращение органов с париетальной брюшиной, выраженность спаечного процесса 4 степени по А.Блинникову, при перфорации и кровотечении из полого органа на фоне ОКН. Для интраоперационной профилактики спаечной болезни брюшины в конце операции вводили дезагреганты, раствор Реамберина.

Эндохирургическим способом оперировано 96 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 52, женщин 4. Возраст пациентов составлял от 19 до 70 лет. Ушивание перфоративной язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки проведено в 47 случаях, а язвы желудка в 9 случаях. По экстренным показаниям поступили в стационар через 1-6 часов после начала заболевания 36 больных, через 6-12 часов – 14 больных, через 12-24 часа – 6 больных. Всем больным до операции выполнялась фиброгастроуденоскопия под анестезией для определения размера и локализации язвы. Размеры перфорационного отверстия составили от 2 до 5 мм. Ушивание проводилось через все слои в один ряд с наложением интракорпоральных узловых швов. При прорезывании или сомнении в герметичности швов накладывали дополнительно зет-образный шов. Затем

проводится адекватная санация брюшной полости с удалением фибриновых пленок. Ушивание прободной язвы выполняется в основном лапароскопически. Однако при больших язвах выполняется санация брюшной полости, затем минилапаротомным доступом выполняется иссечение язвенного дефекта и ушивание однорядным швом. Несостоятельность швов развилась в 3-х случаях, что потребовало выполнение лапаротомии.

Видеолапароскопия активно применяется для диагностики ранних послеоперационных осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде лапароскопия выполнена у 25 больных, с подозрением на перитонит или внутрибрюшное кровотечение. В 9 случаях диагностирован распространенный перитонит, что послужило выполнением экстренной лапаротомии. У 12 больных при лапароскопии был выявлен местный перитонит, что позволило произвести лапароскопическую санацию и избежать релапаротомии. При развитии ранней спаечной кишечной непроходимости у 8 больных произведен лапароскопический адгезиолизис. В 5 случаях при развитии желчного перитонита после холецистэктомии выполнена лапароскопическая диатермокоагуляция ложа желчного пузыря. У 2 –х больных при несостоятельности культи пузырного протока после холецистэктомии повторно наложены клипсы, произведена лапароскопическая санация брюшной полости.

Результаты.

При анализе результатов применения видеолапароскопии установлено, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с острым холециститом составила 7,6 дня, острым аппендицитом 5,2 дня, прободной язвой желудка 7,3 дня, панкреонекрозом 12,3 дня.

Заключение.

Видеолапароскопия является высокоэффективным, безопасным, малотравматичным способом хирургического лечения, дающая наименьшее количество послеоперационных осложнений и способствует ранней активизации больных.

Постоянное повышение квалификации эндохирурга, адекватный отбор больных и тщательное соблюдение техники вмешательства позволяет свести к минимуму риск экстренного хирургического вмешательства.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

Суфияров И.Ф, Мусин А.Р., Шамсиев Р.Э., Шайбаков Д.Г.

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

МУ ГКБ№8 г.Уфа

Актуальность.

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень летальности остается высоким и составляет от 10-14% до 30% [1,2]. До 40% в структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями занимают лица пожилого и старческого возраста [3,4]. При этом до 20% больных поступает позже 24 часов от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны [2,5].

Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара.

Материал и методы. Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных

гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2008 - 2010 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст $39,1 \pm 16,1$ лет. Мужчин - 103 (64%), женщин было 57 (36 %) (соотношение 1,8:1).

Пациенты, оперированные в период с 2008 - 2009гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка хирургического риска проводилась на основании изучения историй болезней и амбулаторных карт. Пациенты, находящиеся на лечении с 2009г. по 2010г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась в ходе предоперационной подготовки и в динамике раннего послеоперационного периода, при этом лечащим врачом давались конкретные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения.

Результаты и обсуждение.

Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р): **ИРК = ШИ*Ф*Р.**

Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Альговерым. Данная методика определения величины кровопотери проста и доступна каждому врачу.

Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а – 5, Ф1в – 4, Ф2а – 3, Ф2в – 2, Ф2с - 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14 мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Дополнительно нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2-8 балла - 20%, 8-13 балла – 30%, 13-19 – 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных (100%). Срок действия прогноза - в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более.

Главным опорным пунктом является выявление необходимости экстренной операции. Если она необходима (более 17 баллов ИРК), сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике.

При этом целью операции является, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, и, во-вторых, излечение его от язвенной болезни. Наш опыт свидетельствует, что всем этим требованиям при кровоточащих дуоденальных и пилороантральных язвах в достаточной мере отвечает операция иссечения язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка обоснована у больных с локализацией язвы тела или в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, в ранние сроки от начала кровотечения, а также в тех случаях, когда во время операции обнаруживаются признаки малигнизации язвы. Паллиативные операции в виде изолированного прошивания или иссечения язвы любой локализации допустимы у больных только при крайне тяжелой кровопотере и тяжелых сопутствующих заболеваниях, исключающих радикальное вмешательство.

Одним из основных критериев в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений являются показатели общей летальности (табл. 1).

Табл. 1

Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями.

Группа	Оперативное лечение	Эндоскопический гемостаз	Консерв. терапия	Летальность	
				Абс.	%
Основная n = 87	12	57	18	2	2,3
Контрольная n = 73	16	44	13	3	4,1

Главным доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%. Использование разработанного метода выявления риска рецидива кровотечения

позволяет быстро и объективно оценить вероятность такого рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Выводы.

1. Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар
2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

Литература.

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. М: Медицина 1982; 224.
2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2009, №2, с. 32-34.
3. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; №1, с. 58—64.
4. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М: Медицина 2004; 304.
5. Freston J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues. World J Surg 2000; 24: 3: 250—255.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ.

Баранников К.В.¹, Тофан А.В.²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика,

² ГУ «Национальный институт рака» МЗ Украины.

Актуальность.

Показатель частоты выявления рака желудка на ранних стадиях, несмотря на большое количество публикаций по проблемам диагностики рака желудка с использованием современных эндоскопических технологий, остается дискуссионным, равно как и сама проблема своевременного выявления и лечения заболевания на ранних стадиях. Интенсивное развитие эндоскопической техники за последнее десятилетие позволило существенно повысить уровень диагностики предраковых состояний и заболеваний желудка, а широкое внедрение в лечебный процесс малоинвазивных эндохирургических вмешательств позволило разработать новые методы, которые на раннем этапе

лечения способствуют существенному уменьшению осложнений, инвалидности, расходов на лечение и улучшают качество жизни.

Цель.

Определить влияние современных высокотехнологичных препаратов на этапе введения в подслизистый слой при выполнении резекции слизистой желудка на до операционном этапе у больных с предопухолевыми заболеваниями желудка, и эффективность метода в сочетании с резекцией слизистой, эндоскопической подслизистой диссекцией желудка, вариантах резекции органа при лечении рака желудка на ранних стадиях.

Материалы и методы.

Комплексная оценка в исследовании соответствовала основным требованиям Американского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE), Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) и стандартам Всемирной организации эндоскопии пищеварительного тракта (OMED) с выполнением обязательной эндоскопической сонографии.

Представленные в работе данные получены на материале из выборки 623 больных раком желудка на ранних стадиях, из них 381 (61,2%) - женщин и 242 (38,8%) - мужчины (соотношение 1,6:1), все белой расы с обремененным по наследству анамнезом относительно заболевания раком желудка. Среди исследованной группы по возрасту больные были от 23 до 72 (в среднем - 57,3) лет. Наблюдалось значительное увеличение заболеваемости у больных старше 42 лет

В зависимости от характера заболевания в интраиндивидуальной схеме обозначенной части исследования контингент больных был разделен на основные группы коррелирующие общим данным:

Группа А - больные ранним раком желудка (истинный РРЖ) Подгруппы: А1 (А1-1 / РРЖ в одиночном очаге, А1-2 / РРЖ имеющейся мультицентричный рост; А2: (А2 – 1 / Ранний рак в краях хронических язв желудка, А2 - 2 / Предраковые изменения СОЖ, хронический атрофический гастрит, полипы и поверхностные эпителиальные новообразования (ПЭН), в сочетании с РРШ).

Группа В - больные с факультативными и облигатными предраковыми состояниями желудка и предраковыми изменениями СОЖ.

Группа С - больные раком желудка I-IIст. (T1-2N0-1M0) (подгруппы С1, С2, С3 сформированы в соответствии с TNM.)

Группа D – Контроль (D1 - Условно здоровые люди; D2 - Больные раком желудка III-IVст.).

Табл. 1.

Группа А (РРЖ)				Группа В (ПРСЖ)	Группа С	Группа D (контроль)	
А1		А2				D1	D2
A1-1	A1-2	A2 - 1	A2 - 2		Ca ventriculi (T1-2N0-1M0)	Условно здоровые	Ca ventriculi III-IV ст.
22	31	8	26	68	34	40	30

По объему и характеру оперативных вмешательств сформирован следующие группы:

Группа I (подгруппы Ia - Больные которым выполнена эндоскопическая резекция подслизистого слоя (ЭРПС) желудка; Ib - Больные которым выполнена резекция слизистой оболочки (PCO) желудка).

Группа II - больные, получившие лечение общехирургическими методами (подгруппы IIa - проксимальная субтотальная резекция; IIb - дистальная субтотальная резекция; IIc – гастрэктомия).

Группа III - больные, которым выполнена инъекционная эндоскопия (подгруппы IIIa, IIIb и IIIc сформирована за распределением по соответствующим группам А, В, С).

Группа IV - лапароскопические и малоинвазивные хирургические вмешательства.

Группа V (обследование) - больные, на раннем диагностическом этапе, которым не было выполнено ни профилактических ни лечебных манипуляций или вмешательств эндоскопического, лапароскопического или общехирургического профиля.

Табл. 2

Группа I (49/42)		Группа II (32)			Группа III (IE)			
Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc	IIId
ЕРППШ	PCOЖ	ПРСЖ	ДСРЖ	Г/Э	Больные группы А	Больные группы В	Больные группы С	Больные группы D
16 (2)	26 (14)	4	29	12	19	32	12	30

Результаты.

Предложенная нами методика инъекционной эндоскопии выполнялась посредством инфльтрация солевого раствора адреналина в нескольких точках в

основании очага, предварительно раствор модифицировался путем добавления биосовместимых наночастиц диоксида титана (TiO_2) и подвергался воздействию высокочастотного облучения с инверсией фаз влияния., как часть работы по внедрению методик доставки современных высокотехнологичных препаратов в очаги поражения эндоскопическим методом.

В 26 случаях материал был направлен на иммуногистологическое исследование, данные которого дали возможность по нашим данным говорить о относительно выраженном генотоксическом эффекте действия диоксида титана, в том числе и в части документации фактов порывов нитей ДНК в клетках, под действием светового пучка, который с помощью современного эндоскопического оборудования фокусировался в четко ограниченном участке опухоли, или на очагах предопухолевого заболевания в полости органа.

Выполнение данной методики во всех группах дало выраженный позитивный эффект, подтвержденный морфологическими исследованиями в 44% случаев на протяжении первых трех месяцев, в 62% случаев на протяжении 6 месяцев наблюдения и в 87% на протяжении года. Синхронные улучшения показателей по визуально-аналоговой шкале на протяжении первого месяца были отмечены у 92% пациентов.

По нашим данным методом ЭРПСЖ и ЕРСОЖ полное удаление опухолей удалось выполнить у 84% больных, при этом частота рецидивирования заболевания составила 2,9%. В связи с неполным удалением опухоли хирургическое вмешательство было выполнено менее чем у 14% пациентов. У остальных пациентов было выполнено повторное удаление опухоли. Во время выполнения указанных эндоскопических операций кровотечение возникло у 2,2% больных, 1 пациент в связи с критическим состоянием был прооперирован в ургентном порядке (лапаротомия, клиновидная резекция желудка). Летальных случаев не было.

Выводы.

Разработанная методика инъекционной эндоскопии может быть использована в сочетании с эндоскопической резекцией слизистой оболочки желудка и диссекцией в подслизистом слое, а также в комплексе с малоинвазивными методами лечения с целью усиления процессов репаративной регенерации в слизистой оболочке желудка на дооперационном этапе.

При язвенном поражении желудка, в случаях атрофического гастрита, а также в стадии Tis и T1a (при инвазии исключительно слизистой оболочки)

возможно использовать данную методику у тщательно отобранных пациентов с низким риском прогрессирования опухолевых процессов как самостоятельный метод лечения. Однако для получения достоверных результатов необходимо продлить период наблюдения в группах, как часть проспективного контролируемого исследования.

При выполнении описанного метода сформирован пошаговый алгоритм лечения и наблюдения конкретных групп больных.

ЭТАПНЫЕ САНАЦИИ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.

Макарович А.Г., Чернядьев С.А., Айрапетов Д.В.

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

Минздравсоцразвития России,

Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета

МБУЗ «Центральная городская клиническая больница №1» г.Екатеринбург

Актуальность работы.

Конечная цель хирургических вмешательств у больных панкреонекрозом состоит в удалении некротических тканей поджелудочной железы и, что более важно, из парапанкреатической клетчатки, ведь именно парапанкреатит и его распространенность во многом определяют дальнейшую судьбу больного [1;3].

Известно, что демаркация очагов некроза наступает, в среднем на третьей неделе заболевания, в связи с чем адекватная некрсеквестрэктомию возможна именно в эти сроки. Хирургические вмешательства, предпринимаемые до формирования секвестров нацелены на снижение нагрузки на системы детоксикации и обеспечение контроля за динамикой формирования секвестров, а также обеспечение своевременной диагностики и лечения инфекционных осложнений. Общеизвестно, что процесс в поджелудочной железе и брюшинной клетчатке развивается не одновременно, он продолжителен во времени, поэтому при первичном вмешательстве провести одномоментную санацию невозможно. Эта особенность панкреонекроза диктует необходимость применения программированных санаций, по сути, представляющих собой этапные некрсеквестрэктомии. В связи с этим продолжается совершенствование методик санации очагов панкреатогенного некроза, одной из которых является воздействие низкочастотным ультразвуком.. Установлено, что низкочастотный ультразвук ускоряет сроки очищения ран от гнойно-некротических масс,

стимулирует процессы репарации, позволяет провести щадящую некрэктомию в сочетании с дезинфекцией раны благодаря бактерицидному действию, что благоприятно сказывается на результатах лечения пациентов с перечисленной патологией [2]. Длительное время возможность использования технологии лечения с применением низкочастотного ультразвука в России сдерживалась отсутствием на рынке доступных отечественных устройств универсальной направленности. Появление на рынке аппарата АУЗХ-100, разработанного компанией «Фотек», открывает перед методом новые перспективы. В клинике хирургических болезней лечебно-профилактического факультета УГМА низкочастотный ультразвук в лечении пациентов с панкреонекрозом применяется с 2010г.

Целью настоящего исследования являлось изучение возможности использования низкочастотного ультразвука при санации очагов панкреатогенной инфекции для улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом.

Задачи:

1. Разработать и применить в клинической практике методика программированных санаций очагов панкреатогенной инфекции с использованием аппарата АУЗХ-100 «Фотек».
2. Изучить результаты использования разработанной методики в клинической практике.

Материалы и методы.

Ретроспективно оценены результаты санаций сальниковой сумки после открытой оментобурсостомии и абдоминализации поджелудочной железы, предпринятых по поводу распространенного панкреонекроза в клинике хирургических болезней лечебно-профилактического факультета УГМА на базе ЦГКБ №1. Клиника располагает уникальным опытом применения оригинальной методики лечения панкреонекроза, разработанной под руководством проф. В.А.Козлова [3;4]. Эта оригинальная методика, явившаяся результатом 30-летнего изучения вопросов лечения панкреонекроза, к настоящему времени включает лапароскопию, эндоскопическую бурсооментоскопию и бурсооментостомию, раннюю абдоминализацию поджелудочной железы и программированные санации очагов панкреатогенного некроза. Показаниями к ранним операциям, выполняемым до развития инфекционных осложнений, являлись ферментативный перитонит, панкреатит с механической желтухой и/или

холангитом, стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность. Объем операции – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, по показаниям – холецистостомия, формирование бурсооментостомы из минидоступа, абдоминализация поджелудочной железы. В последующем выполнялись программированные санации сальниковой сумки с этапными некрсеквестрэктомиями. При первичном вмешательстве возбудитель был идентифицирован в 19% проб. В посевах преобладала кишечная грамотрицательная флора (61,5% от положительных посевов), чаще других обнаруживалась E.coli (5,7%).

Диагноз панкреонекроза и его осложнений устанавливался на основании рекомендаций IX Всероссийского съезда хирургов (Волгоград, 2000), в практической работе использовалась классификация В.С.Савельева (2006) [1]. В качестве критериев эффективности проанализированы показатели летальности, распространенности интраабдоминальных и легочных осложнений, а также сроки пребывания в стационаре. Степень тяжести панкреонекроза оценивалась по ранним критериям J.Ranson, шкале SAPS, интегральной шкале тяжести физиологического состояния (ТФС) и индексу поражения поджелудочной железы, забрюшинного пространства и брюшной полости (ИПБП) [5]. Тяжесть перитонита оценена с использованием Мангеймского перитонеального индекса (MIP).

В соответствии с целью исследования проанализированы результаты хирургического лечения больных в двух клинических группах, сформированных согласно методикам, применявшимся для санации сальниковой сумки. Исходя из цели и задач исследования, результаты различных методик санаций сальниковой сумки были проанализированы у больных, закончивших лечение выздоровлением (некрсеквестрэктомиями с заживлением раневых полостей). Первую группу (30 человек) составили пациенты, у которых при санации сальниковой сумки применялось низкочастотное ультразвуковое воздействие. Использовали аппарат АУЗХ-100 «Фотек». Вторая группа (40 пациентов) состоит из больных, которым санации сальниковой сумки выполнялись по традиционной методике и включали лаваж сальниковой сумки растворами антисептиков с механическим удалением свободно лежащих секвестров.

Полученные результаты.

Анализ демографических показателей, степени тяжести заболевания, характера оперативных вмешательств показал, что в группах больных,

выделенных на основании различных режимов выполнения санаций сальниковой сумки, отсутствовали достоверные различия по возрастным показателям, этиологическим факторам панкреонекроза, травматичности и объему операционного доступа. Оценивая сформированные группы с использованием интегральных шкал, мы пришли к выводу, что значимые различия по прогностическим критериям исхода (Ranson), степени выраженности органной дисфункции (SAPS и ТФС), между 1 и 2 группами при поступлении отсутствуют. Это позволило считать сравнение групп корректным.

Среднее число санаций в первой группе составило $4,0 \pm 3,0$ (от 2 до 10). Во второй группе пациентов, лечившихся по традиционной методике, число санаций колебалось от 4 до 13, в среднем составив $6,6 \pm 2,7$. Сроки первой санации в среднем, составили $5,5 \pm 1,2$ суток в группе 1 и $5,9 \pm 1,9$ в группе 2. В эти сроки отмечалось диффузное геморрагическое пропитывание ткани железы и парапанкреатической клетчатки с тенденцией к отграничению зон некрозов.

Дальнейшая макроскопическая картина в группах 1 и 2 различалась. В группе 2 (пациенты, лечившиеся в традиционном режиме) на 6-12 сутки, что, как правило, соответствовало 2 и 3 санациям, имелись признаки отграничения зон некроза с формированием фиксированных секвестров. Формирование свободно лежащих секвестров, позволяющих выполнить некрсеквестрэктомию в группе 2, как правило, отмечалось с 12-15 суток, что соответствовало 4-5 санации. В дальнейшем до окончания периода санаций сохранялась мелкая крошковидная секвестрация с обильным гнойным отделяемым до 6-8 санации ($33 \pm 8,1$ суток). В дальнейшем бурсооментостома заживала вторичным натяжением. Средние сроки начала некрсеквестрэктомии у больных при использовании традиционной методики санаций составили $14,7 \pm 4,8$ суток от первичного вмешательства. Средняя продолжительность программированных санаций сальниковой сумки в группе 2 составила $33,8 \pm 8,1$ суток. Частота аррозивных кровотечений составила 2,5 %, панкреатических свищей – 5%, дигестивных свищей (неполный свищ поперечной ободочной кишки) – 2,5%.

Использование при санациях сальниковой сумки низкочастотного ультразвука позволило ускорить выполнение некрсеквестрэктомии. При ультразвуковой санации начало секвестрэктомии относилось к $5,5 \pm 1,2$ суткам. Наряду с этим, при ультразвуковом воздействии в связи с ранним началом

щадящей секвестрэктомии, нами отмечены меньшие значения итогового ИПБП, а также меньшая продолжительность периода программированных санаций. Все это позволило быстрее завершить период программированных санаций, сократив его с $33,8 \pm 8,1$ до $23,2 \pm 4,4$, а также уменьшить абсолютное количество самих санаций, что снизило уровень хирургической агрессии и уменьшило количество хирургических вмешательств в условиях наркоза. Уменьшение числа программированных санаций сопровождалось снижением частоты дигестивных и панкреатических свищей, аррозивных кровотечений, что отражает низкий уровень ИПБП. Частота других интраабдоминальных осложнений, таких как перитонит, забрюшинные флегмоны, нозокомиальные пневмонии не имела тенденции к снижению. С позиций патогенеза панкреонекроза эти факты можно объяснить тем, что формирование скоплений стерильного выпота с высокой ферментативной активностью в брюшной полости и забрюшинной клетчатке, как и развитие собственно некроза железы, происходит в первые часы заболевания. Таким образом, применяемая на 4-6 сутки технология не в состоянии повлиять на первичное повреждение и уменьшить объем девитализированных тканей. Аррозивные кровотечения, а также панкреатические и дигестивные свищи развиваются позднее в результате секвестрации очагов некроза в парапанкреатической клетчатке и, как правило, являются следствием массивного повреждения клетчаточных пространств, а в ряде случаев и агрессивной методики некрсеквестрэктомии. В связи с этим ранняя щадящая методика удаления некротизированных тканей неизбежно снижает частоту этих тяжелых, а иногда и фатальных, осложнений панкреонекроза.

Выводы.

Проведенное нами исследование продемонстрировало преимущества низкочастотного ультразвукового воздействия (аппарат АУЗХ-100 «Фотек») при санациях сальниковой сумки у больных с панкреонекрозом в сравнении с классической методикой. Использование ультразвуковой санации позволило ускорить выполнение некрсеквестрэктомии, сократить сроки использования режима программированных санаций, позволило избежать таких тяжелых осложнений, как панкреатические и дигестивные свищи и аррозивные кровотечения. Все это благотворно сказалось сроках госпитализации пациентов и результатах лечения. Мы не отметили нежелательных эффектов, связанных с проведением манипуляции.

Литература.

1. Деструктивный панкреатит. Стандарты диагностики и лечения/ В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Б.Р.Гельфанд, С.З.Бурневич //Анналы хирургической гепатологии. –2001. – т.6,№2. – с.115-122.
2. Клименко, И.Г. NO - терапия и низкочастотный ультразвук в лечении гнойных заболеваний мягких тканей. Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ И.Г.Клименко; ГОУ ВПО УГМА. – Екатеринбург. – 2009.
3. Козлов, В.А. Абдоминализация поджелудочной железы, бурсооментоскопия и локальная гипотермия в лечении острого панкреатита/ В.А.Козлов, В.И.Стародубов.- Свердловск. – Издательство Уральского университета, 1988.
4. Козлов, В.А. Принципы хирургического лечения деструктивных форм панкреонекроза Текст. / В.А. Козлов, И.В. Козлов, Е.Б. Головки // Первый Московский Международный конгресс хирургов: тезисы докладов.М.,1995.-С.171-173.
5. Лебедев, Н.В. Системы объективных оценок тяжести состояния больных с панкреонекрозом / Н.В.Лебедев, А.Ю.Корольков // Хирургия. – 2006. -№7. – с.61-65.

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГА.

Чернядьев С.А., Козлов В.А., Макарович А.Г.

Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

Минздравсоцразвития России, г.Екатеринбург

Актуальность.

Основными показателями качества подготовки врача является его готовность к практической работе в ЛПУ. После подписания РФ Болонской декларации значительно большее внимание стало уделяться улучшению подготовки. Для этого необходимо знать и своевременно устранять недостатки в процессе обучения.

Уже в основополагающих документах по подготовке интернов и ординаторов хирургов имеются определенные пробелы. Качество подготовки, в основном, оценивается преподавателями ВУЗа на практических занятиях, семинарах, зачетах, экзаменах. Очень широко используются тестовые программы. Они, как правило, разрабатываются, применяются и, главное, оцениваются теми же людьми, которые занимаются и подготовкой врачей. То есть, мы оцениваем сами себя.

В подготовке врача хирурга заинтересованно, как минимум четыре стороны: преподаватели, студенты, больные и учреждения здравоохранения. Преподаватели имеют наибольшие возможности высказать свою точку зрения и провести, если нужно, какие-то изменения в процессе преподавания. Студенты

постоянно такой возможности не имеют. Она появляется только при правильно организованном анонимном анкетировании. Больные высказаться о недостатках в качестве готовящихся специалистов, пожалуй, могут лишь написанием жалоб.

Органы здравоохранения, ЛПУ, по существу “покупатели”, могут дать свою оценку принятых ими специалистов лишь после того, как они какое-то время поработали. Это похоже на то, что мы покупаем вещь исходя из характеристики продавца. Недаром существует выражение, что когда специалист приходит на производство, ему говорят: «Забудьте все, чему Вас учили в ВУЗе, начинайте учиться и работать так, как это происходит в жизни».

Оценить качество подготовки врача хирурга и улучшить его без участия всех заинтересованных сторон нельзя. Этому и посвящена наша работа.

Цель работы: улучшение результатов постдипломной подготовки врача хирурга.

Задачи:

1. Остановиться на некоторых недостатках основополагающих документов;
2. Показать необходимость участия в оценке качества подготовки всех заинтересованных сторон;
3. Отметить необходимость согласования подходов к оценке качества подготовки

Материалы и методы.

При написании работы нами были использованы основополагающие документы по подготовке интернов и ординаторов по специальности хирургия:

1. Типовой учебный план и образовательно-профессиональная программа подготовки в клинической ординатуре по специальности хирургия (1999г.);
2. Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Специальность № 040126 «хирургия» (2002);
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ “Об утверждении квалификационных требований к специалистам...” (2004г.)

Помимо этого, для анонимного анкетирования применялась разработанная нами анкета, включающая 37 вопросов. Минздравсоцразвития на первичном этапе, а так же в дальнейшем каждые 5 лет, проводит аттестацию врачей на получение категории. Тесты для аттестации хирургов составлены очень квалифицированной группой ученых. Состав банка тестовых заданий по общей

хирургии содержит 16 разделов, включающих 985 тестов. Количество их в каждом разделе зависит от его удельного веса.

Анонимное анкетирование и сдачу экзамена по тестам для аттестации хирургов мы провели перед окончанием обучения у девяти интернов и шести ординаторов. По анонимному анкетированию каждому было задано по 37 вопросов по банку для аттестации хирургов, каждый отвечал на 100 тестов. Интерны всего ответили на 900, ординаторы на 600. Проведено сравнение оценки качества подготовки, данное преподавателями, самими обучающимися с результатами тестирования, применяющегося для аттестации хирургов.

Анонимное анкетирование проводится на кафедре более двух десятков лет, в то время как анонимное анкетирование параллельно с тестированием по тестам, применяющимся для аттестации хирургов, - впервые. Этот первый опыт дал интересные результаты, которые, на наш взгляд, заслуживают пристального внимания.

Результаты.

Говоря об основополагающих документах, прежде всего надо отметить практически отсутствие положений клинической больницы с правами и обязанностями ЛПУ и кафедры. Уральская государственная медицинская академия своих баз не имеет, кафедры располагаются в ЛПУ города и области. На базе нашей кафедры (ЦГКБ№1) практические врачи постоянно участвуют в подготовке интернов и ординаторов. Главный врач больницы, начмед по хирургии, два из пяти заведующих отделениями являются сотрудниками кафедры. Разногласий между базой и кафедрой в настоящее время нет, но они, учитывая изменившиеся экономические условия, могут появиться. Имеется острая необходимость в разработке положений о клинической больнице с учетом с учетом экономических возможностей, экономической целесообразности и, наконец, наличие взаимной выгоды от совместной работы кафедры и ЛПУ.

Нормативные документы по подготовке интернов и ординаторов написаны хорошо, но и в самих документах, и их применение имеет определенные недостатки. Обращает на себя внимание попытка охватить большое число смежных специальностей. Возникают вопросы по распределению часов. Часть рекомендаций выполнить просто нельзя [2]. Так в «Образовательном стандарте профессиональной подготовки...» указано: «Специалист должен уметь выполнить следующие операции и манипуляции: резекция желудка, наложение билиодигестивных анастомозов, выскабливание матки, кесарево сечение...».

Указанные хирургические вмешательства при сегодняшней постановке обучения слишком сложны. Что касается гинекологов, то они не допускают наших интернов и ординаторов даже к простым манипуляциям. Необходим жестко установленный, выполняемый минимум, невыполнение которого влекло бы лишение свидетельства о прохождении интернатуры или ординатуры. Если выполнение этого минимума не может обеспечить выпускающая кафедра, то подготовкой интернов и ординаторов заниматься она не должна.

В УГМА четыре хирургических кафедры готовят интернов и ординаторов. Каждая из них имеет свой учебный план и образовательную программу, составленные на основании указанных документов. На наш взгляд разных планов и программ быть не должно. Изменения могут вносить в виде приложений. Только так сохраняется возможность объективно судить о выполнении стандарта.

При анализе ответов при анонимном анкетировании все интерны и ординаторы выбрали будущую профессию. Если лекционный курс в целом был оценен положительно, то персонально разным преподавателям было сделано от одного до двадцати трех замечаний.

На вопрос о соответствии тематики практических занятий на кафедре интерны и ординаторы ответили утвердительно. Не столь однозначно высказались они о постановке практических занятий и персонально о проводивших их преподавателях. Половина отметили недостаточный разбор больных. Основной претензией является, по их мнению, то, что им мало доверяют выполнение манипуляций и операций.

На вопрос: «Как Вы оцениваете постановку преподавания на кафедре в целом?», более половины оценили на «хорошо», остальные – «удовлетворительно». Неудовлетворительных оценок не было. Так же оценили интерны и ординаторы человеческие качества преподавателей.

Никто из преподавателей не остался равнодушным, узнав о промахах при чтении лекций и проведении практических занятий и других недостатках. Трудно переоценить и привлечение интернов и ординаторов к управлению учебным процессом. Этот диалог способствует не только улучшению качества обучения, но и созданию нормального «климата» на кафедре и формированию активной жизненной позиции.

Анализ данных экзаменационных тестов, применяющихся для аттестации хирургов, показал, что знания по различным разделам хирургии резко отличаются. Интерны лучше всего подготовлены по общим принципам и методам лечения в

хирургии, по сосудистой хирургии и хирургии органов брюшной полости. Но и здесь процент неправильных ответов велик – соответственно 22,9%, 24%, 26,9%. Хуже всего ответы были даны по травматологии и ортопедии (50%), урологии (48,7%) и клинической анатомии и оперативной хирургии (47,8%). Несколько лучше выглядели ответы клинических ординаторов. Наименьшее количество неправильных ответов было получено по проктологии (17,4%), хирургии органов брюшной полости (17,5%), хирургии сосудов (17,6%). Наибольшее количество неправильных ответов было дано по обезболиванию и интенсивной терапии (48,6%), травматологии и ортопедии (45,1%), хирургии эндокринной системы (43,8%).

В общем, ниже 50% правильных ответов за тест ни у ординаторов, ни у интернов не было. Средний уровень знаний у интернов составил 62,6%, у клинических ординаторов 70,7%.

При сравнении оценки качества подготовки врача хирурга преподавателями, интернами, клиническими ординаторами с результатами теста для аттестации хирургов на категорию, имеется явная переоценка уровня знаний как преподавателями, так и самими обучающимися. В течение последних пяти лет все интерны и ординаторы были аттестованы (причем, большинство на «хорошо» и «отлично») и допущены к практической работе. При анонимном анкетировании вопрос «Как Вы оцениваете качество своей подготовки к практической работе?» не задавался. Косвенно об этом можно судить по ответам на вопрос «Как Вы оцениваете постановку преподавания на кафедре в целом?». Более половины обучающихся ответили «хорошо», остальные – «удовлетворительно», плохих оценок не было. В то же время, по результатам тестов для аттестации хирургов, к практической работе готовы лишь каждый десятый интерн и каждый второй клинический ординатор. Это подчеркивает, что качество подготовки интернов и клинических ординаторов требует еще большего внимания, а о его результатах нельзя судить только по мнению преподавателей и обучающихся.

Выводы.

1. В основополагающих документах следует более четко определить требования к подготовке хирурга, в частности, необходимого минимума практических умений.

2. В настоящее время нет согласованности между ВУЗом и органами практического здравоохранения по требованиям к практической подготовке интернов и клинических ординаторов.

3. Требования, предъявляемые ВУЗом к практической подготовке интернов и клинических ординаторов, ниже, чем при аттестационном экзамене хирурга.

4. Для объективной оценки качества практической подготовки интернов и клинических ординаторов необходимо привлечение всех заинтересованных сторон.

Литература.

1. Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Специальность № 040126 «хирургия». – М. - 2002.
2. Совцов С.А. О вопросе подготовки врача-хирурга / С.А.Совцов // Система менеджмента качества в высшей школе и в высшем профессиональном медицинском образовании: материалы региональной конференции с международным участием. – Екатеринбург. – 2009. – с.197-199.
3. Типовой учебный план и образовательно-профессиональная программа подготовки в клинической ординатуре по специальности хирургия. – М. – 1999.

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СЕЛЕЗЕНКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России, Уфа

Актуальность.

В отдаленном периоде после спленэктомии возникает синдром гипоспленизма [1], так как селезенка содержит более 25 % лимфоидной ткани организма. Поэтому, на наш взгляд, следует признать аргументированным мнение некоторых авторов [2, 3], утверждающих, что в компенсаторном восстановлении иммунологических реакций принимает участие весь лимфоидный аппарат организма, прежде всего путем гиперплазии миндалин, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки, большого сальника и печени.

Целью исследования явилось изучение морфофункциональных показателей лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки у лабораторных животных в различные сроки после спленэктомии, органосберегательных и органозаместительных оперативных пособий.

Материалы и методы

Экспериментальное исследование выполнено на 90 белых крысах линии Wistar со средней массой 250 гр. С целью моделирования гипо- и аспленических состояний нами проводились спленэктомия (СЭ), органосберегательные (ОСО) и органозаместительные (ОЗО) операции. Животные выводились из опыта на 30-е, 60-е, 120-е и 180-е сутки. Проводился забор мезентериальных лимфатических узлов. Гистологические препараты окрашивали гематоксилин-эозином, изучали и фотографировали с помощью микроскопа и цифрового аппарата. В ходе исследований приготовлено более 250 препаратов.

Результаты и обсуждение

Лимфатические узлы после СЭ увеличивались в среднем 2-4 раза (2-3x10-20 мм). Нами отмечено значительное увеличение количества лимфатических узелков, последние плотно прилегали друг к другу и занимали межузелковые зоны. Отдельные лимфатические узелки выступают на поверхности лимфатического узла, и соединительнотканная капсула окружает округлой формы узелки. В единичных случаях встречались вторичные узелки, состоящие из короны и герминативного центра. Характерной особенностью мозгового вещества лимфатических узлов являлось то, что, как мозговые тяжи, так и мозговые синусы, лежащие между трабекулами и мозговыми тяжами, плотно заполнены лимфоидной тканью.

Макроскопически лимфатические узлы на различных этапах эксперимента после ОСО оставались без изменений (средний размер 2,0x5,0 мм). Если в лимфатических узелках лимфоциты имеют очень плотное расположение, где трудно определить реактивный (герминативный) центр, тогда как в межузелковой зоне также много лимфоцитов, однако они располагались более свободно. Особенностью мозгового вещества лимфатических узлов являлось то, что, как мозговые тяжи, так и мозговые синусы, лежащие между трабекулами и мозговыми тяжами, заполнены лимфоидной тканью.

Визуально на различных этапах эксперимента после ОЗО отмечалось незначительное увеличение мезентериальных лимфатических узлов, в среднем в 1,5 раза (3,0x8,0 мм). В гистологических срезах сильно стерты границы между лимфатическими узелками за счет плотного расположения малых лимфоцитов в межузелковой зоне и создавалась картина слияния лимфоидных узелков коркового вещества мезентериальных лимфатических узлов. Тем не менее, в мозговом веществе четко определяются анастомозирующие между собой тяжи лимфоидной ткани, а также наличие мозговых синусов, лежащих между

трабекулами и мозговыми тяжами, тогда как в корковом веществе мезентериального лимфатического узла краевые и промежуточные синусы плотно заполнены лимфоидной тканью.

Заключение

Проведенное исследование свидетельствует, что в отдаленные сроки после спленэктомии лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки характеризуются значительным увеличением общего размера узла и прежде всего за счет коркового вещества, включая зону расположения лимфатических узелков, а также паракортикальную зону. В отдаленные сроки после органосберегательных и органозаместительных оперативных пособий нам также удалось определить компенсаторную возможность лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки, которые остаются не только функционально активными, но в них возрастала пролиферация лимфоидной ткани. Однако после спленэктомии гиперплазия коркового и мозгового вещества лимфатических узлов более выражена.

Литература.

1. Аверин, В.И. Аутотрансплантация ткани селезенки при ее травматических повреждениях у детей / В.И. Аверин, В.А. Катько // *Здравоохранение Белоруссии*. – 1998. - № 11. – С. 49-51.
2. Любаева, Е.В. Морфо-функциональные изменения органов иммунной системы белых крыс после спленэктомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2002. – 29 с.
3. Тимербулатов, М.В. Совершенствование хирургического лечения повреждений и заболеваний селезенки с позиции профилактики постспленэктомического синдрома (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2004. – 42 с.

**ИНСТАЛЛЯЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МАНУАЛЬНО-
АССИСТРИОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ В РОССИИ.**

**Готье С.В.(2), Мойсюк Я.Г.(2), Луцевич О.Э.(1), Галлямов Э.А.(1),
Ефимкин А.С.(2), Корнилов М.Н.(2)**

МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1 (1).; ФГУ «ФНЦ
трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова» (2),
Москва.

Общей проблемой трансплантации является дефицит донорских органов. В данной ситуации, наиболее перспективным способом решения этой проблемы в мировой практике стало использование почечных трансплантатов от живых доноров. Среди многих преимуществ в пользу трансплантации от живых доноров основными являются лучшие результаты пересадки почки как в ранние сроки после операции, так и в отдаленном периоде. Другим важным аргументом является планирование времени операции, что позволяет в ряде случаев полностью избежать терапии диализом. Это, безусловно, определяет высокую экономическую целесообразность такой операции. Таким образом, использование живых доноров приведет к увеличению количества проводимых трансплантаций. В связи с этим помимо задачи получения анатомически и функционально полноценного трансплантата, приоритетной задачей является обеспечение здоровья донора и улучшение качества его жизни после операции.

Одним из способов улучшения результатов лечения является внедрение операций с использованием лапароскопического доступа. Конечной целью минимально инвазивных операций является создание альтернативы открытым операциям при сохранении преимуществ и снижении неблагоприятных последствий. Лапароскопическая нефрэктомия обладает такими положительными свойствами, однако сложность освоения методики препятствует широкому распространению метода. Улучшить результаты лапароскопической донорской нефрэктомии позволяет использование лапароскопической техники с мануальной ассистенцией. Наличие руки в операционном поле позволяло определить синтопию почки, сосудов и мочеточника, выполнять пальпацию и диссекцию тканей. К основным преимуществам данного метода относятся: более короткое время операции, снижение операционного риска, уменьшение времени первичной тепловой ишемии.

С тех пор, как появилась первая публикация S. Nakada и соавт. 2001г. о выполнении лапароскопической мануально ассистированной нефрэктомии у человека, проведено немало сравнительных исследований лапароскопической мануально ассистированной, открытой и стандартной лапароскопической нефрэктомии. Y. Lotan и соавт. В 2003г. провели статистическую обработку данных посвященным сравнению результатов лапароскопической мануально ассистированной и открытых нефрэктомий. Среднее время операции составило 204 мин против 160 при открытой нефрэктомии, среднее время пребывания в стационаре 3 суток против 7 после открытой нефрэктомии. S. Nakada и соавт. 2001г показали преимущества лапароскопической мануально ассистированной нефрэктомии в сравнении с открытой по длительности временной нетрудоспособности, 26,8 дня против 52,2 после открытой нефрэктомии, среднему времени возвращения к полноценной активной жизни, 28 дней против 150 дней после открытой нефрэктомии. S.Lee и соавт. 2004г. сравнили результаты открытой нефрэктомии и лапароскопической мануально ассистированной у 104 пациентов. Среднее время лапароскопической мануально ассистированной операции составило 190 мин против 180 мин при открытой нефрэктомии. Длительность нахождения дренажа 2,6 дня против 3,2 дня. Средняя продолжительность госпитализации 6,8 дня после лапароскопической мануально ассистированной против 8,9 дня после открытой операции.

При сравнении лапароскопической и мануально ассистированной нефрэктомии J. Wolf и соавт. 2004г. докладывают о большем времени, затраченном на традиционную лапароскопическую нефрэктомию, 325 мин против 240 мин. Однако, оценивая результаты раннего послеоперационного периода, автор не отмечает достоверного различия между лапароскопической нефрэктомией и мануально ассистированной. Такие же данные публикует С. Nelson и соавт. 2003г. отмечая более длительное время операции и большую кровопотерю при лапароскопической нефрэктомии чем после мануально ассистированной, 270 мин против 205 мин и 290 мл против 190 мл соответственно. Однако показатели раннего послеоперационного периода практически не отличаются.

Перлин и соавт. 2009г. отмечает время первичной тепловой ишемии во время лапароскопической нефрэктомии в среднем 5мин, то же время указывает Raineu и соавт. 2008г.

С июня 2009 по март 2012 года нами выполнено 175 лапароскопических нефрэктомий у живых родственных доноров в возрасте от 19 до 60 лет. Женщин - 98, мужчин-76. Продолжительность операции составила от 50 до 140 мин, в среднем 80 мин. Период первичной тепловой ишемии составил в среднем 2 мин. Время консервации составило от 35 мин до 3 час 45 мин в среднем 75 мин. Лапароскопических мануально-ассистированных донорских нефрэктомий было 152, полностью лапароскопических, с извлечением почки через доступ Пфаненштиля-23. Левосторонняя нефрэктомия выполнена у 149 родственных доноров, правосторонняя у 26. Интраоперационные осложнения - кровотечение из культи почечной артерии вследствие миграции клипсы в 1 случае на потребовавшее конверсии, корригированное лапароскопически. Послеоперационные осложнения кровотечение из поясничной вены вследствие миграции клипсы и селезеночно-ободочной связки у 2 доноров в раннем послеоперационном периоде корригированы лапароскопически. Время пребывания в стационаре составило в среднем 5 суток.

Трансплантация почки осуществлялась по общепринятой методике, немедленная функция трансплантата отмечена у 171 реципиента, отсроченная функция трансплантата у 4 реципиентов. Урологических осложнений не было. Удаление трансплантата было у 4 реципиентов по причине возврата основного заболевания-1, тромбоз почечной артерии-2, первично-нефункционирующий трансплантат-1.

Таким образом, наши данные коррелируют с данными зарубежных авторов и показывают, что время операции мануально ассистированной нефрэктомии меньше чем при лапароскопической нефрэктомии и сопоставимо с открытой нефрэктомией, в то же время период реабилитации больных, сроки госпитализации, значительно меньше, чем после открытых операций и сопоставимы с лапароскопической нефрэктомией.

Наш опыт выполнения лапароскопических нефрэктомий позволил сделать вывод, что данная операция является эффективным хирургическим вмешательством и имеет следующие преимущества по сравнению с открытой методикой выполнения данной операции: улучшенная визуализация и возможность прецизионной манипуляции тканями и анатомическими структурами, значительно меньшая травматизация трансплантата (забор единым блоком с паранефральной и парауретеральной клетчаткой), облегчение диссекции у пациентов с ожирением, сокращение продолжительности вмешательства,

снижение риска послеоперационных осложнений у пациентов с ожирением, ранняя реабилитация, лучший косметический эффект.

Мануально-ассистированная лапароскопическая нефрэктомия является альтернативой лапароскопическому вмешательству и имеет следующие преимущества: снижение времени тепловой ишемии почки вследствие ускорения манипуляций с почечными сосудами, полноценная тактильная чувствительность при сохранении всех преимуществ малоинвазивной технологии. Полностью лапароскопическая донорская нефрэктомия выполняется нами при повышенных косметических требованиях донора и должна выполняться специалистом высокой квалификации. Лапароскопическая мануально-ассистированная донорская нефрэктомия более воспроизводимое и безопасное вмешательство с которого начинается внедрение в клиниках подобных операций. Следуя принципам безопасного внедрения и популяризации родственных донорских нефрэктомий мы провели выездные мастер-классы и подготовили эндохирургические бригады в НИИ Урологии, НИИ СП им. Склифосовского, ПОМЦ в Нижнем Новгороде, ОКБ г Екатеринбурга, НИИПК им Мешалкина г Новосибирска, РКБ г Уфы, МСЧ 119 г Москвы, в клиниках Минска, Харькова. Готовятся подобные циклы в других городах России. Основываясь на своем опыте внедрения лапароскопических технологий в различные клиники России главным требованием считаем безопасность для донора. Обязательными условиями безопасности являются адекватная технологическая оснащенность операционной и достаточный опыт бригады в лапароскопической хирургии. Лапароскопическая нефрэктомия у живого донора не является операцией для освоения лапароскопической хирургии. По нашему мнению и опыту у хирурга готовящегося выполнить первую лапароскопическую донорскую нефрэктомию должен быть самостоятельный опыт не менее 100 радикальных нефрэктомий или ассистенций на 50 родственных нефрэктомиях с выполнением различных этапов операции под контролем опытного наставника.

**СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.**

**Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Филимонов М.И.(5), Орлов Б.Б.(5),
Галлямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4)**

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая
Больница Гражданской Авиации;

Актуальность.

В настоящее время отмечается неуклонный рост больных с тяжелыми деструктивными поражениями поджелудочной железы. Они составляет в среднем 25 — 30% от всего числа больных острым панкреатитом. Именно эта категория пациентов дает высокие цифры послеоперационной летальности, требует огромных моральных и материальных затрат на лечение.

Цель исследования.

Оценить результаты лапароскопических мануально-ассистированных (гибридных) вмешательств при тяжелых формах панкреонекроза, определить оптимальные сроки первичного хирургического вмешательства, этапных санаций, и тактики интенсивной терапии с использованием экстракорпоральных методов детоксикации.

Материал и методы.

С 2005 по март 2012 г. оперирован 61 пациент с тяжелыми формами панкреонекроза: массивный (24) и тотально-субтотальный (37). Возраст больных колебался от 24 до 67 лет. Объем поражения устанавливался на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Оценка поражения поджелудочной железы и окружающих тканей осуществлялась по шкале E. Balthazar (1985), тяжесть состояния больных – по шкале APACHE II.

Результаты и обсуждение.

Применяли лапароскопический мануально – ассистированный (гибридный) метод лечения инфицированного панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. При выполнении операции в случае тотального поражения поджелудочной железы использовали устройство для ручного ассистирования LAP-DICK, стандартный набор для выполнения лапароскопических вмешательств, ультразвуковые ножницы HARMONIC, аппарат LIGASURE. Лапаротомный разрез для установки HAND-port (ЛАП-диска) выполняли длиной 6,5-7,5 см. по средней

линии в эпигастральной области. Затем вводили не доминантную руку и осуществляли ассистенцию для установки дополнительных троакаров, изолируя внутренние органы от повреждения.

После обеспечения доступа в сальниковую сумку тыльной стороной введенной руки проводилась ретракция желудка, выполняли абдоминализацию поджелудочной железы, мобилизовали печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, проводилась некрсеквестрэктомия. Для извлечения резецированных или удаленных рукой секвестров из брюшной полости использовали ЛАП-диск. Далее проводилась ревизия зоны операции и санация брюшной полости. Парапанкреатическую область дренировали сквозными мобильными дренажами, которые располагали позади мобилизованной поджелудочной железы. Дренажи Пенроуза выводили наружу через люмботомные разрезы справа и слева и подключали к активной аспирации. Дополнительно дренировали подпеченочное пространство, латеральные каналы, малый таз. Формировали оментобурсостому, которую дренировали силиконовыми трубками или дренажами Пенроуза. Показаниями к повторным санациям брюшной полости являлись нарастания признаков полиорганной недостаточности, стойкая внутрибрюшная гипертензия, нарастание зоны некроза по данным КТ и УЗИ. Невозможность обеспечения адекватной санации за одну операцию и прогрессирующее распространение некротического процесса служили показаниями для выполнения повторных хирургических вмешательств, выполнявшихся в программируемом режиме. Программные санации выполнялись всем выжившим больным.

В раннем (на 2-е сутки) послеоперационном периоде из-за нарастающей полиорганной недостаточности на фоне декомпенсированного алкогольного цирроза печени умерло 4(6,5%)больных. В поздних сроках (15-20 сутки) от аррозивных кровотечений 3(4,9%) пациентов умерли. Таким образом из 61 пациента умерло 7(11,4%) больных. Пациентам выполнялись от 5 до 15 санаций с интервалом 3-5 дней. Четверо больных находились на продленной ИВЛ до 1-го месяца. Проведено комплексное лечение с использованием методов детоксикации (продленная вено-венозная гемодиофильтрация - плазмаферез, УФО-аутокрови) 36 пациентам.

Выводы:

Таким образом, проведенные исследования показали, что лечение тяжелого панкреонекроза путем применения лапароскопического мануально-ассистированного метода является эффективным за счет:

1. уменьшение операционной травмы;
2. возможности доступа ко всем очагам некроза;
3. остановки кровотечения любой локализации;
4. бережного отношения к тканям за счет сохранения тактильной чувствительности. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что современные эндохирургические методы в сочетании с использованием экстракорпоральных методов детоксикации снижают количество осложнений, уровень летальности и уменьшают сроки лечения.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ.

**Луцевич О.Э. (1,5), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Тимербулатов М.В. (6),
Сендерович Е.И. (7), Толстых М.П. (1,5), Галлямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4),
Макушин А.А (3)., Чернышев Е.Ю.(1)**

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; »; (4) МЦ Центрального Банка России; (5) ГКБ №52, (6) БГМУ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии (7) ГКБ № 21 Уфа РБ

Актуальность.

С 1993 по март 2012 г.г. на клинических базах кафедр при острой патологии органов брюшной полости используются лечебные эндохирургические вмешательства. Мы обладаем совместным опытом наших клиник выполнения более 6000 оперативных вмешательств с использованием эндохирургических технологий в ургентной хирургии.

Цель: Определение возможностей эндохирургических технологий в лечении неотложной патологии органов брюшной полости.

Методы: Мы проанализировали результаты 2500 лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците, 3500 лапароскопических холецистэктомий при острых холециститах, 150 лапароскопических санаций и дренирований брюшной полости и сальниковой сумки при острых панкреатитах, ферментативных перитонитах, 172 лапароскопических ушиваний прободных гастродуоденальных язв, 129 лапароскопических разрешений кишечной

непроходимости при острой спаечной тонкокишечной непроходимости, 13 лапароскопических резекций толстой кишки, 55 лапароскопических герниопластик ущемленных паховых грыж.

Обсуждение: В 58% случаев ОКН была обусловлена единичным штрингом, в 42% случаях массивным спаечным процессом. Основной принцип работы при острой кишечной непроходимости работа холодными ножницами и атравматичными кишечными зажимами. Перемещение оптического троакара в разные точки брюшной стенки по принципу «треугольника». Установка первого троакара производилась различными способами: по Хассену в зоне срединного послеоперационного рубца; через грыжевые ворота вентральной грыжи, при наличии таковой; через дефект пупочного кольца, при наличии такового; с использованием различных оптических троакаров; в зонах «акустических окон» на основании дооперационного УЗИ. Профилактика спаечной болезни органов брюшной полости проводилась на этапах интра - и послеоперационных. Использовались методы ирригации брюшной полости на этапе завершения вмешательства большими объемами изотонических растворов; использование противоспаечных барьеров Intercoat, Interceed; ранняя активизация больного в первый день операции, ранняя стимуляция кишечника. При острой толстокишечной непроходимости вызванной обтурирующими опухолями кишечника выполнено 3 лапароскопические операции типа Гартмана с выведением колостомы, в последующем пациентам выполнялась лапароскопическая реконструкция. В 1 случае выполнена резекция поперечно-ободочной кишки. В 4 случаях выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с открытой декомпрессией и первичным анастомозом. При дивертикулите и перфорации дивертикула с диффузным перитонитом выполнены 5 лапароскопических резекции сигмовидной кишки с выведением колостомы. При ущемленных паховых грыжах выполнено 55 лапароскопических герниопластик. 150 лапароскопических санаций и дренирований брюшной полости и сальниковой сумки при острых панкреатитах, ферментативных перитонитах, При тотальных и субтотальных панкреонекрозах выполнено 61 гибридная, мануально-ассистированная некрсеквестрэктомия, санация и дренирование брюшной полости, с последующими этапными санациями и некрсеквестрэктомиями. В некоторых случаях этапность лечения заключалась в лапароскопической гибридной мануально-ассистированной абдоминализации поджелудочной железы, с некрсеквестрэктомии парапанкреатической, параколической клетчатки.

Выводы: Совместная установка наших клиник - любая операция при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости или перитонит, при отсутствии общих противопоказаний, должна начинаться с диагностической лапароскопии, которая при подтверждении диагноза может перейти в лечебную, при наличии у хирурга квалификации для проведения эндохирургических операций. Эндохирургические вмешательства должны выполнять специалисты высокой квалификации, имеющие опыт и навыки выполнения традиционных и лапароскопических операций разной категории сложности, способные при необходимости перейти на открытый или реконструктивный этапы.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА.

**Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1,2,3,4), Забродина Н.Б. (2), Преснов К.С. (3),
Мещанкин И.В. (2), Коваленко А.В. (2), Новиков А.Б. (2), Лукин А.В. (2),
Фёдоров А.В. (2).**

(1) МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; (4) МЦ Центрального Банка России

Актуальность.

Повреждение мочеточника может быть осложнением любой операции на органах брюшной полости и малого таза и встречаются, по данным разных авторов, с частотой от 0,1-2,5%. От всех интраоперационных повреждений мочеточника, по данным Teber D, Egey A, Rasswailer J., 73% повреждений возникает после гинекологических операций, 14% после общехирургических операций и около 13% после урологических операций. Акушерско-гинекологическая оперативная деятельность является причиной 42-85% всех травм мочеточника (Рентген-эндоскопическое лечение повреждений мочеточников после акушерско-гинекологических операций// Мартов А.Г. с соавт. Урология, 2006, №1. с 11-15). Частота повреждения мочеточников при операциях на женских половых органах составляет 0,5-3%. Наиболее частой причиной травмы мочеточника является гистерэктомия - 54%. С внедрением лапароскопии в гинекологию не изменилась частота возникновения травм мочеточника, а поменялся характер повреждений, стали преобладать термические факторы - электрохирургическое, лазерное воздействие. До 80-х годов традиционные

урологические операции редко приводили к повреждениям мочеточника. Внедрение новых эндоурологических технологий привело к увеличению количества повреждений мочеточника. Таким образом актуальность проблемы ятрогенных повреждений мочеточника остается высокой.

Цель: Наша работа посвящена анализу эндохирургических методов коррекции ятрогенных повреждений мочеточника. В работе рассмотрены различные методы и последовательность ведения больных с этой тяжелой, как в медицинском, так и в этическом плане, патологией.

Материалы и методы.

В исследование включены 59 пациентов с ятрогенным повреждением мочеточника. Средний возраст составил от 22 до 72 лет (в среднем 48,6 лет), мужчин - 3, женщин - 56. Характер проведенных операций явившихся причиной ятрогенного повреждения мочеточника: надвлагалищная ампутация матки - 31, удаление яичника - 12, тотальная гистерэктомия - 9, уретеролитоэкстракция - 4, уретеролитотрипсия - 2, передний корпородез - 1.

Виды доступов и техники. На первом этапе всем больным проводились попытки стентирования мочеточника (удачное стентирование - 19 пациентов). При невозможности стентирования нами применялась комбинация ЧПНС и в последующем уретероскопия в сочетании с эндоуретеротомией с восстановлением проходимости мочеточника. Подобные вмешательства выполнены 21 пациенту с положительным результатом. При невозможности реканализации мочеточника после ЧПНС нами была выполнена лапароскопическая пластика н/3 мочеточника (19 пациентов) и одной больной выполнена лапароскопическая операция Боари. Двум пациентам, после подтверждения отсутствия функциональной активности почки, выполнена лапароскопическая нефрэктомия.

Результаты. Во всех случаях эндоскопические, эндохирургические и лапароскопические операции позволили избежать традиционных вмешательств и привели к излечению или улучшению состояния больных с очень хорошими косметическими результатами.

Выводы. По нашим данным рентген-эндоскопическое лечение ятрогенных повреждений мочеточника имеет положительные результаты в большинстве наблюдений и может быть рекомендовано в качестве первоначального этапа лечения больных с повреждением мочеточника. При отсутствии эффекта от рентген-эндоскопического лечения операцией выбора, по нашему мнению,

является лапароскопический доступ с пластикой мочеточника. Мы считаем выполнение эндоскопической коррекции повреждений мочеточника более предпочтительна в этическом, косметическом, и экономическом аспектах.

200 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРОСТАТЭКТОМИЙ – ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ И ЭРГОНОМИКИ.

**Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1,2,3,4), Забродина Н.Б. (2), Преснов К.С. (3),
Коваленко А.В. (2), Новиков А.Б. (2)**

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; »; (4) МЦ Центрального Банка России

Цель: применение новых эндовидеохирургических методик при радикальной простатэктомии.

Материал и метод.

С 2005 по март 2012 г.г. на клинических базах кафедры оперировано 212 больных. Размеры простаты варьировали от 15 до 250 см³. Возраст больных 42-85 лет. Лапароскопический доступ применялся в 45,7% случаях, экстраперитонеальный доступ – в 54,3% случаях. Для выполнения данных оперативных вмешательств использовался стандартный набор эндоскопического оборудования, включая ультразвуковые ножницы HARMONIC, биполярный коагулятор, клиппликатор, при внебрюшинном доступе - баллон для формирования первичной полости в предбрюшинном пространстве (Space-Maker). Стандартная установка троакаров: 10 мм троакар – оптический, 3-и 5 мм троакара в левой подвздошной области и гипогастриальной области симметрично, 12 мм троакар в правой подвздошной области. При экстраперитонеальном доступе оптический порт устанавливался выше пупка после вскрытия переднего листка влагалища прямой мышцы живота, указательным пальцем формировалась первичная полость в предбрюшинном пространстве, с дальнейшей установкой баллона (Space-Maker). В большинстве случаев использовалась техника Хальброн. Первом этапе выполнялась лимфодиссекция запирающих лимфоузлов. Выделялась передняя поверхность предстательной железы, вскрывалась внутритазовая фасция, пересекались пубопростатические связки, лигировался дорсальный венозный комплекс. На этапе лигирования дорсального венозного комплекса иглодержатель перемещался в медиальный порт ассистента

с целью более эргономичного проведения иглы под дорсальный венозный комплекс. Формировался самозатягивающийся узел. Затем предстательная железа отсекалась от мочевого пузыря, выделялись семявыносящие протоки и семенные пузырьки, вскрывался апоневроз Денонвилье, в зависимости от стадии процесса выполнялась невросберегающая методика. Дорсальный венозный комплекс и уретра пересекались холодными ножницами, предстательная железа помещалась в герметичный контейнер, при внебрюшинном доступе фиксировалась рядом с 12 мм троакаром, при лапароскопическом - в подпеченочном пространстве до окончания операции. Далее выполнялся цистоуретроанастомоз нитью монокрил 3-0 на двух иглах кривизной 5/8, начинали анастомоз с 6 часов по условному циферблату непрерывным швом. На этапе формирования анастомоза оперирующий хирург переходит на противоположную сторону (справа от пациента). Подобное перемещение позволяет манипулировать иглодержателем в более эргономичных условиях. Предстательная железа извлекалась при внебрюшинном доступе через расширенное место оптического троакара. При лапароскопическом доступе через доступ в правой подвздошной области. Критериями выбора доступа являются размеры предстательной железы, технологическая оснащенность операционной, согласованность действий операционной бригады. При неблагоприятном стечении вышеперечисленных обстоятельств предпочтение отдавалось трансперитонеальному доступу.

Результаты и обсуждение.

Время операции от 60 до 300 мин (среднее 110 мин), кровопотеря от 150 до 1000 мл (средняя 250 мл), мочевого катетер удалялся на 6-7 сутки, время пребывания в стационаре от 6 до 14 дней (среднее 7 дней). В отдаленном послеоперационном периоде ортостатическое недержание мочи в 2 случаях. Интраоперационных, послеоперационных осложнений не было. Летальных исходов не было. Конверсий не было. Рецидив клинический в 1 случае, биохимический в 2 случаях.

Выводы: На основе нашего опыта радикальных простатэктомий, выполненных различными доступами, считаем необходимыми условиями для безопасного выполнения операции: 1- адекватная технологическая и инструментальная обеспеченность операционной, 2 – достаточный опыт хирургической бригады в лапароскопической и открытой хирургии, 3 – согласованная работа всех членов хирургической бригады.

К ВОПРОСУ О ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.

**Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М.,
Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
Башгосмедуниверситета.

Городской колопроктологический центр ГKB №21 г. Уфа.

Актуальность.

Широкое внедрение лапароскопических операций во все области хирургии доказало преимущества данного направления перед традиционными операциями. Малая травматичность, сокращение сроков восстановления, отсутствие гнойных осложнений, косметический эффект и другие преимущества особенно показательны в колопроктологии, а возможность внедрения этих операций в хирургию кишечных стом безусловно является перспективной.

Цель: Оценить результаты внедрения лапароскопической техники в хирургию кишечных стом.

Материал и методы.

На начальном этапе в период освоения эндоскопической техники нами выполнялись лапароскопически ассистированные колостомии. В данную группу вошли 27 пациентов. В последующем по мере приобретения опыта нами стали выполняться лапароскопически ассистированные колостомии на фоне острой кишечной непроходимости у экстренных больных, диагноз которым устанавливался интраоперационно во время лапароскопии. После купирования явлений ОКН и стабилизации состояния при наличии условий через 10-14 дней больным выполнялась радикальная операция - удаление опухоли с ликвидацией стомы или под ее прикрытием.

Таким образом, в 19 случаях была наложена сигмостома, в 8 трансверзостома. В 3 случаях опухоль в сигмовидной кишке ставшая причиной острой толстокишечной непроходимости была удалена во время первой операции с формированием колостомы по Микуличу.

Ликвидация стомы и восстановление кишечной непрерывности как завершающий этап реабилитации стомированного больного является не менее важным и ответственным. Травматичность восстановительной операции и как

следствие трудный послеоперационный период практически нивелируются при применении лапароскопической техники вмешательства.

Результаты.

В данную группу вошли 10 пациентов, 3 из которых была выполнена лапароскопическая резекция прямой кишки с ликвидацией стомы, которым ранее (14 суток назад) была выполнена лапароскопически ассистированная сигмостомия на фоне острой кишечной непроходимости.

Оценивая результаты данных операций, следует отметить, что при той же продолжительности оперативного вмешательства в послеоперационном периоде не отмечено ни одного нагноения послеоперационной раны, пациенты активизируются уже на 1-2-е сутки, функция кишечника восстанавливается на 2-3 сутки.

Заключение. Применение эндовидеохирургии в данной области является перспективным направлением позволяющее улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов со стомой.

**КОМПЛЕКСНЫЙ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЫБОРЕ СПОСОБА
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

**Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Тимербулатов М.В. (5),
Сендерович Е.И. (6), Галлямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4),
Макушин А.А (3)., Чернышев Е.Ю.(1)**

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; (4) МЦ Центрального Банка России; (5) БГМУ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
(6) ГКБ № 21

Актуальность.

В индустриально развитых странах стандартным подходом к хирургической коррекции желудочно-пищеводного рефлюкса стали лапароскопические антирефлюксные вмешательства. На сегодняшний день доказано определяющее значение лапароскопических операций в лечении гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), ставшие «золотым стандартом» эндохирургии, так же как в настоящее время лапароскопическая холецистэктомия. В тоже время не прекращается полемика о выборе способа фундопликации. Наше мнение, что

антирефлюксное лапароскопическое вмешательство требует индивидуального и мультидисциплинарного комплексного подхода.

Цель: выбор способа фундопликации у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) путем применения различных способов эндохирургических антирефлюксных оперативных вмешательств.

Материал и методы.

С 1993 по март 2012 г.г. оперировано более 500 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Соотношение женщин и мужчин 3:2; возраст больных колебался от 27 до 82 лет. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы по данным рентгенографии выявлена у 90.7%, причем, у 64,2% случаев – скользящая и у 15,2% пациентов – фиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У 85,4% больных выявлен эзофагит различной степени выраженности по Savary-Miller, у 0,5% больных – пептическая стриктура дистального отдела пищевода.

На этапах внедрения антирефлюксных вмешательств нами выполнены единичные вмешательства Lortat-Jacob – 0,4%, Dor – 1% от которых в дальнейшем мы отказались, получив рецидивы ГЭРБ, и в настоящее время не считаем их полноценными антирефлюксными операциями. В следующей серии мы использовали фундопликации Nissen-Rosetti– 15,4% и также отказались от них в связи с длительным периодом послеоперационной реабилитации пациентов за счет ротирующей пищевод гиперфункциональной фундопликационной манжеты. В дальнейшем привлекательными оказались парциальные фундопликации Touret – у 18.1% и по Nissen у 19,5% пациентов, Черноусову – у 11,4%, а также фундопликация в модификации клиники у 34,2%, Двум больным с пептической стриктурой пищевода выполнена трансхиатальная резекция нижней трети пищевода с эзофагогастростомией

При сочетании ГЭРБ с другими заболеваниями (ЖКБ, грыжи передней брюшной стенки, заболевания органов малого таза) у 28,3% больных выполнялись симультанные операции.

Результаты.

Осложнения после операции возникли у 4,5% больных: повреждение паренхимы селезенки с образованием большой подкапсульной гематомы в процессе мобилизации дна желудка; карбокситоракс при мобилизации н/3 пищевода; перфорация кардиального отдела желудка при мобилизации ретроэзофагеального пространства; развитие подпеченочного абсцесса и

рецидив грыжи у 1,2% больных, вызванный несостоятельностью крурорафии. У 19,3% больных отмечались кратковременные явления дисфагии, которые самостоятельно купировались; причем, чаще всего (14,7%) больных) дисфагия отмечалась после операции по Nissen и Nissen-Rosetti, реже (0,5%) - у больных, которым выполнена парциальная фундопликация .

Выводы:

1. Антирефлюксное лапароскопическое вмешательство требует индивидуального подхода, который предполагает введение понятия «физиологической манжеты», не суживающей, не ротирующей пищевод и не деформирующей желудок. Циркулярность манжеты определяется не столько выраженностью симптомов ГЭРБ, сколько мобильностью дна желудка и исходной моторикой пищевода. Фиксация манжеты к ножкам диафрагмы вызывает более выраженный болевой синдром, чем прочие способы коррекции недостаточности пищеводно-желудочного перехода.
2. Доступ к пищеводно-желудочному переходу для наложения манжеты определяется типом желудочной секреции. Наиболее эффективными являются операции Nissen, Toupet, РНЦХ (по А.Ф.Черноусову) и разработанный в клинике способ фундопликации (патент РФ № 2291672); протезирование дефекта пищеводного отверстия диафрагмы облегченными и композитными протезами в дополнение к обязательной задней крурорафии целесообразно при дефектах более 5 см., при гипотрофии ножек диафрагмы, у пациентов преклонного возраста.
3. Важным считаем периоперационное взаимодействие хирурга и гастроэнтеролога.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.

**Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М.,
Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО
БГМУ Минздравсоцразвития России. Городской колопроктологический центр ГKB

№21

Актуальность.

В последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости неспецифическим язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода.

Цель: Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита.

Материалы и методы.

В отделении колопроктологии ГКБ №21 выполнено 7 оперативных вмешательств с применением эндоскопической техники. Учитывая тяжесть состояния больных и распространенность процесса операция выполнялась в объеме субтотальной колэктомии с сохранением культи прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки с выведением временной одноствольной илеостомы. Во время операции применялись лигирующие устройства Ligasure и Ultracision.

Результаты.

Продолжительность операции составила 185 ± 18 минут, конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечено два осложнения. В одном случае отмечен некроз пряди сальника, что потребовало проведение повторного эндоскопического вмешательства и его удаления. В другом случае развилось нагноение парастомальной раны. Летальных исходов не было. Пациенты, перенесшие эндоскопическое вмешательство, отмечали менее выраженный болевой синдром, быстрее восстанавливались.

Заключение.

Первый опыт эндоскопических вмешательств показал высокую эффективность и перспективность данного направления в хирургии язвенного колита.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА.

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М.,

Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Городской колопроктологический центр ГКБ №21.

Актуальность.

Дивертикулярная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний толстой кишки и встречается у 30% лиц старше 50 лет. Среди заболеваний ставших причиной наложения стомы ДБТК встречается в 6,5-11% и находится на втором месте после рака толстой кишки. Количество гнойных осложнений среди пациентов с ДБТК выше среднестатистических показателей у больных с другими заболеваниями.

Цель. Оценить возможности эндовидеохирургии в лечении осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки.

Материалы и методы.

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 15 пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки, находившихся на лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы ГKB №21, которым применялась эндовидеохирургия.

Результаты.

9 больных оперировано в экстренном порядке. В большинстве случаев (5 пациентов) выполнено эндоскопическое вскрытие абсцесса с проксимальной колостомией.

Лапароскопические вмешательства были выполнены 6 пациентам, оперированным в плановом порядке: в четырех случаях была выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с аппаратным анастомозом, в двух левосторонняя гемиколэктомия с лапароскопической ассистенцией.

Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде у одного больного развилась пневмония, в одном случае отмечено нагноение миналапаротомной раны.

Заключение.

Активное внедрение эндовидеохирургии в лечении осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки дает хорошие результаты, позволяющие сократить количество послеоперационных осложнений.

**ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
НАДПОЧЕЧНИКА.**

**Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Тимербулатов М.В. (5), Сендерович
Е.И. (6), Преснов К.С. (2,4), Галлямова С.В.(3)**

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная
Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр
Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; (4) МЦ Центрального Банка
России; (5) БГМУ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
(6) ГКБ № 21

Актуальность.

Прошло более 20 лет с момента первого описания в периодической печати Мишелем Гагнером успешных лапароскопических адреналэктомий. За два десятилетия эта минимально инвазивная хирургическая методика стремительно распространилась по всему миру, развиваясь и совершенствуясь. Сейчас благодаря своей безопасности и практичности эндовидеохирургическая адреналэктомия прочно вошла в арсенал хирургии надпочечников.

Опираясь на опыт традиционной адреналэктомии, описаны несколько доступов для эндохирургического удаления надпочечников. Принципиально отличаются лапароскопический и ретроперитонеоскопический доступы. Ни один из них нельзя считать более предпочтительным. Дискуссия относительно идеального доступа для традиционной адреналэктомий продолжилась и по отношению к эндоскопической. Развитие новых методов контроля гемостаза привело к появлению спора относительно одного из принципов адреналэктомий: «объемное образование надпочечника - адреналэктомия». Эти методы поставили вопрос о необходимости адреналэктомий вообще, так как в некоторых ситуациях может быть выполнена резекция надпочечника - органосохраняющая операция.

Материалы и методы.

С ноября 1997 года по март 2012 оперирован 393 пациент с различными объемными образованиями надпочечников. Среди наших пациентов было 133 мужчины в возрасте от 21 до 75 лет (средний возраст мужчин 48,32±15,11) и 260 женщины в возрасте от 14 до 73 лет (средний возраст женщин 41,72±20,47). Соотношение мужчин к женщинам приблизительно 1:3. Распределение по нозологическим формам было следующим: Гормонально неактивные опухоли

(ГНОН), в том числе кисты надпочечников 119 пациентов (30,2%); Альдостерома - 93(23,6%); Кортикостерома – 75(19%); Гиперплазия надпочечников при болезни Иценко-Кушинга – 24(6,1%); Узелковая гиперплазия коры надпочечника – 24(6,1%); Феохромоцитома – 28(7,1%); Феохромобластома – 9(2,3%); Андростерома – 9(2,3%); Рак коры надпочечников – 6(1,5%); Метастазы в надпочечник – 4(1,0%); Параганглиома – 2(0,5%).

Из 211 левосторонних адреналэктомий в 148 случаях операция была лапароскопической, в том числе 22 - мануально-ассистированной (гибридной), а в 63 – ретроперитонеоскопической. Из 182 правосторонних вмешательств 121 были лапароскопическими, в том числе 15 гибридных, а в 61 – ретроперитонеоскопическими.

Для оценки различных способов доступа учитывались: Время операции (мин), оцененная потеря крови (мл), пребывание в стационаре после операции (сут), потребность в анальгезии (сроки применения в днях (наркотические/ не наркотические)) и время, необходимое для возвращения к нормальной активности (сут). Наилучшие результаты по всем учитываемым параметрам были при правосторонних лапароскопических операциях и при левосторонних ретроперитонеоскопических. Эти параметры были заметно выше у пациентов с синдромом и болезнью Иценко-Кушинг, что может быть связано с выраженными гормонально-метаболическими и тканевыми нарушениями у них, а так же проводимой заместительной терапией, которая потребовалась у 89 из 96 пациентов.

Результаты и обсуждение.

Среди наших пациентов не было летальных исходов. У двух пациентов отмечался пневмоторакс на стороне операции (ретроперитонеоскопический доступ на этапе освоения методики) и у одной - левосторонний гемоторакс, потребовавший плевральных пункций. Из 393 операции была одна отсроченная лапаротомия (через сутки после первой операции) из-за кровотечения из поврежденной нижней поверхности печени. В нашей работе было 3 конверсии. В первом случае, при освоении методики, у нас возникли технические сложности с выделением левого надпочечника при трансперитонеальном доступе. Во втором, при лапароскопическом подходе к правому надпочечнику была повреждена правая почечная вена. У третьего пациента опухоль правого надпочечника оказалась злокачественной с выраженной инфильтрацией окружающих тканей.

В дальнейшей практике при объемных образованиях более 5 см, ИМТ>40, и в случае предполагаемых или возникших технических трудностях, конверсия осуществлялась в мануально-ассистированный доступ.

Выводы:

1. Удобнее выполнять адреналэктомию как лапароскопическим, так и ретроперитонеальным способом, при положении больного в латеропозиции с подложенным под противоположенный бок валиком, опущенным ножным концом операционного стола до 30-350 градусов и поворотом пациента по сагитальной оси спереди или сзади, в зависимости от операционной ситуации.
2. При опухоли надпочечника размерами больше 5 см целесообразнее производить мануально-ассистированное вмешательство.
3. Операциями выбора для нас стали лапароскопические и мануально-ассистированные адреналэктомии.
4. Дренирование области операции обязательно во всех случаях.
5. При проведении лапароскопических адреналэктомий возможна коррекция сопутствующей патологии.
6. Хирург, выполняющий операции на надпочечниках, должен иметь представление об их функции и возможных гемодинамических и гормональных нарушениях во время и после операции.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА И ГИСО.

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Тимербулатов М.В. (5), Сендерович Е.И. (6), Галлямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4), Макушин А.А (3), Чернышев Е.Ю.(1)

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; (4) МЦ Центрального Банка России; (5) БГМУ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии (6) ГКБ № 21

Актуальность.

Прошло более 130 лет с тех пор, как Бильрот выполнил первую резекцию желудка, но актуальность исследований посвященных хирургии рака желудка и ГИСО остается несомненной. По данным литературы рак желудка является одной из основных причин смерти от злокачественных опухолей во всем мире (около 1

млн. жителей планеты в 2008 году умерли от рака желудка). Лечение рака желудка и ГИСО вступает в новую эпоху. Появилось большое число технологических изменений призванных минимизировать хирургическую травму, улучшить исходы хирургических вмешательств и повысить качество жизни больного.

Цель: Улучшить выживаемость и качество жизни больных с раком желудка и гастроинтестинальными стромальными опухолями, путем применения видеоэндоскопических методик.

Материал и метод.

С 2000 по март 2012 г.г. оперировано 64 больных с различными формами онкологических заболеваний желудка. Из них 41(64,1%) мужчин и 23(35,9%) женщин. Возраст больных колебался от 32 до 75 лет. Объем поражения устанавливался на основании, рентгенологического исследования, эндоскопического исследования, данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Оценка поражения желудка так же оценивалась по данным биопсии. Стадия процесса в дооперационном и послеоперационном периоде оценивалась согласно классификации Международного противоракового союза.

Результаты.

На базах кафедры выполнено 64 видеохирургических вмешательства: лапароскопическим доступом оперировано 41(64,1%) пациентов, из них 21 – по поводу рака желудка, 20– по поводу ГИСО желудка; лапароскопически-ассистированным доступом оперировано - 3(4,7%) пациента по поводу рака желудка; мануально-ассистированным доступом оперировано -20(31,2%) пациентов по поводу рака желудка. В 20(31,2%) случаях выполнена гастрэктомия, из которых в 2 случаях выполнялась лапароскопически-ассистированная гастрэктомия, в 9 случаях выполнялась лапароскопическая гастрэктомия, и у 9 пациентов гибридная гастрэктомия. В 20(31,2%) случаях выполнялась субтотальная резекция желудка: у 13 пациентов выполнена лапароскопическая субтотальная резекция желудка и 7 пациентам- гибридная субтотальная резекция желудка. В 19(29,6%) случаях выполнялась лапароскопическая секторальная резекция желудка. В 5(7,8%) случаях выполнялась лапароскопическая проксимальная резекция желудка. При раке желудка всем пациентам выполнялась стандартная D-2-лимфодиссекция. Выполнение данных оперативных вмешательств проводилось с использованием стандартных наборов

для эндовидеохирургических вмешательств, использовались ультразвуковые ножницы HARMONIC(ETHICON ENDOSURGERY), аппарат биполярной коагуляции LIGASURE, En-Seal, набор линейных эндоскопических сшивающих аппаратов (Eshelon, ATB-45, Flex, EndoGIA-30, Endouaniversal), устройство для ручного ассистирования LAP-DISK, DEXTRUS (ETHICON ENDOSURGERY). Удаленный орган помещался и эвакуировался из брюшной полости в герметичном контейнере, соблюдая принципы абластики. Время оперативных вмешательств составило 100-400 мин, кровопотеря составила 250-900 мл, продолжительность койко-дня 4-15 дней. Осложнения после операции возникли в 3(4,7%) случаев в виде анастомозита. В 1(1,6%) случае, пациенту с развившимся анастомозитом установлен самораскрывающийся, непокрытый нитиновый стент (удален через 2 месяца).

Выводы.

Применение эндовидеохирургических методов в лечении злокачественных образований желудка является эффективным, сочетая в себе соблюдение онкологических принципов лечения злокачественных заболеваний, адекватную радикальность оперативного вмешательства при малой/минимальной инвазивности.

Малый процент осложнений (4,7%), позволяет сопоставить видеохирургические методы лечения с традиционными, однако, в связи с небольшим количеством наблюдений, систематизировать отдаленные онкологические результаты считаем преждевременным.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА – КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПОЧКИ.

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1,2,3,4), Забродина Н.Б. (2), Преснов К.С. (3), Коваленко А.В. (2), Новиков А.Б. (2)

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; (4) МЦ Центрального Банка России

Цель: применение новых эндовидеохирургических методик в лечении опухолей почки.

Материал и метод.

С 2003 по март 2012 г.г. оперировано 137 больных с различными формами онкологических заболеваний почки. В группу выбора для органосохраняющих

операций входили пациенты с размерами опухоли не более 10 см (стадия T1a,б) не прорастающих фасцию Герота, без отдаленного метастазирования. В зависимости от локализации опухоли применялись методики: лапароскопическая резекция почки, мануально-ассистированная (гибридная) резекция почки, ретроперитонеоскопическая резекция почки, в условия тепловой ишемии и без. Для выполнения данных оперативных вмешательств использовался стандартный набор эндоскопического оборудования, включая ультразвуковые ножницы HARMONIC, Неодим-Яг лазер (Лазурит), порт для ручной ассистенции (Lap-Disk, Dextrus), баллон для формирования первичной полости в забрюшинном пространстве (Space-Maker).

Результаты и обсуждение.

Лапароскопическая, мануально-ассистированная (гибридная) резекция почки с тепловой ишемией выполнялась в 15,2% случаев, без ишемии в 13,8% случаев. Лапароскопическая резекция почки с тепловой ишемией выполнялась в 29,1% случаев, без тепловой ишемии - в 11,1%. Ретроперитонеоскопическая резекция почки с тепловой ишемией выполнялась в 8,33% случаев, без тепловой ишемии - в 22,2% случаев. Опухоль выделялась с блоком паранефральной клетчатки. Соблюдая принципы абластики, опухоль помещалась в герметичный контейнер и удалялась из брюшной полости. При выполнении гибридных оперативных вмешательств на левой почке, порт для ручной ассистенции устанавливался через 6 см разрез в эпигастральной области, на правой почке – в правой подвздошной области. При выполнении ретроперитонеоскопических резекций почки первичная полость формировалась с использованием баллона (Space-Maker). При использовании методики резекции с тепловой ишемией на почечную ножку накладывался линейный сшивающий аппарат с извлеченными скрепками, либо на почечную артерию накладывалась сосудистая клемма, при этом необходимости наложения сосудистой клеммы на почечную вену не было. В различных вариантах удаление опухоли выполнялось холодными ножницами, Неодим-Яг лазером (Лазурит), ультразвуковыми ножницами HARMONIC. Если при удалении опухоли нарушалась целостность чашечно-лоханочной системы, производилась ушивание последней интракорпоральным швом. С гемостатической целью и профилактикой прорезывания швов производилось ушивание почечной паренхимы с использованием гемостатической сетки (Surgicel). Среднее время операции составило 120+/-40 мин, среднее время тепловой ишемии 12+/-3 мин, средняя кровопотеря 300-400 мл, осложнения

наблюдались у 4 пациентов. У 3 пациентов кровотечение в раннем послеоперационном периоде, выполнена гибридная нефрэктомия, у 1 пациента, после лазерной резекции, мочевого свищ, купированный дренированием почки.

Выводы.

1. Как показал наш опыт, данные виды эндохирургических вмешательств зарекомендовали себя как альтернативный метод лечения больных с опухолями почки.
2. Особенности эндохирургической резекции почки являются технологичная оснащённость операционной, координированная работа всей хирургической бригады, обладание хорошим навыком интракорпорального шва обеими руками.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОЛИХОКОЛОН.

**Тимербулатов М.В., Биганяков Р.Я., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М.,
Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Городской колопроктологический центр ГKB №21

Актуальность.

Внедрение лапароскопических вмешательств в лечении толстокишечных колостазов значительно улучшило ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данного заболевания.

Цель: Определить показания и объем выполнения лапароскопического вмешательства в хирургическом лечении больных с толстокишечным колостазом.

Материал и методы.

Опыт работы основан на хирургическом лечении 79 больных с толстокишечным колостазом находившихся на стационарном лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы ГKB №21.

Показания к хирургическому лечению выставляли после проведения тщательного комплексного обследования включающего общеклинические методы исследования, фиброколоноскопию, ирригографию, а также изучение показателей микроциркуляции стенки толстой кишки и электролитный состав крови. При неэффективности проводимого консервативного лечения и наличии у пациента суб- и декомпенсированной формы заболевания выставляли показания к операции.

У всех оперированных больных клиника толстокишечного колостаза сопровождалась выраженными изменениями состояния кишечной стенки и рентгенологической картины, заключающейся в значительном увеличении протяженности и диаметра кишки, потере гаустрации и др. Данные изменения были более выражены в левых отделах толстой кишки.

Стандартным объемом проводимого хирургического вмешательства считаем выполнение левосторонней гемиколэктомии. Предпочтение отдавали лапароскопическому методу с формированием экстракорпорального анастомоза (47 больных).

Выполнение субтотальной колэктомии с формированием илеоректоанастомоза, рекомендуемой некоторыми авторами, считаем неоправданной. В то же время объем резекции в пределах патологически удлиненной сигмовидной кишки по нашему мнению является недостаточным и приводит к неудовлетворительным отдаленным результатам. Пациентов перенесших хирургическое вмешательство по лапароскопической методике отличало отсутствие выраженного болевого синдрома и гнойных осложнений, ранняя активизация больного и купирование послеоперационного пареза кишечника.

Отдаленные результаты изучены в 58 случаях в сроки до 5 лет. При выполнении лапароскопической левосторонней гемиколэктомии в 91,5% случаев получены отличные и хорошие результаты, тогда как при лапаротомных вмешательствах данные показатели составили только 83%.

Заключение.

Показаниями к хирургическому лечению толстокишечных колостазов являются субкомпенсированные и декомпенсированные формы заболевания. Оптимальным объемом резекции толстой кишки является левосторонняя гемиколэктомия, а методом выбора хирургического вмешательства является лапароскопическая методика.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СЛОЖНЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Бобринская И.Г., Галлямова С.В., Галлямов Э.А.

МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; Центральная Клиническая
Больница Гражданской Авиации

Актуальность.

Тема сложных эндохирургических операций при всей актуальности не достаточно освещена. В последнее время хирурги стремятся делать эндохирургическим малоинвазивным доступом оперативные вмешательства с большим объёмом оперативного приёма, а такие вмешательства длительные, травматичные, зачастую с большой кровопотерей. Вслед за изменением практики хирургов, изменяется и отношение анестезиологов к безопасности анестезиологического пособия при выполнении сложных, в том числе и сочетанных эндохирургических вмешательств.

Цель исследования.

В связи с этим мы задались целью повысить безопасность анестезиологического обеспечения при выполнении сложных эндохирургических вмешательств, в том числе и сочетанных, для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с хирургической патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материал и методы.

В течении 6 лет мы использовали разработанные на нашей кафедре алгоритм и шкалу балльной оценки определения операционно-анестезиологического риска при выполнении сочетанных эндохирургических вмешательств.

Данный алгоритм суммирует объем, сложность каждого этапа сочетанного эндохирургического вмешательства, тяжесть состояния больных (по ASA) и дает возможность анестезиологам и хирургам на этапе планирования сложной сочетанной операции объективно и более аргументировано определить:

1. максимально безопасное для пациента возможное количество хирургических вмешательств;
2. очередность этапов;
3. длительность периода поддержания карбоксиперитонеума;

4. максимально безопасный для пациента уровень ВБД и скорость инфузии;
5. степень риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде.

Больным со средним и высоким баллом операционно-анестезиологического риска проведение сочетанных эндохирургических вмешательств сопряжено с высоким риском осложнений. Выполнение сложного сочетанного эндохирургического вмешательства при балльной оценке операционно-анестезиологического риска, превышающей 8 баллов, сопряжено с увеличением числа осложнений анестезиологического обеспечения, требует ограничения количества и сложности этапов операций, снижения степени хирургической агрессии, сокращения (до 4 часов) длительности периода поддержания карбоксиперитонеума, или использования мануально-ассистированной техники с обязательным снижением уровня внутрибрюшного давления.

Результаты и обсуждение.

Примером выполнения сложного сочетанного эндохирургического вмешательства при высокой балльной оценке (14 баллов) операционно-анестезиологического риска может служить следующий клинический случай.

Пациентка В. 76 лет, диагноз Аденокарцинома антрального отдела желудка T2NOMO, инсулинома с частыми гипогликемическими состояниями, хронический калькулезный холецистит, планируется выполнение сложного сочетанного эндохирургического вмешательства.

Операционно-анестезиологический риск по ASA IV. Сопутствующие заболевания: ИБС; атеросклеротический кардиосклероз; недостаточность кровообращения 2А ст.; гипертоническая болезнь 2 ст; хроническая венозная недостаточность; В-12 дефицитная анемия на фоне заболевания антрального отдела желудка (аденокарцинома), тубуловорсинчатых аденом 12п.к и желудка (аденокарцинома), тубуловорсинчатых аденом 12п.к. и восходящего отдела толстой кишки; инсулома с частыми гипогликемическими состояниями (утром снижение уровня глюкозы крови до 1.94 -2.6 mmol/L) инсулин 15.15 МЕ/мл (норма 2.6-11.1) С-пептид 0.16 ng/ml (норма 0.81-3.85); хронический пиелонефрит. Для этой больной на этапе планирования сочетанного эндохирургического вмешательства было трудно ограничить количество и сложность этапов операций, так как отказ от любого из этапов мог привести к развитию осложнений в раннем

послеоперационном периоде (гипогликемическая кома, острый флегмонозный холецистит т. д.). Путем снижения степени хирургической агрессии сочетанного оперативного вмешательства явилось использование лапароскопической мануально-ассистированной (гибридной) методики с ограничением уровня внутрибрюшного давления (до 6 мм рт. ст.) и программируемой десуффляции – «остановки безопасности». «Остановка безопасности»- термин, используемый в дайвинге, обозначающий остановку при всплытии определенной длительности и на определенной глубине, с целью профилактики декомпрессионной болезни.

Во время дооперационного обсуждения (брифинга) совместно с хирургами были определены: последовательность и примерная длительность этапов хирургического вмешательства, максимально безопасный для пациента уровень ВБД и скорость инсуффляции; очередность программируемой десуффляции, периодов изменения положения больного на операционном столе и связанной с этими факторами тактики анестезиологического обеспечения. Таким образом, была запланирована сочетанная операция: лапароскопическая мануально-ассистированная (гибридная) субтотальная резекция желудка, энуклеация инсулиномы поджелудочной железы, холецистэктомия, дренирование брюшной полости под комбинированной анестезией (продленная перидуральная анестезия и комбинированный эндотрахеальный наркоз). На этапах анестезии и операции проводился мониторинг основных показателей гемодинамики и газообмена: артериальное систолическое, диастолическое, среднее давление, ЦВД, ЧСС, etCO₂ SpO₂., уровня гликемии.

В указанном объеме сочетанное оперативное вмешательство было выполнено. Общее время операции 450 мин (субтотальная резекция желудка - 220 мин, энуклеация инсулиномы поджелудочной железы -160 мин, холецистэктомия 40 мин). В плановом порядке при удовлетворительных показателях гемодинамики и легочного газообмена, стабильной хирургической ситуации, по окончании первого этапа была произведена десуффляция-«остановка безопасности» и прекращены хирургические манипуляции. Время программируемой десуффляции 40 мин. На 3-4 часу оперативного вмешательства механизмы адаптации организма истощаются. Все негативные изменения, которые вызывает карбоксиперитонеум, накапливаются и суммируются, и к концу 4 часа для создания стабильного баланса всех систем организма необходимо прикладывать дополнительные усилия. В нашем случае указанные выше изменения гемодинамики и газообмена предупреждались применением

программируемой десуффляции. Таким образом, изменения гемодинамики и газообмена находились в пределах компенсаторных возможностей организма больных и не привели к изменению плана оперативного вмешательства и анестезиологического пособия.

Вводная анестезия включала: фентанил 0.002 мг/кг, дроперидол 0.06 мг/кг, тиопентал-натрия 5мг\кг. Интубация трахеи проводилась на фоне мышечной релаксации листеноном (2 мг/кг), с последующим поддержанием миоплегии ардуаном (пипекурония бромид) 0,05 мг/кг. После вводного наркоза установлен зонд в желудок. После интубации трахеи ИВЛ проводили наркозным аппаратом Dräger Primus. Использовали два режима ИВЛ: вентиляция с управляемым объемом (volume control ventilation) и вентиляция с управляемым давлением (pressure control ventilation).

Поддержание анестезии осуществлялось фракционным введением наркотического анальгетика фентанила (0,0023 мг/кг/час) и барбитуратов ультракороткого действия в сочетании с ингаляцией закиси азота и кислорода в сочетании 2/1. В перидуральный катетер для поддержания анальгезии маркаин 0.05 мг/кг/час. Во время наркоза установлен назоинтестинальный зонд ниже линии анастомоза для энтерального питания. Длительность анестезиологического пособия составила 510 мин. Кровопотеря 500 мл.

По окончании операции больная переведена в реанимационное отделение с продолжающейся ИВЛ через ЭТТ. Продленная ИВЛ в течении 16часов 45мин.

Периоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде продолжалась перидуральная анестезия, коррекция гликемии, инфузионно-трансфузионная, антибактериальная терапия, со вторых суток начато энтеральное питание. В РАО больная провела 5 суток. Больная выписана домой на 17 сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

Использование критериев прогнозирования безопасности выполнения симультанных эндохирургических вмешательств у больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости позволяет не только прогнозировать возможные осложнения, но и предпринять профилактические мероприятия.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТЕГРАДНОГО И РЕТРОГРАДНОГО
СТЕНТИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ПИЕЛОПЛАСТИКЕ.**

**Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1,2,3,4), Забродина Н.Б. (2), Преснов К.С. (3),
Мещанкин И.В. (2), Коваленко А.В. (2), Новиков А.Б. (2), Лукин А.В. (2),
Фёдоров А.В. (2).**

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая
Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами
Мэра и Правительства Москвы»; (4) МЦ Центрального Банка России

Актуальность.

Традиционно применяется ретроградная методика стентирования мочеточника. Однако, многие авторы считают, что антеградная методика стентирования обеспечивает более легкую спатуляцию мочеточника и выполнение уретеропиелоанастомоза. Кроме того, при антеградном стентировании отсутствует необходимость изменять укладку пациента в процессе вмешательства, что может сократить операционное время. Мы провели собственное исследование оценки результатов установки мочеточникового стента ретроградно и антеградно при выполнении эндоскопической пиелопластики.

Материалы и методы.

В основу настоящего исследования положены результаты оперативного лечения 73 больных гидронефрозом, обусловленным стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента. Пациентам, в период с 2006 по 2012 год, была выполнена лапароскопическая (38 пациента - 49%) или ретроперитонеоскопическая (35 пациента - 51%) пиелопластика в урологическом отделении ЦКБ ГА г. Москвы. Больные разделены на группы. I группа – пациенты, которым стентирование выполнялось ретроградно до основного этапа операции, II группа – пациенты, стент которым устанавливался антеградно во время операции. В I группе женщин было 16 (42,4%), мужчин – 21 (57,6%), во II группе – количество женщин и мужчин было равным - по 18 пациентов (по 50% соответственно). Правосторонний гидронефроз диагностирован у 23 пациента (63,6%) в I группе и у 15 (40,6%) во II группе. Левосторонний- у 14 (36,4%) в I группе и у 21 (59,4%) во II-й. В 2 случаях во II группе операции выполнялись на единственной левой почке.

Результаты.

Технических трудностей и интраоперационных осложнений при ретроградном стентировании отмечено не было. При антеградном варианте стентирования, у одного пациента нам не удалось установить стент: при проведении струны было встречено непреодолимое препятствие в нижней трети мочеточника. Больной был уложен на спину, ноги разведены, десуффляция. Под рентгенологическим контролем, через цистоскоп в левое устье беспрепятственно проведен до лоханки мочеточниковый катетер с проводником, затем катетер удален, по проводнику ретроградно установлен стент. Больной вновь уложен в латеропозицию, инсуффляция, операция продолжена. Безрезультатная попытка ввести стент антеградно и последующие смены укладки больного удлиннили время операции на 70 минут. В последующем, мы отказались от антеградной установки стента.

Заключение.

Преимуществами ретроградной установки стента считаем:

1. Надежность и «предсказуемость» его установки, так как стентирование выполняется под визуальным и рентгенологическим контролем;
2. Возможность выполнения ретроградной уретеропиелографии, уретероскопии.

Недостатками ретроградной установки стента считаем:

1. Необходимость изменения укладки больного после стентирования;
2. Инвазивное вмешательство на нижних мочевых путях;
3. Наличие в зоне вмешательства завитка стента, который создает определенные помехи для оператора.

Преимуществами антеградной установки стента считаем:

1. Отсутствие необходимости смены укладки больного в процессе операции;
2. Отсутствие проксимального завитка стента в зоне резекции стриктуры пиелоуретерального сегмента и наложения анастомоза;

Возможность стентирования на различных этапах операции (например, после ушивания задней «губы» анастомоза) по усмотрению хирурга.

1. Недостатком антеградной установки стента считаем:
2. Отсутствие визуального и рентгенологического контроля за установкой стента, особенно при формировании дистального завитка в мочевом пузыре;

3. Необходимость установки дополнительного троакара для проведения струны-проводника и стента.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ.**

**Фаязов Р.Р., Сагитов Р.Б., Уразбахтин И.М., Сибает В.М.,
Мехдиев Д.И., Ямалов Р.А.**

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России. ГБУЗ МЗ РБ "Больница скорой медицинской
помощи" г.Уфа.

Актуальность.

Несмотря на определенные успехи в консервативном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) у 20-30% больных развиваются тяжелые осложнения, требующие оперативного вмешательства. Одним из грозных осложнений данной категории больных является перфорация дуоденальной язвы (ПДЯ). Операции по поводу данного осложнения составляют около 30% всех хирургических вмешательств при ЯБ ДПК. При этом довольно высокой остается летальность, которая колеблется от 3 до 12%.

Среди способов хирургического лечения ПДЯ наибольшее распространение получили такие операции, как ушивание перфорационного отверстия (ПО), первичная резекция желудка, а также различные методы ваготомии. Преимущества и недостатки этих манипуляций изучены достаточно полно. Хочется отметить, что при ушивании ПО лапаротомным доступом больше времени уходит на лапаротомию и наложение швов на рану, чем на основное оперативное вмешательство.

В последние годы при лечении осложненных форм ЯБ ДПК во многих клиниках широко используются миниинвазивные хирургические технологии (МХТ). Ушивание ПО и ваготомии выполняются посредством видеолапароскопии. Но как показывает накопленный опыт, не во всех ситуациях использование видеолапароскопии возможно и эффективно. Как быть при наличии периульцерозного процесса, когда имеет место прорезывание швов; при наличии пилоростеноза, что предполагает выполнение пилоропластики; при наличии ПО больших размеров, т.е. более 0,8 см, что предусматривает использование пластических материалов; при расположении язвы по задней стенке и или ближе к ней. В таких ситуациях лапароскопические манипуляции требуют конверсии метода, или же дополнительного минилапаротомного ассистирования.

Целью исследования явилось обоснование возможности применения эндоскопических и эндоскопически ассистированных операции, определения их эффективности в хирургическом лечении больных с ПДЯ.

Материал и методы.

Клинический материал, обобщенный в работе, составил 374 больных с ПДЯ, которые были распределены на 2 группы. В первую группу (основную) включены 148 больных, перенесших операцию ушивания ПО с применением эндоскопических и эндоскопически ассистированных операции. Из них, 46 больным выполнено лапароскопическое ушивание ПО с передней радиочастотной вагодеструкцией желудка и лапароскопическая санация брюшной полости.

Через минилапаротомный доступ 44 больным произведено ушивание ПО с предварительной лапароскопической санацией брюшной полости с дренированием подпеченочного пространства и малого таза и, 58 больным выполнено иссечение язвы с пилоропластикой. Санация проводилась в основном раствором фурациллина до чистых промывных вод. Минилапаротомный разрез длиной до 3 см выполняется в проекции ПДЯ, которая устанавливается во время лапароскопии и в большинстве случаев располагается правее срединной линии живота на 2-3 см и выше пупка на 6-8 см. Показаниями к данным операциям явились: а) локализация ПО по медиальной поверхности ДПК; б) размеры ПО более 0,8 см в диаметре; в) выраженный периульцерозный процесс; г) наличие пилоростеноза; д), выраженные нарушения функции органов сердечно-легочной системы. Во вторую (контрольную) группу включены 226 больных, которым органосберегающие операции (ушивание ПО; иссечение язвы с пилоропластикой; ваготомии, в т.ч. радиовагодеструкция) выполнены путем широкой лапаротомии.

Результаты и их обсуждение.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 10 (6,7%) больных, перенесших операцию с использованием лапароскопического ушивания ПО, причем в 4 случаях осложнения возникли в виде прорезывания швов, что устранено на следующие сутки через минилапаротомный разрез. Следует отметить, что при проведении манипуляции из минилапаротомного доступа случаев конверсии не наблюдалось. Среди явных преимуществ в течение послеоперационного периода следует отметить раннюю физическую активность больных, раннюю функциональную активность желудочно-кишечного тракта, отсутствие выраженного болевого синдрома и пареза кишечника. Также в

несколько раз уменьшается применение наркотических анальгетиков. Среднее пребывание больного на койке снизилось с 13,5 до 8,5 дня. В контрольной группе ранние послеоперационные осложнения возникли у 42 (18,6%) больных. Летального случая в основной группе не было, тогда как в контрольной группе умерло 8 больных, что составило 3,5% случаев. В отдаленном послеоперационном периоде рецидив дуоденальной язвы у больных, которым была выполнена радиовагодеструкция желудка составил 2,8%.

Выводы.

1. Эндоскопическое ушивание ПДЯ является оптимальным способом хирургического лечения данной патологии, но в некоторых ситуациях возникают непреодолимые технические трудности.
2. Эндоскопически ассистированное ушивание перфоративной язве при ПДЯ по миниинвазивности не уступает лапароскопическому, а в случаях невозможности его выполнения и наличии противопоказаний к нему является альтернативой конверсии.

НОВОЕ В ХИРУРГИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ.

**Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М.,
Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Городской колопроктологический центр ГКБ №21

Актуальность.

Создание службы реабилитации стомированных больных позволило сконцентрировать пациентов со стомой в одном месте и изучить результаты стомирующих операций. Проведенный анализ позволил выявить причины и структуру стомальных осложнений остающимися на достаточно высоком уровне – 57,2%.

Цель. Разработать новые способы и технические приемы формирования кишечной стомы способствующие снижению количества ранних и поздних стомальных осложнений.

Результаты.

Наиболее распространенным ранними осложнениями являются гнойно-воспалительные, обусловленные попаданием кишечной флоры в подкожную жировую клетчатку. С целью предотвращения инфицирования нами предложен

способ формирования кишечной стомы с использованием непрерывного шва (Патент РФ). Предложенный способ (патент РФ) ушивания парастомальной раны при выведении стомы через операционную рану позволил добиться ровной и герметичной поверхности кожи позволяющий раннее использование калоприемника не требующий его смены для снятия швов с раны. Для удобства выведения кишечной стомы нами разработан ранорасширитель (патент РФ), а при формировании стомы на фоне кишечной непроходимости разработан отсроченный шов позволяющий уменьшить риск развития парастомальной грыжи (патент РФ).

Заключение.

Разработанные новые способы и технические приемы формирования кишечной стомы позволяют добиться снижения количества стомальных осложнений тем самым улучшить качество жизни стомированных больных.

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.**

**Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В., Макарьева М.Л.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России. Городской колопроктологический центр ГKB №21

Актуальность.

Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии кишечных стом являются наиболее сложными и требуют скрупулезного подхода не только при выполнении вмешательства, но и при обследовании перед предстоящей операцией. Продолжается дискуссия о сроках выполнения восстановления кишечной непрерывности. Большинство отечественных авторов склонно выполнять его в период от 6 до 12 месяцев. Однако такой подход не всегда оправдан и может быть причиной необоснованной задержки реабилитации стомированного больного.

Цель. Выработать алгоритм ведения стомированного больного с внедрением новых методов объективной визуализации с целью определения оптимальных сроков выполнения восстановительной операции.

Результаты.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм ведения стомированного больного с обязательным проведением ФКС, ирригографии и внутрисветового УЗИ, внутрисветовой кишечной манометрии и сфинктерометрии в различные сроки после выведения стомы. Данные мероприятия позволили определить изменения происходящие в кишечной стенке, просвете отключенной и стомированной кишки с учетом особенностей течения основного заболевания и самого пациента.

Заключение.

Внедрение предложенных исследований в лечебно-диагностический алгоритм ведения стомированного больного позволило определить сроки купирования воспаления и созревания стомы позволившие обосновать возможность выполнения восстановительной операции.

ХИРУРГИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

**Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В., Макарьева М.Л.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ), несмотря на разработку большого количества новых методов и способов герниопластики, остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии (Г.И. Веронский и соавт., 2002; J.J.Bauer et al., 2002). Частота рецидива заболевания у больных ПВГ даже при протезирующей герниопластике достигает значительной величины - 24-44% (А.И.Гузев, 2004; F.Ferranti et al., 2003). Основными причинами значительного количества рецидивов грыж являются: выраженное натяжение тканей брюшной стенки и гнойные раневые осложнения (Р.А.Женчевский, 2005; G.Veillette et al., 2001). Гнойные осложнения при герниопластике по значимости находятся на третьем месте после рецидивов и хронической боли, и в значительной степени определяют уровень рецидива заболевания (И.В.Федоров, А.Н.Чугунов, 2004, K. Junge, U.Klinge, 2005). Успешное решение проблемы хирургической реабилитации больных ПВГ видится в применении протезирующей герниопластики, в том числе - новых видов имплантов с пролонгированным противобактериальным действием.

Материал и методы.

Клиника госпитальной хирургии Башкирского государственного медицинского университета занимается проблемами герниологии на протяжении более 50 лет. Так в клинике разработан, и широко применялся на практике имплант, представляющий собой синтетическую сетку из антимикробных капроновых нитей "Абакталат". С использованием указанного вида протеза (Патент РФ № 2126694) проведено лечение 500 больных ПВГ с хорошими отдаленными результатами.

Результаты и обсуждение.

На современном этапе развития герниологии, основанном на использовании имплантов из монофиламентных волокон, нередко возникают проблемы их применения. Недостатком является невозможность прямого насыщения антибактериальными препаратами, которые импрегнируют только полифиламентные нити, а именно капрон, что не позволяет использовать протезы из монофиламентных нитей, а в условиях растущей резистентности основных госпитальных штаммов это приводит к неэффективной антибиотикопрофилактике и, как следствие, возрастанию вероятности гнойно-воспалительных раневых осложнений.

В настоящее время в клинике ведутся работы по применению на практике импланта из монофиламентных нитей (полипропилена) с приданием ему антибактериальных свойств. Антибактериальные средства могут входить в структуру нити, или быть на ней зафиксированы с помощью полимерных покрытий (матриц) или низкомолекулярных посредников. Данный протез из монофиламентных волокон покрыт полимером с импрегнированным в него антибиотиком цефалоспоринового ряда. В качестве матрицы, несущей заданную концентрацию антибиотика, используется поливиниловый спирт (ПВС), раствор которого пролонгируют действие антибиотиков благодаря образованию легкоподвижных комплексов за счет водородных связей (А.И.Тенцева, М.Т.Алюшина, 1985). Полимеризуясь, раствор ПВС образует на импланте пленку, которая подвергается постепенной фрагментации и деструкции клеточными элементами, что обеспечивает длительную диффузию антибиотика в окружающие ткани и создает антибактериальную среду в зоне наибольшего риска гнойных осложнений. Результаты изучения противомикробных свойств, прочностных характеристик и тканевой реакции на имплантацию данного эндопротеза показали, что антибактериальное действие его сохраняется до 5 суток, а сам

имплант отвечает всем требованиям, предъявляемым к современным пластическим материалам для герниопластики.

Заключение.

Первые выполненные операции позволяют говорить о перспективности применения разработанной методики в хирургии ПВГ, а использование импланта с противомикробным действием обеспечивает надежную профилактику послеоперационных гнойных раневых осложнений при хирургическом лечении больных ПВГ, обеспечивая надежные удовлетворительные результаты лечения.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ.

**Грицаенко А.И., Мустафин А.Х., Галимов И.И., Мухамедьянов И.Ф.,
Салимгареев И.З., Рахимов Р.Р.**

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Цель работы: Изучить ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения метастатического рака печени.

Результаты и обсуждение: В нашей клинике с 2003 по 2010 гг., прооперировано 73 пациента по поводу метастатического рака печени. Основным методом хирургического лечения являлась гемигепатэктомия. С 2005 года применяется рентгенэндоваскулярная региональная химиотерапия (РЭРХТ) как самостоятельный метод при нерезектабельных метастазах печени, так и в качестве адъювантной терапии в группе пациентов после резекции печени. Выполнены 190 процедур РЭРХТ (в среднем 3,6 на 1 пациента). Расширенную гемигепатэктомию выполняли при распространении опухолевого процесса на остающуюся долю. Бисегментэктомию SVI-VII, сегментэктомию SVI выполняли при опухолях, не превышавших в размере 4 см и расположенных в пределах указанных сегментов. Резекцию SIV-V и левостороннюю кавальную лобэктомию выполняли при локализации любых опухолей в пределах указанных сегментов. Анатомические резекции небольшого объема выполняли также в случаях неудовлетворительного функционального состояния печени, серьезной сопутствующей патологии. При наличии удалимых внепеченочных метастазов, первичной опухоли в желудке или толстой кишке анатомические резекции небольшого объема комбинировали с вмешательством на других органах.

Правосторонних гемигепатэктомий произведено 27, левосторонних - 13, сочетанные вмешательства (резекция + другие) выполнены в 3 случаях. При метастатическом раке печени в сочетании с ЖКБ оперировано 9 больных, им выполнены сочетанные вмешательства. Опухоль сигмовидной кишки с метастазами в печень встречалась в наших наблюдениях в 17 случаях, данной группе пациентов выполнены сочетанные вмешательства на печени. 4 больным по поводу опухоли малого таза с метастазами в печень выполнено удаление первичной опухоли с резекцией печени. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 13 (17,8%) больных, в том числе абсцессы брюшной полости у 2 (2,7%), внутрибрюшное кровотечение - у 1 (1,4%), перитонит - у 2 (2,7%), печеночная недостаточность отмечена у 8 (11%) больных этой группы. Умерло 5 человек, летальность составила 6,8%.

Отдаленные результаты: Из 68 больных (5 больных умерли непосредственно после операции) отдаленные результаты, в сроки от 1 года до 5 лет, удалось проследить у 57 (84%). От прогрессирования основного заболевания умерли 24 (42%). Расчеты общей выживаемости на основе построения таблиц дожития показали следующие результаты: 65,5±6,3% – однолетняя; 40,4±7,2% – 3-летняя; и 18,7±6,6% – 5-летняя. Медиана общей выживаемости составила 36,5±7,6 мес. В настоящее время живы 19 (33%) пациентов, у которых с момента операции прошло от 3 до 89 мес. Установлено, что после резекции печени применение адъювантной РЭРХТ достоверно ($p < 0,05$) удлиняет 5-летнюю выживаемость по сравнению с группой пациентов после резекции печени без РЭРХТ с 40,7% по 52%.

Заключение: Основным методом хирургического лечения больных со злокачественными опухолями печени является гемигепатэктомия. Наличие множественных метастазов в печени не является основанием для отказа от оперативного вмешательства. Применение РЭРХТ при нерезектабельных метастазах печени, а также в качестве адъювантной терапии после резекций печени позволяет улучшить показатели выживаемости и качества жизни больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.

Плечев В.В., Фатихов Р.Г., Авзалетдинов А.М., Латыпов Ф.Р.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека. В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти.

На современном этапе лечение ХОБЛ дополнено хирургическими методами. Из всего многообразия предложенных хирургических вмешательств на сегодня остается актуальной «операция уменьшения объема легкого» предложенная в конце 50-х годов Brantigan и соавт. Технически операция сводится к резекции периферических участков эмфизематозного легкого для уменьшения остаточного объема и восстановления эластичности легочной ткани.

Материал и методы.

В отделении торакальной хирургии клиники БГМУ оперировано 47 больных. Из них у 4 больных последовательно проведены операции с обеих сторон. Всего оперировано 6 женщин и 41 мужчина, операция на обоих легких проводилась только мужчинам. В 20 случаях проведена торакотомия, в 31 случае - миниторакотомия.

Показаниями для хирургического лечения ХОБЛ являлись: диффузная эмфизема легких, рефрактерная к лекарственной терапии; сочетание с буллезной эмфиземой легкого; гетерогенность эмфиземы с наличием зон локального вздутия с нарушенной перфузией. Противопоказания для оперативного лечения были следующие: возраст старше 75 лет, курение в течение последних 6 месяцев, легочная гипертензия (систолическое - более 45 мм рт. ст., среднее - более 35 мм рт. ст.), PaCO₂ в покое - более 55 мм рт. ст., истощение (<75% от должной массы тела) или ожирение (>125% от должной массы тела), острые воспалительные процессы в легочной ткани, показатели ФВД ниже 30% от должного уровня. Учитывая тот факт, что легочная гипертензия развивается практически у всех больных с данной патологией, нами использовался опыт коррекции легочной гипертензии у больных с митральными пороками сердца проводимый в

Республиканском кардиологическом диспансере. Данная методика подразумевает длительный прием (от полугода и более) лозартрана-препарата для лечения гипертонической болезни из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II, в результате чего за счет снижения ЛАГ повышаются показатели ФВД (от 5 до 10 %) жизненной емкости, что улучшает послеоперационное течение процесса.

Больным в дооперационном периоде наряду с обще-клиническими исследованиями, проводились КТ-ОГК (преимущественно КТВР), бронхография, сцинтиграфия (макроагрегатами альбумина мечеными технецием 99), эхокардиография. Исследования также проводились после проведенного оперативного лечения в промежутках от полугода до 1-ого года.

Результаты и обсуждение.

На сегодняшний день хирургическая редукция объема лёгкого может выполняться как открытым доступом, через торакотомия, так и торакоскопически. Функциональные результаты малоинвазивных вмешательств не уступают таковым при открытых операциях. Использование нового метода резекции паренхимы лёгкого аппаратом LigaSure во время эндоскопического вмешательства сокращает время операции, обеспечивает надёжный аэро- и гемостаз. Необходимо также отметить, что предложенный способ резекции экономически выгоден, так как пропадает необходимость расходования большого количества кассет сшивающего аппарата. Операции проводились как через стандартный торакотомный доступ, так и с использованием видеоторакоскопических малоинвазивных технологий (видеоассистированная миниторакотомия). Операция выполнялась с использованием бокового доступа и инструментальной техники наложения швов на паренхиму легкого с использованием аппаратов У0-40, ИЛА, ТСП, Эндо-Джи, LigaSure. Операции заканчивались частичной плеврэктомией или химическим плевродезом.

Результаты всех операций (сроки наблюдения до 12 мес.) расценены как хорошие: ЖЕЛ в среднем увеличилась на 18,0% ($p < 0,05$), ФЖЕЛ - на 18,8% ($p < 0,05$), снижение давление в легочной артерии на 3-5 мм рт ст, улучшились показатели бронходилатационных тестов и качество жизни. Патогенетическим эффектом от данной операции являются: снижение влияния внутригрудного давления на конечный экспираторный объем легкого; улучшение эластической тяги легкого, вентиляции альвеол, вентиляционно-перфузионных соотношений, улучшение конфигурации грудной клетки, формы и механической эффективности дыхательных мышц. Наряду с этим происходит уменьшение положительного

давления в конце вдоха и легочного сосудистого сопротивления, освобождение мышц живота от функции выдоха. Увеличивается диаметр воздухоносных путей, степень гомогенности легочной ткани, напряжения кислорода в венозной и артериальной крови, улучшается сократительная функция правого желудочка.

Заключение.

Наш опыт использования миниинвазивных технологий для резекции лёгких позволяет говорить о его безопасности, эффективности и целесообразности для лечения пациентов с тяжёлой формой эмфиземы лёгких.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В СОЧЕТАНИИ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ.

**Плечев В.В., Шавалеев Р.Р., Корнилаев П.Г.,
Шавалеев Р.Р. (мл.), Хакамов Т.Ш.**

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) и спаечная болезнь брюшины (СББ) представляют одну из сложных и до конца не решенных актуальных проблем абдоминальной хирургии. Значимость ее постоянно растет в связи с увеличением числа и объема операций на органах брюшной полости. Эти заболевания объединяет общие этиологические факторы, особенности патогенеза, клинических проявлений, принципы подхода к их хирургическому лечению, тем более что спаечный процесс во время операции грыжесечения обнаруживается до 90% случаев. В связи с этим одним из важных аспектов данной проблемы является разработка новых методов профилактики рецидивов перитонеальных спаек.

Цель исследования.

Разработка новых методов профилактики СББ у больных ПВГ. Наличие спаечного процесса в подавляющем большинстве случаев ПВГ, а так же ряд особенностей проявления СББ у грыженосителей, требуют разработки специальных современных приемов хирургического лечения и способов их профилактики.

Материалы и методы исследования.

В клинике госпитальной хирургии БГМУ с 1997 года существует Российский Федеральный центр пластической абдоминальной хирургии, где на основе многолетнего опыта разработаны новые способы хирургического лечения и профилактики этих заболеваний.

Результаты исследования.

Нами разработан алгоритм лечения и профилактики спаечной болезни брюшины у больных грыжами, который может быть охарактеризован принципом: чем более выражен адгезивный процесс, тем большее значение имеют пособия, направленные на профилактику рецидива спаечной болезни брюшины. Применение традиционных антиадгезивных методов профилактики спаечной болезни брюшины ведет к повышению внутрибрюшного давления и имеет существенные ограничения. В этой связи, в качестве разобщающих материалов, альтернативой может служить использование биологических пленчатых трансплантатов с антиадгезивным и противомикробным свойствами.

С целью профилактики висцеро-париетальных спаек нами применяются укрывающие линию шва со стороны брюшной полости, или десерозированные участки кишечника, лоскуты консервированной аллогенной брюшины (Патент РФ № 2240053), а также антиадгезивная обработка краев грыжевого дефекта перед герниопластикой.

Принцип разобщения положен также в основу применения удаляемой полимерной пленки, помещенной между внутренними органами и швом передней брюшной стенки. В конце операции из специальной полимерной пленки вырезают лоскуты размерами и формой, необходимыми для надежной изоляции травмированных поверхностей брюшной стенки и внутренних органов. Выкроенная пленка устанавливается через лапаротомную рану и фиксируется наружными съемными швами через все слои брюшной стенки. Свободный суженный и удлинненный конец пленки выводится через дополнительный разрез передней брюшной стенки и фиксируется в подкожной клетчатке. Оттекающий экссудат собирается в емкость с помощью вакуум-дренажа. В брюшной полости оставляется микроирригатор для введения лекарственных препаратов. После полного восстановления моторной функции кишечника, обычно на 3-5 день после операции, производится удаление пленки. С целью продолжения принципа разобщения органов в брюшную полость вводится кислород. Его введение на фоне восстановленной перистальтики кишечника не создает избыточной нагрузки

на дыхательную и сердечнососудистую систему больного. Это пособие также не повышает внутрибрюшного давления (Патент РФ № 1641287).

При разделении массивного спаечного процесса зачастую образуются обширные десерозированные участки кишечника, исключающие выполнение перитонизации на большом протяжении и делающие невозможным вариант резекции тонкой кишки, более того, грозящие развитием ранней острой спаечной кишечной непроходимости. Для таких особо сложных случаев нами разработана методика, в основу которой положен принцип энтеропликации по Ноблю (Патент РФ № 2159082). При выполнении данного способа не нарушается брыжеечный кровоток, уменьшается опасность вспышки дремлющей мезаденальной инфекции и не создается механических препятствий для нормального хода перистальтики.

Предотвращение атонии кишечника и раннее восстановление его моторики также является профилактической мерой спайкообразования. С этой целью нами разработаны и экспериментально обоснованы новые способы профилактики и лечения послеоперационного пареза кишечника.

У больных грыжами с признаками хронической кишечной непроходимости и ожидаемым стойким послеоперационным парезом кишечника, в 49 случаях выполнялась стволовая денервация верхней брыжеечной артерии, после завершения которой отмечалась нормализация тонуса стенки кишечника и появление активной перистальтики прямо на операционном столе.

В настоящее время, с целью упрощения процедуры и доступности ее выполнения, разработан способ химической денервации, основанный на обратимом нейротоксическом действии клея "Сульфакрилат", вводимым через инъекционную иглу параартериально (Патент РФ № 2169531). Выраженность и продолжительность клинического эффекта не уступает тому, что наблюдается при механической денервации. Последние годы подобный эффект удается получить путем применения продленной перидуральной анестезии в послеоперационном периоде.

Новой разработкой является антиадгезивная обработка краев лапаротомной раны, заключающаяся в нанесении на париетальную брюшину витального красителя метиленового синего и гепарина (Патент РФ №2240053). Гепаринизированная поверхность препятствует выпадению фибрина и, тем самым, формированию спаечных сращений по линии послеоперационного шва.

Заключение.

Таким образом, выбранное направление лечения и профилактики спаечного процесса у больных ПВГ патогенетически обосновано. Проведенные в отдаленные сроки контрольные исследования показали высокую эффективность описанных выше методик. Хорошие результаты, выразившиеся в отсутствии висцеро-париетальных сращений и рецидива грыжи, составили 92,8%.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

**Мустафин А.Х., Абдеев Р.Р., И.И Галимов., Салимгареев И.З.,
Самоходов С.Ю. Грицаенко А.И.**

Республиканская клиническая больница им.Г.Г.Куватова,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа, Россия

Цель исследования.

Улучшение результатов лечения больных с кистозными поражениями органов брюшной полости с использованием лапароскопических методов лечения.

Материалы и методы.

Нами в отделении гастрохирургии РКБ им Г.Г. Куватова за 2010 – 2011 г. пролечено лапароскопическим способом 32 пациента с кистами брюшной полости. По локализации кист больные разделены: 1-я группа – 24 больных с локализацией кист в печени, из них 18 больных с локализацией в правой доле, 6 больных в левой доле. 2-я группа: 8 пациентов с локализацией кист в селезенке.

Диагностический алгоритм включал проведение комплексного ультрасонографического с доплерографией исследования органов брюшной полости, компьютерную и магниторезонансную томографии, иммуноферментный анализ на паразитарные антитела. Установка лапароскопического оборудования и манипуляторов производилась в стандартных точках. Показаниями к лапароскопическому вмешательству служили одиночные кисты печени размерами от 5 см и более. Наиболее благоприятной являлась поверхностная локализация кист, что облегчало проведение хирургического лечения. Показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии считаем не осложненные эхинококковые кисты без дочерних пузырей. При расположении кист в глубине паренхимы печени манипуляции дополнялись эндоскопическим УЗИ.

Результаты.

У 20 пациентов характер кист был непаразитарной этиологии: 15 пациента с локализацией в правой и 5 - в левой долях печени. Основные этапы лечения кист состояли из пункции кисты, удаления содержимого и иссечение стенок с последующей дезпитализацией стенки кисты. В 4 случаях нами выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия: из правой доли печени - в 3 случаях, и в 1 случае - из левой доли. При лечении паразитарных кист важнейшим является соблюдение принципа апаразитарности. С этой целью проводится тщательная ревизия остаточных полостей, полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки.

Во всех случаях лапароскопического удаления кист селезенки характер кист был непаразитарной этиологии. Ни в одном из случаев летальности не наблюдалось. Внедрение лапароскопических цистэктомий позволило значительно сократить сроки нахождения больных в реанимационном отделении и реабилитации в послеоперационном периоде. Сроки госпитализации, по сравнению с лапаротомным доступом, были сокращены в среднем на 12 суток.

Выводы.

Применение лапароскопических методов лечения становится методом выбора в лечении непаразитарных и паразитарных кист органов брюшной полости, что позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации больных в послеоперационном периоде.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВПС С ОБЕДНЕННЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТОКОМ.

**Плечев В. В., Нагаев И.А., Янбеков Н. А., Онегов Д. В., Шарафутдинов А. Р.,
Тугузбаев Р.И.**

ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер, г.Уфа

Цель исследования: представить опыт коллектива в хирургическом лечении ВПС с обеднением малого круга кровообращения.

Материал и методы.

В отделении кардиохирургии №1 с 2009 по 2011 год оперировано 102 пациента с ВПС и обедненным легочным кровотоком. Среди них - 24 чел. с критическим изолированным клапанным стенозом ЛА (ГД около 100 мм рт ст.),

тетрадой Фалло - 24 чел., атрезией легочной артерии с интактной МЖП - 7 чел., атрезией легочной артерии с ДМЖП - 10 чел., с аномалией Эбштейна - 2 чел., атрезией ТК со стенозом ЛА - 4 чел., двойным отхождением магистральных сосудов от ПЖ и стенозом ЛА - 7 чел., ООАВК со стенозом ЛА - 6 чел., ТМА с ДМЖП и стенозом ЛА - 8 чел., ЕЖС со стенозом или атрезией ЛА - 4 чел. Средний возраст пациентов составил 4,5 мес. (от 5 дней до 2,5 лет). Средняя сатурация при поступлении пациентов в стационар составляла около 82% (от 38% до 88%). Все дети находились в тяжелом (около 9 % - в крайне тяжелом) состоянии, инфузия вазопростана до операции требовалась 13 пациентам. Среди сопутствующих заболеваний отмечены – гипотрофия разных степеней – 12 %, поражение ЦНС – 3 %, инфекционные проблемы (пневмония, энтероколит и др.) – 8 %.

Больные оперированы в условиях ИК или на «работающем сердце». 35 пациентам выполнено паллиативное вмешательство. Среди паллиативных вмешательств 29 пациентам выполнено создание межартериального анастомоза Блелока, 3 пациентам - наложение кавапультмонального анастомоза и 3 пациентам реконструкция путей оттока из ПЖ без закрытия ДМЖП. Радикальная коррекция выполнена 67 пациентам. Из них: баллонная вальвулопластика – 8 пациентам, «открытая» вальвулопластика КСЛА – 16 (при очень плотных, ригидных створках, не позволяющих выполнить ТЛ БВП), трансанулярная пластика ствола ЛА, клапанного кольца и ВОПЖ – 9 (при комбинированных, этажных стенозах ЛА в сочетании с гипоплазией клапанного кольца). Радикальная коррекция ТФ – включающая реконструкцию путей оттока из ПЖ (иногда с использованием моностворки) и закрытия ДМЖП заплатой проведена 20 пациентам. Протезирование ЛА с использованием клапан содержащего сосудистого протеза выполнялось в 4 случаях: 1 операция с использованием ксенографта и 3 операции - гомографтами. При сочетании БАЛК с истинными ЛА последние перевязывались (3 случая) или эмболизировались (2 случая). При отсутствии истинной ЛА в одном легком БАЛКи оставались нетронутыми или подвергались унифокализации (1 случай). У 33 % больных радикальная коррекция была выполнена после ранее проведенной паллиативной операции (как правило через 1-1,5 года).

Результаты.

Учитывая исходное состояние больных, их возраст, невозможность в ряде случаев выполнить анатомическую коррекцию порока, операция представляет

значительный риск, и послеоперационный период в ряде случаев сопровождался тяжелой органной дисфункцией.

Послеоперационная летальность составила 11,8 % (умерло 12 пациентов из 102 оперированных). Причинами смерти были: тромбоз системно-легочного шунта (2 случая), острая сердечная недостаточность, полиорганная недостаточность, тяжелая сопутствующая патология. Хороший результат хирургического лечения отмечен в 88,2 % (90 из 102).

Заключение.

При своевременной модификации легочного кровотока устраняется или уменьшается степень артериальной гипоксемии, создаются условия для равномерного роста гипоплазированных сосудов легочного русла и маленького левого желудочка. Современные методы диагностики и лечения, накопления опыта кардиохирургического лечения новорожденных детей и детей первых месяцев жизни в критическом состоянии, позволяет получить хорошие результаты при лечении больных с пороками сердца с обеднением легочного кровотока и артериальной гипоксемией.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ.

**Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М.,
Куляпин А.В., Аитова Л.Р.**

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Городской колопроктологический центр ГКБ №21

Актуальность.

Открытие службы реабилитации стомированных больных при специализированных отделениях позволило сконцентрировать пациентов с кишечной стомой, разработать единые подходы реабилитационных мероприятий и изучить структуру восстановительных операций.

Цель. Изучить динамику восстановительных операций у пациентов с кишечной стомой.

Материалы и методы.

На базе отделения колопроктологии ГКБ №21 с момента открытия кабинета реабилитации стомированных больных с 2005 года по 2010 было выполнено 128

восстановительных операций (основная группа), а с 2000 по 2004 годы 82 операции (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение.

В динамике выполненных восстановительных операций отмечаются следующие тенденции: 1. Увеличился удельный вес пациентов ранее перенесших оперативное лечение по поводу осложненного рака толстой кишки с 33% до 43%, что можно объяснить ростом заболеваемости колоректальным раком; 2. Значительно уменьшилось количество восстановительных операций у пациентов с травмой толстой кишки с 22% до 14%, что обусловлено более широким внедрением первичного шва при травме толстой кишки; 3. Увеличилось количество стомированных больных с одностольной стомой, что связано с увеличением удельного веса первично радикальных операций при осложненных формах заболеваний толстой кишки; 4. Увеличилось количество восстановительных операций в среднем с 16,4 до 21,3 в год, что обусловлено концентрацией пациентов со стомой в кабинете реабилитации.

Заключение.

Полученные результаты требуют дальнейшего изучения и проведения более глубокого анализа восстановительных операций с целью оптимизации реабилитационных мероприятий.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ИММУРЕГ» НА ЭКСПРЕССИЮ ГЕНОВ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У КРОЛИКОВ.

Плечев В. В., Олейник Б.А., Рисберг Р.Ю., Плечева Д.В.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Цель исследования: Изучить эффективность препарата «Иммурег» как стимулятора неоангиогенеза при экспериментальном инфаркте миокарда путем анализа экспрессии генов факторов роста сосудов.

Материалы и методы.

Исследование проведено на 50 кроликах-самцах породы Шиншилла весом 2,0-2,5 кг, у которых воспроизводилась модель инфаркта миокарда путем перевязки передней нисходящей артерии на границе начальной и средней части. После операции все животные были разделены на 2 группы: экспериментальная

группа (25 животных) получала перорально препарат 5-оксиметилурацил в дозе 25 мг на килограмм живого веса 3 раза в день на протяжении 14 дней, контрольную группу также составили 25 кроликов. Все животные находились в одинаковых условиях содержания и получали стандартный корм. Препарат «Иммурег» (5-оксиметилурацил) - производное пиримидинов - является «минорным» основанием, встречается в значительных количествах транспортной РНК и ДНК, обладает анаболическим и антиоксидантным действием.

Суммарная РНК выделялась из сердечной ткани с использованием Trizol reagent (Invitrogen) и RNeasy Mini kit (Qiagen). cДНК получали из 3-5 мкг суммарной РНК реакцией обратной транскрипции с использованием праймера oligo(dT)12-18 (Invitrogen, США) и обратной транскриптазы (MBI Fermentas, США). Оценку экспрессии генов домашнего хозяйства (actine), фактора роста фибробластов (fgf2), фактора роста гепатоцитов (hgf), инсулиноподобного фактора роста-1 (igf-1) и фактора роста эндотелия сосудов (vegfa) у разных групп сравнения проводили методом количественной ОТ-ПЦР в реальном времени на приборе iCycler iQTM Real-Time PCR Detection System (BIO-RAD, США).

Результаты исследования.

Достоверно изменяются уровни мРНК всех генов факторов роста fgf2, igf-1, vegfa и hgf кардиомиоцитов кроликов в ответ на действие «Иммурега» на фоне экспериментальной модели ишемии сердца. Через 24 часа после моделирования ишемии сердца на фоне действия «Иммурега» наблюдается индукция гена, кодирующего базовый фактор роста фибробластов (fgf2) на 27% ($p=0,003$), индукция фактора роста гепатоцитов (hgf) на 450% ($p=0,001$), индукция фактора роста эндотелия сосудов на 390% ($p=0,001$), а так же индукция инсулиноподобного фактора роста-1 (igf-1) на 170% ($p=0,001$). Как видно из представленных данных экспериментальное моделирование ишемии приводит к существенному изменению в генной экспрессии, поэтому на следующем этапе анализа данных для идентификации возможного фармакологического действия препаратов за контрольную группу была принята группа «ишемия». Показано, что 24-х часовое действие «Иммурега» на фоне экспериментальной модели ишемии сердца увеличивает уровень экспрессии гена fgf2 на 26% ($p=0,018$), уровень экспрессии гена hgf на 60% ($p=0,002$), а так же уровень экспрессии гена vegfa на 131% ($p=0,003$).

Выводы.

1. При применении препарата «Иммурег» на модели инфаркта миокарда сердца, по сравнению с интактными кроликами наблюдается индукция гена *fgf2* на 27%, индукция *hgf* на 450%, индукция *vegfa* на 390%, а так же индукция *igf-1* на 170%.
2. Препарат «Иммурег» на фоне экспериментальной модели ишемии сердца статистически значимо увеличивает уровень экспрессии гена *fgf2* на 26%, уровень экспрессии гена *hgf* на 60%, а так же уровень экспрессии гена *vegfa* на 131%.

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИГАНТСКИМИ ЯЗВАМИ ПРИ УСПЕШНОЙ ЭРАДИКАЦИИ НР.

Байбулатов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Хайбуллина З.Р., Гильмутдинов Б.Р.

Кафедра восстановительной медицины и курортологии ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Заболевания органов пищеварения представляют серьезную проблему клинической медицины и общества в связи с высоким уровнем распространенности и омоложением патологии. [Н.Н. Крюков с соавт., 1999]. Язвенной болезнью страдают приблизительно 10% населения земного шара. [Бутов М.А., Луняков А.С, Могильченко Л.Н., 2001]. В настоящее время наблюдается утяжеление ее течения с частыми рецидивами, нивелирование сезонности обострений, появление атипичных и бессимптомных форм [Баранов А.А., Щербаков П.Л., 2000, 2002].

Отдельной проблемой в структуре язвенной болезни представляются гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Гигантскими язвами принято считать язвенные поражения желудка размерами более 3 см. и ДПК более 2 см. Поводом для обособления этого вида язв послужили особенности клиники стойкий болевой синдром, диспепсические явления, длительное вялотекущее заживление, частое осложнение пенетрацией, особенности локализации. Острым остается вопрос о тактике лечения этой категории пациентов. Существует мнение о необоснованности медикаментозного лечения гигантских язв без контроля хирургического стационара, поскольку это способствует ухудшению результатов терапии (присоединению осложнений, увеличению обширности поражения), что ведет к расширению объема

хирургического вмешательства [Б.Д. Комаров с соавт., 2002]. Однако, в условиях современной фармакологии, четкого стандартизированного подхода к терапевтическому лечению язвенной болезни многие авторы отдают предпочтение консервативному лечению подобных пациентов [Г.Н. Соколова с соавт., 2002]. Формирование язв желудка связывают с тем, что НР может выделять протеазу и цитотоксины, повреждать поверхностный эпителий, разрушая слизистый барьер, создавать условия для протеолиза стенки желудка [Григорьев П. Я. и др., 1989; Аруин Л. И.]. Участие НР в развитии дуоденальных язв остается неясным. С. S. Goodwin и соавт. (1990) предлагают следующий патогенетический каскад, инициируемый хеликобактерным гастритом. Активное воспаление антрального отдела приводит к усилению моторной функции желудка и сбросу кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Гиперпродукция НС1 связывается с уреазной активностью НР. Уреаза расщепляет мочевины с образованием аммиака, аммиак стимулирует G-клетки, продуцирующие гастрин, который в свою очередь приводит к гиперсекреции НС1. Закисление двенадцатиперстной кишки сопровождается появлением в ней островков желудочной метаплазии. В островках метаплазии могут колонизоваться НР, развивается активное воспаление, как и в желудке; в двенадцатиперстной кишке эти участки быстро подвергаются разрушению и образуются язвы.

Цель: изучить характер течения язвенной болезни желудка и ДПК у пациентов с гигантскими язвами после эрадикации Нр.

Материалы и методы.

Обследовано 28 пациентов на базе городской больницы №3 города Стерлитамака с язвенной болезнью желудка и ДПК, ассоциированной с Нр в возрасте 25-65 лет. 14 пациентов имели гигантские язвы желудка 30-50 мм. Преимущественная локализация язв в теле желудка выявлена у 9 пациентов, у 2 больных процесс локализовался в субкардиальном отделе желудка и у 1-го в кардиальном, 1 пациент имел язвенный дефект на задней стенке антрального отдела желудка, 1-го в препилорическом отделе желудка. У 13 выявлены язвы луковицы ДПК с распространением на две стенки. 26 пациентов имели предшествующий язвенный анамнез (от 1 года и более), 2-а начало заболевания.

Обследование пациентов производилось путем выполнения ФГДС с взятием биоптата слизистой антрального отдела желудка и периульцерозной зоны для морфологического исследования на предмет лимфоплазмозитарной и

лейкоцитарной инфильтрации, исключения малигнизации язвы и для определения Нр гистологическим методом, а также посредством быстрого уреазного теста. Лечение пациентов осуществлялось препаратами стандартной 3-х компонентной схемы и включало в себя омепразол 20 мг 2 р/д -28 дней, фромилд 500 мг 2 р/д- 7 дн., амоксициллин 500 мг 4 р/д- 7 дней. Контрольная ФГДС выполнялась на 14 и 28 день. Динамическое наблюдение сроком 1 год осуществлялось за 26 пациентами с успешной эрадикацией.

Результаты.

При контрольной ФГДС на 28 сутки было зарегистрировано полноценное заживление язвенного дефекта у 25 из 28 пациентов. 1 пациент с ульцерацией задненижней стенки луковицы ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу и 2 пациента у которых процесс локализовался в в/3 луковицы ДПК с рубцово-язвенной деформацией привратника с последующим развитием декомпенсированного стеноза, были переведены в хирургический стационар для оперативного лечения. Успешной эрадикации удалось добиться у 25 пациентов. За период наблюдения сроком 1 год обострение язвенной болезни желудка и ДПК было зарегистрировано у 9 пациентов. Из них у 1-го пациента возник рецидив язвы, единичный язвенный дефект малой кривизны н/3 тела желудка 30 мм., у 8-х эрозии антрального отдела желудка. Во всех 9 случаях Нр выявлен не был. Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка через год после лечения показало уменьшение лимфоплазмоцитарной и отсутствие лейкоцитарной инфильтрации.

Выводы.

1. Успешно проведенная эрадикация увеличивает продолжительность ремиссии язвенной болезни желудка и ДПК у больных с гигантскими язвами.
2. Эрадикационная терапия способствует регрессу воспалительных явлений в слизистой оболочки желудка у данной категории больных.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКИХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ.**

**Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б., Гареев Р.Г.,
Султанбаев А.У., Халиков А.А.**

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Диагностика, лечение и профилактика осложнений травматических абдоминальных повреждений /ТАП/ в современности продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии. Несмотря на широкое внедрение миниинвазивных хирургических технологий /МХТ/ в диагностику и лечение неотложных заболеваний органов брюшной полости, хирургическая тактика с их позиции при ТАП не претерпела существенного прогресса. Поэтому, разработка лечебно-диагностического подхода при ТАП с позиции МХТ позволили бы решить, нуждающиеся в конкретизации вопросы, касающиеся срочности, последовательности хирургического доступа, адекватного объема операции в кратчайшие сроки.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения пострадавших с ТАП путем совершенствования методов ранней диагностики, хирургической тактики и профилактики осложнений с использованием МХТ, разработки эффективных методов органосберегательных и заместительных оперативных вмешательств.

Материал и методы.

Клинический материал составил 968 пострадавших с ТАП, из них 446 (46,1%) - закрытые повреждения, 522 (53,9%) - открытые ранения. Изолированные повреждения были у 740 (76,4%) пострадавших, а сочетанные - у 228 (23,6%), у 64 (28,1%) ранения имели торакоабдоминальный характер. У 263 (27,2%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены. Более 80% пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста.

В хирургической тактике широко применяли разработанный нами алгоритм ведения пострадавших с ТАП с использованием МХТ. Данный алгоритм включает в себя: а) широкое использование в ранней топической диагностике - ультразвуковое исследование /УЗИ/ органов брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства, как в дооперационном периоде, так и

интраоперационно; компьютерную томографию; лапароскопию, в т.ч. при проникающих абдоминальных ранениях; мини-торакотомию и торакоскопию при торакоабдоминальных ранениях; б) в лечении - манипуляции из лапароскопического доступа, при необходимости с ассистенцией из минилапаротомного и миниторакотомного доступов; в) в профилактике осложнений - органосберегательные и заместительные операции при травмах селезенки; щадящие (из минидоступов) операции при травмах печени и поджелудочной железы.

Основные узловые моменты использования МХТ при ТАП заключались в следующем: а) использование УЗИ, особенно у пострадавших с сочетанными абдоминальными травмами позволяло выявить доминирующее повреждение, выставить топический диагноз и выбрать адекватный объем операции; б) хирургическая коррекция повреждений в более чем трети случаев производилась посредством лапароскопии, в большинстве случаев с дополнением манипуляции из минилапаротомного доступа в проекции поврежденного органа, т.н. эндоскопически ассистированные операции; в) при торакоабдоминальных ранениях предпочтение отдавалось миниторакотомной диагностике плевральной полости и диафрагмы, при их повреждении ушивание ран производилось из данного доступа с переходом на диагностическую лапароскопию; г) диагностика и хирургическая коррекция проникающих колото-резаных абдоминальных ранений в большинстве случаев производилась с использованием эндоскопических и при необходимости эндоскопически ассистированных операции. Противопоказаниями к использованию МХТ при ТАП являлись: а) в диагностике - геморрагический шок тяжелой степени, множественные проникающие колото-резаные абдоминальные ранения, огнестрельные ранения; б) в хирургическом лечении - наличие крови в брюшной и плевральной полостях более 500 мл, множественные повреждения органов, разлитой и общий перитониты, отсутствие в бригаде квалифицированных эндохирургов.

Результаты.

Клинический материал был разделен на 2 группы. Контрольную группу составили пострадавшие, пролеченные в нашей клинике с 1998 по 2004 годы и использование МХТ в хирургической тактике при ТАП у них составило в 25,4% случаев. Основную группу составили пострадавшие, пролеченные с 2005 по 2011 годы, использование МХТ у них составило в 88,0% случаев. Сравнительный анализ показал, что разработанный алгоритм позволил нам у 82,0%

пострадавших установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства на травмированных органах, в том числе у 34,0% из них с использованием эндоскопических и эндоскопически ассистированных операций, а у 36,0% исключить необоснованные хирургические вмешательства, снизить показатели осложнений с 29,7% до 16,8%, летальности с 12,3% до 7,4%.

Заключение.

Современная концепция миниинвазивной и органосберегательной хирургической тактики при ТАП продиктована новыми условиями и возможностями в хирургии, является весьма перспективным направлением и позволит существенно улучшить неудовлетворительные результаты лечения данной категории пострадавших.

СИНДРОМ АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н., Халиков А.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Имеются данные, что внутрибрюшное давление повышено примерно у 30% хирургических больных в критическом состоянии, при этом синдром абдоминальной компрессии развивается приблизительно у 5,5% больных [Schein M. с соавт., 1995; Cheatham ML, 1999; Malbrain MLNG, 2000]. Обтурационная непроходимость толстой кишки является одним из основных патологических состояний, приводящих к синдрому абдоминальной компрессии, что обуславливается переполненным газом и жидкостью кишечником. Их взаимосвязь можно определить как порочный круг, когда синдром абдоминальной компрессии является следствием острой непроходимости толстой кишки и осложняет ее течение. Принимая во внимание, что на долю толстокишечной непроходимости приходится 2-3% экстренной хирургической патологии и имеется высокая летальность [Тимербулатов В.М. с соавт., 1998; M.Otterson, 1999], необходимость изучения внутрибрюшного давления у больных данной категории представляется особенно актуальной.

Целью исследования явилось определение взаимосвязи острой непроходимости толстой кишки с синдромом абдоминальной компрессии и изучение возможных путей коррекции абдоминального компартмен-синдрома.

Материал и методы.

Наш клинический материал составил 60 больных с острой непроходимостью толстой кишки, осложненной возникновением синдрома абдоминальной компрессии. 36 (60%) больных составили мужчины, 24 (40%) женщины, причем 45 (75%) больных были в возрастной группе старше 60 лет. В методах исследования использовались – клинические, лабораторные (КЦС) и инструментальные. В диагностике внутрибрюшной гипертензии использовали метод измерения давления в мочевом пузыре (Harrabill M, 1998; S. Yol et al., 1998; Malbrain M.L.N.G., 2000). У 33 (55%) наблюдаемых больных уровень гипертензии составил 10-15 мм рт. ст, что соответствовал 1-й стадии синдрома абдоминальной компрессии, у 20 (33,3%) - 16-25 мм рт. ст., что соответствовал 2-ой стадии, и у 5(8,3%) больных уровень гипертензии соответствовал 3-й стадии- 26-35 мм рт. ст.. У 2 (3,3%) больных, в декомпенсированной форме острой непроходимости толстой кишки возникла 4-я (более 35 мм рт. ст.) стадия синдрома абдоминальной компрессии. Действенным методом хирургической коррекции синдрома абдоминальной компрессии явилась лапаротомия и декомпрессия кишечника, которую мы осуществляли «туннелизацией» обтурирующей просвет опухоли посредством лазерной коагуляцией у 5 больных в дооперационном периоде; декомпрессией, основанной на ирригации кишечника, с последующей вакуум-аспирацией аппаратом собственной конструкции у 55 больных, интраоперационно; декомпрессией с использованием интубации кишечника двухпросветными назогастроинтестинальными и аноректальными зондами в послеоперационном периоде у 60 больных. Операция Гартмана выполнена 22 больным, у 14 больных оперативное вмешательство завершено выведением двуствольной колостомы, у 24 больных наложен первичный межкишечный анастомоз.

Результаты.

У 5 (8,3%) пациентов в результате «туннелизации» опухоли на фоне интенсивной терапии улучшение состояния и снижение показателей гипертензии наблюдалось в течение 60 минут, т.е до операции. У остальных пациентов снижение показателей внутрибрюшного давления наступило в раннем послеоперационном периоде: у больных с 1-й стадией синдрома абдоминальной

компрессии показатели внутрибрюшного давления составили менее 5 мм рт. ст., у больных с 2-й стадией менее 10 мм рт. ст., у больных с 3-й стадией менее 15 мм рт. ст.. В 2-х случаях (3,3%) синдрома абдоминальной компрессии с 4-й стадией отмечен летальный исход, несмотря на проведенное хирургическое вмешательство. При этом надо отметить, что помимо хирургической коррекции, применение интенсивной посиндромной терапии также явилось основополагающим элементом успеха лечения синдрома абдоминальной компрессии.

Выводы.

1. Острая обтурационная непроходимость толстой кишки в 11,6% случаев осложняется тяжелой формой синдрома абдоминальной компрессии.
2. Основными методами коррекции синдрома абдоминальной компрессии являются лапаротомия; декомпрессия тонкой и толстой кишки (до-, интра-, и послеоперационная) и интенсивная посиндромная терапия, что приводит к обратному развитию метаболических нарушений.
3. Своевременная коррекция синдрома абдоминальной компрессии у больных с острой непроходимостью толстой кишки позволяет существенно снизить показатели послеоперационных осложнений и летальность.

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ
ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.**

Междиев Д.И., Фаязов Р.Р., Багаутдинов Ф.З., Ахмеров Р.Р., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России. ГБУЗ МЗ РБ "Больница скорой медицинской
помощи" г.Уфа

Актуальность.

Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в различных странах достигает 30% от всей популяции. Учитывая рост количества осложненных форм ДБТК, выбор оптимальной лечебной тактики является особенно актуальным.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику и выбор лечебной тактики при осложненных формах ДБТК.

Материал и методы.

Мы располагаем опытом лечения 2085 больных с ДБТК, поступивших за 15 лет, из них 1210 (58%) поступили с осложненными формами заболевания в экстренном, 875 (42%) в плановом порядке, 1481 (71%) получили консервативное лечение, 604 (29%) были оперированы. Среди больных мужчин было 730 (35%), женщин – 1355 (65%). Наиболее информативными методами исследования при осложненной ДБТК явились рентгенологические, это обзорная Р-графия органов брюшной полости (ОБП), компьютерная томография (КТ); эндоскопические (экстренная фиброколоноскопия, лапароскопия); ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты.

У 729 (35%) больных с острым дивертикулитом и 146 больных (7%) с перидивертикулярным инфильтратом проводили консервативное лечение, в 5 (0,2%) случаях выполнили резекцию пораженного участка толстой кишки (ТК) с первичным анастомозом. Наиболее простым методом диагностики инфильтрата явилось УЗИ. У 79 (3,8%) больных с перидивертикулярным абсцессом диагноз подтверждали при помощи УЗИ, КТ. При дооперационном обнаружении забрюшинного абсцесса у 25 (1,2%) больных производили вскрытие, дренирование его внебрюшинным способом с колостомией из минидоступа. При внутрибрюшном абсцессе у 23 (1,1%) больных операцией выбора явилось

вскрытие абсцесса с колостомией и дренированием. Внутрибрюшечные абсцессы в 31 (1,5%) случаях удаляли единым блоком с первичным анастомозом. Кровотечение, как ведущий симптом ДБТК наблюдали у 180 (8,6%) больных, в диагностике широко использовали возможности экстренной колоноскопии. При безуспешности консервативного гемостатического лечения или при повторных эпизодах кровотечения объем операции колебался от резекции до тотальной колэктомии с наложением первичного анастомоза или с выведением колостомы. Кишечной непроходимостью ДБТК осложнилась у 93 (4,5%) больных, в том числе острой кишечной непроходимостью у 21 (1%) больных. Диагноз уточняли с помощью обзорной R-графии ОБП, УЗИ. В первые часы возникновения кишечной непроходимости при неэффективности консервативного лечения мы производили резекцию пораженного участка ТК с первичным анастомозом, дренированием брюшной полости, в противном случае выполняли резекцию с колостомией. Основным методом диагностики перфорации дивертикула является обзорная R-графия ОБП. Наш опыт лечения 76 (3,6%) больных с перфоративным дивертикулезным перитонитом показывает, что оптимальным объемом оперативного вмешательства при данном осложнении является экстререзекция перфорированного отдела ТК кишки с дренированием. При выраженных деструктивных изменениях ТК вокруг перфорированного дивертикула и невозможности выведения этого сегмента на брюшную стенку выполняется обструктивная резекция ТК или операция по типу Гартмана.

Заключение.

Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных, данных УЗИ с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения ДБТК и выбрать рациональную лечебную тактику. При абсцедировании, перфорации, массивных кровотечениях показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса.

СОХРАНЯЮЩИЕ И ЗАМЕЩАЮЩИЕ СЕЛЕЗЕНКУ ОПЕРАТИВНЫЕ ПОСОБИЯ.

Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Халиков А.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

ГБУЗ МЗ РБ "Больница скорой медицинской помощи" г.Уфа.

Актуальность.

Травматическое повреждение селезенки в большинстве случаев приводит к проведению спленэктомии. Развитие так называемого постспленэктомического синдрома, который характеризуется выраженным угнетением противоинфекционного и противоопухолевого иммунитета, нарушением свертывающейся системы крови приводит к развитию осложнений в послеоперационном периоде и ухудшает качество жизни пострадавших. Поэтому, на современной стадии развития хирургии, сохраняющие и замещающие селезенку оперативные пособия при травмах селезенки должны стать определяющими.

Цель исследования.

Экспериментальным исследованием обосновать возможность применения сохраняющих селезенку операций путем перевязки основного ствола селезеночной артерии в клинической практике; изучить эффективность сохраняющих и замещающих селезенку оперативных пособий.

Материал и методы.

Экспериментальное исследование выполнено на 15 беспородных собаках. Лигирование основных стволов селезеночной артерии (у собаки 2 ствола) выполнено 10 собакам. Через 6 месяцев собаки оперировались повторно, при которой визуально определялось состояние органа, и производился забор материала для патоморфологических исследований.

Клинический материал составили 69 больных, которым в хирургической тактике использовались сберегающие и замещающие селезенку операции. У 48 (69,5%) имелось травматическое повреждение селезенки, послужившие у 36 пострадавших к субтотальной ее резекция и у 12 - органосберегательной операции. Субтотальная резекция селезенки подразумевает лигирование основного ствола селезеночной артерии в области ворот селезенки и проведение ее резекции с сохранением верхнего полюса и коротких артерии желудка.

Органосберегательная тактика использована у больных с травмами капсулы селезенки, во время лапароскопии гемостаз достигнут коагуляцией у 4 больных и с использованием препарата «ТахоКомб» у 8 больных. Аутотрансплантация селезеночной ткани в большой сальник в виде фрагментов у 14 больных выполнена после вынужденной спленэктомии при полных отрывах в области ворот селезенки, у 3 – после неудавшихся попыток органосберегательной тактики. У 4 пострадавших использована методика «резидуализации» селезеночной ткани, суть которой заключается в проведении спленэктомии не в области ворот, а по паренхиме органа. При данной методике прилегающая к желудку и хвосту поджелудочной железы часть селезеночной паренхимы остается не удаленной. Для определения степени эффективности использования сохраняющих и замещающих селезенку операции мы провели сравнительный анализ по принципу исторического контроля. Была составлена контрольная группа путем ретроспективного анализа (за период с 1997 по 2002г.г.) истории болезни 38 больных, которым выполнялась спленэктомия, без применения сохраняющих и замещающих оперативных пособий. Группы по своей структуре были сравнимыми.

Результаты.

Гистологические и гистохимические исследования селезеночной ткани экспериментальных собак через 6 месяцев после операции показали, что после перевязки селезеночной артерии происходит полное восстановление кровоснабжения органа и интенсивность метаболической реактивности селезенки остается высокой, что подтверждается высокой активностью окислительно-восстановительных и гидролитического ферментов, а также высокой реакцией на кислые гликозаминогликаны и полисахариды в различных тканевых структурах органа. Сравнительный анализ клинического материала показал, что с внедрением сохраняющих и замещающих селезенку операции при травмах селезенки послеоперационные осложнения снизились с 28,4% до 15,1%, летальность с 15,9% до 6,6%. Полученные данные исследования лейкоцитарной формулы у пострадавших с травмами селезенки и поджелудочной железы, которым проводилась спленэктомия без аутоимплантации, органосохраняющая и замещающая операции, при сравнительном анализе общего количества лейкоцитов, процентного и абсолютного содержания нейтрофилов, позволили отметить, что резекция селезенки, имплантация приводят к несущественным

сдвигам лейкоцитарной формулы, что свидетельствует об удовлетворительном состоянии системы иммунитета после данных операций.

Заключение.

Применение методики перевязки основного ствола селезеночной артерии позволяет сохранить функционально активную селезенку, а аутотрансплантации ткани селезенки - провести профилактику постспленэктомического синдрома. Использование сохраняющих и замещающих селезенку оперативных пособий позволяет существенно снизить неудовлетворительные показатели лечения данной категории больных.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И РЕПЕРфуЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ СИНДРОМЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Верзакова И.В., Гареев Р.Н., Сибяев В.М., Султанбаев А.У., Халиков А.А.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России. ГБУЗ МЗ РБ "Больница скорой медицинской помощи" г.Уфа

Актуальность.

Изучено, что длительная интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) может оказывать непосредственное механическое воздействие на органы брюшной полости, в том числе и на печень – до развития ее ишемического и реперфузионного повреждения. С целью определения механизмов развития данного синдрома нами проведено клинико-экспериментальное исследование.

Материал и методы.

Клинический материал составили 15 больных с хирургической абдоминальной инфекцией, осложненной ИАГ, находившихся на лечении в ОРИТ. Наряду с интенсивной коррекцией ИАГ и ее мониторингом производилась динамическая ультразвуковая доплерография (УЗДГ) печени. Экспериментальная модель ИАГ выполнялась в условиях виварий на 20 поросятах весом от 10 до 12 кг, путем лапароскопии и созданием карбоксиоперитонеума в течение 4-6 часов. Первую группу (6 поросят) составили животные, которым давление в брюшной полости поддерживалось в пределах 15-

20 мм.рт. ст., вторую (6) – в пределах 21-25 мм.рт.ст., третью (8) – в пределах 26-30 мм.рт.ст. В ходе эксперимента производилось исследование микроциркуляции париетальной брюшины и капсулы печени лазерным анализатором капиллярного кровотока ЛАКК-02 производства Лазма (Москва). Во время лапароскопии и после устранения ИАГ производилась хемилюминесценция (ХЛ) плазмы крови, определялись показатели лактата крови. По окончании острого эксперимента производился забор тканей органов на гистологическое исследование.

Результаты исследования.

УЗДГ печени больных клинической группы показало, что при длительной (более 24 часов) внутрибрюшной гипертензии ($20,0 \pm 2,0$ мм.рт.ст) развиваются изменения в печени. При этом отмечалось повышение скоростных показателей кровотока в непарных висцеральных ветвях аорты. Так, в отличие от контрольной группы (10 хирургических больных без ИАГ) максимальная систолическая скорость кровотока в собственной печеночной артерии увеличилась на $112,0-132,0\%$. Минимальная диастолическая скорость кровотока увеличивалась в собственной печеночной артерии на $121,0-226,0\%$. Наряду с указанными изменениями в артериальной системе, происходило снижение линейной скорости кровотока в воротной вене до $12,6 \pm 2$ см/с и исчезновение фазности кровотока в печеночных венах, что было более выражено у пациентов с длительной и выраженной степенью ИАГ.

У 1 группы экспериментальных животных показатели микроциркуляции брюшины и капсулы печени снизились в среднем на 18%, при гипертензии 21-25 мм рт. ст. на 26%, при гипертензии 26-30 мм. рт. ст. на 41%. Исследование лактата крови показало, что в норме уровень лактата составляет $2,6 \pm 0,3$ ммоль/л. В первой группе уровень лактата составил в среднем $2,9 \pm 0,3$ ммоль/л, после устранения ИАГ - $3,1 \pm 0,23$ ммоль/л, во второй группе – $3,7 \pm 0,44$ ммоль/л, после устранения ИАГ – $5,3 \pm 0,71$ ммоль/л, в третьей группе – $7,8 \pm 0,6$ ммоль/л, после устранения ИАГ – $12,2 \pm 0,73$ ммоль/л.

ХЛ плазмы крови показало, что при ИАГ у экспериментальных животных повышается интенсивность перекисного окисления липидов. В частности, светосумма свечения, характеризующая способность липидов окисляться повышается в 1,5 раза.

При гистологическом исследовании печени всех трех групп животных определяются небольшие очаги деструктивного процесса. Очаги некроза и диапедеза несомненно являются результатами разрушения кровообращения с

последующим нарушением метаболизма и функции печени. Следовательно, нарушение кровообращения через печень связано с длительным сроком ИАГ у подопытных животных, тогда как очаговые деструктивные явления гепатоцитов также являются результатом затруднения или даже прекращения кровообращения долек печени.

Заключение.

Клинико-экспериментальное исследование показывает, что ИАГ приводит к ишемическому и реперфузионному повреждению печени и при отсутствии в комплексном лечении мероприятий, направленных на коррекцию данного синдрома может явиться пусковым механизмом в развитии печеночной и полиорганной недостаточности.

ДИНАМИКА ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНОЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Губайдуллина Г.М., Верзакова О.В.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

В связи с ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ) и высоким уровнем послеоперационной летальности, от 7,2 до 45 %, продолжаются поиски объективных критериев оценки тяжести состояния больных с МЖ. При поражении гепатобилиарной системы большое значение имеет дезорганизация общей и органной гемодинамики. Недостаточная оценка этих изменений в предоперационном и послеоперационном периодах может привести к печеночной недостаточности (ПН). Оценка состояния кровотока органов гепатобилиарной зоны возможна с помощью ультразвуковых методов исследования, в частности доплерографии, которые являются высоко информативными, неинвазивными, относительно дешевыми и безопасными для пациентов.

Анализ литературных данных показывает, что в настоящее время имеются лишь отдельные сообщения об изучении печеночного кровотока при МЖ

различного генеза. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы диагностики и лечения больных МЖ, множестве нерешённых вопросов, что и побудило нас заниматься данной работой.

Материалы и методы исследования.

В основу клинического материала, представленного в работе, положены результаты комплексного обследования 210 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), острым калькулезным холециститом (ОКХ) и ОКХ, осложненным ХЛ и МЖ, проводившегося в отделении функциональной диагностики, находившихся по поводу данных заболеваний в отделениях абдоминальной и гнойной хирургии МУ ГKB № 21 в период с 2001 по 2006 год. Исследование носило проспективный нерандомизированный характер. Из исследования были исключены пациенты, у которых в послеоперационном периоде развились гнойно-воспалительные осложнения, доплерографическая картина которых трудно дифференцировалась с картиной ПН.

Таким образом, в работе использованы материалы исследования 132 пациентов, среди которых были выделены четыре группы. В первую контрольную группу вошли 25 практически здоровых людей (15 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 30 до 70 лет, не имеющих патологии желудочно-кишечного тракта. Вторую группу составили 20 больных в возрасте от 31 до 80 лет, страдающих ХКХ вне обострения с различной длительностью анамнеза заболевания. Третья группа состояла из 24 больных (17 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 31 до 76 лет с ОКХ. Четвертая группа представлена 63 больными ОКХ, осложненным МЖ в возрасте от 35 до 85 лет. Во всех случаях механическая желтуха была обусловлена холедохолитиазом, подтвержденным при оперативном лечении. Все клинические группы являлись однородными по полу и возрасту и статистически сравнимы.

Длительность желтухи в четвертой группе составляла: до 7 суток – 40 человек (63,5 %) в среднем $4,2 \pm 1,69$ дня; до 14 суток – 18 человек (28,6 %), в среднем $10 \pm 1,87$ дней. Максимальные сроки длительности механической желтухи у 5 человек (7,9%) - от 15 до 30 суток; в среднем $19,8 \pm 6,1$ дней. В зависимости от уровня билирубина плазмы крови пациенты данной группы были разделены на подгруппы соответственно литературным данным (А.Ф. Блюгер, 1984). При проведении статистической обработки был получен большой разброс показателей доплерографии во 2-ой подгруппе. В связи с чем мы вынуждены были рассмотреть полученные результаты в соответствии с уровнем

билирубинемии, что послужило причиной разделения больных ОКХ, осложненным ХЛ и МЖ на 4 подгруппы: 1 подгруппа имела количественные показатели билирубина 50-85 мкмоль/л; 2А подгруппа - 86-120 мкмоль/л; 2Б подгруппа - 121-170 мкмоль/л; 3 подгруппа - > 170 мкмоль/л.

Пациентам всех исследуемых групп проводились общеклинические, лабораторные и ультразвуковые методы обследования с применением доплерографии до и после оперативного лечения на 3-е, 7-е, 10-е, 21-е и 28-е сутки.

Ультразвуковая сонография сосудов порто-печеночного бассейна проводилась на аппарате PHILIPS HDI 4000 датчиками 3,5 – 5 мГц в четырех режимах сканирования: в режиме «серой шкалы», цветного доплеровского картирования (ЦДК) и энергетического картирования (ЭД), а также в спектральном доплеровском режиме. В режимах ЦДК и ЭД оценивали диаметр сосудов, их расположение, проходимость и наличие кровотока. В спектральном режиме оценивали количественные и качественные характеристики доплеровского сдвига частот кровотока: максимальную систолическую скорость (V_{max}), конечную диастолическую скорость (V_{min}), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI), соотношение систолической и диастолической составляющих спектра, наличие систолического спектрального окна, наличие или отсутствие отрицательной фазы спектра. Исследовались сосуды: чревный ствол (ЧС), общая печеночная артерия (ОПА), селезеночная артерия (СА), собственная печеночная артерия (СПА), пузырная артерия (Пуз. А), воротная вена (ВВ) и печеночные вены. Для исключения влияния различных факторов на гемодинамику доплерографические показатели измеряли в идентичных стандартных условиях: натошак, в положении лежа на спине, при задержке дыхания без дополнительного вдоха по стандартной методике ультразвукового сканирования.

Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета программ «STATIST. EXE». При анализе рассчитывали средние величины (M), стандартное отклонение ($\pm SD$), коэффициент асимметрии и эксцесса. Достоверность различий определяли с помощью t – критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при значениях $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение.

Полученные результаты исследования показывают, что у пациентов с ОКХ, по сравнению с контрольной группой и больными ХКХ, наблюдается умеренное повышение скоростных показателей (V_{max} и V_{min}) в ЧС, ОПА, СА. Индексы

периферического сопротивления в этих сосудах не изменялись. В СПА и в Пуз.А отмечали значительное повышение скоростных показателей (V_{max} и V_{min}). Причем V_{min} повышалась больше относительно V_{max} в Пуз.А по сравнению с другими артериальными сосудами, что отразилось на падении периферических индексов в Пуз.А.

У пациентов с ОКХ, осложненным ХЛ и МЖ повышение скоростных показателей находится в достоверных положительных корреляционных связях с уровнем билирубина плазмы крови ($r=0,85-0,95$, $p\leq 0,05$) и длительностью желтухи ($r=0,95$, $p\leq 0,05$) и значительно превышают данные контрольной группы. Наибольшие изменения выявлены в СПА и пузырной артерии.

У пациентов, прооперированных по поводу ОКХ, скоростные показатели (V_{max} и V_{min}) во всех исследуемых сосудах приближаются к значениям контрольной группы к 10-м суткам после операции и превышают нормативные показатели на 4,8-5,2% (в среднем на 5,0%) и 1-8% (в среднем на 5,0%) соответственно. Выраженное снижение скоростных показателей (V_{max} и V_{min}) наблюдалась в СПА на 7-е и 10-е сутки по сравнению с исходными данными до операции: на 22,0%, 49% и на 22,0%, 47% соответственно.

У пациентов, прооперированных по поводу ОКХ с ХЛ и МЖ, снижение скоростных показателей зависит от исходного уровня билирубина плазмы крови и от длительности желтухи, между которыми выявлены достоверные положительные корреляционные связи ($r=0,87-0,94$, $p\leq 0,05$).

Так в 1-ой подгруппе больных, с исходным уровнем билирубина плазмы крови до 85 мкмоль/л, на 10-е послеоперационные сутки, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $15,5\pm 3,2$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА скоростные показатели в процентном отношении, по сравнению с контрольной группой, увеличены в среднем V_{max} на 8,6% и

V_{min} на 6,3% соответственно; в СПА увеличение скоростных показателей V_{max} на 38,6%, V_{min} на 46,2%.

Во 2А подгруппе, с исходным уровнем билирубина плазмы крови 86-120 мкмоль/л, скоростные показатели (V_{max} и V_{min}) в ЧС, ОПА, СА превышают контрольные показатели в среднем на 30,6 и 30,8% соответственно, а в СПА на 88,9 и 111,5% соответственно, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $38,6\pm 10,1$ мкмоль/л.

Во 2Б подгруппе, с исходным уровнем билирубина плазмы крови 121-170 мкмоль/л, скоростные показатели (V_{max} и V_{min}) в ЧС, ОПА, СА превышают

контрольные данные в среднем на 39,2 и 56,2% соответственно; в СПА превышение составляет 98,0 и 132,2% соответственно, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $46,3 \pm 9,7$ мкмоль/л.

В 3-й подгруппе, с исходным уровнем билирубина плазмы крови более 170 мкмоль/л, имеется увеличение скоростных показателей (V_{\max} и V_{\min}) в ЧС, ОПА, СА на 10-е послеоперационные сутки в среднем на 45,6 и 77,2% соответственно; в СПА на 108,7 и 162,8% соответственно, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $76,4 \pm 11,4$ мкмоль/л.

На 28-е сутки после оперативного лечения во 2А подгруппе, при уровне билирубина плазмы крови в среднем $18,4 \pm 2,1$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА V_{\max} и V_{\min} повышены, по сравнению с нормативными значениями, в среднем на 8,3% и на 8,4% соответственно, т.е. приближаются к значениям в контрольной группе, однако в СПА остаются высокие цифры скоростных показателей: преобладание на 36,7% и 42,7% соответственно.

Во 2Б подгруппе, при уровне билирубина плазмы крови в среднем $20,1 \pm 3,2$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА скоростные показатели превышают нормативные значения в среднем на 12,7% и на 18,6% соответственно; в СПА – на 70,5% и 81,9% соответственно.

В 3 подгруппе, при уровне билирубина плазмы крови в среднем $24,3 \pm 4,8$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА V_{\max} повышена в среднем на 20,8%,

V_{\min} на 31,7%; в СПА – на 87,9% и 123,4% соответственно.

Приведенные выше данные свидетельствуют о более выраженной положительной динамике скоростных показателей в ЧС, ОПА, СА во всех группах больных ОКХ, осложненным ХЛ и МЖ в послеоперационном периоде и приближении их к нормативным показателям на 28-е сутки после операции. Скоростные показатели в СПА на всем временном отрезке наблюдения за пациентами после оперативного лечения остаются значительно увеличенными, по сравнению с контрольной группой (табл. 1); их динамика особенно замедлена во 2Б и 3 подгруппах и превышают нормативные показатели V_{\max} на 70,5 и 87,9%; V_{\min} на 81,9 и 123,4% соответственно.

Анализируя полученные результаты, можно предположить, что у пациентов 1 подгруппы, при непродолжительной и остро возникшей МЖ, ПН проявляется лишь экскреторными нарушениями и, поэтому, устранение блока желчевыводящих путей ведет к быстрому восстановлению уровня билирубина и скоростных показателей крови в висцеральных ветвях брюшного отдела аорты.

При длительной МЖ, которая нарастает постепенно, идут васкулярные нарушения и страдают все функции печени (Мансуров Х.Х., 1972), обуславливая тяжелую степень гипербилирубинемии. Поэтому, даже при устранении блока желчевыводящих путей и восстановлении нормального уровня билирубина, скоростные показатели кровотока длительно не восстанавливаются, что и происходило у пациентов 2Б и 3 подгрупп.

Заключение.

Таким образом, несмотря на нормализацию биохимических параметров крови, в частности билирубина, но при сохранении высоких значений скоростных показателей крови в висцеральных ветвях брюшного отдела аорты, особенно в СПА, следует продолжать интенсивную терапию по устранению ПН с продолжением лечения в условиях отделения терапевтического профиля или дневного стационара поликлиники.

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНОЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Губайдуллина Г.М.,

Усатова О.С., Верзакова О.В.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Поражения печени при механической желтухе (МЖ) у пациентов хирургического профиля занимают значительное место. Причиной МЖ в 50% является ЖКБ, осложненная холедохолитиазом (ХЛ). Допплерография даёт объективную информацию о состоянии кровотока в бассейне органов брюшной полости.

Материал и методы.

Нами было обследовано 132 пациента, среди которых были выделены четыре группы. В первую контрольную группу вошли 25 практически здоровых людей, не имеющих патологии желудочно-кишечного тракта. Вторую группу составили 20 больных, страдающих хроническим калькулёзным холециститом вне обострения с различной длительностью анамнеза заболевания. Третья группа состояла из 24 больных с острым калькулёзным холециститом (ОКХ). Четвертая группа представлена 63 больными ОКХ, осложненным МЖ. Во всех случаях МЖ

была обусловлена ХЛ, подтвержденным при оперативном лечении. Все клинические группы являлись однородными по полу и возрасту и статистически сравнимы. В зависимости от уровня билирубина плазмы крови пациенты 4 группы были разделены на подгруппы соответственно литературным данным (А.Ф. Блюгер, 1984). При проведении статистической обработки был получен большой разброс показателей доплерографии во 2-ой подгруппе. В связи с чем, мы вынуждены были рассмотреть полученные результаты в соответствии с уровнем билирубинемии, что послужило причиной деления больных 4 группы на 4 подгруппы: 1 подгруппа имела количественные показатели билирубина 50-85 мкмоль/л; 2А подгруппа - 86-120 мкмоль/л; 2Б подгруппа - 121-170 мкмоль/л; 3 подгруппа - > 170 мкмоль/л. Визуализация сосудов порто-печеночного бассейна проводилась на аппарате HDI 4000 датчиком 3,5-5 МГц в четырех режимах сканирования: в режиме «серой шкалы», ЦДК и энергетического картирования (ЭД), а также в спектральном доплеровском режиме. Исследовались сосуды: чревный ствол (ЧС), общая печеночная артерия (ОПА), селезеночная артерия (СА), собственная печеночная артерия (СПА), пузырная артерия (Пуз. А), воротная вена (ВВ) и печеночные вены (ПВ).

Результаты и обсуждение.

У пациентов, прооперированных по поводу ОКХ, скоростные показатели (V_{max} и V_{min}) во всех исследуемых сосудах приближаются к значениям контрольной группы к 10-м суткам после операции и превышают показатели контрольной группы в среднем на 5,0%. У пациентов, прооперированных по поводу ОКХ с ХЛ и МЖ, в 1-ой подгруппе на 10-е послеоперационные сутки, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $15,5 \pm 3,2$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА скоростные показатели в процентном отношении, по сравнению с контрольной группой, увеличены в среднем V_{max} на 8,6%, V_{min} на 6,3%; в СПА увеличение скоростных показателей V_{max} на 38,6%, V_{min} на 46,2%. Во 2А подгруппе, V_{max} в ЧС, ОПА, СА превышает контрольные показатели в среднем на 30,6%, V_{min} на 30,8%, в СПА на 88,9 и 111,5% соответственно, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $38,6 \pm 10,1$ мкмоль/л. Во 2Б подгруппе V_{max} в ЧС, ОПА, СА превышают контрольные данные в среднем на 39,2 V_{min} 56,2%; в СПА превышение составляет 98,0 и 132,2% соответственно, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $46,3 \pm 9,7$ мкмоль/л. В 3-й подгруппе имеется увеличение V_{max} и V_{min} в ЧС, ОПА, СА на 10-е послеоперационные сутки в среднем на 45,6 и 77,2% соответственно; в СПА на

108,7 и 162,8% соответственно, при снижении уровня билирубина плазмы крови в среднем до $76,4 \pm 11,4$ мкмоль/л. На 28-е сутки после оперативного лечения во 2А подгруппе, при уровне билирубина плазмы крови в среднем $18,4 \pm 2,1$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА V max и V min приближаются к значениям в контрольной группе, однако в СПА остаются высокие цифры V max и V min: преобладание на 36,7% и 42,7% соответственно. Во 2Б подгруппе, при уровне билирубина плазмы крови в среднем $20,1 \pm 3,2$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА V max и V min превышают нормативные значения в среднем на 12,7% и на 18,6% соответственно; в СПА – на 70,5% и 81,9% соответственно. В 3 подгруппе, при уровне билирубина плазмы крови в среднем $24,3 \pm 4,8$ мкмоль/л, в ЧС, ОПА, СА V max повышена в среднем на 20,8%, V min на 31,7%; в СПА – на 87,9% и 123,4% соответственно.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что скоростные показатели в СПА, на всем временном отрезке наблюдения за пациентами после оперативного лечения, остаются значительно увеличенными, по сравнению с контрольной группой; их динамика особенно замедлена во 2Б и 3 подгруппах и превышают нормативные показатели V max на 70,5 и 87,9%; V min на 81,9 и 123,4% соответственно.

Анализируя полученные результаты, можно предположить, что при длительной МЖ идут васкулярные нарушения и страдают все функции печени, обуславливая тяжелую степень гипербилирубинемии. Поэтому, даже при устранении блока желчевыводящих путей и восстановлении нормального уровня билирубина, скоростные показатели кровотока длительно не восстанавливаются, что и происходило у пациентов 2Б и 3 подгрупп.

Заключение.

Таким образом, несмотря на нормализацию билирубина, но при сохранении высоких значений скоростных показателей крови особенно в СПА, следует продолжать интенсивную терапию по устранению ПН с продолжением лечения в условиях отделения терапевтического профиля или дневного стационара поликлиники.

**ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ В ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЯХ БРЮШНОЙ АОРТЫ
ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО
СКАНИРОВАНИЯ.**

Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Губайдуллина Г.М., Верзакова О.В.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Среди пациентов хирургического профиля поражения печени при механической желтухе занимают значительное место. Чаще всего причиной механической желтухи бывают камни в желчных протоках – 50 % (Майстренко Н.А., Нечай А.И., Еременко В.П., 1999 г). Ежегодно наблюдается рост заболеваний, осложненных изменениями кровотока в печени, селезенке и поджелудочной железе (Майстренко Н.А., Нечай А.И., Еременко В.П., 1999 г).

Исследование гемодинамики этих органов с помощью доплерографии имеет важное клиническое значение, т.к. позволяет получить значимую информацию, влияющую на установление диагноза и характер проводимой терапии.

Ранее существовавшие методы изучения кровообращения являлись инвазивными и недостаточно информативными.

С развитием ультразвуковой диагностики, особенно с разработкой доплеровских методик, появилась возможность получать объективную информацию о состоянии кровотока в бассейне органов брюшной полости без ущерба для больного (К. Нааг 1996).

Цель нашей работы – изучение состояния кровотока в висцеральных ветвях брюшной аорты при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой и холедохолитиазом.

Материалы и методы исследования.

В процессе работы было обследовано 25 здоровых людей (15 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 20 до 50 лет, не имеющих патологию желудочно-кишечного тракта и 20 больных (11 женщин и 9 мужчин) острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Во всех случаях механическая желтуха была обусловлена холедохолитиазом.

Визуализация сосудов порто-печеночного бассейна проводилась на аппарате HDI 4000 датчиком 3,5-5 мГц в четырех режимах сканирования: в

режиме «серой шкалы», цветного доплеровского картирования (ЦДК) и энергетического картирования (ЭД), а также в спектральном доплеровском режиме.

В режиме «серой шкалы», ЦДК и ЭД оценивали диаметр сосудов, их расположение и наличие кровотока.

В спектральном режиме оценивали количественные и качественные характеристики доплеровского спектра сдвига частот кровотока: максимальную систолическую скорость (V пик), конечную диастолическую скорость (V к.д.), объемную скорость (TAV), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI), соотношение систолической и диастолической составляющих спектра, наличие систолического спектрального окна, наличие или отсутствие отрицательной фазы спектра и др.

Для исключения влияния различных факторов на гемодинамику доплерографические показатели измеряли натошак, в положении лежа на спине, при задержке дыхания без дополнительного вдоха.

В связи с полученными нами данными кровотока у здоровых лиц, соотносящихся со среднестатистическими литературными нормативами, при оценке количественных показателей кровотока в качестве нормы выбраны параметры, предложенные Г.И. Кунцевич с соавт. (1999 г).

Исследовались сосуды: чревный ствол (ЧС), общая печеночная артерия (ОПА), селезеночная артерия (СА), собственная печеночная артерия (СПА), пузырная артерия (Пуз. А), верхняя брыжеечная артерия (ВБА), селезеночная вена (СВ), воротная вена (ВВ), нижняя полая вена (НПВ), правая печеночная вена (ППВ), средняя печеночная вена (СПВ) и левая печеночная вена (ЛПВ).

При оценке полученных результатов было установлено, что у больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой имело место значительное возрастание скоростей и индексов в артериальной системе (ЧС, ОПА, СА, Пуз.А).

В то же время наблюдалось снижение максимальной систолической скорости, конечной диастолической скорости в системе печеночных вен и увеличение значения RI уже в первые сутки от начала заболевания наряду с повышением билирубина в крови.

Выводы.

1. Среднестатистические параметры кровотока у здоровых лиц соответствуют общеизвестным данным литературы.

- У пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, имеет место снижение максимальной систолической скорости, конечной диастолической скорости в системе печеночных вен и увеличение значения RI уже в первые сутки от начала заболевания наряду с повышением билирубина в крови.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.

Ишонходжаев Ё.Н., Ходжаев Х.Б., Жабборов Б.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП. Узбекистан.

Актуальность.

Инвагинация кишечника является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей и может возникать в любом детском возрасте. По различным данным инвагинация кишечника в первые месяцы жизни возникает очень редко, но наиболее часто (около 80%) возникает в возрасте с 4 мес. до 1 года, на второй год жизни приходится около 10% всех случаев заболеваний. Вопрос о правильной и своевременной диагностики инвагинации кишок приобретает особое значение, прежде всего для результатов и исходов лечения детей с этой патологией. Диагноз инвагинации кишечника, в типичных случаях, не вызывает трудностей из-за ярких и характерных клинических проявлений болезни. Не следует забывать при этом, что типичные признаки заболевания характерны, как правило, для первых 24 часов от начала заболевания. Данные литературы показывают, что при ранней диагностике и поступлении больных до 24 часов от начала заболевания летальность может равняться нулю и резко возрастает при поздней госпитализации.

Материал и методы.

В детском хирургическом отделении Наманганского филиала РНЦЭМП за период с 2007-2009 гг. пролечено 106 детей с инвагинацией кишечника. Из них 85 (80,2%) больных в возрасте до года, 21 (19,8 %) - старшего возраста.

Результаты.

В 80,2% случаев дети были доставлены по линии «скорой помощи», 2 х детей (1,9%) направили участковые врачи, 4 (3,8%) - переведены из других

отделений области, 2 пациента (1,9 %) самостоятельно прибыли в приёмное отделение центра.

Своевременной считали диагностику и госпитализацию больных в первые 12 часов от начала заболевания.

В первые 6 часов от начала заболевания поступили только лишь 5 (4,7%) больных, от 6 до 12 часов -7 (6,6%), от 12 до 24 часов -4 (3,8%), от 24 до 48 часов - 17 (16%), свыше 48 часов- 3 (2,8%).

Консервативная дезинвагинация была эффективной у 72 (68%) больных при госпитализации в первые 24 часа.

Оперировано 29 (27,3%) детей, летальных исходов не было. Был выполнен анализ 48(45,3%): историй болезни поздно госпитализированных больных с инвагинацией кишечника. В 36(34%) случаях причиной поздней госпитализации стало несвоевременно обращение родителей за медицинской помощью (позднее 12 ч.). В 12(11,3%) случаях больные были переведены из других соматических и инфекционных отделений, где лечились с другими диагнозами: дизентерией, диспепсией, энтероколитом, функциональным нарушением ЖКТ и.т.д. В (4,7%) случаях инвагинация кишечника возникала на фоне других заболеваний: острой кишечной инфекции, острой респираторной инфекции, болезни Шенлейн-Геноха.

Анализ причин диагностических ошибок при инвагинация кишечника у детей в наших наблюдениях показал, что они носили субъективный характер: ошибки были связаны с недостаточным знанием клинических проявлений болезни у отдельных врачей на догоспитальном этапе. Недооценка типичного анамнеза, осмотр больного в стадии «светлого промежутка», пренебрежением пальцевым ректальным исследованием и отказом от контрастного рентгенологического исследование в сомнительных случаях.

Диагностические ошибки при позднем обращении, обусловлены нечётким представлением, меняющейся клинической картины заболевания в связи со сроками (адинамичное состояние больного и выраженные явления токсикоза и эксикоза).

Широкое знакомство врачей с особенностями клиники и течения инвагинации кишечника у детей, а также санитарно-просветительная работа с населением будет способствовать улучшению ранней диагностики данной патологии на догоспитальном этапе и результатов лечения.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.**

Эрметов А.Т., Зуфарханов А.М., Жабборов Б.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП. Узбекистан.

Актуальность.

Закрытые травмы органов брюшной полости у детей остаются одной из актуальных проблем экстренной хирургии. Введение в хирургическую практику методов видеолапароскопии и ультразвукового исследования создают возможность для точной диагностики, и определить наиболее подходящую тактику лечения при повреждениях органов брюшной полости.

Материал и методы.

За период 2005-2009 гг. в детском хирургическом отделении на лечении находились 136 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости и с подозрением на них. Выполнено 52 диагностических лапароскопии.

Результаты.

В возрасте до 7 лет-23(44,2%), от 7 до 14 лет-29(63,8%). Из них мальчиков-37(71,1%), девочек –15(28,9%). Гемоперитонеум, причиной которого был разрыв печени выявлен у 6(11,5%) больных, разрыв селезенки у 27(51,9%), разрыв тонкой кишки у 4(7,7%), разрыв брыжейки тонкой кишки у (35,8%), забрюшинная гематома у 6(11,5%), гематома большого сальника 2(3,8). У 4(7,7%) больных повреждений органов брюшной полости не было выявлено.

Конверсия была выполнена у 9(17,3%). Причиной конверсии явились - разрыв селезенки с обширной забрюшинной гематомой у 5(9,6%) больных, разрыв тонкой кишки у 4(7,7%). Видеолапароскопическая остановка кровотечений с помощью биполярной коагуляции и санация брюшной полости выполнена у 2(3,8%) с гематомой большого сальника, разрывом брыжейки тонкой кишки у 3(5,8%), у 24(4,6%) больных с надрывами капсулы и линейным разрывом селезенки. Использование эндовидеохирургической методики у детей позволило, уменьшить травматичность операции и сократить кровопотерю за счёт миниинвазивного хирургического доступа. Следует учитывать, что лапароскопические операции имеют неоспоримые преимущества перед открытыми, но безопасность остаётся первостепенным критерием результата оперативного лечения.

Заключение.

Таким образом, диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости у детей с применением видеолапароскопии и ультразвукового исследования позволяют, уменьшить число диагностических ошибок, а также определить правильную тактику лечения больных с данной патологией.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ.

Ходжаев Х.Б., Тожибоев А.Х. Жураев Э.У.

Наманганский филиал РНЦЭМП. Узбекистан.

Актуальность.

Инородные тела дыхательных путей у детей остаются актуальной проблемой в связи с развитием различных осложнений, угрожающих для жизни больного. Одной из существенных причин осложнений является позднее обращение больного, так как длительное пребывание инородных тел в дыхательных путях может привести к кровотечениям, ателектазам, пневмотораксу и хроническим заболеваниям легких.

Материал и методы.

В отделение детской хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2009-2011 гг. госпитализированы 30 детей с инородными телами дыхательных путей. По возрасту больные распределились следующим образом: до 1 года 8 (26,7%), 1-3 л. 7 (23,3%), 3-5 л 4 (13,3%), 5-15 л 11 (36,7%) детей. Мальчиков было - 21(70%), девочек - 9 (30%). По срокам поступления: до 6 часов доставлены 6 (20%), до 24 ч-15 (50%), до 72 ч - 7 (23,3%), спустя более 3 суток - 2 (6,7%) детей.

Результаты.

По характеру различали инородные тела органические (семья кукурузы, арахис, фасоль, семечки) - у 16 (53,3%) детей и неорганические (колпачок от ручки, детали механических игрушек, камушки) – у 14 (46,7%). Диагностика инородного тела дыхательных путей основывалась на жалобах родителей, клинических проявлениях, данных рентгенологического обследования в различных проекциях и лечебно-диагностической бронхоскопии.

Длительно находящиеся инородные тела в трахеобронхиальном дереве, влекут за собой тяжелые осложнения, которые могут возникнуть в различные сроки. Мы наблюдали следующие осложнения: трахеобронхиты 16 (53,3%),

пневмонии - 5 (16,7%), ателектаз – 7 (23,3%), пневмоторакс – 1 (3,3%), кровохарканье – 1 (3,3%).

Все пациенты подвергались бронхоскопическому удалению инородных тел с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Бронхоскопия проводилась жестким бронхоскопом 9 (30%), фибробронхоскопом 21 (70%). Во время бронхоскопии в 22(73%) случаях инородные тела обнаружены в дыхательных путях правого легкого, а в 8(27%) случаях слева. У 35% больных диагностирован гнойный эндобронхит, связанный с длительным пребыванием инородных тел и обтурацией просвета бронха. После удаления инородных тел и санации бронхов эндобронхиально вводились антибиотики, ферменты и гормональные препараты. После удаления инородных тел дети получали стационарное лечение с применением антибактериальной, противовоспалительной и физиотерапии в течение недели с последующим переводом для дальнейшего лечения и наблюдения по месту жительства.

Заключение.

Таким образом, ранняя диагностика и своевременная лечебно-диагностическая бронхоскопия позволяют улучшить результаты лечения больных с инородными телами дыхательных путей и снизить число осложнений со стороны бронхолегочной системы.

ВРОЖДЕННЫЕ ВОЗДУШНЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ.

Ишимов Ш.С., Мирасов А.А.

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России

Актуальность.

Хотя напряженная воздушная киста легкого у ребенка описана Н. Fontanus еще в 1638 году, современная история начинается с появлением рентгенологического исследования. О первой успешной операции в нашей стране у 11 мес. больного в 1954 г. сообщил Ф.Х. Кутушев. Отдельные вопросы, прежде всего методы хирургического лечения, решаются неоднозначно.

Врожденные воздушные кисты сравнительно редкий порок развития. В данной работе мы не обсуждаем воздушные образования при (после) острой деструктивной пневмонии, при туберкулезе, бронхогенных кистах и др. Кисты могут быть одиночными (в т.ч. многокамерными), множественными (в т.ч.

поликистоз), неосложненными и осложненными. Размеры их колеблются от мелких до больших (Ю.Ф. Исаков с соавт., 1978; Г.А. Баиров 1997; М.Р. Рокицкий, 1988).

Материал и методы.

В клинике детской хирургии БГМУ на базе РДКБ за последние три десятилетия наблюдали 32 ребенка с врожденными воздушными кистами легких в возрасте от 2 дней до 14 лет (20 мальчиков и 12 девочек). Клиническая картина проявляется довольно рано, в 3 случаях - уже в первые дни. Больных до 1 года было 14, старше 7 лет - 8.

Результаты и обсуждение.

Поражение правого легкого, прежде всего, нижней доли, отмечены в 19 случаях, поражение обоих легких было у 3 больных. Распределение на одиночных (17) и множественные (15) почти одинаковые. У одного ребенка было поражение всего левого легкого по типу поликистоза.

Клиническая симптоматика порока зависит от размеров, количества кист и вида осложнений. Только в 4 случаях отмечено бессимптомное течение и кисты выявлены случайно при рентгенологическом исследовании. В остальных случаях клинику определяли осложнения. У половины больных на первый план выступало внутригрудное напряжение: тяжелое состояние, одышка, цианоз, беспокойство, тахикардия, участие вспомогательной мускулатуры, асимметрия грудной клетки и дыхательных экскурсий, высокий тимпанит при перкуссии с резким ослаблением и отсутствием дыхания на этой стороне.

Внутригрудное напряжение чаще развивалось при воспалительных процессах.

Нагноение встречалось (12 наблюдений) в нескольких вариантах: осложнение одиночной кисты, одного из многих кист и нагноение всех кист. Последний вариант характерно для поликистоза больших участков легкого с хроническим течением.

Нагноение кист проявляется резким ухудшением общего состояния, повышением температуры до высоких цифр, одышкой, интоксикацией, кашлем с мокротой. Отмечаются притупление звука при перкуссии, ослабленное дыхание, влажные хрипы. Более тяжело протекает нагноение кист у маленьких детей, особенно у новорожденных. Частое ОРЗ обычное явление при этом пороке. Пневмония может быть острой, затем с переходом в хронический процесс. При

кистах легкое не только сдавливается, но может наблюдаться ателектаз (3 случая).

Таким образом, у 28 больных выявлены 34 осложнения. Это требует необходимости ранней диагностики, прежде со стороны педиатров.

В диагностике главную роль играют, после клинических данных, рентгенография и компьютерная томография. Хотя обычная рентгенография в 2-х проекциях позволяет поставить диагноз, весьма желательна КТ, которая уточняет детали, выявляет более мелкие кисты, иногда расположенные в разных участках легких.

Если в вопросах клиники и диагностики почти нет спорных вопросов (вызывает сомнение предложение о бронхографии? М.Р. Рокицкий, 1988), то единодушия в методах лечения нет. По-нашему мнению, пункция напряженной воздушной кисты не должна применяться, ибо она дает только кратковременное облегчение состояния. Об этом свидетельствует все 5 наших наблюдений. Пункция с пассивным дренированием может быть применена только при транспортировке больного в хирургическую клинику.

Больные с врожденными воздушными кистами подлежат хирургическому лечению по установлению диагноза. Допустимо динамическое наблюдение при небольших рдиночных кистах. В других случаях показано оперативное лечение, учитывая, что врожденные кисты обычно увеличиваются и очень часто осложняются. При напряженной кисте, разрыве кисты с пневмотораксом и нагноении оперативное лечение, как правило, показано в экстренном порядке. Понятно, что наркоз эндотрахеальный комбинированный £ ИВЛ.

Основным методом операции в нашем материале является лобэктомия с кистой (в 20 случаях из 32). У одного ребенка предпринята резекция средней и нижней долей справа, у другого - пневмонэктомия при тотальном нагноившемся поликистозе левого легкого. Сегментэктомия удалась в 2 случаях. Так называемая операция «снятия крыши» успешно произведена у 3 больных.

Частичное или полное иссечение одиночной кисты с ушиванием свища предпринято у 5 больных. Создалось отрицательное впечатление об этом варианте операции, в т.ч. из-за возникновения пневмоторакса, в 2 случаях из них потребовалась реторакотомии и ушивание свища.

Послеоперационные осложнения отмечены у каждого третьего ребенка (14 осложнений у 11 больного), пневмония -2, серозный плеврит -3, гиповентиляция -2 и др. Неприятным фактом является обнаружение в процессе наблюдения

рецидива воздушных кист в прежнем месте или в других областях легких. Поэтому назвать рецидивом во всех 4 случаях нельзя. В 2-х из них, скорее всего, мелкие кисты были просмотрены. В одном случае, после частичного иссечения стенки кисты и ушивания свища, предпринята через 6 лет повторная торакотомия и резекция нижней доли с благоприятным исходом.

Из 32 оперированных больных девочка 5 лет после типичной обычной лобэктомии умерла тридцать лет назад, не приходя в сознание после наркоза.

У 4 больных были попытки торакоскопической операции. Но в 3 случаях вынуждены были перейти на торакотомию. У одного больного наступил рецидив. По - видимому, такая операция целесообразно только при одиночных поверхностно расположенных кистах.

Заключение.

Итак, врожденные воздушные кисты легких своеобразный порок развития, который проявляется рано, часто осложняется внутригрудным напряжением, нагноением, разрывом и пневмотораксом. Выбор метода операции не прост, более правильно анатомические резекции доли, сегментов. Нужно длительное диспансерное наблюдение.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНВАГИНАЦИЯХ.

Ходжаев Х.Б., Зуфарханов А.М., Жаббаров Б.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП. Узбекистан.

Материал и методы.

В отделении детской хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП за период 2006-2011г находились 184 больных с инвагинацией кишечника, из них у 113(61,2%) проведена консервативная дезинвагинация, оперированы – 71 (38,8%).

По возрасту больные распределились следующим образом: до 6 месяцев-30(16,3%), 6-12 месяцев –97 (52,7%), свыше 1 года –57 (31%). Мальчиков было – 106, девочек- 78.

Одним из инструментальных методов ранней диагностики применяли ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, которая позволила выявить в большинстве случаев характерные эхо-признаки инвагинации кишок,

таких как «псевдопочка» и «мишень»: из 184 больных детей с инвагинацией кишечника у 154 (83,7%) обнаружена вышеуказанная экосемиотика.

Результаты.

В 116 случаях нами применялись пневмо– или контрастная ирригоскопия (с сульфатом бария) в диагностических и лечебных целях. При обнаружении инвагината произведена консервативная дезинвагинация аппаратом Ричардсона путём нагнетания воздуха под давлением. 130-140 мм. рт.ст. под рентгеноскопическим контролем.

Оперированы 58 детей: в сроки до 6 часов от начала заболевания - у 14(7,6%), 7-12 часов-17 (9,2%) детей, 12-24 часов – у 11(5,9%) больных и свыше 24 часов от начала болезни у 16 (8,7%). Показаниями к операции были: нерасправившийся инвагинат – в 18 случаях и позднее поступление (при наличии признаков некроза инвагината и перитонита)- у 40 больных. Из оперированных больных: резекция кишечника из-за некроза произведена в 3 случаях, у одного больного с наложением энтеростомы. В остальных 55 случаях из-за отсутствия некробиотических изменений произведена оперативная дезинвагинация.

Заключение.

Таким образом, при отсутствии признаков некроза инвагината и перитонита консервативная дезинвагинация у детей позволяет избежать хирургического вмешательства, тем самым уменьшая риск развития послеоперационных осложнений.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ.

Садыков Ф.Г., Викторов В.В., Сабиров Т.Т., Гадельшин Э.С.

Кафедра педиатрии и детской хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Диафрагмальная грыжа у детей является тяжелым заболеванием, но при этом встречаются дети с данной патологией не диагностированные в период новорожденности. У данной категории больных детей клиническое течение вяло текущее, т.е. происходит компенсация жизненной деятельности в основном со стороны органов дыхания и пищеварительной системы. И в подавляющем большинстве данная категория детей страдает частыми респираторными заболеваниями, расстройством со стороны пищеварения соответственно

иммунной системы и других жизненных функций. В нашем случае мы наблюдаем диафрагмальную грыжу собственно диафрагмы у ребенка 4 лет.

Больная Х. 4 лет, попала в нашу клинику после того, как в поликлинике по месту жительства ребенку была произведена R-гр ОГК по поводу подозрения на пневмонию. На R-грамме в прямой и боковой проекциях выявлена диафрагмальная грыжа слева. При дополнительном обследовании в условиях стационара при R-контрастном исследовании желудка и сонографии выявляется смещение органов брюшной полости в грыжевой мешок грудной полости: это желудок, левая почка, селезенка, петли тонкой и толстой кишки. Так же имеется смещение органов средостения в противоположную сторону от грыжи, после чего был выставлен ранее описанный диагноз. Ребенок Х. подготовлена на оперативное лечение.

Нами была запланирован и разработан способ миниинвазивной пластики диафрагмальной грыжи собственно диафрагмы. Установка торакопортов осуществляется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией легких после обработки операционного поля в четырех точках выполняют доступ при помощи торакопортов в грудную полость. Первый 5 мм торакопорт устанавливают по средней подмышечной линии в четвертом межреберье, второй 5 мм торакопорт по средней подмышечной линии в восьмом или девятом межреберье под контролем зрения. Третий 10 мм торакопорт устанавливают в пятом или шестом межреберье по среднеключичной линии, четвертый 5 мм торакопорт устанавливают в пятом или шестом межреберье по лопаточной линии (при этом торакоцентезные доступы создают так называемый ромб). Ребенку была произведена операция. После установки троакаров и ревизии плевральной полости с грыжевым мешком и органами, находящимися в нем, мобилизовали легочно-диафрагмальную связку. Затем лепестковым ретрактором производится тракция грыжевого мешка вместе с органами, располагающимися в нем, в брюшную полость. В желудок больной ввели зонд. Произведена ревизия мышечной и сухожильной части диафрагмы. При этом обнаружены хорошо выраженные передний и задний мышечные валики. Проверена мобильность органов располагающихся в грыжевом мешке, после чего начато сшивание грыжевого мешка и фиксация его в таком состоянии узловыми швами. Первый и последний вколы узлового шва проводятся через мышечные валики, которые при этом не подвергаются растягиванию. Каждый последующий узловой шов накладывается не более чем на 5 мм от предыдущего. Для

наложения узловых швов использовалась атравматический шовный не рассасывающийся материал на круглой игле (ти-крон 2/0). После наложения всех швов получен дугообразный, линейный шов. При этом вновь сформированная диафрагма выглядит как сплошной плоский мышечный купол. Произведена санация плевральной полости раствором фурациллина и при помощи отсоса. Через торакоцентезный доступ в восьмом межреберье по средней подмышечной линии установлен плевральный дренаж в восходящем направлении. После ушивания всех торакоцентезных доступов создано отрицательное давление в плевральной полости и плевральный дренаж подсоединен к банке Боброва.

Плевральный дренаж удален на 2 сутки, а сам ребенок был выписан с выздоровлением на 8 сутки после операции.

Таким образом, правильная трактовка клинико-лабораторных данных в сочетании со специальными методами исследования и новым малоинвазивным подходом к оперативному лечению позволило добиться у данного больного менее травматичной операции с полным выздоровлением.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКОГО.

Садыков Ф.Г., Викторов В.В., Сабиров Т.Т., Гадельшин Э.С.,

Климанов В.В., Феоктистов В.П.

Кафедра педиатрии и детской хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Цель: Изучение и лечение врожденного заболевания легких и новообразования органов грудной полости у детей является тяжелым заболеванием. У данной категории больных детей вяло текущее проявление, т.е. происходит компенсация жизненной деятельности в основном со стороны органов дыхания и пищеварительной системы. И в подавляющем большинстве данная категория детей страдает частыми респираторными заболеваниями, расстройством со стороны пищеварения соответственно иммунной системы и других жизненных функций. В нашем случае мы наблюдали ВПР легких, Гамартома верхней доли левого легкого у ребенка 8 лет.

Больной Н. 8 лет, поступил в нашу клинику в плановом порядке по направлению детской поликлиники № 2 г.Уфа. Жалобы при поступлении на периодический малопродуктивный кашель, слабость, одышку при физической

нагрузке, сниженный аппетит. Из анамнеза со слов матери в декабре 2008 г. ребенок перенес тонзиллит (R-графия ОГП не произведен). Ребенок находился под наблюдением и лечением участкового педиатра. На фоне проводимого лечения положительная динамика выздоровления не отмечалась- длительно сохранялся малопродуктивный кашель, периодические подъемы температуры тела до субфебрильных цифр. В марте 2009 г. Ребенку произведен профилактический иммунологический тест реакция Манту- выявлен вираж. Ребенок направлен к фтизиатру, где и произведена R –гр. ОГК, при этом выявлено объемное образование левого легкого. В клинике произведено дополнительное стандартное обследование и КТ ОГК- Полостное жидкостное образование паракостальной локализации области S 1-2 сегментов левого легкого, размерами 34x52 мм. Ребенок Н. подготовлен на оперативное лечение.

Нами была запланирована торакоскопическая диагностика патологических образований. После установки четырех торакопортов. Было выявлено образование верхней доли левого легкого.

Ребенку была произведена операция торакоскопическая атипичная резекция верхней доли левого легкого при помощи эндоскопических сшивающих аппаратов и биполярной коагуляции. Произведена санация плевральной полости. Через торакоцентезный доступ в восьмом межреберье по средней подмышечной линии установлен плевральный дренаж в восходящем направлении.

Таким образом, правильная трактовка клинико-лобароторных данных в сочетании со специальными методами исследования и новым малоинвазивным подходом к оперативному лечению позволило добиться у данного больного менее травматичной операции с полным выздоровлением.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ
ЭМФИЗЕМЫ И ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА.**

Садыков Ф.Г., Викторов В.В., Сабилов Т.Т., Гадельшин Э.С.

Кафедра педиатрии и детской хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Локализованная лобарная эмфизема крайне редкое заболевание. На данный момент в литературе не отмечена эпидемиология данного заболевания, и все больше описывается патогенез развития данного заболевания и морфология пораженной легочной ткани, так же клиническое течение. По зарубежным и отечественным источникам не единого мнения о характере возникновения поражений в паренхиме доли легкого. Так авторы практически поровну делятся на сторонников приобретенного характера поражения и врожденного. Клиническое течение чаще вяло текущее, т.е. компенсированная форма. И в подавляющем большинстве поражается верхняя доля левого легкого. В нашем случае мы наблюдаем Локализованную лобарную эмфизему верхней доли левого легкого с прикорневой кистой той же доли опорожняющуюся в бронх.

Больной Б. 9 лет, неоднократно находился на стационарном и амбулаторном лечении в клиниках нашего города в хирургических и соматических отделениях с подозрением на туберкулез и деструктивную пневмонию. Ребенок в первый раз попал в поле нашего зрения в декабре 2005 года с диагнозом деструктивная пневмония. Было произведено наряду с рутинными видами обследования наиболее информативные, такие как R-гр ОГК в прямой и боковой проекциях сделанных в различное время и в разных клиниках, где наблюдается однотипная картина- повышение прозрачности легочной ткани в области верхней половины легочного поля слева. Смещение органов средостения вправо и поджатие здоровой нижней доли легкого с созданием ателектаза. Бронхография, где наблюдается обеднение рисунка бронхиального дерева верхней доли слева и усиление рисунка бронхиального дерева нижней доли. КТ ОГК - повышенная прозрачность паренхимы верхней доли левого легкого с обеднением бронхиального и сосудистого рисунка. Киста верхней доли с прикорневым расположением и заполненная густой жидкостью. После чего был выставлен ранее описанный диагноз. В январе 2006 года ребенок Б. поступил в ДХО БСМП г.Уфы на оперативное лечение.

Больному произведена операция: Торакоскопическая резекция верхней доли левого легкого. Для доступа к корню легкого использовалось три

торакоцентезных доступа. Корень легкого обрабатывался отдельно по анатомическим структурам и лигирование данных структур осуществлялось отдельно при помощи сшивающего аппарата. Операция закончилась расправлением нижней доли левого легкого под контролем зрения, проверкой на аэростаз и дренированием плевральной полости по Бюлау. Интраоперационная кровопотеря составила 200 мл. Послеоперационный период протекал гладко. Патогистологическое заключение: Макропрепарат характеризуется эмфизематозным вздутием паренхимы и хроническим воспалением. Отмечается истончение межальвеолярных перегородок с образованием мелких полостей. Киста легкого выстлана цилиндрическим эпителием.

Таким образом, правильная трактовка клинико-лабораторных данных в сочетании со специальными методами исследования и новым малоинвазивным подходом к оперативному лечению позволило добиться у данного больного полного выздоровления.

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФАХ.

**Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Чанышев М.Ш., Власов А.Ф.,
Мусина Ф.С., Хамидуллин Р.Т.**

Кафедра скорой помощи, медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии.

Итоги многочисленных исследований, посвященных ликвидации медицинских последствий техногенных катастроф свидетельствуют о том, что при организации медицинской помощи населению, больше всего диагностические и тактические ошибки допускаются при оказании неотложной помощи, что приводит к увеличению летальности пострадавших. В этом плане многое зависит от действия и профессиональной подготовленности врачей первого контакта: специалистов служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф, врачей общей лечебной сети. Поэтому очевидна необходимость целенаправленной подготовки врачей общей лечебной сети по оказанию неотложной медицинской помощи. После крупной техногенной катастрофы в 1989г. вблизи ст. Улу-Теляк в составе Башкирского государственного медицинского университета (в последующем университета) была открыта кафедра скорой помощи и медицины

катастроф, которая стала одной из первых подобных кафедр в Российской Федерации.

Обучением охвачены врачи скорой медицинской помощи, и приемных отделений, участковые и семейные врачи, врачи-спасатели МЧС, клинические ординаторы и интерны смежных специальностей.

Для них организованы различные циклы, продолжительностью от 1 до 2 месяцев. В рабочие программы включены вопросы диагностики, неотложной помощи при травмах груди и живота, повреждениях магистральных сосудов, острых артериальных и венозных тромбозах, неотложных состояниях при окклюзионных заболеваниях артерий, острых хирургических заболеваниях, термической, компрессионной травме, а также сочетанных и комбинированных поражениях. Наш опыт показывает, что даже многоопытные врачи не владеют «простейшими» для хирурга манипуляциями, просто боятся их и избегают выполнения даже при наличии экстренных показаний. Поэтому особый акцент мы делаем на освоение курсантами практических навыков, для чего на кафедре создана тренажерная комната с набором оборудования для оказания неотложной помощи. Неоценимую помощь в обучении курсантов оказывает использование современных компьютерных технологий (обучающие и контролирующие программы, мультимедийные системы, видеофильмы, и др.) Кроме того, врачи различных специальностей проходящих повышение квалификации на кафедрах и курсах ИПО на нашей кафедре проходят 12-часовую подготовку по оказанию неотложной помощи в ЧС. В учебный план включены такие вопросы как структура и организация неотложной помощи и медицины катастроф, ожоги, краш-синдром, лучевая болезнь. Вопросы по оказанию неотложной помощи в ЧС включены в программу сертификационных, аттестационных экзаменов.

Большой интерес у курсантов вызывает занятие в прозекторской, где под руководством преподавателя они осваивают методику торакоцентеза, пункции и дренирования плевральной полости, пункции полости перикарда, катетеризации подключичной вены, различных видов новокаиновых блокад, самостоятельно выполняют коникотомию, трахеостомию. Это помогает врачу преодолевать психологический барьер в выполнении указанных манипуляций.

Известно что, слабым звеном в подготовке врачей догоспитального этапа остается их аналитическая деятельность. Рецензирование аттестационных материалов, отчетов показывает, что врачи не владеют методикой исследования результатов своей работы, своего лечебного учреждения, не умеют формировать

выводы и вносить предложения. Между тем это является важным разделом повышения своей квалификации и роста профессионального мастерства. Поэтому курсанты выполняют курсовую работу на самую злободневную в наши дни темы по «автотранспортному травматизму», медицине катастроф, неотложным состояниям с последующей публикацией в печати, сообщением на региональных конференциях.

В 1998 году при кафедре был организован курс термической травмы с задачей - подготовить врачей комбустиологов в Республике Башкортостан, который стал первым курсом в структуре последипломного профессионального образования в стране.

Сотрудниками кафедры на основании федеральной унифицированной программы (г.Москва) были подготовлены рабочие программы обучения курсантов на циклах продолжительностью 72 и 144 часов соответственно и учебно-методические комплексы. Выездной цикл проведен кафедрой термической травмы и раневой инфекции РМАПО г. Москва (заведующий кафедрой, профессор А.А. Алексеев). Налажено сотрудничество нашей кафедры и республиканского ожогового центра с ведущими кафедрами по вопросам повышения квалификации комбустиологов, проведения совместных научных исследований и внедрения результатов в работу лечебных учреждений. За последние годы 5 комбустиологов прошли обучение в НИИ хирургии имени А.В. Вишневского. Кроме того, курсанты клинических дисциплин, которые проходят обучение на циклах по специальности проходят 12 часовую подготовку на кафедре с посещением ожогового центра, где знакомятся с организацией лечения обожженных. Вопросы организации оказания медицинской помощи пострадавшим с ожоговой травмой дважды обсуждались на коллегии МЗ РБ. Одним из пунктов решения коллегии была организация обучения врачей, оказывающих неотложную медицинскую помощь обожженным; хирургов, травматологов и детских хирургов на циклах продолжительностью 72 часа. Обучение осуществлялось на базе республиканского ожогового центра на 80 коек МУ ГKB №18 г. Уфы и ожогового отделения на 40 коек ГKB №1 г. Стерлитамака. Проведено 5 циклов с охватом 176 врачей. Результаты исходного тестирования врачей с использованием федеральных тестов показали, что правильные ответы показали хирурги в 63% случаев, травматологи в 61% и детские хирурги в 65% случаев, что свидетельствует о слабой их подготовке к оказанию неотложной и

специализированной медицинской помощи обожженным. Положительные ответы после учебы были соответственно 92%, 90% и 94%.

Результаты целенаправленной комплексной подготовки врачей общей лечебной сети по оказанию неотложной медицинской помощи при техногенных катастрофах свидетельствуют об эффективности такой работы, усилению настороженности и готовности медицинской сети к оказанию подобной помощи в ЧС.

Так, по данным Республиканского центра медицины катастроф МЗ РБ в последние годы при ликвидации медицинских последствий техногенных катастроф фаза изоляции, которая является экспертным критерием работы службы медицины катастроф, составила 19 минут, т.е. в течение указанного времени к месту происшествия приезжала медицинская бригада. По Российской Федерации этот показатель составляет 55 минут. Другой экспертный показатель - удельный вес пострадавших эвакуированных с места происшествия медицинскими формированиями составила 96%, что также значительно выше, чем по РФ (67%).

ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Верзакова И.В., Какаулина Л.Н., Макарьева М.Л., Амирова А.М.,

Зубаиров В.А., Салмина Н.Н., Усманова Г.А., Губайдуллина Г.М.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Первые ультразвуковые аппараты в республике Башкортостан начали функционировать с 1989-1990 г.г. Задачи метода и степень детализации получаемой информации в диагностике острых хирургических заболеваний (ОХЗ) на заре развития службы оставались неясными и малоизученными. В свете внедрения в абдоминальную хирургию в начале 90-х годов прошлого столетия новых миниинвазивных методов оперативного лечения таких заболеваний как желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и острый холецистит, была разработана методика оценки внепеченочных желчевыводящих протоков, позволяющая визуализировать гепатикохоледох на всем протяжении, выделены прогностические критерии риска развития интра- и послеоперационных осложнений: холедохолитиаза, спаечного процесса, инфильтрата гепатодуоденальной связки, повреждения общего

желчного протока (кандидатская диссертация на тему «Прогнозирование способа холецистэктомии при желчнокаменной болезни и ультразвуковая диагностика послеоперационных осложнений», 1996 г., Верзакова И.В. (научный руководитель проф. В.М.Тимербулатов)). Продолжением темы ЖКБ и ее осложнений явилась работа по изучению печеночного кровотока при механической желтухе и степени корреляции изменений гемодинамики с выраженностью печеночной недостаточности, выполнение которой стало возможно с появлением новых технологий ультразвукового исследования с использованием доплерографии (кандидатская диссертация на тему «Состояние печеночного кровотока при холедохолитиазе и механической желтухе», 2008 г., Макарьева М.Л. (руководители д.м.н. М.В.Тимербулатов, д.м.н. Верзакова И.В.)). Было показано, что среди всех висцеральных ветвей аорты наиболее информативным и достаточным у этой группы пациентов является оценка кровотока по печеночной артерии, что позволяет снизить время на исследование и увеличить пропускную способность кабинетов УЗИ. Выявлена высокая степень корреляции между уровнем гипербилирубинемии, показателями гемодинамики по печеночной артерии и тяжестью печеночной недостаточности у больных с механической желтухой, что дает возможность пересмотреть тактику лечения у пациентов с прогнозируемым высоким риском развития острой печеночной недостаточности и летального исхода. Очередной задачей диагностического инструментального сопровождения ОХЗ органов брюшной полости явилось изучение возможностей УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости и перитонита (кандидатская диссертация на тему «Ультразвуковая диагностика острого перитонита», 2000 г., Какаулина Л.Н., (руководитель проф. В.М.Тимербулатов) и докторская диссертация на тему «Ультрасонографические методы в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и послеоперационных осложнений», 1999 г., Верзакова И.В. (консультант проф. В.М.Тимербулатов). Впервые были разработаны единые подходы к диагностике ОХЗ и их осложнений, основной мишенью в патологическом процессе которых становился кишечник. За основу диагностического инструментального процесса принято УЗИ кишечника, что ранее считалось невозможным или описывалось в виде единичных публикаций и по узкому кругу заболеваний, преимущественно планового характера. К тому же приоритетно считалось использование в качестве золотого стандарта рентгенологических методов исследования, а вопрос о виртуальной колоноскопии еще не звучал. В представленных работах впервые

все возникающие ультрасонографические симптомы изменений кишечника классифицированы по степеням и обозначены как ультразвуковой синдром недостаточности кишечника (СКН). На основании определения степени СКН проводится дифференциальная диагностика острой кишечной недостаточности и перитонита, что особенно важно в послеоперационном периоде, когда клиническая картина осложнений может нивелироваться операционной травмой или проводимой интенсивной терапией. Более того, было показано, что признаки перитонита при остром холецистите и истечении желчи отличаются от таковых при перитоните, источником которого был острый аппендицит или воспалительный процесс в малом тазу. Разработана эхосемиотика течения послеоперационного перитонита, на основании чего можно судить о купировании процесса или говорить о его прогрессировании.

В задачи деятельности Больницы скорой медицинской помощи г.Уфа (главные врачи И.М.Губайдуллин (1991-2000 г.), Г.Ш. Ишмухаметов (2000-2012 г.)) входит оказание экстренной медицинской помощи, на долю которой приходится до 70%. Одним из направлений научных разработок в клинике остается обеспечение новыми технологиями диагностики и лечения больных с травматическими повреждениями. В 2005 г. Амировой А.М. была выполнена кандидатская диссертация на тему «Травма паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства: эхографические аспекты диагностики в выборе тактики хирургического лечения» (научные руководители: член-корр. РАМН, проф. В.М.Тимербулатов, д.м.н., доцент И.В.Верзакова). В работе представлены ультразвуковые критерии «возраста» внутривисцеральных гематом, показана возможность двухмоментного разрыва поврежденного органа, уточнены показания к пункционному лечению под контролем УЗИ.

С развитием лапароскопических технологий лечения больных хирургического профиля и увеличением числа операций с необходимостью наложения пневмоперитонеума, ведущего к внутрибрюшной гипертензии, на первых этапах освоения метода частота таких осложнений как тромбоэмболия ветвей легочной артерии увеличилась. Вместе с тем, появление высоких технологий в лучевом исследовании, таких как КТ-ангиография и отсутствие единого диагностического алгоритма у хирургических больных предопределили необходимость изучения данного вопроса. Зубаировым В.А. была выполнена кандидатская диссертация на тему «Лучевая диагностика тромботических осложнений у больных с хирургическими заболеваниями», 2007 г. (научные

руководители: член-корр. РАМН, проф. В.М.Тимербулатов, проф. И.В.Верзакова), где доказана высокая эффективность комплексной лучевой диагностики тромботических осложнений, включающей традиционную рентгенографию органов грудной полости, эхокардиографию, ультразвуковое дуплексное сканирование аорты, нижней полой вены, сосудов нижних конечностей и КТ-пульмоноангиографию. Лучевые методы дополняются исследованием D-димеров.

Первое десятилетие нового столетия в эхографии характеризуется повсеместным внедрением доплерографических методик в исследовании кровотока. Метод широко используется в сосудистой хирургии, нейрососудистых центрах, однако в хирургии брюшной полости сообщения немногочисленные и отсутствует системный подход в оценке изменений гемодинамики. В рамках данного направления изучена гемодинамика по левой желудочной артерии при кровотечениях на фоне синдрома Мэллори-Вэйсса, разработаны прогностические критерии повторного кровотечения (кандидатская диссертация на тему «Состояние кровотока желудка при синдроме Мэллори-Вэйсса», 2010 г., Салмина Н.Н. (научные руководители: член-корр. РАМН, проф. В.М.Тимербулатов, проф. И.В.Верзакова). Как известно в колопроктологии, одной из причин развития несостоятельности низводимого отдела кишечника является неудовлетворительное ее кровоснабжение. Без выявления причин, приводящих к ишемии и некрозу кишки, достичь успешного оперативного пособия не всегда возможно. Первым опытом в изучении вопроса была кандидатская работа на тему «Оценка кровоснабжения кишечника при колоректальном раке методом ультразвукового дуплексного сканирования», выполненная Усмановой Г.А. в 2012 г. (научный руководитель: проф. И.В.Верзакова). Была разработана методика дуплексного сканирования кровотока по нижней брыжеечной артерии, результаты верифицированы интраоперационными ультразвуковыми исследованиями. Впервые показана возможность неинвазивным способом на дооперационном этапе выявить группу пациентов, у которых возможен рассыпной тип строения артерии и/или тромбоз ствола и ветвей, что требует дальнейшего изучения вопроса хирургами для определения значимости данной информации в планировании оперативного пособия. Таким образом, лучевые методы исследования и ультразвуковая диагностика, как методы, сопровождающие клинический диагностический и лечебный процессы, проходят в своем развитии от непонимания и отрицания клиницистами их возможностей до робкого использования на начальных этапах приемлемости. С течением времени при

достаточном опыте рационального интерпретирования полученных результатов исследований формируется оптимальный вариант взаимодействия лечащего доктора и врача-исследователя. К сожалению, в последние годы наметилась тенденция переоценивать результаты лучевых методов диагностики, что, по всей видимости, связано с неумением интерпретировать или нежеланием этому учиться.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ.

Гумеров А.А., Мамлеев И.А., Сатаев В.У., Алянгин В.Г.

Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии. ГБОУ ВПО БГМУ Минздравоохранения России.

Актуальность.

Внедрение в клиническую практику эндоскопической хирургии повлекло интенсивное развитие торакоскопии. С появлением 80-90 годах современной видеотехники и усовершенствованного инструментария стало возможным проведение не только диагностических и минимальных лечебных процедур, но и осуществление сложных оперативных вмешательств на органах грудной клетки и средостения. На сегодняшний день в специализированных клиниках выполняются диагностические видеоторакоскопии со взятием биопсийного материала из легкого и органов средостения, торакоскопические санации при эмпиеме плевры, торакоскопическое дренирование средостения при медиастините и удаление инородных тел плевральной полости. Усовершенствование видеотехники и создание современного эндохирургического инструментария, включая различные варианты сшивающих аппаратов, позволили успешно производить видеоторакоскопические резекции легкого. В России первая успешная видеоассистированная пульмонэктомия ребенку 7 лет произведена в РДКБ (Уфа) в 1996 г.

Показания к проведению видеоторакоскопических операций (ВТО) складываются из двух составных моментов: показаний к традиционной операции по поводу данного заболевания и возможности выполнить ее эндоскопически. В понятие «возможности выполнения» мы включаем подготовленность хирургической бригады по разделу традиционной грудной хирургии,

сочетающейся с освоением эндохирургических оперативно–технических приемов. Кроме того, обязательным условием является обеспеченность необходимым качественным инструментарием и оборудованием.

Видеоторакоскопические операции имеют ряд особенностей. Эндоскопическое восприятие органов грудной полости значительно отличается от такового при обычном осмотре. Это связано с увеличенным двухмерным изображением на мониторе, различным восприятием изображения при близком или удаленном подведении оптики к объекту исследования и манипуляций, поэтому ориентация в плевральной полости, особенно на первых порах, может представлять большие трудности. Постоянное вхождение в плевральную полость в стандартной точке позволит свести к минимуму отрицательное воздействие эндоскопического восприятия плевральной полости и создает возможность адекватно ориентироваться.

Видеоторакоскопические операции осуществляются в «закрытой» грудной полости, проведение части из них связано с контактом или обработкой крупных сосудов. Исходя из этого, все хирургические манипуляции должны проводится с особой тщательностью, а используемые инструменты должны обладать абсолютной надежностью.

Залогом успешного проведения видеоторакоскопических операций является адекватное анестезиологическое обеспечение. К его особенностям относятся необходимость проведения эндотрахеального наркоза с отдельной интубацией легких и одноплеочной вентилиацией, которая обеспечивает полноценный коллапс легкого и возможность свободно манипулировать в грудной клетке.

Противопоказания к видеоторакоскопической резекции те же, что и при традиционной торакотомии, однако мы отметили специфические эндоскопические противопоказания – невозможность проведения одноплеочной вентилиации, облитерация плевральной полости.

Материал и методы.

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на базе Республиканской детской клинической больницы в течение последних 15 лет выполнено 624 видеоторакоскопических операций. Возраст больных составил от 2 суток до 17 лет.

Виды видеоторакоскопических оперативных вмешательств.

Вид оперативного вмешательства	n = 624
Операции при д/пневмонии и эмпиеме плевры	352
Левосторонняя нижняя лобэктомия	43
Правосторонняя нижняя лобэктомия	2
Резекция язычковых сегментов	2
Краевая резекция легкого	21
Пулumonэктомия	2
Биопсия ткани легкого	38
Биопсия внутригрудных лимфоузлов	17
Вскрытие и дренирование средостения	13
Рассечение плевральных спаек	19
Эхинококкэктомия легкого	30
Эхинококкэктомия плевры	2
Удаление инородного тела плевральной полости	16
Операции при травмах легкого и средостения	21
Операции при диафрагмальных грыжах	5
Пластика пищевода при атрезии	5
Ассистирование при пластике грудины	25
Секвестрэктомия легкого	1

Зафиксировано 4 интраоперационных осложнения, не оказавших существенного влияния на течение послеоперационного периода. Летальных исходов не наблюдалось.

Наш опыт позволил сформулировать некоторые принципы организации и проведения видеоторакоскопических операций у детей.

Положение больного на операционном столе не отличается от классических рекомендаций для торакальной хирургии. Расположение операционной бригады может изменяться в зависимости от производимого вмешательства, однако следует придерживаться положения, при котором основной хирург находится на одной линии с камерой и видит изображение на экране монитора в прямой проекции.

Введение первого торакопорта всегда является одним из самых ответственных моментов торакоскопии. Мы считаем, что стандартной точкой для введения первого торакопорта в грудную клетку является точка в области угла лопатки при отведенной вверх руке она находится на уровне 4–5 межреберья по

задне–подмышечной линии. Эта точка является наиболее удаленной от анатомически важных образований грудной клетки.

Введение инструментальных торакопортов необходимо проводить под визуальным контролем. Следует придерживаться правила «пирамиды». Вершиной её является объект оперирования в грудной клетке, гранями – введенные инструменты и оптическая система, а основанием – точки установления торакопортов.

Выполнение основного этапа эндоскопического вмешательства не должно нарушать классические принципы торакальной хирургии детей. Видеоторакоскопия изменяет лишь доступ и способ хирургического внутригрудного манипулирования.

Результаты и обсуждение.

Послеоперационное лечение не отличается от такового при классических операциях, однако следует заметить, что малая травматичность видеоторакоскопических операций позволяет рано активизировать больного, значительно уменьшить количество применяемых обезболивающих средств, менее длительно держать дренажную трубку, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Малый доступ обеспечивает хороший косметический эффект который актуален в детской хирургии, особенно для девочек, у которых нередко отмечается недоразвитие молочной железы при некорректной боковой торакотомии.

Накопленный на сегодняшний день опыт позволяет считать применение видеоторакоскопических операций в детской хирургии перспективным направлением, требующим дальнейшей разработки и внедрения в практику.

Одним из путей дальнейшего развития детской эндоскопической торакальной хирургии является внедрение метода видеоассистированных операций, при проведении которых помимо пальпаторного восприятия оперируемого объекта, имеется возможность визуального контроля за манипуляциями. Кроме того, возможно использование общехирургических инструментов и шовного материала, что уменьшает стоимость операций. Два указанных типа торакоскопических операций не исключают, а существенно дополняют друг друга.

В тех ситуациях, когда проведение видеоторакоскопической операции невозможно из-за технической сложности и недостаточной обеспеченности

специальным инструментарием, проведение видеоассистированного вмешательства позволяет осуществить внутригрудное оперативное лечение с соблюдением принципа малоинвазивности.

Видеотракоскопические и видеоассистированные операции на сегодняшний день являются сложными методами оперирования, в связи, с чем их внедрение целесообразно начинать в специализированных детских хирургических отделениях.

Современная эндоскопическая хирургия грудной клетки у детей невозможна без качественного, надежного оборудования и инструментария. Дальнейшее его совершенствование, а так же создание новых, адаптированных для педиатрической практики инструментов, позволит расширить возможности эндохирургов, улучшит качество и надежность проводимых торакоскопических операций.

Дальнейшее накопление, обобщение и научный анализ практического опыта в проведении торакоскопических операций будет способствовать расширению объема производимых вмешательств, снимет ряд противопоказаний, на сегодняшний день являющихся бесспорными.

Заключение.

Таким образом, эндохирургические технологии, обладая всеми преимуществами вмешательств «малого доступа», имеют большие перспективы в детской торакальной хирургии и требуют широкого внедрения в практику.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.

Плечев В.В., Ижбульдин Р.И., Кудряшов В.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет
Росздрава», Уфа, Россия

ГБУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», Уфа, Россия

Актуальность.

Ишемическая кардиомиопатия (ИКМП), наряду с другими заболеваниями сердца, вызывающими снижение фракции выброса и нарастание сердечной недостаточности, является фактором риска в развитии синдрома малого сердечного выброса (СМВ), возникающего в интра- и раннем послеоперационном

периодах, что требует назначения высоких доз катехоламинов, применение методов вспомогательного кровообращения, продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и многодневного пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии. С целью снижения частоты развития осложнений в настоящее время активно применяют один из методов вспомогательного кровообращения - внутриаортальную баллонную контрпульсацию (ВАБК).

Цель исследования.

Оценка результатов использования ВАБК при коронарном шунтировании у больных с ишемической кардиомиопатией.

Материал и методы.

В основу работы легло ретроспективное изучение историй болезней 162 больных с ИКМП, у которых значение конечного диастолического объема (КДО) левого желудочка (ЛЖ) превышало 180 мл (максимальное значение КДО ЛЖ составило 310 мл), а фракция выброса (ФВ) ЛЖ была ниже 35% (минимальное значение ФВ ЛЖ 18%). 1 группе отнесли 93 больных, у которых в периоперационном периоде применялся ВАБК. 2 группу составили 69 больных, прооперированных без использования ВАБК. В 1 группе ВАБК превентивно использована у 52 (55,9%) больных, а у 41 (44,1%) данная процедура была использована интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде на фоне остро развившейся недостаточности ЛЖ, в случае отсутствия эффекта от применяемых инотропных препаратов.

Результаты.

Причиной смерти в 1 группе больных с ВАБК явилось острое нарушение мозгового кровообращения у 1 (1,1%) из 93 больных и острый инфаркт миокарда у 3 (3,2%) из 93 больных, а в 2 группе причиной смерти послужила прогрессирующая сердечная недостаточность на фоне синдрома малого сердечного выброса у 1 (1,4%) из 69 больных и острый инфаркт миокарда, развившийся в интра- и раннем послеоперационном периоде у 4 (5,8%) из 69 больных. Из осложнений, с которыми нам пришлось столкнуться, следует отметить периоперационный инфаркт миокарда в 1 группе больных в 3,2 % случаев и 34,7 % случаев в 2 группе больных.

Выводы.

Применение ВАБК у пациентов с ИКМП позволяет избежать опасной гемодинамической нестабильности, обусловленной периоперационной ишемией миокарда

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА.**

Кулавский В.А., Хайруллина Ф.Л., Насырова С.Ф. Бадретдинова Ф.Ф.,

Архипов В.В., Радутный В.Н., Кулавский Е.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

Современные требования здравоохранения, с постоянно изменяющимися социальными и экономическими запросами, диктует необходимость совершенствования качества подготовки специалистов на этапе прохождения интернатуры. Модернизация высшего профессионального образования, проводимая в России, стала необходимым условием вывода вузовской системы подготовки врачей на новый уровень.

В программных документах правительства РФ четко сформулирована приоритетная задача профессионального образования, а именно - подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности.

В настоящее время в практическом здравоохранении широко внедряются современные научные технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний, компьютерные информационные технологии, что высоко подняло планку требований на рынке труда, предъявляемых к молодым специалистам на рынке труда. Кроме того, начавшийся экономический кризис резко обострил конкурентную борьбу среди специалистов не только в процессе устройства на работу, но и в связи с угрозой потери рабочего места в связи с несоответствием уровня профессиональной подготовки. Таким образом, перед системой высшего медицинского образования встает задача по подготовке молодых специалистов, не только обладающих высокой теоретической подготовкой по основной специальности, но и способных овладеть специальностями, требующими дополнительной подготовки, быстро и эффективно реагировать на достижение медицинской науки, готовых внедрять новые технологии в практическое здравоохранение и при этом сохранить и преумножить общечеловеческие компетенции. Результирующим продуктом профессионального образования в со-

временных условиях становится компетентность (компетенция) - потенциальное действие, актуализированное в определенной профессиональной ситуации.

Компетентность - это качество личности, предполагающее владение определенным набором компетенций, в то время как сама компетенция представляет собой совокупность знаний, умений, навыков, способов деятельности, т.е. компонентов содержания образования, необходимых для эффективного выполнения деятельности по отношению к определенному кругу предметов и процессов. Понятие профессиональной компетентности включает в себя не только когнитивную и технологическую составляющие, но и мотивационную, этическую, социальную и поведенческую, т.е. компетентность должна быть всегда личностно окрашена качествами конкретного человека.

Компетентный подход в высшем профессиональном образовании позволяет формировать ключевые (базовые, универсальные) и профессиональные компетенции, т.е. готовность выпускников использовать усвоенные в до дипломном образовании фундаментальные знания, умения и навыки, а также способы деятельности для решения практических и теоретических проблем, возникающих в процессе их профессиональной деятельности. При организации образовательного процесса в русле идей модернизации профессиональной подготовки в медицинских вузах необходимым условием выступают доминирование исследовательских методов обучения, организация творческой деятельности, направленной на оригинальное мышление и нестандартное решение профессиональных задач; саморазвитие интерна как субъекта образовательной, творческой и профессиональной деятельности; мотивация интеллектуальных достижений, развитие аналитико-диагностических умений, прогноз профессиональных действий.

Профессиональные компетенции в медицине - это прежде всего работа у постели больного. Особое место в подготовке будущего конкурентоспособного врача отводится внедрению в образовательный процесс интерактивных образовательных- технологий, способствующих формированию элементов инновационного потенциала личности, таких как инициативность, стремление к качественному выполнению работы, профессиональная компетентность, нестандартность мышления, стремление к профессиональному росту. Инновационное обучения на кафедре включают чтение лекций с мультимедийным сопровождением, практических занятий с использованием фантомов, тренажеров, тренинговых и контролирующих компьютерных программ. При организации

образовательного процесса в русле идей модернизации профессиональной подготовки в медицинских вузах необходимым условием выступают доминирование исследовательских методов обучения, организация творческой деятельности, направленной на оригинальное мышление и нестандартное решение профессиональных задач. Реализация такой модели образования на кафедре акушерства и гинекологии ИПО осуществляется путем использования технологий активного обучения: решения типовых и проблемных ситуационных задач, проведения «мозговых атак», «круглых столов», «деловых» и «ролевых» игр, использования кейс-технологий и др.

Активный поисковый и исследовательский методы обучения позволяют активизировать познавательную деятельность студентов, освоение ими приемов будущей профессиональной деятельности, приобретение умений ставить задачи и находить пути их решения. Весьма важным фактором для наиболее полного овладения предметом является, безусловно, расположение кафедр на клинических базах, что позволяет познавать предмет не только с теоретической точки зрения, но и также осуществлять и применять полученные знания на практике. При этом только активные методы обучения позволяют активизировать познавательную деятельность интернов, освоение ими приемов будущей профессиональной деятельности, приобретение умений ставить задачи и находить пути их решения. Подготовка грамотного квалифицированного врача акушера-гинеколога представляет сложную многоплановую задачу, выполнение которой позволит активизировать профессиональную подготовку соответственно модели специалиста. Современные условия деятельности врача - клинициста предполагают глубокое освоение практических навыков, Учитывая данное положение значительное количества времени отводится на практические занятия, с одновременным освоением современных теоретических и практических знаний не только в области акушерства и гинекологии, но и по смежным специальностям (УЗИ, урология, дерматовенерология, анестезиология и реаниматология, онкология, эндокринология, функциональная диагностика) В систему подготовки интернов - акушеров-гинекологов используются принципы проблемного обучения, организации «деловых игр» как вариант проблемного обучения, которые представляют активную форму организации учебной работы. В процессе такого обучения интерны, опираясь на базовые знания додипломной подготовки, самостоятельно решают проблемную ситуацию. Любое образование в большинстве своем это самообразование, ибо 80% знаний обучающийся

достигает сам. Поэтому большое значение при прохождении интернатуры уделяется самостоятельной работе интернов.

В основе самостоятельной работы лежит мотивация обучения, достижение поставленных целей, максимальное ориентирование обучения на реальную профессиональную деятельность врача акушера-гинеколога. Для повышения эффективности самостоятельной работы применяем различные педагогические приемы (самостоятельно создают проблемную ситуацию по различным разделам выбранной специальности; работа с учебной, справочной литературой, приказами, методическими пособиями, составление и решение ситуационных задач, подготовка докладов, обзоров, отчетов по своей работе, анализ случаев акушерской патологии, перинатальной и материнской смертности, тестовый контроль.)

Самостоятельная работа выполняется интернами в процессе обучения в специально выделенное время и внеаудиторно. Использование в учебном процессе новых педагогических технологий (интерактивные семинары, модульное и проблемное обучение, кейс- технологии, «малые группы» и т .д.) обеспечивает создание условий профессионального становления и развития интерна как специалиста в профессиональной деятельности, обладающего для этого необходимыми качествами. При использовании инновационных методов обучения учебный процесс максимально приближается к условию практической деятельности врача, повышает уровень теоретических знаний и способность к самостоятельному решению конкретных практических вопросов и способствует развитию профессиональной компетенции будущего акушер-гинеколога.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ ИНТЕРНОВ
АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ.**

Кулавский В.А., Насырова С.Ф., Хайруллина Ф.Л., Бадретдинова Ф.Ф.,

Кулавский Е.В., Радутный В.Н., Архипов В.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития
России.

В современных условиях перед системой высшего медицинского образования встает задача по подготовке молодых специалистов, не только обладающих высокой теоретической подготовкой по основной специальности, но и способных овладеть специальностями, требующими дополнительной подготовки, быстро и эффективно реагировать на достижения медицинской науки, готовых внедрять новые технологии в практическое здравоохранение и при этом сохранить и преумножить общечеловеческие компетенции.

Подготовка в интернатуре является одним из необходимых видов послевузовского обучения, без которого выпускники, имеющие диплом о высшем медицинском образовании, не могут быть допущены к занятию профессиональной деятельностью (без наличия сертификата). Одногодичная специализация (интернатура) выпускников медицинских институтов и медицинских факультетов университетов учреждена постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. N 517 "О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране", распоряжением Совета Министров СССР от 9 августа 1974г. N 2052-р на условиях, предусмотренных постановлением Совета Министров СССР от 10 февраля 1967 г. N 130 "Об организации, в виде опыта, одногодичной специализации (интернатуры) выпускников ряда медицинских институтов.

Основная цель интернатуры: совершенствование теоретических знаний и получение практических навыков выпускников вузов в объеме, необходимом для повышения профессионального уровня и степени готовности к самостоятельной врачебной деятельности в соответствии с требованиями отраслевого образовательного стандарта послевузовского профессионального образования по соответствующей специальности). Во время обучения в интернатуре происходит дальнейшее формирование клинического мышления, профессионального врачебного поведения, основанного на деонтологических принципах, развитие у молодого специалиста способности логического сопоставления анамнестических,

клинических признаков и симптомокомплексов для диагностики, составления алгоритма лечения и прогноза заболевания в конкретной клинической ситуации.

Современные требования здравоохранения, с постоянно изменяющимися социальными и экономическими запросами, диктует необходимость совершенствования качества подготовки специалистов на этапе прохождения интернатуры. Результатирующим продуктом профессионального образования в современных условиях становится компетентность (компетенция) - потенциальное действие, актуализированное в определенной профессиональной ситуации. При организации образовательного процесса в русле идей модернизации профессиональной подготовки в медицинских вузах необходимым условием выступают доминирование исследовательских методов обучения, организация творческой деятельности, направленной на оригинальное мышление и нестандартное решение профессиональных задач. Реализация такой модели образования может быть реализована путем использования технологий активного обучения, которые: позволяют активизировать познавательную деятельность интернов, освоение ими приемов будущей профессиональной деятельности, приобретение умений ставить задачи и находить пути их решения.

Подготовка грамотного квалифицированного врача акушера-гинеколога представляет сложную многоплановую задачу, выполнение которой позволит активизировать профессиональную подготовку соответственно модели специалиста. Подготовка интерна по специальности «акушерство-гинекология» проходит в соответствии с разработанной рабочей программой и индивидуальным планом утвержденном на кафедральном совещании. Кроме того, согласно учебному плану в программе предусмотрено обучение по различным разделам онкологии, клинической фармакологии, инфекционным болезням, скорой помощи и медицины катастроф, трансфузиологии, которые включают в себя лекционный курс, практические и семинарские занятия. Современные условия деятельности врача - клинициста предполагают глубокое освоение практических навыков, Учитывая данное положение значительное количества времени отводится на практические занятия, с одновременным освоением современных теоретических и практических знаний не только в области акушерства и гинекологии, но и по смежным специальностям (УЗИ, урология, дерматовенерология, анестезиология и реаниматология, онкология, эндокринология, функциональная диагностика - Для успешного и полного освоения дисциплины в настоящее время используются различные формы и методы изучения предмета: лекции, практические занятия,

работа на муляжах и фантомах, демонстрации видеофильмов и, конечно, работа в отделении под руководством преподавателей. Использование в учебном процессе педагогических технологий обеспечивает создание условий становления и развития интерна как специалиста в профессиональной деятельности, обладающего для этого необходимыми качествами. По наиболее актуальным проблемам в акушерстве и гинекологии проводятся интерактивные семинары. На семинар выносятся наиболее сложные разделы акушерства и гинекологии, требующие глубокого осмысления и логических действий. Исходными данными являются медицинская карта пациента, данные клинического и специального обследования. В определённый отрезок времени (1-1,5 часа) группа решает ситуационную задачу. Интерны подробно и конкретно должны отразить диагностический алгоритм, обосновать необходимые методы исследования, описать клинические особенности имеющейся патологии, обосновать и сформировать окончательный клинический диагноз, отразить тактику ведения пациентки, рекомендовать программу лечения и профилактики.

Задача преподавателя - вовлечь в дискуссию всех интернов, обсудить основные спорные вопросы, провести аналитический разбор тактики врача на всех этапах его деятельности, выработать единую правильную тактику ведения беременной при данной патологии. Интерактивный семинар является исследовательским, познавательным методом обучения. Семинар с активным участием интернов способствует развитию клинического мышления и умения обобщать явления, применять знания на практике. Завершая семинар, преподаватель обращает внимание интернов на основные ошибки, подводит к логически правильному мышлению, конкретизируя итоги обсуждения. При проведении интерактивного семинара учебный процесс максимально приближается к условию практической деятельности врача, повышает уровень теоретических знаний и способность к самостоятельному решению конкретных практических вопросов. Одной из оптимальных форм оптимизации самостоятельной работы интернов является модульное обучение. Структура модуля включает в себя цели и задачи изучения проблемы. Конкретно указывается учебно-целевая установка с учётом модели специалиста, профессионально-должностных требований.

Конечной целью модульного обучения, является 100 % овладение темой. Итоговая оценка знаний интернов оценивается тестовым контролем, практическим экзаменом у постели больной и собеседованием, при котором

оценивается способность специалиста к решению поставленных конкретных задач. В систему подготовки интернов акушеров-гинекологов внедряются принципы формирования проблемной ситуации, методические подходы к организации «деловых игр» как варианту проблемного обучения, которое представляет активную форму организации учебной работы, при которой знания, умения и навыки приобретаются путём самостоятельного решения учебных проблем. Самостоятельные занятия дают возможность интерну перейти от изучения теоретических вопросов к освоению практических навыков. Используются методы контроля и самооценки знаний - базисный, рубежный и итоговый тестовый контроль, ситуационные задачи.

В основе самостоятельной работы лежит мотивация обучения, ясность поставленных целей, максимальное ориентирование обучения на реальную профессиональную деятельность врача акушера-гинеколога. Для повышения эффективности самостоятельной работы интернов создаются профессионально-должностные требования при изучении конкретной акушерской или гинекологической патологии.

Самостоятельная работа выполняется интернами в процессе обучения по заданию преподавателя в специально выделенное время. Используются различные виды самостоятельной работы: работа с учебной, справочной литературой, приказами, методическими пособиями, решение задач, подготовка докладов, обзоров, отчётов по своей работе, анализ случаев акушерской патологии, перинатальной и материнской смертности, тестовый контроль.

Для развития познавательной и самостоятельной деятельности всем интернам рекомендуем написание «Курсовых работ» по предлагаемому списку тем. Тематика курсовых работ разработана на кафедре и вывешена на стенде интернов. Все курсовые работы подлежат обязательной защите в присутствии своих коллег и преподавателей. Интерны акушеры гинекологи, проходя подготовку на кафедре, как правило, обязательно участвуют в конференциях молодых ученых с научными докладами, ежегодно проводимых в университете. На наш взгляд, при применении активных методов обучения учебный процесс максимально приближается к условию практической деятельности врача, повышает уровень теоретических знаний и способность к самостоятельному решению конкретных практических вопросов и может служить основой мотивации обучения.

**НАУЧНЫЙ ВКЛАД УЧЁНЫХ И ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БАШКОРТОСТАНА В БОЛЬШУЮ МЕДИЦИНСКУЮ И БАШКИРСКУЮ
ЭНЦИКЛОПЕДИИ**

Павлов В.Н., Нартайлаков М.А., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Первый том Большой медицинской энциклопедии (БМЭ) вышел 29 февраля 1928 года. Главный редактор профессор Н.А.Семашко поставил основную задачу — дать читателю сведения по всем вопросам медицины и смежных областей, при помощи которых он мог бы «углубить, расширить и обновить свои медицинские познания». Основной читательской аудитории должен стать «читатель-врач средней квалификации, а также биологи, санитарные техники и инженеры, санитарные статистики и др.». Надобность такого издания назрела давно, усилилась тяга врачей к усовершенствованию, открылись новые медицинские и научно-исследовательские институты, достигнуты новые открытия в различных разделах медицинских наук, поэтому возникла большая потребность дать врачу ответы на интересующие вопросы и при этом осветить их с точки зрения достижений современной научной мысли. В списке профессоров, врачей, инженеров и др. специалистов, приглашенных к сотрудничеству в БМЭ есть Г.Г.Куватов — первый народный комиссар здравоохранения Башкирской АССР. Предполагается, что в основном его редакторская работа заключалась в организации предоставления статистических сведений о кумысолечении, санаториях и данных о численности заболевших различными заболеваниями для их использования в отдельных статьях по заболеваниям. Второе издание БМЭ выпускается почти через 30 лет после выхода первого тома первого издания БМЭ. 1-й том второго издания БМЭ был подписан 6 ноября 1956 года. Главный редактор академик А.Н. Бакулев привлёк к редакторской работе специалистов-профессоров, которые стали соредакторами в редакционных отделах: акушерства и гинекологии А.М. Агаронов (Ереван); внутренние болезни — А.Г.Терегулов (Казань); микробиология — А.А. Смородинцев (Ленинград); А.И. Доброхотова (Москва); урология — Л.П. Крайзельбурд (Уфа). Указанные в скобках различные города СССР, указывают место их работы на период редактирования второго издания, но с Республикой Башкортостан эти фамилии очень прочно связаны, например: известный терапевт, профессор А.Г. Терегулов родился в Уфе; известный микробиолог, лауреат Ленинской премии А.А. Смородинцев родился в уездном городе Бирск; член-корреспондент АМН СССР педиатр

А.И. Доброхотова в ту пору малоизвестный врач открывала и работала в детской больнице вместе с доктором медицины Г.Г. Голубцовым (книга Кулагиной); профессор А.М. Агаронов до Еревана работал зав. кафедрой акушерства и гинекологии Башкирского государственного медицинского института; Л.П. Крайзельбурд является основоположником урологической службы Республики Башкортостан. В третьем издании БМЭ представительство в составе соредкторов различных редакционных отделов сократилось до одного профессора М.А. Галеева, который проработал в редакторском отделе общей хирургии. С его слов сложность написания статей заключалась в жестком контроле со стороны главной редакции БМЭ за количеством знаков в каждой статье.

История создания Научного издательства «Башкирская энциклопедия» началась с постановления Совета министров БССР «О подготовке и издании Башкирской Советской Энциклопедии» от 19 марта 1991 года, в соответствии с которым Институтом истории, языка и литературы БНЦ УрО АН СССР был создан Отдел Башкирской энциклопедии Института истории, языка и литературы. В постановлении Совета министров Республики Башкортостан «О ходе подготовки к изданию Башкирской Энциклопедии» от 19 января 1993 года рекомендовалось Отдел Башкирской энциклопедии преобразовать в Главную редакцию Башкирской энциклопедии Академии наук Республики Башкортостан. Решением Президиума Академии наук Республики Башкортостан от 4 февраля 1993 года была создана Главная редакция – этот день стал днем рождения издательства. Указом Президента Республики Башкортостан М.Рахимова «О мерах по ускорению создания Башкирской энциклопедии» от 16 января 1995 года Главная редакция Башкирской энциклопедии преобразована в Научное издательство «Башкирская энциклопедия» (с 2006 года Государственное учреждение).

Основным направлением деятельности издательства является работа над семитомной Башкирской энциклопедией, подготовка и выпуск энциклопедической и словарно-справочной литературы, оказание редакционно-издательских и полиграфических услуг, реализация книжной продукции. В 1996—2007 годах было выпущено более 50 изданий общим тиражом 350 тыс. экземпляров, совместно с интернет-центром БГУ создана электронная версия краткой энциклопедии «Башкортостан» на русском и башкирском языках. С момента основания организацию возглавлял доктор филологических наук З.Г. Ураксин, в 1995—1998 годах доктор филологических наук Р.З. Шакуров, в 1995 и с 1998 года кандидат

философских наук У.Г.Саитов. Успешному развитию Научного издательства “Башкирская энциклопедия” способствуют государственная поддержка, творческие связи с учеными, деловые контакты с различными организациями, квалифицированные сотрудники.

Во исполнение постановления Совета Министров Башкирской ССР от 19 марта 1991 года №64 «О подготовке и издании Башкирской Советской Энциклопедии» проделана определённая работа. При Институте истории, языка и литературы создана группа, затем «Отдел Башкирской Энциклопедии». Коллектив Отдела приступил к составлению однотомного Энциклопедического словаря, в стадии завершения работа по составлению словника краткой энциклопедии. В порядке спонсорства ведомствами, организациями и учреждениями республики на расчётный счёт для подготовки и издания Башкирской Энциклопедии перечислено более 800 тысяч рублей.

Вместе с тем в работе по подготовке и изданию Башкирской Энциклопедии имеются ряд трудностей и нерешённых проблем, вызванных как новыми экономическими условиями, так и причинами организационного характера. Для выполнения стоящих перед коллективом задач по подготовке и изданию Башкирской Энциклопедии необходимо привлечь высококвалифицированных специалистов, принять меры по обеспечению инвентарём, оргтехникой, обеспечить финансирование.

Совет Министров республики Башкортостан постановляет:

1. Рекомендовать Академии наук Республики Башкортостан Отдел Башкирской Энциклопедии преобразовать в самостоятельное учреждение — в Главную редакцию Башкирской Энциклопедии Академии наук Республики Башкортостан.

2. Министерству финансов целевое финансирование Главной редакции Башкирской Энциклопедии Академии наук Республики Башкортостан с 1 января 1993 года производить из республиканского бюджета в пределах средств, утверждённых на эти цели.

3. Администрациям районов и городов, руководителям министерств и ведомств, предприятий и организаций активизировать работу по долевному участию в финансировании работ по созданию Башкирской Энциклопедии.

4. Контроль за выполнением данного постановления возложить на отдел народного образования и культуры Управления Делами Совета Министров Республики Башкортостан.

Председатель Совета Министров РБ А.Копсов
Управляющий Делами
Совета Министров РБ Н.Филиппов

Постановление Президиума Академии наук Республики Башкортостан от 4 февраля 1993 года «О Главной редакции Башкирской энциклопедии».

Президиум Академии наук Республики Башкортостан постановляет:

1. В соответствии с постановлением Совета Министров Республики Башкортостан от 19 января 1993 года №14 учредить Главную редакцию Башкирской Энциклопедии Академии наук РБ. Положение о Главной редакции Башкирской Энциклопедии утвердить.

2. Утвердить состав Научно-редакционного совета (НРС) Главной редакции Башкирской Энциклопедии. Председателем НРС и главным редактором Башкирской энциклопедии утвердить академика АН РБ З.Г.Ураксина.

Первым заместителем Главного редактора Башкирской энциклопедии утвердить кандидата философских наук У.Г.Саитова.

Научно-редакционному совету, институтам, отделам и иным подразделениям АН РБ оказывать Главной редакции Башкирской Энциклопедии необходимую помощь в создании энциклопедической и словарно-справочной литературы, привлекать к этой работе широкий круг высококвалифицированных специалистов.

3. Поручить Ураксину З.Г. и Саитову У.Г. формировать коллегию и аппарат Главной редакции Башкирской энциклопедии АН РБ.

Президент Академии наук РБ, академик О.А.Кайбышев

Указ Президента Республики Башкортостан «О мерах по ускорению создания Башкирской энциклопедии» от 16 января 1995 года.

В целях ускорения работ по созданию Башкирской энциклопедии, повышения её статуса постановляю:

1. Преобразовать Главную редакцию Башкирской энциклопедии в Научное издательство «Башкирская энциклопедия». Президиуму Академии наук Республики Башкортостан разработать и утвердить устав Научного издательства «Башкирская энциклопедия».

2. Президиуму Академии наук Республики Башкортостан, Научному редакционному совету Башкирской энциклопедии принять дополнительные меры по улучшению научно-методической деятельности, привлечению ведущих учёных республики к подготовке Башкирской энциклопедии.

3. Установить с 1 января 1995 года должностные оклады сотрудникам и техническому персоналу научного издательства «Башкирская энциклопедия» не ниже действующих в государственных организациях книгоиздания и другой печатной продукции. Министерству финансов Республики Башкортостан решить вопросы финансирования.

4. Министерству экономики Республики Башкортостан предусмотреть выделение издательству в 1995 году 600 кв. м. общей площади.

5. Государственному комитету республики Башкортостан по управлению государственной собственностью предоставить научному издательству «Башкирская энциклопедия» необходимую дополнительную площадь для служебных помещений.

6. Контроль за выполнением настоящего Указа возложить на Государственный комитет Республики Башкортостан по науке, высшему и среднему профессиональному образованию.

7. Указ вступает в силу со дня подписания.

Президент Республики Башкортостан М.Г.Рахимов. 16 января 1995 года

Постановление Президиума Академии наук Республики Башкортостан 15/4.2 от 2 февраля 1995 года:

1. Указ Президента Республики Башкортостан «О мерах по ускорению создания Башкирской энциклопедии» принять к исполнению.

2. Устав Научного издательства «Башкирская энциклопедия» утвердить.

3. Директором Научного издательства «Башкирская энциклопедия» утвердить Первого заместителя Главного редактора Башкирской энциклопедии, кандидата философских наук Саитова Уильдана Гильмановича, избранного трудовым коллективом.

4. Отделениям Академии наук Республики Башкортостан, Главному редактору Башкирской энциклопедии академику АН РБ Ураксину З.Г. принять дополнительные меры по улучшению научно-методического руководства деятельностью издательства, привлечению ведущих учёных республики к подготовке Башкирской энциклопедии.

Французское слово «энциклопедия» («encyclopedie») переводится как «всеохватывающее учение». «Башкирская энциклопедия» — это многотомное (по способу организации текста); научно-популярное (по целевому назначению); универсальное (охватывает все области знания); региональное (содержит свод сведений по одному региону); тематическое (по составу основного текста и

статьям разных объёмов); алфавитное (по структуре основного текста) издание, предназначенное для широкого круга читателей. Энциклопедия представляет собой свод систематизированных, концептуально организованных и апробированных сведений по всем, нескольким или одной отрасли знаний и практической деятельности. Являясь основным видом справочного издания, она составляется таким образом, чтобы обеспечить удобство поиска необходимых сведений. Этой цели подчинены характер изложения, структура основного текста, особенности иллюстративного материала, выбор элементов справочно-поискового аппарата изданий. В настоящее время в литературе существует деление справочников на энциклопедии и энциклопедические словари. К числу первых относят многотомные справочники, содержащие важнейшую информацию о разнообразных понятиях, представленных в виде алфавитного ряда. В Российской Федерации на рубеже XX и XXI вв. особое и значительное место в информационной деятельности человека заняли электронные формы записи информации в виде Интернета, дисков CD-ROM и др. В Научном издательстве «Башкирская энциклопедия» выпускаются также на электронных носителях. Развитие науки в настоящее время приводит к тому, что на местах появляются новые учебные заведения, издаются труды местных исторических обществ, на месте бывших монастырей и усадеб создаются музеи. Сотрудники НИ «Башкирская энциклопедия» изучали опыт различных энциклопедий: Белорусской советской энциклопедии, Украинской советской энциклопедии, Большой советской и российской энциклопедии, Татарской, Чувашской, Марийской энциклопедий и др. Справочная литература предназначена для быстрого получения сведений научного, прикладного или информационного характера. В условиях стремительного развития культуры в нашей республике неизмеримо возросла роль энциклопедии. Она стала гигантским аккумулятором знаний, которые выработало и вырабатывает человечество, и щедро снабжает сведениями тех, кто умеет ею пользоваться. Подлинным событием стало издание в 1996 году Краткой энциклопедии «Башкортостан», которое явилось первым опытом создания энциклопедических работ в республике и Российской Федерации. Краткая энциклопедия «Башкортостан» на башкирском языке вышла в 1997 году. В 2005 году вышел в свет 1-й том многотомного издания Башкирской энциклопедии, ежегодно выпускается по 1 тому. В 2011 году подписан в печать 7-й том. В период подготовки многотомной энциклопедии работала редакция

медицины и спорта, которой подготовлено более 12% статей по медицине и спорту в объёме всей Башкирской энциклопедии, а это свыше 1000 статей.

Выводы: В работе по подготовке каждого тома самое активное участие принял член-корреспондент РАМН, профессор В.М.Тимербулатов, как член Научно-редакционного совета и редакционной коллегии. Его редакторские правки, замечания позволили избежать некоторых неточностей и улучшить качество статей Башкирской энциклопедии. Известный историк медицины, академик РАМН А.М. Сточик высоко оценил значение многотомного издания Башкирской энциклопедии для истории медицины Российской Федерации.

**ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ И ЧЛЕНЫ-КОРРЕСПОНДЕНТЫ АМН СССР И
РАМН — УРОЖЕНЦЫ УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ (РЕСПУБЛИКИ
БАШКОРТОСТАН).**

Павлов В.Н., Нартайлаков М.А., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

30 июня 1944 г. Совнарком СССР издал Постановление об учреждении при Народном Комиссариате здравоохранения СССР Академии медицинских наук СССР, утвердил устав Академии и список ее институтов. Уставом регламентировались статус, задачи, структура, права, формы деятельности АМН, а также порядок формирования подчиненных ей организаций и учреждений, избрания руководящих органов и членов Академии. Истории медицины Республики Башкортостан известны только три уроженца Уфимской губернии и Башкирской АССР (Республики Башкортостан): действительный член Академии медицинских наук СССР Владимир Николаевич Шамов родился в г.Мензелинске; академик АМН СССР Анатолий Александрович Сморидинцев родился в г.Бирске; член-корреспондент РАМН Виль Мамилович Тимербулатов родился в Ишимбайском районе Башкирской АССР. Биография каждого из них представляет особую ценность для истории медицины Республики Башкортостан.

После смерти А.Л. Поленова Ленинградский нейрохирургический институт возглавил заслуженный деятель науки РСФСР, генерал-лейтенант медицинской службы, действительный член Академии медицинских наук СССР Владимир Николаевич Шамов. В личном деле В.Н. Шамова в архиве НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко имеется его «Автобиография», датированная 1947 г.[1]: «Родился в

1882 г. в гор. Мензелинске Уфимской губернии. Отец был народным учителем, а мать-фельдшерницей-акушеркой. Отец принадлежал к сословию мещан. Отец умер, когда мне было 7 лет и всё дальнейшее воспитание было дано мне матерью. В 1901 г. окончил курс Пермской гимназии и в том же году поступил в Военно-медицинскую академию в Петербурге, которую окончил в 1908 г. со званием лекаря с отличием. По конкурсу был оставлен при Академии на 3 года для усовершенствования при госпитальной хирургической клинике проф. Федорова. В 1912 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины. В апреле 1913 г. был командирован для научного совершенствования за границу (в Англию и Северную Америку). После объявления Первой мировой войны вернулся из заграницы и с августа 1914 г. по сентябрь 1923 г. исполнял должность штатного старшего ассистента при госпитальной хирургической клинике Военно-медицинской академии. В 1923 г. был избран профессором и занял кафедру факультетской хирургической клиники Харьковского медицинского института. С 1925 по 1930 гг. заведовал научно-исследовательской кафедрой хирургии при Украинской Главнауке. С 1930 по 1931 г. был директором Украинского института гематологии и переливания крови. В 1939 г. вступил в должность начальника 1 й факультетской хирургической клиники ВМА им. Кирова. В конце 1941 г. был откомандирован в распоряжение Главного Военно-санитарного управления Красной Армии и исполнял различные поручения инспектуры военно-санитарных учреждений фронтов. В марте 1943 г. был назначен приказом №069 на должность заместителя Главного хирурга Красной Армии, в каковой и оставался в течение всей войны с Германией и войны с японскими империалистами. Во время войны с Японией исполнял должность Главного хирурга при штабе главнокомандующего войсками дальневосточных фронтов. В начале 1945 г. был откомандирован от Главного Военного управления и возвратился на свою должность – начальника факультетской хирургической клиники ВМА.

Звание профессора по занимаемой должности получил в 1923 г. В 1935 году получил звание заслуженного деятеля науки РСФСР. В октябре 1945 г. избран действительным членом АМН СССР. Имею 80 печатных научных работ по различным отделам хирургии, нейрохирургии и переливания крови».

После смерти Н.Н. Бурденко В.Н. Шамов недолгое время возглавлял Московский институт нейрохирургии. Он приступил к исполнению обязанностей директора с 10 января 1947 г. на основании решения Президиума АМН СССР от 25.12.1946 г. Приказом Министра Здравоохранения СССР Г. Митерева от

14.01.1947 г. Шамов был также утверждён Председателем Всесоюзного Нейрохирургического Совета и Бюро Совета. Однако отношения Шамова с московскими нейрохирургами не сложились. Приказ №579 по АМН СССР от 27 сентября 1947 г. освободить от занимаемой должности директора Института нейрохирургии им. Акад. Н.Н. Бурденко АМН СССР профессора В.Н. Шамова согласно личной просьбы». С 1947 по 1961 гг. В.Н. Шамов руководил Ленинградским нейрохирургическим институтом им. А.Л. Поленова.

Насколько нам известно, всего двое отечественных хирургов стажировались у Кушинга (В.Н. Шамов и А.З. Цейтлин). В 1913—1914 гг. Шамов в течение шести месяцев работал в лаборатории экспериментальной хирургии Гарвардского университета, руководимой Кушингом (Минкин С.Ю., 1939). Как отмечал в юбилейной статье С.Ю. Минкин, «профессор Шамов является одним из основоположников хирургии нервной системы у нас в Союзе». Он первым в СССР стал применять электрохирургию и первым (в 1933 г.) сообщил об операции по поводу опухолей боковых желудочков (Оборин Н.Н., 1982). Особо следует отметить работы Шамова по хирургии периферической нервной системы, включая главу в «Руководстве практической хирургии». Ему принадлежит идея периартериальной симпатэктомии при лечении самопроизвольной гангрены. Как отмечал академик Л.О. Орбели, в своей работе «О влиянии раздражения верхнего симпатического узла на секрецию гипофиза» Шамов впервые установил факт нервного возбуждения секреции мозгового придатка.

Анатолий Александрович Смородинцев [6(19).4.04.1901, г.Бирск Бирского уезда Уфимской губернии — 06.09.1986, г. Ленинград], вирусолог, иммунолог. Академик АМН СССР (1966), член-корреспондент АМН СССР (1945). Учился в Бирской школе №3. Окончил медицинский факультет Томского университета (1923). Работал в Ленинградском институте эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера (1933—1937), во Всесоюзном институте экспериментальной медицины (1938—1945), в Ленинградском институте экспериментальной медицины (1946—1967), в последующем работал директором (1967—1972), заведующий отделом (с 1972) Всесоюзного НИИ гриппа. Научная деятельность посвящена изучению механизма противовирусного иммунитета и вакцинопрофилактики вирусных инфекций. А.А. Смородинцевым описаны геморрагический нефрозонефрит (1944) и двухволновой менингоэнцефалит (1953), обоснована безопасность и эффективность применения живой вакцины Сэбина против полиомиелита. При его участии созданы вакцины против гриппа, клещевого энцефалита, кори,

паротита. А.А. Смородинцев удостоен Государственной премии СССР (1941) и Ленинской премии (1963). Награждён орденами Ленина, «Знак Почёта», медалями [3, с.272].

Виль Мамилович Тимербулатов родился 1(15).06(05).1952 года в с. Ишеево Ишимбайского района Башкирской АССР. Член-корреспондент РАМН (2005), Академик АН РБ, доктор медицинских наук (1989), профессор (1991), заслуженный деятель науки РФ (1999), заслуженный врач РФ (2005) и РБ (1992), отличник здравоохранения РФ (2004), изобретатель СССР. После окончания БГМИ в 1975 году работал в Благовещенской ЦРБ. С 1979 года клинический ординатор кафедры общей хирургии БГМИ, с 1981 года работал в больнице №8 г.Уфы. С 1982 в БГМИ: с 1985 года заведующий курсом хирургии, с 1988 года — заведующий кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМИ, в 1994—2011 гг. — ректор БГМУ, одновременно в 1991—1994 гг. — главный хирург Министерства здравоохранения РБ. Научная деятельность посвящена проблемам хирургии органов брюшной полости, хирургической инфекций, колопроктологии, миниинвазивной хирургии, сочетанных заболеваний в хирургии. Автор свыше 1000 научных трудов, в т.ч. свыше 40 монографий, руководств и справочников, св. 80 изобретений. Награждён серебряной медалью ВДНХ СССР (1989). Президент Ассоциации хирургов РБ (с 1991). Член Президентского Совета РБ, член Проблемной комиссии Научного Совета РАМН и МЗиСР РФ по хирургии и колопроктологии. Руководитель республиканского центра миниинвазивной хирургии. Депутат Госсобрания-Курултая РБ 1-го и 3,4-го созывов. Лауреат премии РАМН им. А.Н. Бакулева (2004) [3, с.300].

Из личных архивных дел выяснено, что в разные годы представители нашей республики подавали заявки на членство в АМН СССР, среди них были профессора Ашот Моисеевич Агаронов (акушерство и гинекология), Леонид Петрович Крайзельбурд (урология).

Литература.

1. Личное дело В.Н. Шамова// Архив НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва.
2. Лихтерман Б.Л. Нейрохирургия: становление клинической дисциплины. М., 2007, с.73-75.
3. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан (биографический энциклопедический справочник). Уфа, 2009, 378с.

**К 110 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПЕРВОГО ДИРЕКТОРА БАШКИРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

С.М. ТРАЙНИНА (1932—1937 гг.)

Павлов В.Н., Нартайлаков М.А., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

1932 год для Башкирской автономной советской социалистической республики (первой в составе РСФСР) встал значимым, в связи с открытием в Уфе третьего учебного вуза. На территории республики в 1930 е годы действовали 7 НИИ медицинского профиля, но наиболее важным из них стало открытие третьего учебного вуза (после педагогического и сельскохозяйственного) — медицинского.

Первый директор Башкирского государственного медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ родился 20 января 1902 года в местечке Арабин Могилевской губернии (ныне Могилёвская область) в семье еврейского служащего. Родился 20 января 1902 года, в семье зубного врача, в местечке Дрибин Могилёвской губернии. В 1914 году окончил 2 х классное казённое еврейское училище, затем учился в гимназии Слободы Алексеевке Воронежской губернии. В 1920 году окончил Курскую 3 ю Советскую школу второй степени. Осенью 1920 года был направлен Курским Обкомом РКСМ на учёбу а г. Москву, где учился с 1920 г. по 1925 год на медицинском факультете 1-го МГУ. С 8/VIII-1925 по 1/IX-1930 года работал в г. Уфе в должностях: заместителем старшего врача Башкирского Областного кожно-венерологического диспансера. В сентябре 1930 года был направлен Башкирским Наркомздравом на организацию кожно-венерологического института Башкирской АССР, где был директором с 1/IX-30 г. по 1/X-1932 г. С 1/X-1932 года был назначен Народным комиссаром здравоохранения РСФСР директором вновь организуемого Башкирского Медицинского института, где работал с 1/X-1932 года по 24/IX-1937 г. Все эти годы работал по специальности дерматовенерологом и рентгенотерапевтом. 24/ IX-1937 года был арестован органами НКВД и осуждён Особым Совещанием при НКВД СССР к 8 ми годам ИТЛ и направлен в лагеря на Колыму, где работал врачом. 20/IV-45 г. решением Особого Совещания при НКВД СССР за отличную работу, был досрочно освобождён. С 20/IV-1945 г. по 1/X-1946 года главный врач больницы ОЛПа «Средний Омчак», и начальник санчасти. С 1/X-1946 г. был переведён на работу заведующим кожно-венерологическим пунктом поликлиники №1 и заведующим кожно-венерологическим отделением Магаданской городской

больницы, где работал до июня 1949 года. В июне 1949 года был назначен главным врачом Магаданского кожно-венерологического диспансера, который был организован на базе венпункта поликлиники №1. В октябре 1949 года вновь был арестован и решением Особого Совещания при МГБ СССР был переведён на положение ссыльно-поселенца в район Колымы. После освобождения, в феврале 1950 года, назначен врачом дерматовенерологом и рентгенотерапевтом Магаданского Областного кожно-венерологического диспансера, где и работаю по настоящее время. В 1955 году решением Верховного Суда СССР был реабилитирован за отсутствием состава преступления. В 1956 году решением ЦК КПСС восстановлен. Членом КПСС с 20/XI-1920 года. До вступления в партию был членом Социалистического Союза учащейся молодёжи и РКСМ. С апреля 1920 года по направления на учёбу — член бюро Курского Горкома комсомола. В 1921—1922 гг. — член бюро комсомола 1 го МГУ, состоял бойцом в частях особого назначения. В 1921 году записался добровольцем в отряд по ликвидации Кронштадского мятежа. В 1926—1930 гг. ответственный секретарь ячейки ВКП(б) Башкирнаркомздрава. С 1926—1937 гг. член 1 го Горрайкома и Горкома гор. Уфы. Был членом ЦИК Башкирской АССР 9 го созыва, членом Уфимского Горсовета, заместитель председателя Башкирского Областного Комитета Красного Креста. В 1957 году заместитель секретаря первичной парторганизации Магаданского Облвндиспансера, а в 1958 г. секретарем этой же партийной организации.

Из выписки протокола №14 Совета Башмединститута от 15 декабря 1935 года, следует, что С.М.Трайнин претендовал на учёную степень кандидат медицинских наук без защиты диссертации: «...Присутствовали: Директор Б.М.И. т.Трайнин С.М., Лукманов, Шулындин, Лерман, Агаронов, Моргенштерн, Емельянов, Масленников, Немков, Татаринов, Романкевич, Полонская, Белявцев, Губарев, Абдульменев, Самцов, Якубсон, Иванов, Лысенко, Мраморнов, Рутес. Повестка дня:

1. Рассмотрение материалов врачей Мраморнова К.В., Городецкого А.А., Трайнина С.М., Иванова Н.А. претендующих на присуждение учёной степени кандидата медицинских наук без защиты диссертации.

Слушали: 3. Рассмотрение материалов директора БМИ врача Трайнина С.М. претендующего на присвоение учёной степени кандидата наук без защиты диссертации.

Проф. Якубсон А.К. — тов. Трайнин с 1925 года по 1930 г. заведовал дерматологическим отделением и одновременно работал в рентгено-

терапевтическом кабинете Баш. Обл. Вендиспансера. С 1930 г. по 1932 г. был директором Баш. кожно-венерологического института и с 1930 г. по настоящее время заведует рентгено-терапевтическим кабинетом этого института.

Возглавлял институт т. Трайнин в течение короткого времени создал крупное для периферии научно-исследовательское учреждение. Являясь высококвалифицированным рентгенотерапевтом, обладающим солидной клинической подготовкой в области дерматологии, тов. Трайнин на протяжении последних 5 лет проводил так же и научную работу, выступая с целым рядом научных докладов на клинической конференции института. Т. Трайниным выписано 3 научных работы из которых одна напечатана, а две приняты к печати. В их числе одна работа «Бесфильтровая рентгеноэпиляция» заслуживает особого внимания, так как автор на материале около 2000 случаев, при проводимой им методике, почти не наблюдал побочных явлений.

Все изложенное позволяет считать тов. Трайнина вполне достойным учёной степени кандидата наук без защиты диссертации.

Постановили: Единогласно ходатайствовать перед ВКК о присвоении Трайнину С.М. учёной степени кандидата наук без защиты диссертации. Подписи Председателя Лукманова и Секретаря Литвиновского», но к сожалению врачи Мраморнов К.В., Городецкий А.А., Трайнин С.М. в дальнейшем будут репрессированы, может поэтому и не были присуждены им учёные степени.

Из жалобы Председателю Верховного Совета СССР т.Ворошилову К.Е.: «В сентябре 1937 года я был арестован в городе Уфе, органами МВД Башкирской АССР, в 1938 году особым совещанием осужден к 8 ми годам ИТЛ (прим. авт.: исправительно-трудовых лагерей).

Несмотря на недопустимые методы следствия, я не признал предъявленных мне обвинений и не подписал протокола об окончании следствия. В 1939 году по сообщениям матери моей жены, бывший прокурор Союза Понкратов утвердил решение Башкирской прокуратуры о том, что дело мое подлежит прекращению и что я должен быть освобождён из под стражи. Однако, освобождён я все-таки не был (прим. авт.: Панкратьев Михаил Иванович (1901, дер. Каблуково, Бежецкий уезд, Тверская губерния — 23.09.1974, г.Москва) — третий по счёту Прокурор СССР, советский государственный деятель. Депутат Верховного Совета РСФСР 1 созыва. Генерал-майор юстиции). 20 апреля 1945 года решением Особого совещания, я был, досрочно, на шесть месяцев, освобождён из лагеря. В конце 1949 года, я вновь был арестован органами МГБ

на Дальнем Севере и мне были вновь предъявлены те же голословные обвинения, которые инкриминировались мне в 1937 году. Решением Особого совещания в 1950 году, я был переведён на положение ссыльного переселенца в пределах Колымы.

Сущность моего обвинения базируется исключительно на клеветническом заявлении о том, что я, якобы, примыкал к троцкистской оппозиции в 1923 году, будучи студентом медицинского факультета 1 МГУ. Данное обвинение отпало, на заседании партколлегии ЦКК ВКП(б) под председательством тов. Сахаровой от 31/V-1937 года, где двадцать товарищей, учившихся со мной подтвердили, что я никогда к оппозиции не примыкал.

Таким образом, с 1937 года и по настоящее время, я совершенно незаслуженно несу бремя наказания за преступление, которое я никогда не совершал.

Прошу пересмотреть моё дело и снять с меня ссылку и судимость».

В 1925 г. после окончания медицинского факультета первого МГУ он был направлен ЦК ВКП(б) в распоряжение Башобкома и по 25.9.-1937 года непрерывно работал в г. Уфе. С 1925 г. по 1930 год заместитель главного врача областного венерологического диспансера. В 1930 г. организовал Башкирский венерологический институт, где работал директором до 1932 год. В 1932 году я был направлен на организацию Башкирского медицинского института, где я работал директором до момента ареста. По специальности я всё это время работал врачом дерматологом и рентген-терапевтом. Все эти годы я принимал активное участие в партработе: с 1925—29 год ответственный секретарь парторганизации Башнаркомздрава, руководитель политкружка повышенного типа. 12 лет избирался членом или кандидатом Уфимского городского районного комитета ВКП(б) и членом Горкома ВКП(б), 25 сентября 1937 года был арестован органами МВД БАССР и решением особого совещания был осуждён к 8 ми годам ИТЛ по делу МВД СССР. Решением особого совещания от апреля 1945 года был досрочно освобождён.

Прошу Вас заинтересоваться моим делом, ускорить рассмотрение моего заявления о снятии с меня судимости. В 1939 году, согласно сообщения матери моей жены члена КПСС Галановой Лидии Андреевны, проживающей в гор. Уфе Пушкинская улица дом 99, кв.1, дело мое было пересмотрено и бывший прокурор Союза Панкратов утвердил решение Башкирской Прокуратуры, что моё дело

подлежит прекращению и я подлежу освобождению из под стражи и несмотря на это я до сих пор несу незаслуженные мною ограничения.

Кратко сущность моего дела заключается в том, что в конце 1935 года гр-н Велецкий направил в Свердловский район гор. Москвы заявление на профессора Ливермана С.Л. о том, что последний якобы колебался по линии партии в 23-24 гг. будучи студентом 1 МГУ, данное заявление было разобрано Свердловским райкомом ВКП(б) и признано неподтвердившимся. Профессор Либерман С.Л. 3/Х-1937 г., т.е. уже после моего ареста, получил кафедру по кожно-венерологии в г. Томске и до своей смерти являлся членом ВКП(б).

Будучи во время разбора дела Либерман в Москве, я так же как и другие члены партии, учившиеся с Либерманом письменно подтвердил, что данное заявление является клеветническим. После этого Белецкий пишет заявление в КПК при Башобкоме ВКП(б) о том, что и я в 23-24 гг. колебался от линии партии, будучи студентом медицинского факультета 1 МГУ, конкретно, в чем выражались эти колебания Белецкий не указал и что я был исключен за это из партии в 1924 году.

В своём заявлении Белецкий указал, что жил со мной в одной комнате. Следователь КПК тов. Шарипов был направлен для проверки этого заявления в Москву и документально установил, что и с 1923 г. я проживал в Москве по Скатертному переулку, 22 и что при чистке ячейки 1 МГУ я был исключён из партии по ложному заявлению, ячто я якобы являюсь социально чуждым элементом, МКК я был восстановлен без единого замечания (см. справку Фрунзенского райкома ВКП(б), но несмотря на это 14 апреля 1937 года партколлегия Башкирии вынесла решение об исключении меня из рядов ВКП(б) не санкционировало данное решение, вопрос о моей партийной принадлежности был перенесён на рассмотрение КПК при ЦК ВКП(б).

31 мая 1937 года мое дело разбиралось на парттройке, председательствовала тов. Сахарова, на этом заседании 20 членов ВКП(б), учившиеся со мной на Медфаке 1 МГУ подтвердили, что я никогда не колебался от линии партии. Среди этих товарищей был и ответственный секретарь 1 МГУ в те годы, член ВКП(б) с 1912 года тов. Зорька-Римша и технический секретарь тов. Марут и даже Цукер, Попов и Белецкий засвидетельствовали, что я исключался в 1924 г., не за троцкистские колебания, а как социально-чуждый элемент и что я голосовал за резолюцию партии; на заседании парттройки выяснилось, что Белецкий, Попов и Цукер держались обособленно на курсе и группируясь вокруг

Цукер враждовали с остальными, что приводило к резким стычкам Белецкого и Либерманом и мною, и что заявление Белецкого в Свердловский райком ВКП(б) о якобы колебаниях Либермана поддержали так же Цукер и Попов.

На парттройке выяснилось, что за день до разбора моего дела на парттройке Белецкий пригласил меня в ресторан, где он заявлял, что он знает, что я никогда не примыкал к троцкистской оппозиции 1923-1924 гг., просил меня признаться, что у меня были колебания лишь до голосования и что он и Пашинцев помогут мне и я получу лишь выговор, а затем он сведёт счёты с Либерманом. Свидетелем этого разговора был быв. Ответственный секретарь парторганизации 1 МГУ тов. Зорька-Римша, которого я предупредил о приглашении меня Белецким в ресторан и который сидя в соседней кабине слышал весь этот разговор.

На парттройке было заявлено, что Белецкий является сыном кулака, и что он об этом скрыл от партии. Белецкий это заявление не опроверг и не опротестовал, на парттройке никто из учившихся со мной не назвал ни одного факта, который свидетельствовал бы о моих колебаниях до принятия резолюции. Между тем Цукер (дочь крупного фабриканта) бывшая бундовка, была активной троцкистской 1 МГУ в 23-27 гг. и, конечно, помнила бы факты о моих колебаниях, если бы они были. По окончании заседания парттройки из резюме Сахаровой было ясно, что «обвинение» Белецкого отпало. Но в связи с поступившим дополнительным обвинением из Уфы от Шулындина, бывшего секретаря парторганизации Башкирского медицинского института, КПК при ЦК ВКП(б) решила послать в Уфу Директора Института имени Склифосовского Вольберга, для обследования Башкирского мединститута, где я работал.

4/VII-1937 года тов. Вольберг докладывал на КПК при ЦК ВКП(б) и дал хорошую оценку постановки и работы Мед. института. На заседании тов. Вольберг предъявил справку Министра внутренних дел Башкирии, что из перечисленных в заявлении Шулындина чуждых профессоров и преподавателей никто на учёте МВД не состоит.

Меня на этом заседании не было, а тогдашний председатель Уфимской КПК Тимонин, присутствовавший на заседании «предъявил» в друг» выписку из протокола чистки ячейки ВКП(б) Башнаркомздрава, в которой сказано, что будто бы я заявил на этом собрании, что в 1923-24 гг. не был согласен с линией партии в вопросе снятия с ответственных постов оппозиционеров. Копия протокола была только за подписью зав. партархивом, без ссылки на подписи лиц, производивших чистку.

На просьбу к тов. Тимонину показать мне подлинный протокол и на мое заявление, что данный протокол не соответствует действительности и что я, как член Президиума на собрании по чистке такого протокола и не подписывал, и даже Шулындин, который чистился вслед за мной, не помнит, чтобы я говорил, что не был согласен с линией партии о снятии с ответственных постов оппозиционеров. Тимонин мне в этой просьбе отказал, грубо накричав, «что ты нам не веришь!, не забывайся, с кем имеешь дело».

Впоследствии Тимонин был разоблачен, как враг народа. На одном из заседаний горпартактива Уфы зачитаны показания Тимонина, в которых он признавался, что в троцкистской организации Башкирии он специализировался на создании искусственных дел и истреблении партийных и советских кадров, используя для этого аппарат КПК Башкирии. Что «протокол» чистки ячейки Башнаркомздрава является вымышленным, говорят следующие факты: Тимонин не опровергает мои заявления, что подлинник протокола по чистке ячейки Башнаркомздрава мною, как членом Президиума не подписан и что он не подписан председателем и членами комиссии по чистке.

Выпиской из протокола чистки партии 1 МГУ, представленной Фрунзенским Райкомом ВКП(б) г. Москвы. как и утверждениями коммунистов, учившихся со мной в 23-24 гг. В одной выписке, номер партбилета указан 120534, а в другой 917193. В протоколе, рядом с записями, что я являюсь заместителем ст. врача, имеется запись, что образование у меня якобы школа II ступени, что я учился в кружке диамата, на самом деле я в этом кружке никогда не учился.

Тимонин называл фамилию технического секретаря комиссии по чистке, подписанную протокол, некую Сосновцеву, а между тем техническим секретарём комиссии по чистке была тов. Барышева и никакой Сосновцевой в парторганизации Башнаркомздрава никогда не было.

Шулындин, написавший на меня заявление в КПК при ЦК ВКП(б), получил впоследствии полтора года заключения, как клеветник, он являлся фактическим и главным организатором развернутого конвейера клеветы и репрессий – список 200 якобы политически враждебных профессоров, преподавателей и студентов. Список 200 был составлен под предлогом борьбы с моими последышами (см. дело Якобсона). Центральный орган партии «Правда», 1/II- 1938 г. разоблачила этот список.

Трагическими оказались действия репрессий для семьи старого большевика-подпольщика 1904 года Галанова В.Д., на дочери которого я был

женат. Галанов покончил самоубийством после того, как его жена, а затем его самого, в качестве первой меры вывели из состава парткома, и считали прорабатывать. На Галанова особенно подействовал тот факт, что под предлогом, что он якобы защищает врага народа, ему в КПК Башкирии отказались сообщать посланный 17/IX-1937 г. за №34/172 ответ из ЦК на его письмо, адресованное тов. Сталину. Галанов писал в письме о неправильностях «в моём деле и высказывал сомнения в обоснованности предъявленных мне обвинений.

«Как сейчас помню: у меня умерла мама. Осталась я одна с братишкой. В доме ни гроша, ни крохи хлеба. Пришла к ректору института Трайнину. К вам, Соломон Маркович. Говорю: не буду учиться дальше. Работать надо, брата воспитывать. И вы, дорогой мой человек, сделали все, чтобы я закончила институт. Вы помогли поселиться в общежитии, дали денег, утешили в горе. Не оставили меня одну в беде и вы, мои однокурсники. Чувство благодарности к вам всегда в моем сердце. И чувство благодарности к вам всегда в моем сердце. И чувство постоянного долга перед вами, перед Родиной, которая о нас заботилась в трудные годы.

«В трудные годы пошли выпускники института работать. Но все они, и участковые врачи, и хирурги, и эпидемиологи, и учёные всегда и везде были верны своему служебному долгу, самой гуманной на земле профессии. И когда в Министерстве здравоохранения решили в день встречи наградить Почётной грамотой самых достойных, оказалось, что достойные все, И поэтому вынесено решение: наградить Почётной грамотой Министерства здравоохранения БАССР весь первый выпуск врачей 1938 года» Подписано врачом 1 го выпуска 1938 года И.Демидовой в воспоминаниях на страницах газеты «Советская Башкирия» №149 от 28 июля 1968 г.

Неоднократно бывал на встречах выпускников БГМИ кавалер ордена Ленина первый директор БГМИ Соломон Маркович Трайнин, один из основоположников нашего университета, о чём свидетельствуют фотографии в музее БГМУ.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

1. Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: autor@jecs.ru) в электронном виде в документе winword любой версии.
2. Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.
3. Титульная страница должна содержать: название статьи, фамилию, имя, отчество (кратко) авторов. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.
4. Краткое резюме объемом до 255 символов, ключевые слова статьи на русском и английском языках.
5. Текст статьи присылать напечатанным шрифтом Arial, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.
6. Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам, иметь ссылки на них с указанием авторов, названия издания, года, номера и страниц публикации.
7. Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.
8. Таблицы должны иметь порядковый номер (Табл.1) расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.
9. При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.
10. Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.
11. Рисунки должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка, его порядковым номером. В статье необходимо указывать место положения рисунка.
12. Библиография должна быть представлена в конце статьи и оформлена в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5-2008, в самом тексте следует указывать номер ссылки в квадратных скобках цифрами. За точность библиографии несет ответственность автор. Не рекомендуется указывать более 30 источников за исключением обзоров литературы.
13. Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.
14. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным ланом издания журнала.
15. Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.
16. Публикация статей в журнале бесплатная.
17. Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается.

Редакционный совет

Академик РАМН, профессор Яицкий И.А.
Член корр. РАМН, профессор Кубышкин В.А.
Член корр. РАМН, профессор Григорьев Е.Г.
Член корр. РАМН, профессор Тимербулатов В.М.
Член корр. РАМН, профессор Багненко С.Ф.
Профессор Прудков М.И.
Профессор Привалов В.А.
Профессор Кукош В.М.
Профессор Жуков Б.Н.
Профессор Красильников Д.М.
Профессор Бебуришвилли Е.Г.

Редколлегия

Профессор Вагапова В.Ш.
Профессор Ганцев Ш.Х.
Профессор Гарипов Р.М.
Профессор Галимов О.В.
Профессор Кунафин М.С.
Профессор Павлов В.Н.
Профессор Плечев В.В.
Профессор Садретдинов М.А.
Профессор Сибаяев В.М.
Профессор Уразбахтин И.М.
Профессор Фаязов Р.Р.
Профессор Федоров С.В.
Профессор Хасанов А.Г.
Профессор Хидиятов И.И.

Редакция

главный редактор Тимербулатов Махмуд Вилевич
зам. главного редактора Сагитов Равиль Борисович +7-917-40-88-101
srb@yandex.ru
научный редактор Сибаяев Вазир Мазгутович
ответственный секретарь Тимербулатов Шамиль Вилевич

WWW.JECS.RU

autor@jecs.ru