

---

ХИРУРГИЯ 2002

# **МАТЕРИАЛЫ**

4-го Российского научного форума  
**ХИРУРГИЯ 2002**

Москва, ЦДХ, 15-18 октября 2002 года

Москва 2002

---

---

«Материалы 4-го Российского научного форума ХИРУРГИЯ 2002»  
М., «Авиаиздат», 2002-280 с.

Российская академия медицинских наук  
«Мораг-Экспо»

**ISBN 5-94943-003-4**

©«МОРАГ Экспо», 2002

---

---

# Т Е З И С Ы

## ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА

**Абдуллаев Э.Г., Александров А.И., Бабышин В.В., Федоров Д.В.,  
Кончугов Р.Ю.**

*г. Владимир, ГKB СМП, кафедра хирургии ФППО Ивановской государственной  
медицинской академии.*

Повреждения брюшной полости в структуре травматизма составляют 1,5-5 %. Диагностика данной патологии затруднена. Факторами, усложняющими раннее выявление закрытых повреждений, являются тяжесть состояния пострадавших, наличие сочетанных повреждений, шок, нарушение сознания, алкогольная интоксикация.

Нами проанализированы результаты 745 лапароскопий больным с подозрением на закрытую травму живота (в том числе 62 пострадавшим исследования произведены под видеоконтролем) и 154 пострадавшим с ранениями брюшной полости (28 из них обследованы с помощью видеолапароскопии).

Большинство пострадавших были мужчины (72%) в возрасте от 16 до 67 лет. Причины травматизма — дорожно-транспортные происшествия (84%), производственные (12%) и бытовые травмы (4%).

Из общего количества выполненных лапароскопий у 216 (29%) пострадавших выявлены различной степени повреждения внутренних органов (171 человек с травмами паренхиматозных органов, 38 — с ранениями полых органов, в 7 случаях — сочетанные повреждения).

У 289 (38,8%) больных при лапароскопии повреждений органов брюшной полости не выявлено. В 240 (32,2%) случаях имели место признаки гемоперитонеума общим объемом не более 500 мл, вызванного травматизацией связочного аппарата, поверхностными ранениями печени без признаков продолжающегося кровотечения, исключающего проведение лапаротомии. В данной группе пострадавших эффективно использовали у 58 пациентов методику первичной и у 22 больных контрольно-динамическую лапароскопическую санацию брюшной полости (контрольную ревизию брюшной полости, аспирацию геморрагического содержимого, гемостаз, рациональное дренирование). Достигнут положительный клинический эффект.

Из общего количества обследованных больных с подозрением на закрытую травму живота в 7 (0,9%) случаях отмечены ошибки в диагностике. Не диагно-

---

---

стированы повреждения кишечника, выявленные через сутки при релaparоскопии. Летальных исходов, связанных с выполнением лапароскопических вмешательств не отмечено.

Группа больных с ранениями брюшной полости составила 154 человека. У 58 (37,7%) пострадавших в ходе исследований выявлены различные виды повреждений. У 96 (62,3%) пострадавших с проникающими ранениями повреждений внутренних органов не выявлено, диагностические исследования завершены установкой контрольных дренажей в брюшной полости.

С помощью мониторной лапароскопии обследовано 22 пострадавших с проникающими ранениями брюшной полости. В 11 случаях выявлены различные повреждения внутренних органов: печени (7), тонкой кишки (2), передней стенки желудка (2). При поверхностных ранениях печени в 5 случаях под видеоконтролем произведен гемостаз с помощью монополярной электрокоагуляции, вмешательство закончено аспирацией геморрагического содержимого и дренированием брюшной полости.

Использование лапароскопии и эндовидеохирургических методов у пострадавших с закрытой травмой и ранениями живота более чем в 99,1% случаев позволило подтвердить, уточнить или существенно дополнить предварительный клинический диагноз, объективно оценить ситуацию и незамедлительно произвести оперативные вмешательства, а так же отвергнуть повреждения внутренних органов.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

**Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Федоров Д.В.,  
Кончужов Р.Ю..**

*г. Владимир, ГKB СМП, кафедра хирургии ФГПО Ивановской Государственной  
медицинской академии*

Несмотря на значительные достижения в хирургии грыж передней брюшной стенки, процент развития рецидивов остается высоким. Вероятность развития грыж брюшной стенки после первичной лапаротомии колеблется от 1 до 10%. Частота рецидивов после операций по поводу паховых грыж наблюдается от 4 до 25%.

В настоящее время в хирургии грыж достаточно разработаны и успешно применяются полипропиленовые трансплантаты, политетрафторэтилен, викрил. Новые материалы обладают оптимальными свойствами: инертность, резис-

---

тентность к инфекции, молекулярная проницаемость, механическая прочность и биосовместимость. Впервые пластику паховых грыж с использованием полипропиленовой сетки описал и применил I.Lichtenstein в 1989 г. С этого времени и началось широкое внедрение в хирургическое лечение грыж полипропиленового эндопротеза.

Мы располагаем опытом лечения 58 больных грыжами передней брюшной стенки с применением полипропиленового сетчатого трансплантата (фирма "ЭСФИЛ" г.Санкт-Петербург). Возраст больных от 33 до 70 лет, причем 70% пациентов были старше 50-ти лет. Из них мужчин — 46, женщин — 12.

Показаниями для использования сетчатого трансплантата являлись:

- рецидивные послеоперационные вентральные грыжи (9);
- пупочные грыжи больших размеров (8);
- рецидивные паховые грыжи (9);
- паховые грыжи у пациентов пожилого и старческого возраста (32).

Более чем у 75% больных имелась сопутствующая патология: ИБС, гипертоническая болезнь, 2-3 ст, сахарный диабет, ожирение. Операции по поводу паховой и рецидивной паховой грыжи выполнялись по методике Лихтенштейна. При вентральных грыжах выделение грыжевого мешка производили по стандартной методике, далее выполняли подапоневротическую фиксацию эндопротеза. Площадь пластицируемых дефектов апоневроза составила от 20 до 70 см<sup>2</sup>. В четырех случаях имелось одновременно от 2 до 3-х дефектов апоневроза. Обязательным этапом операции по поводу вентральных, больших пупочных грыж мы считали использование дренирования операционной раны с активной аспирацией содержимого в течении 1-2-х суток. Все больные активизировались в первые сутки после операции. В послеоперационном периоде для адекватного обезболивания достаточным являлось применение ненаркотических анальгетиков (до 3 инъекций в день в течении первых 2-3 суток). Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено, швы снимали в общепринятые сроки.

К особенностям ведения больных, прооперированных с использованием сетчатого эндопротеза можно отнести более длительный (10-14 дней) срок инфльтрации мягких тканей в области пластики не связанный с наличием раневых осложнений. За период наблюдения до 1года развития рецидивных грыж у пациентов с установленным сетчатым эндопротезом не выявлено.

### **Выводы.**

1. Применение сетчатых эндопротезов в лечении больных с грыжами передней брюшной стенки являются перспективным;
2. Герниопластика с применением сетчатого эндопротеза позволяет значительно уменьшить болевой синдром, сократить сроки нахождения больного в стационаре, уменьшить количество рецидивов грыж.

---

## МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

**Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Фёдоров Д.В.,  
Кончугов Р.Ю.**

*г. Владимир, ГКБ СМП, кафедра хирургии ФППО Ивановской Государственной  
медицинской академии*

Язвенная болезнь является одним из наиболее распространённых заболеваний не только в нашей стране, но и во многих развитых странах мира. За последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости данной патологией и, что особенно, её осложнений. Частота одного из наиболее тяжёлых и опасных осложнений язвенной болезни — перфорации язвы — 2,5 на 10 000 населения в год, а в структуре ургентной хирургической патологии прободные язвы составляют до 3,6%.

Применение малоинвазивной хирургической технологии открывает новые возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв.

Мы располагаем опытом лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с сочетанием видеолапароскопии на этапе диагностики и при проведении санации брюшной полости, и минилапаротомного доступа для ушивания перфоративной язвы с помощью разработанного М.И. Прудковым комплекта инструментов.

За период с 1999г. по настоящее время в нашей клинике по экстренным показаниям было произведено 54 оперативных вмешательства. Все больные оперированы сразу после поступления в сроки от 1 до 5 часов от начала заболевания под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных все были мужчины от 19 до 45 лет. У всех больных диагноз перфоративной язвы был установлен в дооперационном периоде на основании клинико-рентгенологических признаков или при диагностической лапароскопии.

Техника операции. После обработки операционного поля в параумбиликальной области вводили 10 мм троакар и накладывали пневмоперитонеум CO<sub>2</sub> 10 мм рт. ст. При проведении видеолапароскопии уточняли диагноз, локализацию, размеры перфоративного отверстия, оценивали степень поражения брюшины.

Далее в правом подреберье выполняли минилапаротомию длиной 3-4 см, для визуализации использовали набор ретракторов медицинской компании "САН" (г. Екатеринбург) и локальное освещение осветителями "Karl Storz" или "Эндомедиум". Ушивание перфоративного отверстия проводили по принятой методике однорядным узловым швом в поперечном направлении с фиксацией пряди сальника.

По завершении указанного этапа в правой мезогастральной области вводили второй манипуляционный троакар 5 мм, через который проводилась эвакуация

---

экссудата и промывание мест его скопления с помощью стандартной лапароскопической ирригационно-аспирационной системы.

Операцию завершали установкой дренажа в подпеченочном пространстве и, при необходимости, в малом тазу.

Осложнений и летальных исходов не было. Сроки госпитализации в хирургическом стационаре составили 5-6 дней. Дальнейшее лечение больных проводилось в условиях гастроэнтерологического отделения.

Таким образом, описанная оперативная техника сочетает преимущества и нивелирует недостатки лапароскопического пособия и мини-доступа. Лапароскопический этап позволяет установить и уточнить диагноз перфорации или выявить иную ургентную патологию, при котором объем вмешательства может быть другой; дает возможность оценить характер и распространенность поражения брюшины, провести адекватную санацию брюшной полости.

Мини-доступ позволяет точно оценить морфологические изменения в зоне перфорации (размер язвенного инфильтрата, наличие пенетрации и стеноза) и выполнить адекватное оперативное пособие.

## **РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Федоров Д.В., Кончугов Р.Ю.**

*г. Владимир, ГKB СМП, кафедра хирургии ФППО Ивановской государственной медицинской академии.*

Открытые и закрытые повреждения органов мочевыделительной системы (МВС) при абдоминальной травме остаются одной из наиболее актуальных и сложных проблем ургентной хирургии. При этом доля сочетанных и множественных повреждений при данном виде травмы очень высока. Сложность диагностики повреждений живота обусловлена поступлением больных в алкогольном опьянении и состоянии шока. Все это определяет необходимость создания эффективной системы, профилактирующую диагностические ошибки и напрасные лапаротомии, и определяющую адекватную хирургическую тактику.

Нами проанализированы результаты выполнения 4770 диагностических лапароскопий. При травмах живота повреждения МВС составили 176 случаев (3,8%). Мужчин — 117, женщин — 59. Бытовая травма составила — 161 случай (91,4%), производственная — 15 (8,5%). 119 пострадавших доставлены в клинику в течение первых часов от получения травмы, 57 в промежуток времени

---

от 12 до 72 часов с момента повреждения. Показания к диагностической лапароскопии ставили сразу после поступления больных в клинику с диагнозом "травма живота". У 144 пострадавших диагностировано повреждение мочевого пузыря, у 30 — травма почки, у 2 — повреждение мочеточника. Установлено, что 72 больных получили повреждение органов МВС при открытой травме живота, а 104 при закрытой абдоминальной травме.

В наблюдаемой группе у 119 пациентов (68%) имела место сочетанная травматическая патология (черепно-мозговая травма, множественные переломы опорно-двигательного аппарата), осложненная травматическим и геморрагическим шоком 11-111 степени, а 57 (32%) доставлены в клинику с явлениями "перитонеального" живота или внутрибрюшного кровотечения.

Для более точной диагностики повреждений мочевого пузыря прибегали к такому приему как нагнетание жидкости с красящим веществом в мочевой пузырь через уретру. Быстрое появление в брюшной полости красящего вещества указывает на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Нами отмечено, что в 89 случаях (51%) данный вид травмы сочетался с гемоперитонеумом и перитонитом различного генеза, а так же гематомами малого таза, что затрудняло обычный диагностический алгоритм.

При наличии обширных, выбухающих гематом забрюшинного пространства красновато-синюшного цвета с явлениями гематурии позволило в 30 случаях выявить повреждения почек, и не придерживаясь выжидательной тактики при таком виде травмы произведено адекватное оперативное пособие.

Средняя продолжительность лапароскопического исследования составила 20-30 минут. Летальных исходов, связанных с выполнением диагностической лапароскопии не отмечено.

Таким образом мы полагаем, применение диагностической лапароскопии в большинстве случаев позволяет правильно поставить диагноз, определить источник перитонита и оптимальный оперативный доступ.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ НАГНО- ИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ И ПЛЕВРЫ**

**Абрамзон О.М.**

*г. Оренбург, отделенческая клиническая больница ст. Оренбург*

Острый абсцесс лёгкого и острая эмпиема плевры в последние годы встречаются значительно чаще. Трудности их лечения, связанные с антибиотикорезистентностью иницирующей микрофлоры, малой эффективностью паренте-



---

ральной антибиотикотерапии диктуют необходимость проведения поиска новых компонентов местной терапии.

Известно, что бактериальные патогены обладают различными персистентными свойствами, препятствующими их элиминации из очага воспаления. Одним из таких свойств является антилизоцимная активность (АЛА). По данным литературы, гормон задней доли гипофиза окситоцин не только потенцирует антимикробный эффект многих антибиотиков, но и снижает персистентный потенциал ряда аэробных возбудителей. Поэтому, целью исследования явилось изучение клинко-микробиологических результатов местной окситоцин-антибактериальной терапии острых аэробных нагноительных заболеваний лёгких и плевры.

В клинике проведено лечение 21 больного острым абсцессом лёгкого (6) и острой эмпиемой плевры (15) аэробной этиологии. Наряду с общепринятой общей терапией проводилось местное лечение гнойной полости, заключающееся в её пункции или дренировании в точке, намеченной рентгенологически и наиболее близко приближённой к грудной стенке, эвакуации содержимого с его последующим бактериологическим исследованием, обильным промыванием раствором антисептика и введением официальной дозы антибиотика широкого спектра действия с 2,5-5 МЕ окситоцина. Идентификация возбудителей выполнялась общепринятыми методиками по совокупности их биологических и биохимических свойств с последующим определением АЛА по методу О.В.Бухарина и соавт. (1997). Местное лечение выполнялось до исчезновения отделяемого, ориентируясь на отрицательные результаты бактериологических посевов или снижение АЛА возбудителей не менее, чем на 20%.

Оказалось, что среди аэробных возбудителей в 41,4% случаев идентифицировались штаммы *Staphylococcus*, в 13,8% — группа *Streptococcus*, в 31,0% — *Pseudomonas aeruginosa*, в 13,8% — группа *Enterobacterium*. АЛА присутствовала у 100% изучаемых патогенов со средним значением  $1,2 \pm 0,1$  мкг/мл едОД. При повторном бактериологическом исследовании, через 3-7 суток возбудителя удавалось выделить лишь у 8 больных (38,1%); при этом, АЛА снижалась до  $0,8 \pm 0,1$  мкг/мл едОД ( $p < 005$ ). В конце лечения посевы на флору у всех пациентов давали отрицательный результат. Сроки терапии составляли  $31,8 \pm 3,8$  дня, что достоверно ( $p < 0,01$ ) ниже, чем в группе сравнения (12 больных), где при проведении аналогичного лечения окситоцин в локальной терапии не использовался ( $51,6 \pm 3,9$  дня).

Таким образом, применение в местном лечении острых нагноительных заболеваний лёгких и плевры окситоцин-антибактериальных комплексов позволило снизить персистентный потенциал иницирующей микрофлоры, элиминируя её из очага воспаления, и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

---

## ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РЕДКИМИ ФОРМАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Агапов В.В.**

*Саратов, Медицинский университет, кафедра факультетской хирургии лечебного факультета*

Можно достаточно смело констатировать, что практически во все времена лечение больных с редкими формами хирургической патологии (РФХП) было и остается уделом отдельных врачей-энтузиастов. Вопросы организации оказания медицинской помощи больным РФХП верхних отделов желудочно-кишечного тракта как правило оказывались вне сферы деятельности органов управления здравоохранением. Несомненно такому положению вещей может быть дано объяснение, но столь же несомненно, что при существующем положении вещей невозможно не только улучшение результатов лечения, но и получение объективной информации об эпидемиологии, используемых диагностических и лечебных подходах, исходах РФХП.

Между тем даже имеющееся в литературе данные о результатах лечения больных с редкими (или так называемыми редкими) формами хирургической патологии свидетельствуют о высокой социальной значимости вопроса. При имеющемся высоком уровне летальности при таких заболеваниях как разрывы пищевода, гнойные медиастиниты и др. абсолютное число умерших (большинство которых составляют лица трудоспособного возраста) вполне сопоставимо с числом умерших от часто встречающихся хирургических заболеваний.

Таким образом для улучшения результатов лечения больных РФХП верхних отделов желудочно-кишечного тракта необходимо решение следующих задач.

1. Создание системы оперативного мониторинга за больными РФХП.
2. Организация системы обучения и повышения квалификации специалистов по РФХП.
3. Подготовка и утверждение региональных стандартов обследования и протоколов ведения больных РФХП.
4. Создание областных лечебно-консультативных и организационно-методических центров по РФХП.
5. Организация системы взаимодействия областного центра с лечебными учреждениями 1 и 2 уровней с одной стороны с одной стороны и с федеральными головными учреждениями, занимающимися данной проблематикой, с другой с использованием современных коммуникативных технологий, включая телемедицину.

---

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ТОГОПМ).

**Азимова Ф.М., Каримов З.Д., Пулатова Ю.У, Касымова Д.М.,  
Буралиева С.М.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ Руз*

**Цель.** Скорейшее достижение ремиссии острой стадии воспаления для обеспечения безопасного и адекватного проведения операции по удалению ТОГОПМ.

**Методы.** В I-ю группу вошли 25 женщин с ТОГОПМ в острой стадии воспаления, которым в плане предоперационной подготовки производили пункцию и катетеризацию дугласова кармана пластиковым катетером диаметром 2,0мм. для длительного непрерывного введения антибактериальных препаратов с учетом антибиотикограммы и результатов анализа полимеразной цепной реакции на хламидийную, гонококковую и герпетическую инфекцию. Во II-ю группу сравнения вошли 20 женщин у которых потребовалось оперативное вмешательство на 1-2 сутки от начала безуспешной традиционной антибактериальной терапии при аналогичных условиях обследования и характере антибактериальной терапии.

**Результаты.** Из числа больных I-й группы у 4-х проводимая комбинированная — микрокатетерная и парентеральная терапия оказалась безуспешной, что потребовало экстренного оперативного вмешательства. У остальных 21 больной удалось переломить течение заболевания и установить относительную ремиссию в течение 6-7 дней, после чего больные были оперированы не выписываясь из стационара. В результате среди 21 больной I-й группы не наблюдалось тяжелых послеоперационных осложнений. Среди 20 женщин II-й группы послеоперационный перитонит развился — у 1, межкишечное абсцедирование — у 2, кишечнo-брюшностеночный свищ — у 1, флегмона послеоперационной раны — у 1.

**Обсуждение:** Не вызывает сомнений необходимость оперативного лечения всех ТОГОПМ. Наиболее благоприятные результаты достигаются при вмешательстве в "холодный период", который достигается консервативной терапией и селективным дренированием тубоовариальных абсцессов. Вероятно по достижении "холодного периода", не следует надолго откладывать основной этап лечения — радикальное удаление очага инфекции.

**Выводы.** Длительное непрерывное введение антибактериальных препаратов в полость малого таза является эффективным способом предоперационной подготовки у больных с ТОГОПМ в острой фазе воспаления.

---

## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БИЛИАРНЫХ ПРОТОКОВ И ОШИБКИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ахметов Е.А., Серикова С.Э., Самратов Т.У., Медеубеков У.Ш., Чорманов А.Т., Олжаев С.Т.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, Научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова*

Оценивалась роль магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) в диагностике ятрогенных повреждений билиарных протоков у 10 пациентов с подозрением на наличие данных повреждений вследствие хирургического вмешательства. Были отмечены наличие или отсутствие билиарной дилатации, иссечение протоков, стриктуры, скопление жидкости, а также наличие свободной жидкости. Ятрогенное иссечение протока диагностировалось при отсутствии визуализации его сегмента на всех изображениях МРХПГ; такие случаи были классифицированы по анатомической локализации и протяженности повреждения. Результаты сравнивались с ЭРХПГ, ЧЧХГ и данными операционного вмешательства, и сделан вывод о том, что МРХПГ способна точно диагностировать постоперационные билиарные стриктуры и иссечения протоков, а также характеризовать и анатомически классифицировать эти повреждения для планирования репаративной хирургии. Кроме того, возможно идентифицировать наличие утечки желчи из пузырного протока после холецистэктомии.

Все более широкое использование МРХПГ должно учитывать возможные ошибки при интерпретации результатов исследования, которые могут симулировать или маскировать панкреатобилиарные нарушения. МР-реконструкция полностью скрывает малые дефекты наполнения и чувствительна к дыхательным и двигательным артефактам. T2 ВИ могут различаться при использовании разных МР-последовательностей и влиять на результаты МРХПГ. Неполное исследование может привести к неправильной интерпретации анатомии протоков либо заболевания. Кроме того, при МРХПГ получают только статические изображения, что может привести к неверной оценке различных аномалий. Ограниченное пространственное разрешение делает весьма затруднительной дифференциацию доброкачественных и злокачественных стриктур при использовании только МРХПГ-последовательностей. Артефакты от инородных металлических предметов и гастродуоденальных газов также могут искажать восприимчивость метода. Скопление жидкости может производить впечатление псевдоповреждения или псевдоосужения, однако изменение угла изображения либо толщины среза может помочь в устранении этой проблемы. Пнев-

---

---

мобилия может быть ошибочно диагностирована как конкременты желчных протоков, а истинные камни могут быть пропущены. Компрессия из-за сосудистой пульсации может создавать картину псевдообструкции желчного протока. Использование как "сырых" данных, так и МР-реконструкции под различными углами может помочь избежать ошибки при описании пузырного протока. Понимание этих "ловушек" и возможных решений очень важно для избежания неверного истолкования МРХПГ-изображений.

## **ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А., Рамазанов М.Е.,  
Медеубеков У.Ш., Керимкулов С.С.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, НЦХ им. А.Н. Сызганова.*

Новым направлением в лечении перфоративных гастродуоденальных язв являются минимально инвазивные вмешательства, при которых ушивание перфоративных язв производится видеолaparоскопическим способом в сочетании с современными противовоспалительными препаратами и иммунокорректирующей терапией.

В нашей клинике с 1998 по 2002 гг. выполнено 46 видеолaparоскопических ушиваний перфоративных гастродуоденальных язв. Среди пациентов было 3 женщины и 43 мужчин. Сроки с момента перфорации колебались от 30 мин. до 24 часов. Особое значение при решении вопроса о лапароскопическом ушивании, мы придаем экстренной ФГДС, которая дает ответы на следующие вопросы: 1) локализация язвы; 2) характер язвы; 3) размеры и глубина, 4) на какой стенке находится; 5) имеется деформация или стеноз; 6) количество язв; 7) имеются ли кроме перфорации кровотечения; 8) осмотр должен проводиться до зоны Фатерова сосочка; 9) в случае малейшего подозрения на малигнизацию операция выполняется открыто.

Всем больным выполнены различные варианты видеолaparоскопического ушивания перфораций гастродуоденальных язв. В одном случае от 16 часов после прободения с наличием разлитого гнойного перитонита была произведена видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы, тщательная санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде больному выполнялись программируемые санационные релaparоскопии на 2 и 4 сутки после операции. На 10 сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии. В десяти случаях (21,7%) ушивание перфоративной язвы было дополнено

---

выполнением селективной проксимальной ваготомии. Двум больным с разлитым гнойным перитонитом была назначена иммунокорректирующая терапия до и после операции. Осложнений после операций не было, больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Использование видеолапароскопических методов в сочетании с современной противоязвенной терапией и иммунокорректирующей терапией способствует значительному снижению количества интра- и послеоперационных осложнений. Мы полагаем, что видеолапароскопическое выполнение операций должно явиться методом выбора в лечении перфоративных гастродуоденальных язв.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТЕНОЗОВ ЖЕЛУДКА**

**Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Потапов В.А., Рахимов Е.Е., Медеубеков У.Ш., Ахетов М.Е.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, НЦХ им. А.Н. Сызганова*

Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых сужений желудка представляет сложную проблему реконструктивной хирургии. За последние восемь лет (1993-2001) мы наблюдали 53 больных с послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка в возрасте от 16 лет до 71 года (25 мужчин и 28 женщин). Время от ожога до начала лечения было от 1 месяца до 3 лет. 49 из этих больных имели стенозы пищевода, сопровождающиеся тяжелой дисфагией. Стенозы кардиального отдела желудка были у 2 больных. У 51 пациента имелись стенозы тела и антрального отдела желудка. Всем больным выполняли наложение гастростомы в нашей модификации, так чтобы затем можно было использовать переднюю стенку желудка для проведения эзофагопластики. Операции резекции желудка Бильрот II были произведены у 12 больных. 41 больному накладывался задний гастроэнтероанастомоз. Такая тактика хирургического лечения позволяла успешно провести эзофагопластику через 4-6 месяцев, используя переднюю стенку желудка, для наложения анастомоза.

Таким образом, при послеожоговых стенозах выходного отдела желудка, следует выполнять резекцию желудка, и если это технически невозможно, тогда задний гастроэнтероанастомоз. При сочетанных стенозах пищевода и желудка необходимо накладывать гастростому.

---

## КОМПЛЕКСНОЕ ТОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

**Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Султанов Э.Ш., Медеубеков У.Ш.,  
Ерманов Е.Ж.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова*

Информативность разных видов инструментальной диагностики различна, и порой, приводит многих хирургов отказываться от дорогостоящих методов исследования. Топическая диагностика первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) является дорогостоящей потому, что включает такие исследования как компьютерное (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), скинтиграфическое исследование (СЦГ).

Для предоперационного определения локализации измененных ОЩЖ у больных с ПГПТ в клинике применялись УЗИ шеи, КТ шеи и средостения и СЦГ. За период с 1982 по 2002 гг с помощью данных методов исследования проведена топическая диагностика 50 больным с ПГПТ. При УЗИ (50 больных) в 33 (66%) случаях обнаружены источники секреции ПТГ, в основном, это были аденомы ОЩЖ (29 (58%) случаев), и гиперплазия ОЩЖ (4 (8%)). УЗИ была неинформативной в 17 (34%) случаях, что потребовало проведения КТ и СЦГ. Однако малые размеры аденомы или гиперплазии ОЩЖ являются прямым показанием для проведения КТ и СЦГ, для установления между образованием щитовидной железы, лимфоузлами с образованием ОЩЖ их расположением и количества пораженных ОЩЖ.

КТ проведена 38 больным. По сравнению с УЗИ разрешающая способность и информативность КТ исследования оказалось выше. У 30 (70%) больных определена локализация измененной ОЩЖ, в 24 (63%) случаях оказалась аденома ОЩЖ, в 6 (15%) гиперплазия ОЩЖ. В 8 (21%) случаях КТ оказалось неинформативным. Не информативность КТ связано, как правило, малыми размерами и атипичным расположением ОЩЖ. При отрицательном результате одним из этапов обследования больной явилось СЦГ ОЩЖ.

Для СЦГ ОЩЖ был использован Технеций (Тс)-99m — пехнетратом и талиия-201 хлорид (Тl). Технеций накапливается в щитовидной железе а Таллий, избирательно скапливающийся в ткани ОЩЖ. Метод позволяет выявить аденомы размером 7-8мм массой (300-400мг) информативность составляет 70-75%. А при массе более 1грамма информативность увеличивается до 96%.

Исследование проводилась на Гамма-камере; однофотонном эмиссионном компьютерном томографе "ADAC genesys Epic" (США). Данное исследование проведена 38 пациентам, в 37 случаях установлен источник гиперпродукции ПТГ. Данное исследование повысило информативность топическую диагностику ОЩЖ до 97%.

---

Однако вопросы повышения информативности топической диагностики до операции требует дальнейших исследований и разработки высоких современных технологий.

## **СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРА НА РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ**

**Амантаева К.К., Капанова Г.Ж.**

*Казахстан, г.Алматы, Казахский Национальный медицинский университет.*

Лазерное облучение гелий-неоновым лазером длиной волны 632,8 нм в красном диапазоне спектра, чрескожно на область печени в возрастающем по времени эффекте, начиная с 10 до 15 минут применено у 22 больных с курсом — от 5 до 15 сеансов в комплексном лечении с гепатотропными препаратами. У больных исследовали биохимические показатели крови, уровень трансаминаз, белки и белковые фракции до и после окончания курса лечения. По данным нашего наблюдения выявлено, что у 18 больных основной группы показатели уровня белков к 8-му сеансу выросли до 62,6+6,5г/л (исходный уровень 54,6+6,3); из них — альбумины до 48%+3; глобулиновая фракция существенно не изменялась; трансаминазы — АЛТ снизились до 0,45 (до лечения 1,12+0,28), АСТ — 0,59 (1,46+0,32). Это видимо, связано со стимуляцией лазерной энергии оставшихся неповрежденных гепатоцитов, которые включаются в запредельный резервный режим работы. Клинический эффект лечения проявлялся уменьшением асцита, улучшением аппетита, активностью больного. В то же время к 12-14 сеансам показатели биохимии крови постепенно повышались почти у всех больных основной группы. Этот факт мы связываем с кумулятивным эффектом лазерной энергии в печени, которая при "накоплении" оказывает отрицательное воздействие.

В контрольной группе показатели уровня белка существенно не изменились, уменьшение асцита было связано с применением диуретиков.

Таким образом, чрескожное лазерное облучение области печени является доступным и достаточно экономичным в финансовом отношении неинвазивным методом. Наравне с этим он также является эффективной терапией, стимулирующей функции неповрежденных гепатоцитов, увеличивая резервные возможности печени, что проявляется положительной клинической динамикой, улучшением биохимических показателей крови.



---

## МИНИЛАПОРОТОМИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

**Амиров К.А., Каримов З.Д., Хусанхаджаева М.Т., Буралиева С.М., Юлдашев М.А.**

*Республика Узбекистан, Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз.*

Все чаще миинилапоротомию (разрезы брюшной стенки до 6 см.) называют альтернативой лапороскопических вмешательств. Нами разработана технология операции и комплект инструментария для проведения миинилапоротомической субтотальной и тотальной гистерэктомии. Показаниями для операции были: симптомная миома матки — у 22(39,3%) из 56 больных, симптомная миома тела матки в сочетании с заболеваниями шейки матки — у 23(41,1%), тяжелая дисплазия эндометрия — у 6(10,7%), аденомиоз в сочетании с миомой матки — у 5(8,9%). Произведено 34 тотальные и 22 субтотальные гистерэктомии. Дополнительного видеоассистирования, лапоролифтинг не использовали. Применялся маточный манипулятор, использовали высокое положение Тренделенбурга больной на операционном столе. У 47 больных использовали надлобковый поперечный разрез, у 9 нижнесрединный (по старому рубцу).

Противопоказаниями к данному виду вмешательства были: ожирение, онкопроцесс, тугоподатливость тканей передней брюшной стенки, 2 и более бывших вмешательств в брюшной полости.

Больных активизировали через 6-12 часов после операции. Серьезных интра- и послеоперационных осложнений не было. Продолжительность операции колебалась от 55 до 95 минут. Средняя кровопотеря составила  $240,0 \pm 35,0$  мл. Средняя продолжительность пребывания больной на койке после операции составила  $3,1 \pm 0,1$  суток.

Наибольшие технические трудности возникают при манипулировании на тазовом дне в области перешеечного отдела матки. Однако с освоением методики они становились менее ощутимыми.

Сравнительный анализ результатов лапороскопической и миинилапоротомической гистерэктомии не выявил преимуществ лапороскопической технологии, а по некоторым характеристикам (продолжительность операции, площадь термокоагуляции, интраоперационная кровопотеря) миинилапоротомическая гистерэктомия имеет преимущество.

---

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С., Амантаева К.К.**

*Россия, г. Великий Новгород, Новгородский государственный Университет, Казахстан, г. Алматы, казахский государственный медицинский Университет.*

Такие свойства лазера как биологическая стимуляция, в том числе гемопоза, десенсибилизация и детоксикация (низкоэнергетический лазер), бактерицидность, гемокоагуляция, малая травматизация тканей (высокоэнергетический лазер) чрезвычайно перспективны в лечении портальной гипертензии (ПГ).

С целью стимуляции регенераторных процессов печени и создания порткавальных анастомозов мы используем лазерную стимуляцию при лапороскопической гепатофренопексии (25 операции), для стимуляции коллатерального оттока из гастрозофагеальной зоны при гастроренопексии (58 операций), по разработанной нами методикам, с хорошим клиническим эффектом; для стимуляции гемопоза и воздействия на клетки крови при ПГ с гиперспленизмом (22); для десенсибилизации и детоксикации асцитической жидкости (АЖ) при острой печеночной недостаточности как самостоятельный способ купирования, как и для замещения токсичной лимфы при наружном лимфодренировании (16).

Высокоэнергетический лазер использовали при обработке ворот селезенки при спленэктомии, резекциях дистальных отделов поджелудочной железы, печени.

## ПОРТОСИСТЕМНЫЕ ТРОМБОЗЫ

**Андреев Г.Н.**

*Россия, Великий Новгород, Новгородский Государственный Университет. Институт медицинского образования.*

В зависимости от локализации выделяют корешковый (радикулярный) с поражением селезеночных и брыжеечных вен; стволовой (трункулярный) — с закупоркой внепеченочного ствола воротной вены; терминальный — при локализации тромбов во внутривенных ветвях воротной, а иногда и в печеночных венах. Различают острый и хронический пилефлебит. Под нашим наблюдением находились 19 больных с острыми и хроническими пилетромбозами. У 8 из 19 был острый пилефлебит. Он проявлялся быстрым развитием острой печеночной недостаточности с присоединением симптомов портальной гипер-

---

тензии (ПГ), которым предшествовали боли в эпигастрии, правом, реже левом подреберьях. Основной причиной была острая абдоминальная патология (аппендицит, деструктивный холецистит). После интраабдоминальных вмешательств назначали комплексную консервативную антикоагулянтную, бринолитическую, дезагрегантную, дезинтоксикационную, антибактериальную терапии. Умерли 3 больных. У 11 больных пилетромбоз развился при портальной гипертензии: у одного на фоне цирроза печени, у 10 — внепеченочной ПГ (ВПГ). У 3 из 11 трупкулярный тромбоз воротной вены развился после спленэктомии, у 8 был радикально-трупкулярный тромбоз с поражением мезентериальных вен. Оперированы 6, 3 из них произведена резекция пораженных сегментов. Умерла одна с циррозом печени. У 3-ех из 6 с субтотальным (1) и тотальным (2) поражением тонкого кишечника ограничили дренированием корня брыжейки для введения антикоагулянтов и лапоростомией, наряду с массивной консервативной терапией. Умерла одна, 78-летняя больная. Еще 2 из 8 не оперированы, им проведена массивная антикоагулянтная и фибринолитическая терапия с дренированием круглой связки печени для местной антикоагулянтной и антибиотикотерапии, оба выздоровели. Следует отметить, что больные с ВПГ до и после операции переносили различные тромбоэмболические осложнения: тромбозы периферических вен, инсульты, инфаркты, что позволяют нам присоединиться к мнению К.Н.Цацаниди и А.К.Ерамышанцева, что ВПГ является частным разделом флебологии, проявлением тромбоэмболической болезни.

## **РОЛЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ**

**Аникина Е.В.**

*г Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия, кафедра хирургических болезней № 3, МУ ГКБ № 7*

Среди хирургических инфекций важное значение занимает проблема лечения острого холангита, который нередко сочетается с механической желтухой и осложняет течение желчнокаменной болезни. Поиск эффективных методов профилактики и лечения этих осложнений остается актуальным. Одним из направлений в решении поставленной задачи является использование низкоинтенсивного лазерного излучения. За период с 1998-2001 гг в отделении общей хирургии ГКБ № 7 были оперированы в неотложном порядке 242 больных с заболеваниями желчевыводящих путей, осложненных острым гнойным холанги-

---

том доброкачественной природы. 35% заболевших составили мужчины, 64% — женщины. Средний возраст составил  $66,15 \pm 2,57$  лет. Преимущественной природой обструкции холедоха у 172 больных (71,1%) был холедохолитиаз. У 126 больных в комплекс лечебных мероприятий входило использование низкоинтенсивного лазерного излучения. С целью углубленного изучения влияния лазеротерапии на гомеостаз, наряду с общепринятыми клинико-лабораторными методами диагностики, нами был проанализирован комплекс показателей, характеризующих иммунный статус, состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, свойства связывающих центров сывороточного альбумина и биофизических параметров сыворотки крови и желчи (морфологию жидких кристаллов и показатель преломления) у 70 пациентов в сравнении с практически здоровыми лицами ( $n=15$ ) в динамике заболевания. В исследуемой группе пациентов у 51 больного в комплексном лечении использовалась лазеротерапия с учетом индивидуальной чувствительности больных к лазерному излучению. Проведенное комплексное изучение анализируемых показателей гомеостаза у больных острым гнойным холангитом показало, что лазеротерапия благоприятно влияет на функциональное состояние печени и уровень эндогенной интоксикации, что подтверждается не только активацией фагоцитарного, гуморального и клеточного звеньев иммунного ответа и снижением перекисного окисления липидов, но и нормализацией состояния связывающих центров сывороточного альбумина и жидкокристаллического статуса сыворотки крови и желчи. Применение лазеротерапии в комплексном лечении больных, оперированных по поводу острого гнойного холангита, способствовало уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома, сокращению длительности симптомов интоксикации, желтухи и печеночной недостаточности, более ранней активации больных после оперативного вмешательства, снижению количества осложнений с 28,4% до 21,4%, уменьшению длительности назначения основных лекарственных форм. Более благоприятное течение послеоперационного периода у больных с использованием лазеротерапии сопровождалось сокращением послеоперационного койко-дня с  $19,2 \pm 1,49$  суток до  $16,42 \pm 0,86$  суток, а средних сроков пребывания больных в стационаре с  $21,5 \pm 1,69$  суток до  $19 \pm 0,97$  суток ( $p < 0,01$ ).

---

## ДЕЭСКАЛАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ БРЮШИНЫ ИМИПЕНЕМОМ-ЦИЛАСТАТИНОМ НАТРИЯ

**Анисимов А.Ю., Зиганшина Л.Е., Мрасов Н.М., Галяутдинов Ф.Ш**

*Россия, г. Казань, государственная медицинская академия*

Краеугольным камнем в лечении гнойной инфекции брюшины является неразрывность хирургической санации очага и антибактериальной терапии (АТ). Оперативное вмешательство, выполненное в нужное время и в достаточном объеме, является более важным фактором для излечения, чем какой либо из имеющихся на сегодня антибиотиков. Однако ответственность за увеличение летальности при несомненном прогрессе хирургических технологий следует возложить на неадекватную АТ. Последняя, при распространенном перитоните (РП) играет такую же роль, как остановка кровотечения при геморрагическом шоке. В то же время абсолютно не ясно, чему отдать предпочтение: комбинированной или моноантибактериальной терапии, эскалационному или деэскалационному подходу? Следует ли доверять микробиологу после получения результата антибиотикограммы, или же предпочтительнее "не менять выигрывающую лошадь"? Раскрытие этих закономерностей является актуальной задачей неотложной хирургии и клинической фармакологии.

За период с 1981 по 2001 годы из 26720 операций на органах брюшной полости 2357 (8,8%) мы выполнили по поводу РП различной этиологии с общей летальностью 18,2%. Микробиологический пейзаж перитонеального экссудата был представлен *E. Colli* в 52,1%; *Staphylococcus* в 18,8%; *Ps. aeruginosa* в 16%; *Proteus vulgaris* в 8,1%; *Klebsiella* в 3,1%, другими возбудителями в 1,7%. Кроме того, были отмечены ассоциации выше перечисленных аэробов с неспорообразующими анаэробами группы *Bakteroides* (46,2%).

Мы сравнили результаты лечения в трех группах сопоставимых по возрасту, полу, хирургическому диагнозу, анатомической локализации инфекции и типу оперативного вмешательства. Индекс тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II был не менее 15, а по шкале Мангеймского индекса перитонита — от 15 и выше.

В первую группу вошли 17 больных РП, получавших стандартную комбинацию цефалоспоринов и аминогликозидов с препаратами метронидазола. Традиционный эскалационный подход требовал длительной АТ, неоднократной смены препаратов с переходом к антибиотику с более широким спектром активности, когда полученные микробиологические данные свидетельствовали о резистентности возбудителей к первоначально назначенному препарату, а клинические — о быстрой прогрессии или персистирующей инфекции. У 9 (52,9%)

---

человек было отмечено прогрессирование перитонита. Это потребовало повторного оперативного вмешательства. Инфекция операционных ран развилась у 8 (47,1%), мочевыводящих путей у 3 (17,6%), дыхательных путей у 4 (23,5%) пациентов. У 4 (23,5%) больных имел место побочный эффект в виде выраженной аллергической крапивницы. Летальность составила 58,8%. Причинами смерти явились преимущественно гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Вторую группу составили 48 пациентов, у которых в качестве "препарата отчаяния" применили имипенем-циластатин натрия. Его назначали с 8-9 суток послеоперационного периода в связи с малой эффективностью комбинированной АТ, когда, казалось, надежды уже не было (эскалационный подход). У 18 (37,5%) пациентов отмечено прогрессирование перитонита. Гнойно-септические осложнения со стороны операционных ран возникли у 13 (27,1%), мочевыводящих путей у 4 (8,3%), дыхательных путей у 9 (18,6%) больных. Аллергическая крапивница на введение препаратов была отмечена у 12 (25%) пациентов. Однако следует сказать, что у 11 из них она возникла еще до назначения имипенема-циластатина натрия, о чем говорило и повышение уровня эозинофилов в крови. Летальность составила 25%.

В третью группу мы выделили 20 человек, которые получали имипенем-циластатин натрия в виде стартовой монотерапии внутривенным курсом (1,5 гр/сут) в течение 7 суток с последующим сужением спектра применяемых антибиотиков на основе полученных бактериологических данных и клинического течения (деэскалационный подход). Все больные этой группы выздоровели. Следует отметить, что температурная кривая у них не превышала нормальных цифр уже со вторых-третьих суток послеоперационного периода. Осложнения в виде инфекции операционных ран отмечены у 3 (15%), мочевыводящих путей у 1 (5%), дыхательных путей у 1 (5%) пациентов. Побочных эффектов на введение препарата ни у одного больного не отмечено. При этом уровень эозинофилов в крови достоверно не изменялся.

Таким образом, наш скромный клинический опыт свидетельствует о том, что при лечении гнойной инфекции брюшины не следует рассматривать имипенем-циластатин натрия как препарат "глубокого резерва", назначая его только больным в критическом состоянии, когда отсутствует эффект от комбинированной АТ. Ранняя деэскалационная монотерапия тиенамом помогает снизить риск развития резидуальной инфекции, уменьшить количество осложнений и сократить летальность. Из декларированных в печати побочных эффектов ни один, кроме аллергической крапивницы (1 больной), характерной практически для всех известных поливалентных антибиотиков, нами не отмечен.

---

## ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЭКСТРИПАЦИИ ПИЩЕВОДА

**Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Якубова М.Б.,  
Тургунов А.М.**

*Республика Казахстан, г. Шымкент Южно-Казахстанская государственная  
медицинская академия*

Последнее десятилетие в хирургии пищевода, наряду с другими операциями широко применяется операция экстирпации пищевода без торакотомии. При которой после экстирпации его, сформированный трансплантат проводится в ложе пищевода и выводится на шею, где формируется пищеводно-желудочный (или др.) анастомоз. Несмотря на хорошую анестезиологическую защиту, операция является травматичной для такой рефлексогенной зоны как средостение, а также в силу топографо-анатомических особенностей пищевода имеется высокий риск возникновения кровотечения из ложи пищевода, который требует торакотомии в 17-35% случаев.

Проводя данным методом экстирпацию пищевода у 10 животных под интубационным наркозом в 4-х случаях потеряли животных вследствие кровотечения из ложи пищевода, кроме этого технические неудобства выполнения операции в классическом варианте — экстирпации пищевода ретроградно в сторону шеи побудили нас модифицировать технику операции, суть которой заключается в следующем: после верхне-срединной лапаротомии мобилизуется желудок с сохранением его питания за счет *a.gastroepiploica dext.*, производится сагиттальная диафрагмотомия и мобилизуется пищевод до дуги аорты. Доступом на шее слева, внутрь от кивательной мышцы выделяется пищевод, пересекается между зажимами, дистальный конец пищевода мобилизуется, вводится в него толстый желудочный зонд, конец которого выводится через гастротомическое отверстие. Проксимальный конец зонда на шее фиксируется лигатурой к пересеченному пищеводу, туда же фиксируется марлевый тампон смоченный растворами лидокаина 1%, аминокaproновой кислоты 5%, гемостатической губкой. При вытягивании зонда через гастротомический разрез удаляется пищевод в вывернутом виде, а тампон заполняет ложе пищевода, оставаясь там до формирования трансплантата из большой кривизны желудка (время экспозиции). Затем конец сформированного трансплантата фиксируется к тампону, тампон вытягивается обратно через шейную рану и формируется анастомоз между оральным концом пищевода и сформированной желудочной трубкой. Диафрагма восстанавливается вокруг желудочной трубки, шейная и брюшная раны зашиваются наглухо. По выше описанной методике нами проведены 20 операций на животных (собаки) и ни в одном случае в послеоперационном периоде мы не наблюдали кровотечения из ложи пищевода (предпатенты Республики Казахстан №10620 от 26.06.2001 г., №2002/0452.1, №2002/0453.1 от 11.04.2002 г.)

---

Результаты наших исследований показали, что одномоментная экстирпация пищевода с пластикой его желудочной трубкой по нашей методике является менее травматичной, укорачивается время операции на 1/3. Марлевый тампон обеспечивает механический гемостаз в ложе пищевода, а пропитанные в него растворы проявляют свой фармакологический эффект, снижая тем самым риск развития шока и кровотечения из ложи пищевода в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

## МЕТОДИКА АДАПТАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА

**Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Якубова М.Б.,  
Тургунов А.М.**

*Республика Казахстан, г. Шымкент, Южно-Казахстанская государственная  
медицинская академия*

Одним из труднейших разделов хирургии на сегодняшний день является хирургия пищевода. Не случайно все еще дискутируются технические подходы, выбор трансплантата, методы операции, этапы и др. Еще высоки послеоперационные осложнения и летальность (57-75%).

В последнее время большинство авторов используют для пластики пищевода трубку выкроенную из большой кривизны желудка с сохранением его питания за счет правой желудочно-сальниковой артерии. По литературным данным при использовании такого трансплантата в 12-24% случаях возникают осложнения связанные с недостаточностью кровоснабжения верхних отделов трансплантата. Для устранения недостатков были сделаны попытки накладывать межсосудистые анастомозы между шейными и желудочными сосудами, применялись в послеоперационном периоде антикоагулянты, резецировались опасные зоны трансплантата, но все они не привели к желаемому результату. Учитывая вышеперечисленные и другие недостатки в использовании изоперистальтического трансплантата из большой кривизны желудка нами на кафедре онкологии экспериментально разработана методика направленная на улучшение кровоснабжения в будущем трансплантате. Для этого за 20-25 дней до проведения животным пластической операции, под общим наркозом производилась лапаротомия, перевязывались и пересекались все сосуды кровоснабжающие желудок (правая и левая желудочные, левая желудочно-сальниковая и короткие сосуды желудка), кроме правых желудочно-сальниковых сосудов, которые обеспечивают питание желудка. II этап операции проводился также под



---

интубационным наркозом. Лапаротомия, из большой кривизны желудка выкраивался трансплантат. Первый ряд швов механический с использованием УКЛ-60. Второй ряд швов узловой капрон или шелк. Производилась диафрагмотомия, пищевод высвобождался от связок вокруг хиатуса и пальцем до доступного участка выделялся от плевры. На шее слева выделялся пищевод, между зажимами пересекался. Дистальный конец пищевода также пальцем отделялся от окружающих тканей. Далее в пищевод вводился зонд, конец которого захватывался в брюшной полости в полости культи желудка. В шейный конец зонда закреплялся дистальный конец пищевода, а так же турунда, смоченная в 1% растворе лидокаина и гемостатической губки. За нижний конец зонд вытягивали и пищевод полностью выворачивался и удалялся. Ложе пищевода занимала турунда. В брюшной полости турунда отсекалась и к дистальному концу турунды закреплялся проксимальный конец сформированного трансплантата. В шейном отделе при обратном вытягивании турунды трансплантат вытягивался до шейной раны. Накладывался анастомоз двухрядными швами между трансплантатом и проксимальным концом пищевода. Все раны зашивались послойно наглухо с оставлением резиновой полоски, подведенной к анастомозу в шейной ране и восстановлением диафрагмы вокруг раны (предпатент Республики Казахстан №10620 от 26.06.2001 г., предпатенты РК №2002/0452.1, №2002/0453.1 от 11.04.2002 г.).

Данным методом были прооперированы 18 животных и при этом ни в одном случае не отмечены осложнения связанные с недостаточностью кровоснабжения в трансплантате.

Таким образом, заблаговременная адаптация желудочного трансплантата при пластике пищевода является простой, по техническому выполнению, общедоступной, и обеспечивает хорошую жизнеспособность мобилизованного трансплантата (желудок), а также уменьшаются послеоперационные осложнения, связанные с недостаточностью кровоснабжения в области анастомоза.

## **ПРЯМОЙ ПИЩЕВОДНО-ПИЩЕВОДНЫЙ АНАСТОМОЗ ПОСЛЕ ЕГО РЕЗЕКЦИИ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УКРЕПЛЕНИЕМ АНАСТОМОЗА**

**Арыбжанов Д.Т.**

*Республика Казахстан, г. Шымкент, Южно-Казахстанская государственная медицинская академия*

Несмотря на успехи современной медицины многие вопросы хирургии пищевода остаются еще окончательно нерешенными. Высока еще частота послеопера-

---

ционных осложнений, достигающие порою 57-75%. Не снижается летальность, хотя и существуют более ста различных вариантов операций на пищеводе, до сих пор дискуссионными остаются выбор доступа к пищеводу (по Добромыслову-Тореку, шейно-абдоминальный, по А.Ф. Савиных и др.) методика и даже этапность операции (одномоментно, 2-х, а то и 3-х моментные). Каждая из этих операций естественно имеют свои преимущества и недостатки. Естественно при таком многообразии методов и техники операций каждый автор оперирует по тому варианту, который у него дает лучшие результаты, поэтому среди авторов нет единого мнения в доступе, в методике и тактике операций на пищеводе.

Исходя из сказанного, мы разработали в эксперименте резекцию пищевода с наложением прямого пищеводно-пищеводного анастомоза "конец-конец" с дополнительным укреплением линии анастомоза тканями, имеющими серозный покров. Суть операции заключается в следующем: под интубационным наркозом торакотомным доступом по 7-8 межреберью слева выделяется пищевод с сохранением основных стволов блуждающих нервов, через диафрагмотомию мобилизуется проксимальный отдел желудка, резецируется участок грудного отдела пищевода (С/3, Н/3) косо в 450 накладывается пищеводно-пищеводный анастомоз "конец-конец". Швы двухэтажные. Линия швов анастомоза снаружи укрепляется дополнительно тканью, имеющей серозный покров по одному из разработанных нами методов (фундопликация по Ниссену — I в.; серозно-мышечным лоскутом выкроенным со дна желудка — II в.; лоскутом диафрагмы — III в.; лоскутом большого сальника на ножке — IV в.; лоскутом париетальной плевры — V в.). Диафрагма восстанавливается вокруг желудка узловыми швами, операционная рана зашивается послойно наглухо (предпатент Республики Казахстан №10625 от 26.06.2001 г., предпатенты РК №10984, №10985 от 15.10.2001 г.).

По выше описанной методике оперировано 52 животных (собаки): по I варианту — 12; по II — 12; по III — 10; по IV — 10; по V варианту — 8. В послеоперационном периоде погибли 7 животных (13,5%) — 3 оперированных по II варианту, 2 — по IV, 2 — по V варианту. Причиной гибели 3 животных был пневмоторакс (5,8%), у 4 животных возникла несостоятельность швов анастомоза (7,7%), что осложнилось плевритом и медиастинитом.

В послеоперационном периоде до 6 месяцев всем животным (45) были проведены эзофагоскопические и рентгенологические исследования пищевода, ни в одном случае не отмечен рубцовый стеноз анастомоза.

Таким образом, резекция пищевода по выше описанной методике является более физиологичной и менее травматичной, сохраняются основные стволы блуждающих нервов, соединяются однородные ткани, сохраняется функция кардиального клапана (сфинктер Гисса). Операция выполняется в один этап. Низка частота послеоперационных осложнений.

---

---

Полученные нами результаты позволяют рекомендовать методику к применению в клинике.

В последнее время с появлением новых клеевых композиций из натурального биоматериала для укрепления линии анастомоза начали успешно применять клеевую композицию ТАХОКОМБ (Nicomed, Австрия).

## **ОСТРЫЕ ТРОМБОЗЫ И ТРОМБОФЛЕБИТЫ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Асамов Р.Э., Ахмедов Р.А., Муминов Ш.М., Дадамьянц Н.Г., Хамидов Б.П. Махмудов Б.Й.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ*

Острые тромбозы глубоких и тромбофлебиты поверхностных вен нижних конечностей остаются наиболее распространенными заболеваниями, нередко приводящими к тромбозмобилическому осложнению.

Сосудистое отделение РНЦЭМП МЗ РУз имеет опыт лечения 146 пациентов с острыми тромбозами и тромбофлебитами вен нижних конечностей. Преимущественное большинство пациентов составили женщины — 103 (70,5%), Возраст больных варьировал от 19 до 73 лет и в среднем составил — 47,3±0,11 лет. Пациенты были подразделены по следующим группам: тромбофлебиты поверхностных вен — 27 (18,5%), тромбозы глубоких вен голени — 52 (35,7%) и илеофemorальный венозный тромбоз — 61 (41,8%) случаях.

Всем больным с целью диагностики выполнялось дуплексное сканирование участка поражения вены на цифровом сканере EUB-6000 "Hitachi" (Япония). Исследование проводилось в режиме, цветного (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования (ЭДК), что давало возможность исследовать как локализацию уровня тромба, так и его расположение (пристеночный, флотирующий, фиксированный), а также определять скорость кровотока по магистральным венам.

Ультразвуковая диагностика при восходящих тромбофлебитах подкожных вен позволило определить тактику хирургического лечения. В 11(40,7%) случаях при наличии гиперемии и болезненности на уровне с/3-в/3 голени, так называемая "головка" тромба визуализировалась на бедре, что явилось показанием к переходу с консервативных мероприятий на оперативное лечение. Также в 4 (14,8%) случаях при локализации патологического процес-

---

са на бедре диагностировали флотирующий тромб общей бедренной вены. В данных случаях выполнялась операция тромбэктомия из бедренной вены катетером Фогарти на высоте пробы Вальсальвы, с перевязкой устья БПВ.

Важное значение при проведении ультразвуковой диагностики имело определение уровня расположения тромба, характера нарушения венозного кровотока при первичных, а также контрольных обследованиях у пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Всем больным с глубоким тромбозом вен нижних конечностей проводилась консервативная терапия с учетом гемореологических нарушений и уровня локализации тромба. При визуальном подтверждении фиксации тромба к стенке вены мы не ожидая условленных 9-11 суток в эластических бинтах активизировали больных, что дало возможность сократить сроки их пребывания в условиях стационара.

Таким образом, использование ультразвуковых методов в диагностике тромбофлебитов подкожных и тромбозов глубоких вен нижних конечностей дает возможность определять тактику лечения и контролировать эффективность проводимой консервативной терапии.

## РАЗРАБОТКА ФАЗОВОГО ПОДХОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТОВ

**Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Второй медицинский институт, кафедра общей хирургии.*

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с распространенными перитонитами за счет целенаправленного воздействия на фазы воспалительного процесса в брюшной полости.

**Материал и методы.** Анализу подвергаются результаты лечения 245 больных с перитонитами, развившимися на фоне острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости или после абдоминальных хирургических вмешательств, условно разделенных на две группы. В первую (контрольную) группу вошли 114 больных, лечение которых проводилось традиционными методами. Вторую (основную) группу составил 131 больной, при лечении которых учитывались особенности фаз воспаления (альтерации, экссудации, пролиферации и эпителизации) в брюшной полости. Следует отметить, что больных с терминальной стадией перитонита в основной группе было больше (73 из 131), чем в контрольной (31 из 114).

В послеоперационном периоде проводился комплекс лечебных мероприятий, который включал в себя плановые санации брюшной полости, различные виды

---

экстракорпоральных методов детоксикации, декомпрессию кишечника, кишечный лаваж, энтеральное зондовое питание, целенаправленную антибактериальную терапию, внутриартериальное введение лекарственных препаратов.

Больным основной группы в зависимости от фазы воспаления санацию брюшной полости проводили водо-растворимыми антибактериальными мазями и озонированным раствором натрия хлорида с применением программируемых релaparотомий и лапаростомии. Кроме того в комплексное лечение добавили коррекцию иммунологического статуса филграстимом (Нейпоген. "Roche").

Анализ результатов лечения показал, что фазовый подход в лечении перитонитов, включающий программированные санации брюшной полости с применением водо-растворимых мазей, озонотерапии и созданием высоких концентраций антибиотика в очаге поражения за счет ДВАКТ, энтеральную детоксикацию и иммуностимуляцию нейпогеном, по сравнению с контрольной группой способствовал резкому снижению частоты развития послеоперационных абдоминальных осложнений у больных основной группы (с 49,1 до 16,0%) и летальности — с (28,1 до 10,7%).

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ЖКБ С ПЕРИПУЗЫРНЫМ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМ ПРОЦЕССОМ**

**Бабышин В.В., Абдуллаев Э.Г., Александров А.И., Зезин В.П., Федоров Д.В.**

*г.Владимир, ГKB СМП, кафедра хирургии ФППО ИГМА*

Хирургическое лечение больных с ЖКБ осложненной гнойно-деструктивным перипроцессом желчного пузыря не является решенной проблемой и продолжает привлекать внимание хирургической общественности. Поиск путей решения данной проблемы ведется и в направлении применения минимальноинвазивных методик, в том числе оперирования из мини-доступа.

Начиная с 1995 г., наряду с классическими и эндоскопическими операциями, мы применяем хирургические вмешательства при ЖКБ, осложненной гнойно-деструктивным процессом желчного пузыря, из мини-доступа. Всего оперировано 717 человек, 344 с признаками перитонита из лапаротомного доступа, 114 больным, очень высокой группы риска, наложена лапароскопическая холецистостома, 64 человека оперированы лапароскопически и 208 пациентам выполнена радикальная операция из мини-доступа. Показаниями к

---

операции послужили клиничко-ультрасонографические данные за гнойно-деструктивный процесс в желчном пузыре. Из 208 больных оперированных мини-доступом, у 63 имел место перипузырный инфильтрат, с абсцедированием в 17 случаях и образованием пузырно-дуоденального соустья в 4-х. В 62 случаях операция изначально планировалась из мини-доступа и в 1 предпринята после безуспешной попытки осуществить ее лапароскопически.

Из числа оперированных, женщин было — 41, мужчин — 22, средний возраст которых составил 63 года, при наличии выраженной сопутствующей патологии у 60%. Продолжительность операции от 40 до 120 минут, в среднем — 69. В 9 случаях, при наличии холестаза, потребовалось дренирование холедоха по Пиковскому или Керу. Несмотря на выраженность воспалительных изменений вокруг желчного пузыря, нам удалось избежать серьезных интраоперационных осложнений, в том числе и повреждения правой долеой артерии, которая в 11 случаях, в виде дуги располагалась на передней стенке желчного пузыря, тем самым симулируя пузырную артерию. Все операции завершены дренированием подпеченочного пространства с дополнительным томпонированием в 5 случаях. В послеоперационном периоде нарушения функции ЖКТ не отмечалось. Дренажи удалялись на 3-14 сутки в зависимости от конкретной ситуации. В 2-х случаях, при нарушении желчеоттока, операции предшествовала ЭПСТ, еще в 2-х — из 9 пациентов с дренированием холедоха, осуществлена антеградная ПСТ, в 7 остальных случаях нарушение желчеоттока было связано с наличием перипузырного инфильтрата. У 2-х больных послеоперационный период осложнился образованием желчных затеков, санированных видеолапароскопически, у 1-го сформировался подпеченочный абсцесс, дренированный пункционно под контролем УЗИ и у 6 больных возникло нагноение послеоперационной раны.

Средний послеоперационный койко-день составил 11, варьируя от 7 до 24.

В ближайшем послеоперационном периоде умерло 4 больных, женщина 63-х лет, от массивной тромбозболии легочной артерии, еще трое больных 70,75 и 85 лет в результате декомпенсации сердечной деятельности.

В целом послеоперационные осложнения возникли в 21% случаев и летальность составила 8%.

Таким образом мини-доступ позволяет щадящим образом осуществить радикальное хирургическое вмешательство при ЖКБ осложненной запущенным гнойно-деструктивным процессом.

---

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ

**Бадин А.М., Столяров С.И., Волков В.В.**

*Чувашская Республика, г. Чебоксары, Республиканская клиническая больница № 1*

Реконструктивно-пластические операции на трахее и бронхах травматичны и сложны, а риск несостоятельности бронхиального шва высок.

За последние 10 лет нами произведено 697 резекций легких, из них 64 пластических (1 резекция трахеи, 27 лобэктомий с циркулярной резекцией главного бронха при травмах и опухолях бронха и 36 резекций доли легкого с клиновидной резекцией бронха).

Для защиты бронхиального шва, кроме щадящей техники операции, и ускорения процессов репарации у 61 больного применялся гелий-неоновый лазер ЛГ-75 с мощностью светового пучка 3 мВт/см<sup>2</sup> и длительностью воздействия 3 минуты по 4-5 сеансов перед операцией, во время операции и в послеоперационном периоде через фибробронхоскоп. Процесс заживления оценивался визуально, гистологически и гистохимически с применением люминисцентного микроскопа ЛЮМАМ И-2 с микроспектрофлюориметрической насадкой ФМЭЛ-1А.

В биоптатах тканей бронхиального шва отмечено увеличение количества ДНК на 1-3-7 сутки ( $1,35 \pm 0,11$ ,  $1,37 \pm 0,11$  и  $1,24 \pm 0,09$  усл.ед.), что свидетельствовало о тетраплоидном строении регенерирующих тканей бронхиального шва после лазерного воздействия. На 8-9 сутки после операции отмечалось постепенное снижение ее уровня. В группе контроля содержание ДНК в 1-3 сутки не отличалось от исходных величин и составляло  $0,86 \pm 0,008$  и  $0,91 \pm 0,08$  усл.ед. ( $p < 0,01$ ), увеличение синтеза ДНК отмечено лишь с 7 дня.

Содержание гистамина, как индикатора воспалительного процесса в бронхиальном шве, было повышенным в обеих группах, однако, при лазерном воздействии оно было более кратковременным (1-7 сутки), чем в группе контроля (1-17 сутки) и менее выраженным.

Данные гистохимических исследований подтверждались и визуально при контрольных фибробронхоскопиях. Так в группе контроля с 1 до 17-20 дня наблюдались отек бронхиального шва, наложения фибрина, наличие некротических масс и гиперемия. При локальной лазеротерапии с 1 суток отек был незначителен, линия шва покрыта тонким слоем фибрина, а эпителизация наступала на 8-10 дни.

Летальных исходов не было. Осложнение после локальной эндобронхиальной лазеротерапии наблюдалось у 1 больного в виде ограниченного плеврита, в контрольной группе же у 3 (медленное расправление легкого и развитие ограничен-

---

ного гнойного плеврита). У 25 больных в сроки от 6 до 12 месяцев после операции при контрольной бронхоскопии изменений зоны бронхиального шва не выявлено, в группе контроля у 4 больных выявлена локальная гиперемия шва.

## **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ И МЕТОДЫ ИХ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Баландина И.А., Перепелицын В.Н., Сапегина Ф.З.,  
Мехоношин В.Н., Шилова Ф.А.**

*г.Пермь, ГОУ ВПО "Пермская Государственная медицинская академия Минздрава России", кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.*

За период с 1996 по 2001 год в Пермский областной центр по лечению острых отравлений поступило 1238 больных с химическими ожогами пищевода. Цель исследования — улучшение результатов лечения ожоговых стриктур пищевода путем разработки алгоритма прогнозирования их формирования. У 39 больных, поступивших в тяжелом состоянии, в 1-е и 10-е сутки после химического ожога пищевода исследовали уровень специфических маркеров соединительной ткани в сыворотке крови и суточной моче. В зависимости от исхода заболевания больных разделили на 2 группы. I группу составили 22 пациента, которые после выздоровления в течение года не предъявляли жалобы на дисфагию. II группа была представлена 17-ю больными, у которых сформировались рубцовые стриктуры. Для определения нормального уровня биополимеров соединительной ткани исследовали кровь и мочу 36 волонтеров. Установили, что среди всех фракций коллагена самым чувствительным является пептидосвязанный оксипролин (ПСОП). Если содержание ПСОП крови в I группе на 10-е сутки повышалось в 2 раза, то во II группе его уровень превышал норму в 7 раз. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что ПСОП крови является индикатором скорости оборота коллагенового белка в организме, и увеличение его уровня на 10-е сутки до 65,11 мкмоль/л и выше является прогностическим фактором развития рубцовых стриктур пищевода. По клинико-рентгенологическим признакам пациенты, у которых вследствие ожога стриктуры не сформировались, на 10-е сутки после химического ожога характеризовались избирательной непроходимостью пищевода. Дисфагия возникала при приеме грубых пищевых продуктов, рентгенологически диаметр просвета в месте ожога составлял 0,5-1 см, прохождение контраста нарушено не было. При эзофагоскопии на 10-е сутки после ожога в I группе выявили катаральный эзофагит, десквамативный или эрозивный эзофагит. У 32%



---

воспаления слизистой пищевода не наблюдали. У больных II группы на 10-е сутки после ожога отмечали компенсированную непроходимость пищевода, когда по пищеводу проходила только полужидкая пища. Рентгенологически диаметр пораженного отдела составлял 3-5 мм, а прохождение жидкой контрастной взвеси было замедлено. Эндоскопически выявляли эрозивно-язвенный эзофагит. Итак, при компенсированной непроходимости пищевода на фоне эрозивно-язвенного эзофагита на 10-е сутки после химического ожога пищевода повышение уровня ПСОП крови в 7 раз и выше является прогностическим признаком формирования рубцовой стриктуры. 214 больных с ожоговыми стенозами пищевода лечили методом баллонной дилатации. При протяженных или множественных сужениях сначала выполняли бужирование. При мембранозных стриктурах дилатацию проводили после электроинцизии.

## ЛАПАРОСКОПИЯ И УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

**Бараев Т.М., Масарский Л.Я.**

*г.Волгоград, гарнизонный Военный госпиталь (нач. А.Е. Борисов).*

Прецизионная диагностика острого аппендицита (ОА) предполагает необходимость решения своеобразной дилеммы: избежать поздней диагностики деструктивного процесса при одновременном отказе от напрасной аппендэктомии. Справиться с этой задачей невозможно без использования новых технологий.

С 1980 по 2002г. у 190 больных в возрасте от 16 до 80 лет при подозрении на ОА мы использовали лапароскопию и видеолапароскопию. Среди наших пациентов было 98 мужчин и 92 женщины.

После лапароскопии аппендэктомия была выполнена у 110 пациентов: 100сл. — деструктивный аппендицит; 5 сл. — прогрессирующий катаральный аппендицит (напряжение червеобразного отростка(ЧО), его ригидность и тень, подозрительная на конкремент в его просвете, выявленная с помощью трансиллюминации); 3сл. — хронический аппендицит; 2сл. — отросток был недоступен осмотру(на операции обнаружен спаечный перипроцесс, хронический аппендицит). Т.е. отросток без признаков деструкции был удален только в 10 сл., что не превысило 10% от общего числа аппендэктомий.

После лапароскопии от операции воздержались у 80 больных: 10сл. — abortивное течение болезни, когда выявлялась только инъекция кровеносных сосудов органа без его напряжения; 61сл. — поверхностные изменения имели вто-

---

ричный характер, связанный с гинекологической патологией, мезаденитом, терминальным илеитом, энтероколитом, холециститом, панкреатитом и т.д.; 9сл. — аппендикс оказался абсолютно интактным (причиной боли оказались почечная колика, язвенная болезнь ДПК, сахарный диабет, плевропневмония, капилляротоксикоз и др.) Ни разу в тех случаях, когда от удаления ЧО отказались, не было отмечено перехода поверхностных изменений в деструктивные.

По нашим данным точность распознавания ОА с помощью лапароскопии достигает 98%. Осложнений при ее проведении не было.

УЗИ с помощью аппарата "Алока 1.700" при подозрении на ОА использовано в 2001-2002г. у 106 больных в возрасте от 18 до 57 лет. Среди них было 86 мужчин и 20 женщин.

У 10 больных из этого числа, особенно в период освоения метода, визуализировать ЧО не удалось, поэтому дальнейшую тактику определяли по клинической картине и с помощью лапароскопии (в 8сл. от операции воздержались, в 2сл — после лапароскопии выполнили аппендэктомию по поводу деструктивного аппендицита).

Эхо-семиотика деструктивных форм ОА заключается в утолщении и отеке ЧО, обнаружении конкрементов в его просвете, сужении просвета, появлении жидкости около органа и в брюшной полости. Эти признаки были обнаружены у 9 человек, которым после УЗИ была выполнена операция. Во время вмешательства деструктивный процесс в ЧО был подтвержден во всех случаях. У остальных 87 больных был верифицирован неизменный или незначительноизмененный ЧО, поэтому им операция не выполнялась (только в 2-х случаях при остающихся сомнениях ОА был дополнительно исключен с помощью лапароскопии).

По нашим данным эффективность эхо-диагностики ОА достигает 92%. УЗИ позволяет убедительно распознать деструктивные формы заболевания и в большинстве случаев исключить этот диагноз при отсутствии воспалительных явлений в ЧО. Кроме того в 2-х сл. были обнаружены конкременты в нижней трети правого мочеточника и в 2-х сл. — правосторонний аднексит, которые и явились истинной причиной боли в правой подвздошной области.

Таким образом, при сомнениях в диагнозе ОА необходимо использовать УЗИ и лапароскопию, что позволит избежать случаев задержки с вмешательством при деструктивных формах заболевания. Кроме того, эти методы дают возможность свести к минимуму частоту напрасных аппендэктомий и распознать многие заболевания, сопровождающиеся псевдоаппендикулярной болью в животе.

---

# АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

**Баракат М.**

*Г. Петрозаводск, Петрозаводский госуниверситет*

Как известно, полифокальные переломы длинных трубчатых костей нижних конечностей составляют 20% среди закрытых и 53,5% среди открытых переломов. Лечение этих тяжелых повреждений затруднено существенной кровопотерей, значительной зоной повреждения тканей с нарушением венозного и лимфатического оттоков. Перечисленные обстоятельства наряду с необходимостью в большинстве случаев использовать оперативное лечение создают реальную угрозу послеоперационного нагноения ран и с вытекающими отсюда нарушениями репаративного остогенеза и развитием гнойных костных поражений. Необходимо отметить существенные особенности в генезе, в течении и лечении воспалительных осложнений у больных преклонного возраста. В этих случаях можно выявить ряд общих факторов способствующих развитию инфекционных осложнений у больных преклонного возраста, можно отнести дегидратацию, снижение эффективности защитной барьерной функции и слизистых оболочек в результате старческих процессов, возрастной иммунодефицит, нарушение микроциркуляции, недостаточное соблюдение личной гигиены и т.д.

Особенностью этого возраста является то, что в качестве местных факторов намного чаще выступают очаги парадонтальной или тонзиллярной инфекции, иногда связанные с неправильным пользованием зубными протезами, хронические воспалительные заболевания внутренних органов. При этом интеркуррентные хронические заболевания, продолжительное пребывание в стационаре сопровождались деструкцией витального стереотипа и развитием проявлений деперсонализации (17%). Сложности диагностики обычно были связаны со скудной симптоматикой, частым отсутствием острого начала, ослабленной лихорадочной реакцией. Иногда воспалительный процесс наоборот протекал атипично и клинически проявлялся выраженной симптоматикой со стороны ЦНС (заторможенность, сонливость, слабость, нарушение сознания, изменение психики, головная боль, головокружение), а также внезапным развитием или прогрессированием дыхательной, сердечной, почечной недостаточности. При видимом "беспричинном" возникновении подобных симптомов следует обязательно исключить развитие воспалительного осложнения.

Одной из причин недостаточной клинической и бактериологической эффективности антибиотиков у лиц преклонного возраста является ухудшение транспорта лекарств в ткани из-за падения объема распределения тканево-

---

---

го кровотока и уменьшения содержания воды в организме на 10-15%. При выборе и применении антибактериального средства мы учитываем антими-кробную, бактерицидную активность, переносимость лекарственного препарата, возрастные особенности фармакокинетики. Наиболее эффективными антибактериальными препаратами по нашим данным, оказались цефалоспорины третьего поколения. Однако, в условиях массивной антибактериальной атаки цефалоспоринами у больных преклонного возраста легко происходит нарушение паритетных отношений на уровне микромира. Так называемая, факультативно патогенная группа микроорганизмов, существующая в организме в условиях утраченного баланса зачастую вызывает нарушение дигестивной функции с различными клиническими проявлениями вплоть до кишечной непроходимости в зависимости от преимущественного уровня основных расстройств. К сожалению, из 46 наблюдавшихся, двое были оперированы при подобной клинике.

При травмах этот побочный эффект антибактериальной терапии потенцируют аналогичное воздействие кровопотери, шока, местных расстройств, кровообращения, что особенно следует предвидеть у больных пожилого и старческого возраста.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ**

**Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В., Калмыкова О.П.**

*Россия, г. Волгоград, медицинская академия, кафедра факультетской хирургии.*

Лапароскопические операции у ранее оперированных больных имеют определенные технические особенности, связанные со спаечным процессом в брюшной полости. Главной проблемой, препятствовавшей до недавнего времени широкому внедрению в клиническую практику лапароскопии при наличии послеоперационных рубцов, являлось отсутствие достоверных тестов предположительной оценки наличия и распространенности висцеро-париетальных сращений (ВПС).

В клинике факультетской хирургии ВМА лечебные и диагностические лапароскопии в условиях спаечного процесса выполняются с 1978 года. До середины 80-х годов было выполнено 712 лапароскопий, из них 74 — у пациентов, перенесших лапаротомию. Спаечный процесс после ранее перенесенной лапаротомии в той или иной степени являлся противопоказанием к лапароскопии (Постолов П.М. и соавт., 1986). С внедрением в клиническую

практику видеоэндоскопической и ультразвуковой техники нам удалось значительно расширить спектр манипуляций и увеличить абсолютное количество лапароскопических операций у ранее оперированных больных.

С 1991 по 2001 год нами произведено 1870 лапароскопических операций, включая диагностические и санационные лапароскопии, после ранее выполненных традиционных и лапароскопических хирургических вмешательств. Наличие висцеро-париетальных сращений у 1421 (76%) пациента подтверждает актуальность проблемы лапароскопических операций в условиях спаечного процесса (таблица № 1).

**Таблица № 1.** Образование висцеро-париетальных сращений (ВПС) в зависимости от вида ранее выполненного оперативного доступа

Оперативный доступ	Количество больных	Наличие ВПС на лапароскопии
Верхне-срединная лапаротомия	579	563 (97%)
Нижне-срединная лапаротомия	306	201 (66%)
Волковича-Дьяконова	147	125 (85%)
Кохера	21	18
Минилапаротомия	19	7
Несколько операций	427	398 (93%)
Лапароскопия	166	17 (10%)
ЛХС	86	79 (92%)
ЛЖЭ	32	9 (28%)
Грыжесечения	87	4 (5%)
Всего	1870	1421 (76%)

Специальное ультразвуковое исследование у ранее оперированных больных, позволяет на дооперационном этапе диагностировать ВПС, определить на передней брюшной стенке безопасные зоны для создания пневмоперитонеума и введения первого троакара, тем самым расширить показания для проведения лапароскопических операций после различных хирургических вмешательств, независимо от видов оперативных доступов и локализации рубцов. Считаем не допустимым выполнение лапароскопических операций без предварительного специального УЗИ у пациентов, перенесших срединную лапаротомию или несколько лапаротомий другими доступами. Высокая диагностическая ценность ультразвукового исследования передней брюшной стенки и брюшной полости датчиком с частотой 7,5 МГц в условиях форсированного дыхания позволяет считать данный вид дооперационного обследования, выполненного нами 1511 (80,8%) пациентам, скрининговым (таблица № 2).

Предположительно у 1008 (66,7%) обследованных имелись ультразвуковые признаки висцеро-париетальных сращений полых органов, подтвержденные на лапароскопии у 1056 (69,9%) больных. Диагностическая ценность УЗИ со-

---

ставила в среднем 95,5%. Необходимо учесть, что ВПС большого сальника, являющиеся одним из самых частых видов послеоперационных сращений (Женчевский С.А., 1989; Хунафин С.Н., 1992; Орманов Б.С. и соавт., 1994; Luijendijk R.W. et al., 1994), ультразвуковой верификации не поддаются.

В настоящее время мы располагаем опытом 134 попыток лапароскопических операций, выполненных непосредственно по поводу различных форм спаечной болезни брюшной полости, и 35 операций, дополненных адгезиолизисом для обеспечения оперативного пространства. Лапароскопически завершено 144 (85,2 %) вмешательства.

На высоте приступа острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) оперировали 52 пациента (группа А). Из них у 38 (73,1%) — операции закончились без осложнений. В 6 наблюдениях от лапароскопического адгезиолизиса мы были вынуждены воздержаться в связи с наличием декомпенсированной ОСКН, спаечного процесса IV степени, мощных спаечных конгломератов. У 8 больных ятрогенные повреждения тонкой кишки послужили причиной конверсии к лапаротомии.

После медикаментозного купирования илеуса, в плановом порядке оперировали 46 больных (группа В). В 35 (76,1%) наблюдениях операции завершили лапароскопически. Технические трудности, возникшие при лапароскопическом рассечении висцеро-париетальных спаек тонкой кишки в зоне послеоперационных рубцов у 11 пациентов, вынудили нас дополнить операцию минилапаротомией под видеоконтролем. Интраоперационных осложнений, отказа от лапароскопического адгезиолизиса в группе В не было.

По поводу болевой формы спаечной болезни лапароскопическое рассечение спаек выполнили 36 пациентам (группа С). Операции прошли без осложнений. Данная группа больных является наиболее технически доступной для малоинвазивных вмешательств, что обусловлено спецификой спаечного процесса.

При выполнении различных лапароскопических операций у ранее оперированных больных (резекции желудка, травмы органов брюшной полости, аппендэктомии и др.) в 35 наблюдениях произвели адгезиолизис бессимптомных сращений, в том числе и ВПС полых органов, препятствовавших выполнению основного этапа операции (группа D).

Достигнуть необходимый уровень эффективности и безопасности лапароскопических операций у ранее оперированных больных невозможно без решения ряда вопросов, касающихся особенностей хирургической техники в условиях спаечного процесса.

Создание пневмоперитонеума и установка первого лапаропорта является одним из наиболее опасных этапов любой лапароскопической операции. Рубцово-спаечная деформация передней брюшной стенки и органов брюшной полости приводят к нарушению их топографо-анатомических взаимоотношений,

**Таблица №2.** Диагностическая ценность УЗИ при выявлении висцеро-париетальных сращений (ВПС) полых органов

Оперативный доступ	Кол-во обследованных	УЗИ		Лапароскопия		Совпадение данных о наличии ВПС (%)
		ВПС есть	ВПС нет	ВПС есть	ВПС Нет	
В/срединная лапаротомия	485	453	32	469	16	96,6
Н/срединная лапаротомия	243	164	79	176	67	93,2
Волковича-Дьяконова	112	35	77	39	73	89,7
Кохера	15	3	12	5	10	-
Минилапаротомия	13	1	12	1	12	-
Несколько операций	345	337	8	341	4	98,8
Лапароскопия	134	1	133	4	130	-
ЛХС	69	4	65	7	62	-
ЛХЭ	27	1	26	3	24	-
Грыжесечения	68	9	59	11	57	-
ВСЕГО	1511	1008	503	1056	455	

значительно уменьшая "глубину безопасного операционного действия". Лапаролифтинг позволяет максимально увеличить дистанцию между париетальной брюшиной и органами брюшной полости, создать свободное пространство для введения иглы Вереша.

Для установки рабочих инструментов под контролем оптики выбираем свободные места на брюшной стенке, максимально отдаленные от висцеро-париетальных спаек. Адгезиолизис выполняем последовательно, начиная с подвижных тяжевых, пленчатых и сальниковых спаек. Применение электрокоагуляции считаем не допустимым. При наличии выраженных рубцовых изменений тканей в местах интимного сращения внутренних органов с брюшной стенкой спайки целесообразно отсекают вместе с участком брюшины.

Топографо-анатомические перестройки, вызванные висцеро-висцеральными сращениями, имеют второстепенное значение. Адгезиолизис данного вида спаек, при соблюдении правил лапароскопической техники в условиях спаечного процесса, не вызывает трудностей.

Профилактика спаечной болезни. При рассечении тяжевых и рыхлых пленчатых спаек не образуются обширные раневые поверхности, что наблюдается при лизисе плоскостных, плотных пленчатых и сальниковых сращений. Образовавшиеся дефекты париетальной брюшины и рассеченные спайки являются плацдармом для рецидива спаечной болезни.

В настоящее время профилактика образования спаек имеет три направления: уменьшение травмы брюшины, снижение воспалительной реакции в зоне операции, отграничение поврежденных серозных поверхностей посредством создания защитных пленок на мезотелии. Малоинвазивные технологии позволяют свести к минимуму хирургическую агрессию при оперативном лечении спа-

---

ечной болезни. Радикальное уменьшение площади оперативного доступа значительно снижает риск образования новых ВПС.

Для послойного ушивания ран мы используем синтетические рассасывающиеся атравматичные материалы (Полисорб, Биосин, Дексон). В основе их противовоспалительного эффекта лежат биоинертность и гидролитическое расщепление. Противовоспалительное действие энзимного препарата Флогэнзим (производитель — Mucos Pharma) базируется на снижении вязкости крови, агрегации тромбоцитов, улучшении микроциркуляции.

Наиболее эффективным барьерным средством для создания защитного слоя на брюшине в настоящее время является Интерсид. Лапароскопический адгезиолизис, выполненный нами в плановом порядке, завершен аппликацией Интерсида (ТС-7) у 14 пациентов.

Выводы.

1. Спаечный процесс брюшной полости после ранее перенесенных операций не является противопоказанием к выполнению лапароскопии.

2. Ранее оперированным пациентам на дооперационном этапе необходимо выполнять специальное УЗИ для определения на брюшной стенке локализации свободных от ВПС зон.

3. Знание технических особенностей манипуляций в условиях спаечного процесса позволяет избежать осложнений при лапароскопическом адгезиолизисе.

4. Лапароскопический адгезиолизис при ОСКН имеет ограниченные показания. Тактика ведения данной группы пациентов должна быть направлена на медикаментозное купирование илеуса с последующим плановым оперативным лечением.

5. Любое хирургическое вмешательство при спаечной болезни требует применения современных средств профилактики повторного образования межорганных сращений.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ ЛИХТЕНШТЕЙНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ПРОТЕЗА**

**Бекшоков А.С., Егоров А.В., Гузнов И.Г.**

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, факультетская хирургическая клиника им Н.Н. Бурденко*

Грыжи передней брюшной стенки входят в число наиболее распространенных хирургических заболеваний человека. Им страдают около 5% населения. 70 %



---

всех грыж составляют паховые, причем более чем в 90-95% случаев страдают мужчины.

В связи с развитием новых технологий синтеза полимеров, в хирургическую практику стали активно внедряться различные аллопластические материалы при лечении грыж передней брюшной стенки. Поэтому в настоящее время наряду с традиционными получили признание и широкое развитие так называемые "ненатяжные" ("tension-free") методы пластики хирургического лечения паховой грыжи, при которых не происходит натяжения тканей в области пластики.

В нашей клинике впервые методика Лихтенштейна с использованием полипропиленового эндопротеза при лечении паховых грыж стала применяться с января 2000 г. До настоящего времени прооперировано 134 больных с 156 грыжами, из них мужчин — 123 (93,3 %), женщин — 9 (6,7%). Средний возраст больных составил 45 лет (от 19 до 71 года). Первичные грыжи были у 122 (91%) больных, рецидивные у 12. В 88 (56,4%) наблюдениях грыжи были косые, в 68 (43,6%) — прямые и у 22 (16,4%) больных двусторонние грыжи. У 1 больного прямая грыжа сочеталась с косой.

При операциях по Лихтенштейну применяли специальную двуслойную полипропиленовую сетку для пластики задней стенки пахового канала. После операции больных активизировали в день операции, несмотря на что значительно снижалось количество применяемых анальгетиков в послеоперационном периоде. Для обезболивания было достаточно кетонала по 2мл.х 2раза в сутки. Всего после операции больные получали от 2 до 5 инъекций.

При изучении непосредственных результатов в ближайшем послеоперационном периоде у 1 (0,74%) больного после грыжесечения пластикой пахового канала полипропиленовым эндопротезом по поводу гигантской пахово-мошоночной грыжи на 7-е сутки развилась водянка оболочек яичка, у 6 (3,8%) больных отмечена серома послеоперационной раны.

Средний период пребывания в стационаре после операции составил 3,5 суток (от 2 до 5). Средний период временной нетрудоспособности составил 22, 5 дня (от 14 до 31 дня).

Наш опыт применения данной методики очередной раз доказал, что основными достоинствами "ненатяжной" пластики являются относительная простота метода, ранняя активизация пациентов, заметное снижение болей в послеоперационном периоде и короткий реабилитационный период. Мы считаем, что и при прямых и при косых паховых грыжах, грыжесечение с пластикой задней стенки пахового канала с использованием полипропиленового эндопротеза является методом выбора.

---

# ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОНКОЛОГИИ

**Белоконев В.И., Кочетков Р.И.**

*г. Самара. Кафедра клинической хирургии, Областной онкодиспансер*

Частота раневых осложнений после операций по поводу образований кожи, мягких тканей и молочной железы до настоящего времени остается высокой. Разработанные принципы антибиотикопрофилактики позволяют снизить их процент только при условии адекватного хирургического вмешательства.

Цель исследования — усовершенствовать технику операций у данных онкобольных путем использования приемов пластической хирургии.

Материалы и методы: Проведен анализ хирургического лечения больных с новообразованиями кожи, мягких тканей и молочной железы за период с 1998-2001 годы, которые разделены на две группы. В первой группе лечение было традиционным. Анализ течения послеоперационного периода позволил выделить факторы риска развития раневых осложнений, а именно:

1. наличие перифокальное воспаления, изъязвления, нагноения, распада опухоли, что переводит предполагаемые операции в разряд "загрязненных".

2. Размеры (для опухолей кожи 3-5 см, для опухолей мягких тканей и молочной железы 5-7 см) и локализация (паховые, подмышечные области, дистальные сегменты верхних и нижних конечностей) интраоперационного дефекта.

3. Нерационально выполненные разрезы кожи без учета "силовых" линий.

4. Прямое сшивание краев раны без достаточной мобилизации кожных лоскутов или без использования методик кожной пластики.

Во второй группе онкологические принципы операций были дополнены приемами пластической хирургии, которые включали:

1. Тщательное предоперационное планирование кожных разрезов с оценкой предполагаемого интраоперационного дефекта и возможных вариантов его закрытия в зависимости от морфо-функциональных особенностей и кровоснабжения данной анатомической области.

2. Использование комбинированных разрезов (Т-, Z-образные и другие) для доступа к мягко-тканым новообразованиям и опухолям кожи, расположенным на границах различных анатомических областей.

3. Закрытие раневых дефектов с помощью разнообразных лоскутов, сшиваемых без натяжения; ликвидации свободных пространств съёмными матрацными швами и вакуумным дренированием.

Внедренные в практику принципы лечения у больных второй группы позволили добиться снижения количества послеоперационных осложнений (в среднем на 25-40%), продолжительности пребывания больного в стационаре (на 3-

---

5 к/дня) и увеличения количества футлярно-фасциальных иссечений опухолей с использованием различных методик кожной пластики (более чем в 1,5 раза).

## **ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

**Белоконев В.И., Пономарев О.А., Ковалева З.В., Качанов В.А., Сूपильников А.А..**

*Кафедра хирургических болезней № 2 СамГМУ, Тольяттинская городская клиническая больница № 1*

Симультанные операции при послеоперационных вентральных грыжах (ПВГ) получили широкое распространение и одобрение. В то же время одним из нерешенных является вопрос о показаниях при них к профилактической аппендэктомии (ПА).

Цель исследования — обосновать необходимость профилактической аппендэктомии у больных при операциях по поводу ПВГ.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 296 больных с ПВГ. Грыжи средних размеров имели место у 14,2 %, больших — у 49,3 %, огромных — у 16,3 %, гигантских — у 20,2 %. Аппендэктомию в анамнезе перенесли 47 (15,9 %) пациентов. При грыжесечении выполнялись симультанные операции (холецистэктомия — 37 (20 %), устранение хронической спаечной кишечной непроходимости — 55 (29,7 %), резекция большого сальника — 41 (22,2 %), аппендэктомия — 22 (11,9 %), операции на желудке — 6 (3,24), удаление матки с придатками — 12 (6,49 %), резекция тонкой кишки — 6 (3,24 %), прочие операции — 6 (3,24 %).

Анализ показывает, что 185 (62,5 %) больным при грыжесечении потребовалось выполнение различных по объему внутрибрюшных вмешательств. Основные из них (44,9 %) — это холецистэктомия, резекция большого сальника и устранение хронической спаечной кишечной непроходимости. Именно последняя у 22 (7,4 %) пациентов явилась причиной аппендэктомии, так как червеобразный отросток был вовлечен в спаечный процесс и межкишечные конгломераты. Осложнений, связанных с аппендэктомией, у больных не было.

Обоснованность доктрины о необходимости симультанных операций прослежена на отдаленных результатах лечения, сведения о которых нами получены от 77 больных (1 группа). Для сравнения изучены результаты пластик грыжи у 86 больных (2 группа) традиционными способами, среди которых одномоментно со-

---

путствующая хирургическая патология не устранялась. Из 77 больных 1 группы 1 (1,29 %) больная, после пластики срединной грыжи, перенесла аппендэктомия по поводу острого гангренозного аппендицита и 1 (1,29 %) — нефрэктомия в связи с патологией почки. У первой больной в области аппендикулярного доступа образовалась грыжа, которая потребовала оперативного лечения.

Из 86 больных 2 группы повторные внутрибрюшные операции в отдаленные сроки потребовались у 12 (13,95 %) пациентов (у 7 — холецистэктомия, у 2 — устранение ОКН, у 2 — удаление кист печени и поджелудочной железы, у 1 — резекция ободочной кишки). Причем именно они явились причиной рецидива грыжи.

Следовательно при операциях по поводу ПВГ больших, огромных и гигантских размеров с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, ожирении, мышечно — апоневротической слабости брюшной стенки, сопутствующей соматической патологии ПА оправдана и целесообразна, так как экстренная аппендэктомия после выполненной пластики брюшной стенки увеличивает риск развития осложнений.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ ИНЕРТНЫХ ГАЗОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ**

**Бельков А.В., Володченко В.А., Кирюшенкова С.В.**

*Смоленск, медицинская академия, кафедра факультетской хирургии*

Плазменные потоки инертных газов широко используются в хирургии. Они обладают выраженными противовоспалительным, антимикробным, анальгезирующим действиями, стимулируют процессы тканевой репарации. Создание новой конструкции плазматрона физиотерапевтического действия, позволяющего получать расфокусированный поток плазмы, открывает новые возможности ее применения.

В клинике факультетской хирургии СГМА на базе МЛПУ " Клиническая больница №1" г. Смоленска разработан метод профилактики нагноения послеоперационных микробно — загрязненных ран (рационализаторское предложение № 1408 от 30.10.2000 г.). Последний был применен у 45 больных с различными формами перитонита, при этом давность заболевания составляла не менее 12 часов. У всех оперированных перитонеальный экссудат расценивался как фибринозно-гнойный или гнойный, что свидетельствовало о высокой степени бактериальной загрязненности.

---

Суть предложенной нами методики заключалась в следующем: после завершения основного этапа операции, перед ушиванием лапаротомной раны, органы брюшной полости защищали влажной марлевой салфеткой. Зубчатыми крючками (или с помощью хирургических пинцетов) широко разводили края раны и облучали раневую поверхность расфокусированным плазменным потоком инертного газа (гелия или аргона). Длительность облучения каждого светового поля составляла около 5 секунд. Расстояние от ткани до сопла плазматрона — 25-30 сантиметров. Видимым контролем достаточности воздействия служило появление легкого подсушивающего эффекта без коагуляционного некроза, за счет которого осуществляли дополнительный лимфо- и гемостаз из капилляров, что предупреждало возникновение раневых сером и гематом. При этом осуществляли забор биопсийного материала из ран для последующего микробиологического исследования.

Нагноение раны после операции и облучения плазмой отмечали в 4 наблюдениях, это составило 8,9%. Для сравнения — в контрольной группе частота нагноений послеоперационных ран равнялась 27,7%.

Полученные микробиологические данные свидетельствовали о преобладании в ранах грамотрицательной флоры: кишечная палочка, протей, ацинетобактер, цитробактер, энтеробактер. Кроме этого высевали золотистый стафилококк и энтерококки. Количество бактерий в одном грамме биоптата составило в среднем  $6,1 \cdot 10^9$  микробных тел. В результате воздействия плазменного потока произошло снижение микробного числа в среднем на 5 порядков — при облучении гелиевой плазмой; и — на 3 порядка, в случае использования аргона.

Таким образом, расфокусированный поток плазмы инертных газов действуя бактерицидно и осуществляя дополнительно лимфо- и гемостаз, позволил создать условия для заживления контаминированных лапаротомных ран при перитоните первичным натяжением.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛИНТОНА ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Богданов А.В., Михайлова С.А., Ибатуллин Р.Д., Маслов В.Г.**  
*Россия, г. Челябинск, городская клиническая больница №6*

В отделении плановой хирургии ГКБ №6 г. Челябинска осуществляется оперативное лечение пациентов, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей. При наличии патологического сброса крови из глубоких вен ни-

---

жных конечностей в систему поверхностных вен выполняются операции по перевязке перфорантных вен по методам Коккетта и Линтона. Длительный период реабилитации, частые краевые некрозы кожи вдоль послеоперационной раны, неудовлетворительные косметические результаты побудили нас к внедрению в клинику малоинвазивных методик операций.

С апреля 2002 года в отделении плановой хирургии ГКБ №6 г. Челябинска используются наборы для малоинвазивных операций фирмы "SAN" и осуществляются операции Линтона из мини-доступа.

За истекший период прооперировано 6 человек (5 мужчин и 1 женщина), выполнено 7 операций по перевязке перфорантных вен по методике Линтона из мини-доступа. Одновременно этим больным выполнялись традиционные флебэктомии по Троянову-Тренделенбургу-Бэбкоку-Нарату. Возраст пациентов составлял от 42 до 65 лет. При поступлении у всех больных, наряду с выраженным варикозным расширением вен нижних конечностей отмечались явления гиперпигментации кожных покровов, липодерматосклероза, а в двух случаях — наличие зарубцевавшихся трофических язв, что соответствовало 4-5 стадии клинической классификации ХВН по системе СЕАР.

Всем больным перед началом лечения проводились так называемые "маршевые пробы", а также ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей, что позволяло достоверно выявлять наличие несостоятельности клапанного аппарата коммуникантных вен.

Во время операции на задней поверхности голени в средней трети выполнялся разрез кожи длиной 4 см, собственной фасции голени, из которого осуществлялась перевязка коммуникантных вен на участке от подколенной области до лодыжек. Осложнений в ходе операции мы не наблюдали. Среднее время операции составило  $40 \pm 5$  минут.

В послеоперационном периоде у одного больного на 9-е сутки отмечено осложнение — тромбоз глубоких вен голени. На фоне проведения консервативной терапии явления флебита купированы. Во всех случаях заживление послеоперационных ран происходило первичным натяжением, швы снимались на 9-10-е сутки. Средний койко-день после операции составил  $9 \pm 1,2$  суток.

В послеоперационном периоде, по сравнению с операцией Линтона по традиционной методу нами отмечено: быстрое снижение болевого синдрома, быстрое функциональное восстановление нижних конечностей, отсутствие подкожных и подфасциальных гематом в месте перевязки коммуникантных вен, заживление раны первичным натяжением.

Мы считаем, что выполнение операции Линтона из мини-доступа обеспечивает хороший косметический результат, быстрое функциональное восстановление нижних конечностей. Использование этой методики позволяет адекватно перевязать коммуникантные вены.

---

---

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРВОГО ЛУЧА БЕСПАЛОЙ КИСТИ

**Валеев М.М., Большаков Р.Е., Ильясов А.Ф.**

*г. Уфа, Республика Башкортостан, Башкирский государственный медицинский университет; Больница скорой медицинской помощи.*

Ампутация I пальца приводит к снижению функции сегмента на 40-50%. В связи с этим проблема реконструкции I пальца является одной из наиболее важных в хирургии кисти.

Как известно, функциональные возможности культи I пальца кисти и выбор метода реконструкции определяется тремя основными факторами: длина сохранившейся части I пальца; состояние и функция мышц образующих возвышение большого пальца; функция седловидного (пястно-многоугольного) сустава.

Мы имеем опыт лечения 44 пациентов в возрасте от 6 до 43 лет. В зависимости от уровня операции мы применяем следующие способы создания I пальца кисти при ее утрате: фалангизация I пястной кости, удлинение I пястной кости, полицизация других пальцев и их частей, пересадка пальцев стопы и их частей на кисть, кожно-костная реконструкция.

Фалангизацию кисти выполняем по способам Парина, Альбрехта, Азолова. По данной методике оперировано 12 пациентов. Удлинение I пястной кости применяли в 3х случаях.

Аутотрансплантация на микрососудистых анастомозах II или (и) фрагмента I пальцев стопы применялась в 18 случаях. Отторжение аутотрансплантата имело место в одном случае.

Комплекс тканей при кожно-костной реконструкции формируем из бассейна лучевой артерии, что позволяет одновременно создать отсутствующий палец при хорошем кровоснабжении пересаженных тканей, включая и костную основу.

Во всех случаях удалось добиться улучшения формы и функциональных возможностей кисти. Полученные функциональные и эстетические результаты позволяют считать, применяемые по показаниям способы реконструкции первого луча беспалой кисти оптимальной.

---

# РЕКОНСТРУКЦИЯ КИСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКЕ И ЭЛЕКТРООЖОГЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

**Валеев М.М., Большаков Р.Е., Ильясов А.Ф.**

*г. Уфа, Республика Башкортостан, Башкирский государственный медицинский университет; Больница скорой медицинской помощи.*

Хирургическая тактика при лечении электроожога и травматической отслойки мягких тканей часто ограничивается некрэктомией и аутодермопластикой, приводящей к образованию вторичных деформаций. Для кисти это означает поражение всех тканей с тотальной рубцовой трансформацией транзитных структур кинематической системы: сухожилий, нервов, мышц и суставов. В отдаленном периоде приходится иметь дело с тяжелой инвалидностью травмированных, общими чертами которой являются: молодой возраст и настойчивое желание к лечению; полная деструкция звеньев кинематической системы; многоэтапность и длительность лечения.

При лечении подобных пациентов мы придерживаемся следующих принципов: ранняя некрэктомия, тотальное замещение дефектов мягких тканей аутовитальным кожным покровом, ранняя реинтеграция. Подобная тактика позволяет максимально полноценно восстановить все звенья единой кинематической системы.

Мы за последние три года наблюдали 38 пациентов с травматической отслойкой и электроожогом мягких тканей и их последствиями в виде тяжелых рубцовых контрактур, приведших к стойким артрогенным контрактурам. При свежих поражениях экономную некрэктомию производили на 3-4 сутки с момента травмы, что давало возможность предотвратить вторичный тромбоз сосудов.

Для замещения дефектов покровных тканей используем сложносоставные лоскуты на микрососудистых анастомозах с отдаленных участков тела, несвободный аутовитальный кожно-фасциальный лоскут (лучевой или "китайский"). Кожно-фасциальный лоскут предплечья на основе лучевой артерии позволяет полноценно заместить дефект покровных тканей практически на любой области кисти, достаточно технически прост для "забора" и относительно "безопасен" в применении. Вместе с тем, нами широко используются по показаниям и традиционные методы, такие как свободная аутодермопластика полнослойным трансплантатом, пластика "итальянским" способом, которые десятилетиями рекомендовали себя с положительной стороны.

Дифференциальный подход, направленный на раннюю реинтеграцию позволяет максимально восстановить все звенья единой кинематической системы, каковой является кисть.



---

# ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Везирова З.Ш., Аббасов Ф.Э., Гасанов Ф.Д., Рахмани С.А.**

*г.Баку, Азербайджан, Научно-исследовательский Институт Клинической Медицины им. М.А. Топчибашева*

Возросшая за последние годы репрезентативность пациентов пожилого и старческого возраста в общехирургических клиниках, печальная и настораживающая статистика тромбоэмболических осложнений (ТЭО) диктуют необходимость разработки надежного комплекса превентивных мероприятий для этого контингента больных.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в комплексе профилактических мероприятий развития ТЭО в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Объектом нашего исследования стали 32 пациента в возрасте от 48 до 81 года, перенесших следующие оперативные вмешательства на органах брюшной полости: резекция желудка по методу Бильрот II в модификации Витебского (9), холецистэктомия (20), в сочетании в ряде случаев с холедохолитотомией и различными видами дренирования общего желчного протока (12) и прочие (3). Каждый из обследованных больных имел наряду с возрастом два и более дополнительных факторов риска развития ТЭО: сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания — ХИБС (26), ХИБС в сочетании с гипертонической болезнью (14), варикозное расширение вен нижних конечностей (8), ожирение I-II (2) и III-IV (4) степени. На основании наличия сопутствующих заболеваний и в соответствии с объемом оперативных вмешательств больные отнесены к группам умеренно высокого (20) и очень высокого (12) риска развития ТЭО.

Пакет обследования пациентов на этапах хирургического лечения включал как стандартные, так и специальные методы исследования показателей гемореологии (уровень фибриногена, фибринолитической активности плазмы, фактора Виллебранда, продуктов деградации фибрина (ПДФ), АТ III) и липидного обмена (общие липиды плазмы (ОЛП), общий холестерин плазмы (ОХП) и его фракции высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицериды (ТГ), свободные жирные кислоты (СЖК)). Общепринятый кардиологический комплекс расширен интраоперационным мониторингом в

---

---

системе on line и Холтеровским мониторингом, проводившимся в течение 2-4 суток ближайшего послеоперационного периода.

Пациентам с умеренно высоким риском вводился препарат Фраксипарин в дозе 0.6-0.8 мл (в зависимости от массы тела) и Клексан в дозировке 20-40 мг в зависимости от степени риска в течение 7-10 дней ближайшего послеоперационного периода. По согласованию с хирургами у части пациентов (7) препараты НМГ вводились за 2 часа до начала оперативного вмешательства. Вышеуказанные мероприятия осуществлялись в комплексе с инфузией Декстранов и эластичным бинтованием нижних конечностей. В качестве стабилизатора липолиза применялась инфузия глюкозо-инсулиновой смеси в течение 3-5 суток ближайшего послеоперационного периода. О безопасности использования препаратов в плане развития геморрагических осложнений судили по клиническому обследованию операционной раны, изменениям уровня гемоглобина и гематокрита.

При обследовании в предоперационном периоде выявлены тенденция к гиперкоагуляции, выражавшаяся в повышении уровня фибриногена (ФГ) (18.9 мг), фибринолитической активности плазмы, фактора Виллебранда и ПДФ (с-д), а также завышенные показатели липидного спектра крови: ОХП (212.2 мг%) за счет фракций ЛПНП и ЛПОНП, СЖК (35.2 мг%). Исследование состояния гемореологии и липидного обмена, проводившееся на 1-3 и 5-7 сутки ближайшего послеоперационного периода, выявило нормализацию показателей коагулирующих свойств крови: ФГ (12.9 %), ФАП (13.5 %), фВ (112.0 %), ПДФ (а-с). Изучение липидного спектра крови выявило снижение содержания ЛПНП (127.8 мг%), ЛПОНП (378.2 мг%), статистически достоверным явилась и положительная динамика ТГ (128.6 мг%). Наиболее выраженным маркером стабилизации липолиза, а соответственно и снижения риска развития ТЭО, стало прогрессивное снижение показателей СЖК (15,6 мг%).

Таким образом, выраженная положительная динамика маркеров липолиза и гиперкоагуляции, наблюдавшаяся уже на 2-3 сутки после начала комбинированной терапии способствует снижению риска развития послеоперационных ТЭО.

На основании вышесказанного констатируем эффективность использования НМГ в качестве профилактики послеоперационных ТЭО и считаем целесообразным использование их по принятой схеме.

---

## КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

**Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г., Попов А.И., Тетерин Г.В.**  
*г.Новосибирск. Муниципальная клиническая больница № 11*

Актуальность проблемы пластики передней брюшной стенки обусловлена растущим числом больных с послеоперационными грыжами (ПВГ) и большим процентом их рецидивов.

Нами выполнена комбинированная пластика передней брюшной стенки по поводу ПВГ у 61 больного. В качестве имплантата использовали полипропиленовый сетчатый эндопротез фирмы "Этикон" (США) и "Эсфил" (Санкт-Петербург).

Средний возраст больных 57,2 г. У подавляющего числа больных грыжи возникли после срединной лапаротомии, реже в правом подреберье после холецистэктомии и в правой подвздошной области после аппендэктомии. Площадь грыжевых ворот колебалась от 30 см<sup>2</sup> до 250 см<sup>2</sup>

Показаниями к комбинированной пластике были ПВГ у ослабленных больных пожилого и преклонного возраста, рецидивные ПВГ и больших размеров ПВГ.

Грыжесечение выполнялось по стандартной методике с оставлением по необходимости рубцовоизмененного участка грыжевого мешка. Вариант закрытия грыжевых ворот зависел от подвижности его краев. Выполняли пластику брюшной стенки созданием дубликатуры апоневроза при хорошей подвижности тканей и отсутствии натяжения швов. При умеренном их натяжении сшивали края дефекта однорядным швом. Если невозможно было свести края дефекта без значительного усилия, закрывали по Напалкову или использовали ткани грыжевого мешка.

Перед закрытием дефекта местными тканями на его область укладывали со стороны брюшной полости на париетальную брюшину заплату из сетчатого эндопротеза так, чтобы ее края перекрывали края дефекта на 2-2,2 см. Эндопротез фиксировали по краям к передней брюшной стенке. Для этой цели накладывали нерассасывающие

П-образные швы через всю толщу мышечно-апоневротического слоя и брюшину с захватом сетчатого имплантата. Швы накладывали так, чтобы при их завязывании, по окончании пластики, эндопротез был растянут, плотно прилагал к брюшной стенке и широко заходил за края дефекта. Сначала завязывали П-образные швы с одной стороны грыжевых ворот. Затем выполняли пластику дефекта по одному из вариантов. Далее завязывали остальные П-образные швы.

---

Чтобы не было контакта петель кишок с сетчатым эндопротезом, перед ним укладывали на петли кишок большой сальник. Подкожную клетчатку дренировали резиновыми выпускниками или по Редону на 1-2 суток. Обязательна ранняя активизация больных.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Не возникало сером. Не наблюдалось инфильтрации мягких тканей в зоне операции. Наблюдения за больными в течение 2 лет не выявили рецидива заболевания.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ**

**Вовк В.А., Вовк А.Д., Шевченко В.И., Дейнеко А.С., Бычков И.В.,  
Кулик А.А.**

*г. Харьков, Украина, кафедра госпитальной хирургии Харьковского государственного медицинского университета, хирургическое отделение областного специализированного диспансера радиационной защиты населения*

Вопросы рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии инфекции в хирургии печени и внепечёночных жёлчных путей сохраняют свою актуальность. Особую проблему представляет профилактика послеоперационных осложнений у больных с опухолевыми поражениями печени, а также в хирургии жёлчных путей при наличии цирроза печени, механической желтухи, холедохолитиаза, сопутствующего панкреатита, особенно при выполнении экстренных вмешательств. Использование современных малоинвазивных технологий оперативного лечения в большинстве случаев сопряжено с низким риском развития послеоперационных гнойно-септических осложнений, однако возможность применения таких видов вмешательств ограничена.

В практике хирургического лечения больных с гепатобилиарной патологией антибактериальную терапию начинаем во время вводного наркоза и продолжаем в зависимости от объёма вмешательства, наличия и выраженности сопутствующей патологии, ориентируясь на клинические проявления интоксикации и показатели крови.

При резекциях печени рациональным считаем применение фторхинолонов или цефалоспоринов II-IV поколения в сочетании аминогликозидами (гентамицин 160-240 мг, амикацин 0,5-1,0 г 1 раз в сутки) и метронидазолом. При желчекаменной болезни, сочетающейся с механической желтухой и нарушени-

---

ем проходимости холедоха в области головки поджелудочной железы вследствие доброкачественного процесса, выполняли холецистэктомию, холедохолиотомию (при необходимости) с холедоходуоденостомией и дренированием холедоха (дренажная трубка при этом проводилась через холедох в двенадцатиперстную кишку). Парентерально применяем фторхинолоны или цефалоспорины II-IV поколения в сочетании с введением один раз в сутки одного из аминогликозидов. В первые послеоперационные сутки внутривенно (через дренаж в правом подреберье) вводим 80 мг гентамицина. Учитывая проявления интоксикации при механической желтухе и при циррозе печени, антибактериальную терапию обязательно дополняем применением сорбентов и ультрафиолетового облучения крови.

Из 96 оперативных вмешательств (35 из них — срочных) при применении вышеуказанной схемы антибактериальной терапии у 1 больного развилась пневмония. Нагноений послеоперационной раны и внутрибрюшных гнойно-септических осложнений не было. Применение аминогликозидов в указанных дозировках не сопровождалось развитием нефротоксичности.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Возлюбленный С.И., Мамонтов В.В., Деговцов Е.Н., Колокольцев В.Б.**

*МСЧ №4, ГБ №1, БСМП №1, г. Омск*

В последнее время методы лечения острого панкреатита, в том числе и билиарной этиологии, регулярно обсуждаются на съездах и конференциях хирургов. Наиболее актуальным вопросом считается выбор метода оперативного лечения. Традиционное открытое оперативное лечение острого осложненного билиарного панкреатита сопровождается тяжелой операционной травмой, что значительно влияет на состояние больного и негативно сказывается на результатах лечения данной патологии. Все это привело к необходимости применения миниинвазивных хирургических вмешательств, в виде лапароскопических и операций выполняемых с помощью минилапаротомного доступа.

Однако в ряде случаев только комплексное использование миниинвазивных технологий дает возможность получить обнадеживающие результаты хирургического лечения данной патологии и избежать открытого оперативного вмешательства.

---

При анализе полученных результатов исследований показаниями к применению комбинированного метода миниинвазивных технологий явились:

- Ферментативный перитонит с деструктивным холециститом или холедохолитиазом;
- Ферментативный перитонит в сочетании с парапанкреатической забрюшинной флегмоной;
- Абсцесс сальниковой сумки, парапанкреатическая или забрюшинная флегмона в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой.

Проведение комбинированного миниинвазивного оперативного лечения острого билиарного панкреатита, в зависимости от характера его осложнений, применено у 41 больного и заключалась в следующем.

Первоначально осуществлялся лапароскопический этап оперативного лечения. Выполнялась лапароскопическая ревизия и санация брюшной полости. В зависимости от показаний осуществлялась лапароскопическая холецистостомия или холецистэктомия.

Под лапароскопическим контролем определялась проекция минилапаротомного доступа на переднюю брюшную стенку для:

- Санации и дренирования абсцесса сальниковой сумки или парапанкреатической флегмоны;
- Холедохолитотомии и дренирования холедоха;
- Холецистэктомии при высокой степени риска выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Завершающим этапом комбинированного миниинвазивного оперативного лечения являлась лапароскопическая санация брюшной полости и ее дренирование. В каждом пятом случае была проведена дополнительно минидоступная санация и дренирование забрюшинной флегмоны.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия дополнительно применена у 11 из 41 больного с комбинированным миниинвазивным оперативным лечением. В одном случае эндоскопическая папиллосфинктеротомия осложнилась развитием кровотечения из места рассечения большого дуоденального сосочка, которое было остановлено консервативно.

Применение комбинированного миниинвазивного метода лечения больных с острым осложненным билиарным панкреатитом позволило:

- На 54,8% сократить применение открытых оперативных вмешательств;
- Уменьшить количество послеоперационных осложнений на 28,7%;
- Сократить сроки пребывания больных в стационаре до 18,5 койко-дней;
- Снизить послеоперационную летальность до 17%.

---

## ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ В КОМПЛЕКСЕ С ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Волков А.Н., Ворончихин В.В., Дербенев А.Г., Оленин В.В., Сергеева О.С., Волков В.В., Бадин А.М., Столяров С.И., Григорьев В.Н., Осипов В.Ф., Добров А.В.**

*г. Чебоксары, Россия, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова*

Реактивная фаза острого панкреатита, как и все другие фазы этого заболевания, должна иметь свой алгоритм лечения. Только при своевременно начатой и интенсивной терапии можно предупредить гнойные осложнения парапанкреатического инфильтрата. В противном случае патологический процесс в поджелудочной железе может перейти в третью фазу — фазу секвестрации, в которой шансы на благоприятный исход уже значительно снижаются. Имея это в виду, в последние годы в реактивной фазе острого панкреатита мы проводим следующее лечение: назначаем один из панкреотропных антибиотиков (карбапенемы, фторхинолоны, цефалоспорины 3-4 поколения), модулятор иммунитета (ронколейкин или циклоферон) и озонированные растворы. Назначая последние, мы исходим из того, что при остром панкреатите имеет место ишемия тканей поджелудочной железы, которая приводит их к гипоксии. Из-за неё снижаются репаративные процессы в упомянутом органе и расширяются деструктивные изменения. При этом имеем в виду и то, что некоторые авторы (Глухов А.А. и соавт., 2001; Винник Ю.С. и соавт., 2002) рассматривают озон не только как антигипоксикант, но и как неспецифический модулятор иммунитета.

Мы имеем две группы больных с реактивной фазой острого панкреатита: контрольную и исследуемую. В первой группе было 256 больных, а в исследуемой 80. Больным контрольной группы назначалась базисная терапия и непанкреотропные антибиотики (гентамицин и ампициллин), они не получали ни иммуномодуляторов, ни озонированных растворов. Из них у 64 больных (25%) парапанкреатический инфильтрат осложнился асептической и септической секвестрацией, умер 21 пациент (послеоперационная летальность 33%, общая летальность 8,2%). В исследуемой группе базисная терапия "усиливалась" панкреотропным антибиотиком, иммуномодулятором и озонированными растворами. Среди больных этой группы секвестрация наступала лишь у 8 больных (10%). Смерть наступила у одного пациента (послеоперационная летальность 12,5%, общая летальность 1,25%).

---

Наши клинические наблюдения позволяют прийти к выводу о том, что у больных с парапанкреатическим инфильтратом при интенсивной терапии, включающей в себя наряду с базисной лечение панкреотропными антибиотиками, иммуномодуляторами и озонированными растворами, можно добиться у значительного их большинства обратного развития патологического процесса в поджелудочной железе и резкого снижения послеоперационной и общей летальности.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНОЙ И АНТИБИОТИКО- ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ОЗОНИРОВАННЫМИ РАСТВОРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ СТАДИИ**

**Волков А.Н., Ворончихин В.В., Сергеева О.С., Дербенев А.Г.,  
Оленин В.В., Волков В.В., Бадин А.М., Столяров С.И., Григорьев В.Н, Осипов В.Ф., Добров А.В.**

*г. Чебоксары, Россия, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова*

Ферментативная фаза острого панкреатита — это начальная стадия заболевания, соответствующая первой неделе. В этот период происходит формирование панкреонекроза и развитие эндотоксикоза. Выработывая алгоритм лечения ферментативного панкреатита, в первую очередь следует иметь в виду два этих только что упомянутых патогенетических фактора. Собственный опыт и литературные данные позволяют считать, что панкреонекроз формируется в течение первых двух-трех суток. Но при бурно и тяжело протекающем панкреатите период формирования некроза может сократиться до 12-24 часов. Учитывая это, именно в раннем периоде заболевания следует проводить интенсивную антисекреторную и антибиотикотерапию. Она эффективна только впервые 2-3 суток от начала заболевания с применением панкреотропных антибиотиков.

Одновременно с развитием панкреонекроза в поджелудочной железе образуются достаточно агрессивные вещества, которые, попадая в сосудистое русло, в дальнейшем депонируются в различных тканях и органах, вызывая полиорганную недостаточность. Кроме того, эти агрессивные соединения попадают в брюшную полость и забрюшинное пространство, вызывая тем самым ферментативный перитонит и ферментативный парапанкреатит. Имея в виду эндотоксемию, проводят как антиферментную, так и эфферентную терапию. Последняя обоснована тем, что при лечении антиферментами в крови образуются крупные молекулы эндотоксинов с антиферментами, которые почки не могут вывести. Считается наиболее эффективным и наименее трудоемким из эфферентных методов детоксикации плазмаферез.



---

Мы располагаем опытом лечения 175 больных острым панкреатитом в ферментативной стадии. Наряду с базисной терапией мы проводили 128 больным эфферентную и антибиотикотерапию, а 47 больным — введение и озонированных растворов. Применение последних мы обосновывали тем, что озон в настоящее время рассматривается не только как антигипоксанта, но и как неспецифический модулятор иммунитета. Следует отметить, что больные второй группы быстрее выходили из токсемии, у них раньше приходили к норме уровень протеаз и липазы в крови. Из них не умер ни один больной. В первой группе умерло 6 человек (4,7%).

Таким образом, у больных острым панкреатитом в ферментативной стадии эффективной является рано начатая комплексная антисекреторная и эфферентная терапия. Наш небольшой опыт успешного применения озонированных растворов дает уверенность в том, что дешевый и эффективный антигипоксанта, каким является озон, в недалеком будущем найдет признание у хирургов и будет широко применяться в лечении острого панкреатита.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ СОМАТОТИПА**

**Волков Ю.М., Гульман М.И**

*Россия, Дорожная больница ст. Красноярск*

Анализ результатов хирургического лечения был проведен в сроки от 1 до 3 лет у 52 больных, оперированных по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

У женщин мезопластического соматотипа, страдающих ГЭРБ, до операции основные клинические симптомы встречались реже, чем у женщин зурипластического соматотипа. После операции эти симптомы в отдаленном периоде также выявлялись реже.

Оценка результатов рентгенологического и эндоскопического обследования проводилась также с учетом соматотипической принадлежности больных.

У женщин зурипластического соматотипа чаще, чем у женщин мезопластического в отдаленном периоде сохранялась недостаточность кардии — 3,75% случаев, а также эзофагеальные — 3,57%, кардиальные — 7,14% и кардиофундальные — 3,75% грыжи. Среди женщин мезопластического соматотипа только у одной в отдаленном периоде выявлена кардиальная грыжа.

---

Эрозивный эзофагит до операции диагностирован у всех женщин зурипластического и мезопластического соматотипа. После операции признаки эзофагита выявлены лишь у 17,86% женщин зурипластов. Гистологически установлено, что у 7 (25%) женщин зуриопластов и у 3 (60%) женщин мезопластов железистый эпителий трансформировался в плоский неороговевающий, что можно объяснить прекращением массивной регургитации содержимого желудка в пищевод.

Мужчин оперировано 19 (35,85%): мускульного соматотипа — 7 (36,85%), брюшного — 10 (52,63%), грудного — 1 (5,26%), неопределенного — 1 (5,26%).

После операции у мужчин брюшного соматотипа изжога и отрыжка сохранилась в 11,1 и 22,2% случаев. У мужчин мускульного соматотипа после антирефлюксных операций отрыжка имела место в 14,3% случаев. У мужчин грудного и неопределенного соматотипа клинические проявления ГЭРБ после операции исчезали полностью.

Соответственно лучше результаты получены у пациентов мускульного соматотипа. При рентгенологическом обследовании в отдаленные сроки признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и недостаточности кардии у них не выявлено.

В тоже время у больных брюшного соматотипа грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена в 11,1% случаев. У мужчин грудного и неопределенного соматотипа в отдаленные сроки данных за недостаточность кардии рентгенологически не обнаружено.

Отдаленные результаты лечения лучше у женщин мезосомной и лептосомной конституции, а также у мужчин грудного и неопределенного соматотипа, леченных консервативно или лапароскопически. У женщин зурипластического соматотипа, а у мужчин мускульного и брюшного, отдаленные результаты лучше после открытых традиционных лапаротомических операций.

Таким образом, отдаленные результаты подтверждают целесообразность учета конституциональных особенностей при выборе метода лечения.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Выренков Ю.Е., Шевхужев З.А.**

*г. Москва, РМАПО отдел оперативной хирургии и клинической лимфологии*

Поиск новых методов решений в лечении острого панкреатита обусловлен увеличением удельного веса тяжелых (деструктивных) форм. Деструктивный панкреатит развивается у 10-20% больных с острым панкреатитом. Несмотря

---

на разработку современных патогенетически обоснованных методов лечения деструктивных форм панкреатита и достижения реанимационной службы, антибиотикотерапии, уровень летальности практически не изменился и остается высоким 20-45% (В.С.Савельев с соавт).

Целью данного исследования явилось определение эффективности комплексной эндолимфатической лекарственной терапии в сочетании с ультрафиолетовым облучением аутокрови (УФОАК) в гемосорбционном контуре в лечении деструктивных форм острого панкреатита.

В комплексную эндолимфатическую терапию входили антибиотики (фортум, амикацин), метрогил, сандостатин,полиоксидоний.

УФОАК проводили аппаратом "Изольда", длина волны 254нм, в контур гемосорбции через одноразовую гемосорбционную колонку КП УВГ-5 "СПБМП".

Основанием для подключения сеансов УФОАК у этой категории больных послужили литературные и наши собственные наблюдения о том, что ультрафиолетовое облучение аутокрови обладает иммунокорегуирующим и десенсибилизирующим эффектом изменяя спектр антителобразования, а также достоверно снижает калликреинкининовую и общую протеолитическую активность в результате повышения содержания антикалликреина, угнетающих активаторы превращения прекалликреина в калликреин и блокирующих протеолиз.

Эффективность проводимой комплексной терапии оценивалась общеклиническими и иммунологическими показателями. В нашем исследовании мы определяли активность сукцинатдегидрогеназы(СДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и глюкоза 6-фосфатдегидрогеназы (Гл-6-ФД) в эритроцитах крови и определяли иммуноглобулины G. M. A.

Анализ полученных данных показал, что в группе доноров до лечения количество ЛДГ значительно выше показателей СДГ, отмечено снижение Гл-6-ФД.

После комплексной эндолимфатической терапии в сочетании УФОАК мы обратили внимание на сравнительно быструю корреляцию выше указанных показателей, заметно выросло содержание СДГ и Гл-6-ФД, снижение ЛДГ.

Иммунный статус анализировали на основании определения Т В и О-лимфоцитов, моноцитов, полиморфно-ядерных лейкоцитов, основных классов иммуноглобулинов и активности комплемента.

Во всех случаях отмечено повышение концентрации иммуноглобулинов А М G нарастание числа сенсibilизированных лимфоцитов к порталным тканевым антигенам, увеличение содержания лизоцима в плазме крови, стимулирование фагоцитоза, нормализация клеточного и гуморального иммунитета. Происходило увеличение кислородной емкости крови, коэффициента утилизации кислорода, нормализация реологических свойств крови, улучшение микроциркуляции и коллатерального кровообращения за счет сосудистого тромбоцитарного гомеостаза.

---

Включение в комплексную терапию деструктивных форм острого панкреатита эндолимфатическое введение сандостатина, полиоксидония, антибиотиков в сочетании с УФОАК в гемосорбционном контуре оказывает выраженный иммуностимулирующий эффект путем более активной деблокады защитных детоксицирующих систем организма, позволяет эффективно купировать явления токсемии, осуществлять профилактику прогрессирования хирургической инфекции.

## ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

**Гиллер Д.Б., Гиллер Б.М., Гиллер Г.В.**

*г. Челябинск, Челябинский государственный институт лазерной хирургии, областной противотуберкулезный диспансер*

В Челябинском областном противотуберкулезном диспансере за 1999-2002 г.г. выполнено 598 видеоторакоскопических и видеоассистентторакоскопических вмешательств, из них 420 по поводу туберкулеза. Диагностические операции составили 41,5 % и 58,5 % — лечебные и лечебно-диагностические, при которых, помимо морфологической верификации, производилась санация плевральной полости, герметизация легкого, коагуляция булл, плевродез, плеврэктомия, торакокаустика, каверноскопия с санацией и дренированием гигантских каверн, резекция легкого или пневмонэктомия.

Наиболее технически сложным было, безусловно, выполнение резекций легких и пневмонэктомий. Однако, на нашем опыте, конверсии в стандартную торакотомию не потребовалось ни разу, хотя более чем у половины больных радикальные операции были произведены по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза или казеозной пневмонии, сопровождавшихся зачастую выраженным спаечным процессом. Большинство резекций легких были анатомически. Так, с раздельной обработкой элементов корня выполнены 61 сегментарная и комбинированная полисегментарная резекция, 102 лоб-, билобэктомии и 30 пневмон- и плевропневмонэктомий. У 15 пациентов легочные резекции сочетались с плеврэктомией и декортикацией легкого. Прошивание легочной ткани у части больных производилось эндостеплером фирмы "Аутосьючи", но у подавляющего большинства — сшивающим аппаратом, разработанным нами совместно с фирмой "Уникон", для малоинвазивных операций на легких. Данный многоцветный аппарат, позволяющий резецировать любые объемы легочной ткани одним блоком, герметизирует рану легкого двухрядным скобочным

---

швом длиной до 8 см и требует для введения в плевральную полость межреберного разреза длиной всего лишь 5 см. Очень широкое разведение бронш аппарата позволяет легко заводить в аппарат, без помощи руки хирурга, большие объемы легочной ткани. Высокоэффективным является использование диодного лазера при видеоторакоскопических операциях.

Применение малоинвазивной технологии видеоторакоскопических и видеоассистентторакоскопических вмешательств позволило существенно снизить риск хирургических операций у больных туберкулезом легких. Послеоперационной летальности и неликвидированных осложнений после произведенных нами операций не отмечено.

## **МЕТОДИКА КУПИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИТИЧЕСКОЙ БОЛИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕГЕМОГЛОБИНОВОГО НОСИТЕЛЯ КИСЛОРОДА**

**Гирина О.Н., Вершигора А.В., Киржнер Г.Д.**

*г.Киев, Украина, Национальный медицинский университет им.акад. А.А.Богомольца, Киевская городская станция скорой медицинской помощи.*

Несмотря на длительную историю вопроса и обилие обезболивающих препаратов, проблема коронарной боли, особенно на догоспитальном этапе, остается достаточно острой. Стандартный подход к антиангинальной терапии включает в себя назначение нитратов, бета-адреноблокаторов, аспирина и, если все вышеперечисленное не помогает, — опиатов. Разумеется, в любом случае, занимаясь лечением острого коронарного синдрома, мы предполагаем восстановление проходимости коронарного сосуда то ли путем системного тромболизиса или операции (при остром Q-инфаркте), то ли путем гепаринизации. Естественно, что применив методику лечения, позволяющую скорее восстановить кислородное равновесие в миокарде, возможно верифицировать ишемическое происхождение боли и уменьшить дозировки других антиангинальных препаратов (прежде всего — опиатов). Мы акцентируем внимание на уменьшении дозы именно опиатов, поскольку эти препараты, как и нитраты с одной стороны не влияют на прогноз заболевания, но вызывают крайне нежелательные побочные эффекты: тошноту, рвоту, задержку мочи и запоры. Начиная решать эту проблему, мы исходили из того, что в зоне катастрофы, пусть недостаточный для эффективного газообмена, но практически всегда имеется краевой кровоток. Скорость газообмена с помощью эритроцитов через этот оставшийся канал недостаточна для поддержания

---

нормального гомеостаза, но его наличие позволяет использовать другие газопереносчики, обладающие размерами, меньшими, чем у эритроцита. Мы применили в качестве носителя препарат "Перфторан" российского производства в дозе 5мл. эмульсии на килограмм массы тела пациента в сочетании с назначением оксигенотерапии увлажненным кислородом через маску со скоростью подачи кислорода 10 литров/минуту. Параллельно с назначением инфузии Перфторана, проводилось стандартное лечение. В результате мы обнаружили, что из 24 пациентов, получивших, дополнительно к стандартному лечению инфузию Перфторана, ни одному не понадобились повторные введения опиатов, у двоих пациентов удалось вообще обойтись без них (при эффективном купировании болевого приступа) и вообще болевой синдром исчезал намного раньше, чем в группе пациентов, получивших только стандартное лечение.

В одном случае нам удалось, сделав выводы из полной неэффективности в купировании болевого синдрома сочетания инфузии нитроглицерина, бета-адреноблокатора и Перфторана о не ишемическом происхождении боли у пациента, которому на протяжении долгого времени ставили диагноз "стенокардия" без изменений на ЭКГ и без коронарографии. Подобные клинические ситуации позволяют говорить о Перфторане не только, как об эффективном лечебном средстве, но и о возможном средстве дифференциальной диагностики ишемических состояний.

## **НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ ГЕРНИОСИСТЕМЫ**

**Гогия Б.Ш., Адамян А.А., Аляутдинов Р.Р.**

*г.Москва, Институт хирургии им.А.В.Вишневецкого РАМН*

За минувшее столетие для хирургического лечения паховых грыж было предложено множество методов, но, несмотря на это, частота рецидивов остается высокой. В настоящее время специализированные герниологические центры сообщают об уровне рецидивов в интервале между 1% и 5%, тогда как в неспециализированных отделениях эти цифры возрастают до 5%-20%. По данным А.Gilbert (2001) наилучшие результаты получены после герниопластики с использованием проленовой герниосистемы (PHS) фирмы Ethicon. Так, в группе больных, оперированных с использованием PHS на материале, охватывающем более 28444 наблюдений, анализирована частота рецидивов, составивших примерно 0,04% (1 рецидив на 2500 случаев), отторжения эндопротеза не

---

наблюдалось. В группе больных, оперированных с использованием сетчатых эндопротезов по другим методикам (Lichtenstein, Rutkov, Kugel, лапароскопическая), средняя частота рецидивов составила 1,2% (1 рецидив на 83 наблюдения).

Проленовая система состоит из трех компонентов: 1) задний лепесток эндопротеза, располагающийся позади поперечной фасции, подобно сетке при лапароскопическом методе, 2) соединяющий цилиндр — закрывающий грыжевые ворота подобно пробке по методике Руткова, 3) передний лепесток эндопротеза, располагающийся под апоневрозом наружной косой мышцы живота, подобно сетке при методе Лихтенштейна.

С мая 2001 г в Институте хирургии им.А.В.Вишневого РАМН с использованием Проленовой герниосистемы было оперировано 16 пациентов по поводу первичных и рецидивных паховых грыж. Возраст больных колебался от 42 до 73 лет. У 11 больных грыжи были первичными, у — 4 рецидивными, у 1 пациента — многократно рецидивной. В 12 наблюдениях грыжи были косыми, в 3 случаях — прямыми и в 1 наблюдении грыжа была сочетанной (косой и прямой). У 15 больных операции выполнили под местным обезболиванием и только в 1 наблюдении — под наркозом.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. В отдаленные сроки при контрольном осмотре рецидивов не отмечено. Все пациенты смогли вернуться к своей обычной физической активности через 1-2 недели после операции.

Таки образом, герниопластика с использованием проленовой герниосистемы в связи с простотой методики и достигнутыми положительными результатами является эффективным открытым способом пластики "без натяжения" для всех типов паховых грыж.

## **ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

**Голубев В.А., к.м.н. Качанов В.А.**

*Городская клиническая больница №1, г. Тольятти*

Эндоскопическая хирургия на протяжении многих лет занимает ведущую позицию в оказании хирургической помощи населению РФ. Приоритетность данной отрасли хирургии объясняется тем, что значительно снижается риск послеоперационных осложнений, уменьшается количество койко-дней, снижается себестоимость послеоперационного лечения. Особую актуальность эндоскопиче-

---

ская хирургия приобретает в настоящее время, когда в результате улучшения предоперационной диагностики, увеличилось количество пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей субкомпенсированной соматической патологией, поступающих для оказания экстренной хирургической помощи.

За период 2000-2001 гг. в городской клинической больнице №1 выполнено 629 холецистэктомий при остром холецистите, из них 543 лапароскопически, что составляет 86,1%.

Анестезиологическое обеспечение сопровождалось проведением общего обезболивания (ИВЛ эндотрахеальным способом воздушно-кислородной смесью /FiO<sub>2</sub>-0.4-0.6/ в режиме нормовентиляции и умеренной гипервентиляции по полуоткрытому контуру + в/в многокомпонентная анальгезия). Использовались анестетики: тиопентал натрия 1%, кетамин, диприван, дормиком. Выбор анестетиков производился на основании исходного артериального давления, возраста пациента, наличия сопутствующей патологии, тяжести и длительности заболевания. При необходимости назначалась предоперационная подготовка. Перед операцией выполнялась стандартная премедикация (за исключением случаев индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов). Обязательным условием проведения анестезиологического пособия и ближайшего посленаркозного периода является декомпрессия желудка и мониторинг: P<sub>s</sub>, АД, SpO<sub>2</sub>, ЭКГ-мониторинг (по необходимости). После наложения пневмоперитонеума и предания пациенту положения Фовлера, как правило, гемодинамика становится относительно нестабильной (тенденция к гипертензии, учащение ЧСС). Снижение АД достигалось введением 0,5 ml 5% раствора пентамина разведенного в физиологическом растворе Na Cl фракционно или капельно, урежение ЧСС — углублением наркоза (на момент манипуляции на рефлексогенной зоне). Для достижения полной релаксации использовался недеполяризующийся миорелаксант ардуан в обычных дозировках. Хирургическое обезболивание обеспечивалось введением фентанила.

Особое внимание уделялось пневмоперитонеуму. По нашим наблюдениям оптимальными величинами давления углекислоты в брюшной полости является давление 8-10 mm Hg. Достоверно отмечено более гладкое течение наркоза, менее выражена посленаркозная депрессия, уменьшение времени пробуждения пациента, проявления френикус-синдрома менее выражены или он полностью отсутствует.

Длительность операции при остром холецистите обычно составляла 50-90 мин. При увеличении продолжительности операции (более 2 часов), через 1 час операции пациент переводился в горизонтальное положение, убирался пневмоперитонеум на 5 мин. Таким образом, снижалась вероятность отрицательного воздействия пневмоперитонеума на организм пациента, нормализовалась гемодинамика, снижался риск послеоперационных осложнений.



---

## ВЫВОДЫ:

1. Эндоскопическая хирургия является приоритетным направлением в оказании хирургической помощи населению т.к.:

- а) позволяет производить оперативные вмешательства в более пожилом возрасте при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии;
- б) уменьшается риск послеоперационных осложнений;
- в) снижается койко-день, увеличивается оборот койки;
- г) резко снижается послеоперационная летальность.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

**Гульмурадов Т. Г., Паллаев М. Г., Саидов Р. Х.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, Таджикский госмедуниверситет, кафедра хирургических болезней № 1, городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе*

Ультразвуковое исследование (УЗИ) относится к наиболее надежным и доступным методам диагностики. Использование УЗИ позволяет определить жидкостный характер очагового образования печени и точную локализацию эхинококковых кист.

С целью выявления критериев дифференциальной диагностики паразитарных кист печени проведено ультразвуковое исследование более 55 больным на ультразвуковом аппарате "Combison — 320-5" (Австрия) с использованием линейных и конвексных датчиков с частотой 3,5 и 4 МГц.

На основании проведенных исследований нами выделено 2 типа ультразвукового изображения эхинококковых кист печени: простой тип — к нему мы отнесли обычную (киста с тонкими гладкими стенками, анэхогенным однородным содержимым) и "напряженную" эхинококковую кисту, которая равнозначна предперфоративному состоянию. Напряженная эхинококковая киста имеет картину с тонкими, уплотненными и обызвествленными стенками в виде сильно надутого шарика и, часто, с признаками нагноения. Осложненный тип — УЗИ при разрыве эхинококковой кисты визуализирует в проекции раннее выявляемой кисты участок дефекта неправильной формы в виде бахромок и часть жидкости, определяющаяся вокруг кисты и в свободной брюшной полости. Нагноившаяся киста имеет утолщенную стенку, иногда обызвествленную, внутри — повышенная эхогенная структура, образующая осадок (или в виде взвеси) с жидким верхним слоем. Рецидивная и резидуальная эхинококковая киста име-

---

---

ет неправильную, полициклическую форму с утолщенной и уплотненной капсулой со скудным жидким содержимым и отслоенной в виде ленты зародышевой и хитиновой оболочек, и участками ометотворения. Киста с экзогенными стенками, заполненная дочерними пузырями в виде множественных сегментарных образований на фоне анэхогенного содержимого материнской кисты или нагноения паразита. Киста с частичным или полным обызвествлением капсулы паразита. При чем, осложненный тип в виде отслоенной ленты зародышевой и хитиновой оболочек, ометотворения и кисты, заполненной дочерними пузырями является патогномичным для эхинококкоза.

У 86 % больных отмечено совпадение результатов УЗИ и интраоперационных находок с учетом морфологических изменений в стенке кисты. У 94 % пациентов удалось установить локализацию эхинококковой кисты в доле и сегменте печени.

Таким образом, использование ультразвукового исследования способствует более точному установлению диагноза и выбору оптимального метода хирургического вмешательства при эхинококкозе печени.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

**Гулямов Б.Т., Атаджанов Ш.К., Арипов У.Р., Саметдинов Н.Ю.**

*Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи Узбекистан, г. Ташкент,*

Клиника РНЦЭМП располагает опытом 286 экстренных лапароскопических вмешательств, выполненных с апреля 2001 г. по август 2002г. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена в 102 случаях, аппендэктомия — в 15, лапароскопическое ушивание перфоративных язв 12п.к. — в 3, кистэктомии — в 9 случаях по поводу разрывов кист яичника и 5 тубэктомий по поводу нарушенной внематочной беременности, диагностические и лечебные лапароскопии выполнено у 152 пациентов.

Из 102 больных с острым калькулезным холециститом у 24 имел место катаральный, у 62 — флегмонозный, у 16 — гангренозный холецистит. У 16 больных при поступлении имелись признаки механической желтухи, у которых при ЭРПХГ были выявлены холедохолитиаз (11), стенозирующий папиллит (3), а также сочетание холедохолитиаза и стенозирующего папиллита (2). Всем им до ЛХЭ выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с ликвидацией желчной гипертензии. Осложнения наблюдались в двух случаях (2%): в одном

---

случае имело место полное пересечение холедоха на уровне пузырного протока (произведено восстановление холедоха конец в конец на Т-образном дренаже) и в другом — кровотечение из пузырной артерии (что потребовало перехода к лапаротомии). Из-за выраженного спаечно-инфильтративного процесса в области шейки желчного пузыря произведена конверсия в 4 случаях.

Диагностическая лапароскопия при закрытой травме живота произведено у 52 больных. В 8 случаях травма живота сочеталось с множественными переломами опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговой травмой. Повреждения органов брюшной полости выявлены в 24 исследованиях: повреждения печени у 16 больных и разрывы селезенки у 6 пациентов. Всем больным этой группы произведена лапаротомия. Небольшие субкапсулярные гематомы печени и селезенки, гематомы круглой связки печени, которые не нарастали, обнаружены в 2 случаях, вмешательство ограничилось диагностическим исследованием.

Диагностические и лечебные лапароскопии при послеоперационных осложнениях произведены у 14 больных: в 2 случаях выявлен абсцесс дугласова пространства, в 3 — абсцессы подпеченочного и поддиафрагмального пространств. Во всех 5 случаях произведена лапароскопическая санация и дренирование. Тромбоз мезентериальных сосудов выявлено у 4 больных и различные формы перитонита у 5 больных.

Таким образом, внедрение видеолапароскопических технологий в экстренную хирургию позволяет с минимальной травматизацией и высокой информативностью диагностировать и определить тактику лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости, снизить количество послеоперационных осложнений и случаев летального исхода.

## **БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ ЖЕЛУДКА**

**Даирбеков О.Д., Юнусметов И.Р., Рысбеков М.М., Арыбжанов Д.Т., Якубова М.Б.**

*Республика Казахстан, г. Шымкент, Южно-Казахстанская государственная медицинская академия*

В последние годы повсеместно отмечается рост заболеваний органов пищеварения в структуре которых значительное место занимают предопухолевые и опухолевые заболевания желудка.

В Южно-Казахстанской области (ЮКО) предопухолевые заболевания и особенно опухоли желудка всегда занимали и занимают одно из ведущих мест в

---

структуре онкозаболеваемости, при этом почти 70-75% больных выявляются в запущенной стадии. Основная причина такого плачевного положения является поздняя диагностика этого заболевания. Как известно более 40% взрослого населения страдают тем или иным заболеванием желудка многие из которых занимаются самолечением или получают лечение у не специалистов. Да и врачи не всегда проводят внимательное обследование этих больных. Анализ причин поздней диагностики рака желудка показал, что почти у половины больных с запущенными формами заболевания, опоздание происходит по причине ошибок при диагностике.

Одной из часто встречающейся предраковой патологий желудка являются полипы, которые чаще всего возникают на фоне атрофических процессов в слизистой желудка. Обычно эти больные жалуются на диспептические явления, неопределенные боли в эпигастрии, дискомфорт, нарушение аппетита, отрыжку и прочие.

Нами проанализированы данные 230 больных с полипами желудка выявленных за последние 10 лет (1992-2002 гг.) при эндоскопическом исследовании в областном онкологическом диспансере (ООД) ЮКО, в больнице скорой медицинской помощи и в Областном консультативно-диагностическом центре (ОКДЦ) г. Шымкента.

Основную массу больных составили мужчины в возрасте 21-68 лет 167 (72,6%), женщин было 63 (27,4%) в возрасте 32-65 лет. Из этих 230 больных 211 (91,7%) были обследованы в различных лечебно-профилактических учреждениях ЮКО, проведены рентгенологические исследования желудка и у 175 (83%) были установлены или заподозрены полипы желудка, у 35 (16,6%) гастрит и у 20 (9,5%) было подозрение на рак желудка. Все эти 230 больных подвергались эндоскопическому исследованию по общепринятой методике, в ходе исследования уточнялась точная локализация полипа, его форма, длина ножки, размеры, характеристика основания, поверхности (гладкая, бугристая и т.д.) полипа, а также состояние прилегающей к полипу слизистой желудка.

В данную работу мы включили только тех больных у которых установлены полипы желудка. Всем обследованным больным проведена морфологическая верификация полипа (полипов). У 194 (84,2%) больных полипы были аденоматозными, у 30 (13,1%) гиперпластическими и у 6 (2,7%) другие формы.

Из 230 больных у 117 (51%) был один полип у 113 (49%) были 2 и более полипов. Наибольшее количество полипов от 13 до 20 отмечено у 7 (3%) больных. У 99 (43%) больных полип локализовывался в антральном отделе желудка, у 69 (30,2%) в теле и в антральном отделе, у 55 (23,8) одновременно в теле и кардиальном отделе желудка, а у 7 больных располагались по всему желудку. У 80,2% больных полипы сидели на широкой ножке, реже 16,8% на узкой ножке.

---

В настоящее время большинство авторов придерживаются эндоскопического удаления полипов, из 230 больных у 173 (75,2%) произведена эндоскопическая полипэктомия, у 8 (3,5%) с множественными полипами резекция 2/3 желудка и 49 (21,2%) больных получали консервативное лечение из-за сопутствующих тяжелых заболеваний и отказа от предложенной им полипэктомии.

Удаленные препараты повторно подвергались гистологической верификации и только в одном случае заподозрена малигнизация полипа.

Все больные, которым произведена эндоскопическая полипэктомия операцию перенесли вполне удовлетворительно. При контрольном осмотре через 6 месяцев и через 1 год у 11 (4,8%) больных был обнаружен рецидив заболевания, которым повторно произведена эндоскопическая полипэктомия. 8 больных которым произведена резекция желудка также перенесли операцию удовлетворительно. Серьезных осложнений не было. При повторном осмотре и через 1 год рецидива заболевания не обнаружено. Из 49 больных, которые получали консервативную терапию и находились на диспансерном учете у одного больного через 1 год, у 2-х через 2 года выявлена малигнизация процесса.

Таким образом, наш анализ показывает, что полипы желудка всегда возникают на фоне атрофического гастрита. Эндоскопическая полипэктомия технически простой и безопасный метод, выполняется в амбулаторных условиях с вполне удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами. При множественных полипах сидящих на широкой ножке резекция желудка является методом выбора. Консервативное лечение полипов желудка мало эффективно. Диспансерное наблюдение за этими больными и биопсия позволяют своевременно диагностировать малигнизацию процесса, что позволяет провести радикальное

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

**Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И., Паламарчук В.К.,  
Сердюкова Т.В., Васин Е.И.**

*Медико-санитарная часть № 4, г. Омск*

В неотложной хирургии острого деструктивного холецистита миниинвазивные методы нашли широкое применение. Возможности применения только видеолапароскопических операций в ургентной практике ограничены условиями проведения операции при выраженных воспалительных изменениях в тканях,

---

наличием осложненных форм заболевания. Ценным дополнением к современным миниинвазивным методикам являются операции из минилапаротомного доступа, которые существенно сужают эти ограничения и могут помочь при возникновении технических сложностей и ликвидации осложнений.

Минилапаротомный доступ в хирургии острого холецистита все больше внимания привлекает хирургов из-за своей простоты, доступности и дешевизны.

За период с января 1996 г. по июль 2002 г. сочетанные методики (видеолапароскопические и минилапаротомные холецистэктомии) при операциях по поводу острого холецистита были применены нами у 545 больного (441 женщина и 101 мужчина) в возрасте от 17 до 89 лет. Специального отбора больных для проведения минилапаротомных операций не проводилось, в то время как использование видеолапароскопических методик требует выполнение общеизвестных положений. Минилапаротомный метод применяется с 1995 года, а лапароскопические холецистэктомии — с 1998 года. Удельный вес холецистэктомий с использованием миниинвазивных методов увеличивался по мере освоения методик с 1,5% за 1996 г. до 85,9% в 2002 г. Методика позволяет выполнять вмешательства и на внепеченочных желчных протоках, необходимость в которых возникла в 171 случаях, или 30,2% от числа миниинвазивных оперативных пособий. При необходимости проведения ревизии общего желчного протока, во время операций прибегали к интраоперационной фиброхоледохоскопии, которая была выполнена 34 пациентам. Для облегчения проведения холедохоскопии нами разработано и применено при минилапаротомной технологии оперативного лечения оригинальное устройство, позволяющее легко завести фиброхоледохоскоп в просвет холедоха, осмотреть его и удалить при необходимости обнаруженные конкременты. У 17 были извлечены конкременты из протока с помощью зонда Фогарти. У 11 пациентов были обнаружены камни терминального отдела холедоха, попытки их удаления были безуспешными. Этим больным в послеоперационном периоде проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с успешной экстракцией камней.

Послеоперационные осложнения отмечены в 14 случаях (2,5%), такие как послеоперационные пневмонии (5), нагноение ран (7), кровотечения после папиллосфинктеротомии остановленные консервативно (2). Конверсия с видеолапароскопической холецистэктомии на минилапаротомную была в трех случаях и была связана с кровотечением из пузырьной артерии (0,55%). Конверсия с минилапаротомной холецистэктомии на традиционную лишь в двух случаях (0,36%), ввиду выраженных инфильтративных изменений гепатодуоденальной связи и необходимостью тщательной ревизии холедоха.

Летальность составила 0,77% от причин, непосредственно не связанных с технологиями проведения оперативного лечения. Длительность пребывания больного в стационаре и период реабилитации была в 2,3 раза меньше, чем при

---

традиционной холецистэктомии (с 11,2 койко-дня при традиционной операции до 4,8 койко-дня при используемом методе).

Анализируя технические возможности и результаты применения видеолапароскопических операций и холецистэктомий из минилапаротомного доступа при остром деструктивном холецистите, можно констатировать их высокую эффективность и малую травматичность.

## ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Джаркенов Т.А., Жариков С.Н.**

*Республика Казахстан, г. Актобе, Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова.*

В данном сообщении представлен анализ лечения 40 больных желчнокаменной болезнью, осложнённой различными формами холангита. Мужчин было 7 (17,5%), женщин — 33 (82,5%), в возрасте от 30 до 76 лет. В 28 (70,0%) наблюдениях непроходимость желчных протоков была обусловлена холедохолитиазом, в 3 (7,5%) — изолированными рубцовыми стриктурами терминального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки, в 9 (22,5%) — сочетанием этих двух патологических состояний. У 29 (72,5%) пациентов сочетание холангита и механической желтухи значительно ухудшали течение и прогноз основного заболевания.

Диагноз холангита основывался на данных клинической картины, лабораторных, ультразвуковых, эндоскопических исследований, интраоперационной ревизии желчных протоков и бактериологических исследований желчи. Видовой состав микрофлоры желчи был представлен преимущественно грамотрицательными бактериями (кишечная палочка, энтерококк, протей), реже — грамположительными кокками. В ? случаях высевали микробные ассоциации. Клиническую картину сепсиса наблюдали у 4 пациентов, причём у 2 из них сепсис был подтверждён бактериологическим исследованием крови.

Консервативные мероприятия включали терапию, направленную на купирование воспаления в желчных протоках, снижение холемической интоксикации, улучшение функции печени. По показаниям использовали форсированный диурез, экстракорпоральную детоксикацию (фракционный плазмаферез), УФО-крови. Антибактериальную терапию проводили с учётом чувствительности микрофлоры желчи. Предпочтение отдавали комбинации: цефалоспорин III поколения (цефотаксим, цефтазидим), гентамицин и метронидазол.

---

Хирургическое вмешательство заключалось в холецистэктомии, ликвидации причины обтурации и выполнялось не позднее 3-5 суток с момента госпитализации. Холедохолитотомия выполнена 37 (92,5%) больным, в 16 (43,2%) наблюдениях она закончена наложением супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза. 3 (7,5%) пациентам произведена трансдуоденальная папиллосфинктеропластика. Во всех случаях операцию завершали наружным дренированием гепатикохоледоха. В послеоперационном периоде проводилась санация билиарного дерева растворами антибиотиков и антисептиков через дренажи холедоха.

Умерло 5 (12,5%) больных по причине генерализации гнойного процесса, развития билиарного сепсиса (4) и образования множественных холангиогенных абсцессов печени (1).

В основе успешного лечения холангита должны лежать своевременные дренирующие оперативные вмешательства в сочетании с рациональной антибактериальной терапией.

## **РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Джаркенов Т.А., Жариков С.Н.**

*Республика Казахстан, г. Актобе, Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова*

Несмотря на повсеместное внедрение лапароскопической холецистэктомии и накопление значительного практического опыта сохраняются послеоперационные осложнения, которые требуют от хирургов своевременной диагностики и оперативного лечения. Операциями выбора у этих больных являются релапароскопия и релапаротомия.

В основу сообщения положен анализ результатов 800 лапароскопических холецистэктомий по поводу острого (83) и хронического калькулезного холецистита (717). Различные осложнения в раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы у 37 (4,6%) больных. В 15 (1,9%) случаях для их устранения потребовались повторные оперативные вмешательства.

При осложнённом течении послеоперационного периода больным проводили клинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование брюшной полости. По показаниям в качестве базисного малоинвазивного метода диагностики использовали релапароскопию, при которой удавалось наи-



---

более точно установить причину осложнения и в ряде случаев устранить ее.

Релапароскопия позволила выявить следующую патологию:

1. Кровотечение в брюшную полость у 6 (0,8%) пациентов. Во всех случаях его источником были сосуды ложа желчного пузыря.

2. Желчеистечение в брюшную полость у 7 (0,9%) больных, в том числе в результате повреждения гепатикохоледоха — у 3; из-за несостоятельности культи пузырного протока (прорезывание и некроз ткани, соскальзывание клипс) — у 2; подтекания из дополнительного желчного протока в области ложа — у 2.

3. Подпеченочный абсцесс у 2 (0,3%) пациентов оперированных в экстренном порядке по поводу эмпиемы желчного пузыря и паравезикального абсцесса.

В ходе лапароскопического вмешательства патология коррегирована в 6 (40,0%) наблюдениях: при кровотечении из мелких сосудов ложа желчного пузыря (2), при соскальзывании клипсы с культи пузырного протока (1), подтекании желчи в брюшную полость из дополнительного протока в области ложа (1), подпечёночном абсцессе (2). В остальных случаях потребовался переход на открытую операцию.

Ранняя релапароскопия высокоинформативна при внутрибрюшных послеоперационных осложнениях лапароскопической холецистэктомии и в ряде случаев позволяет одновременно устранить патологию.

## **ПЛАЗМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА**

**Дуванский В.А., Мараев В.В., Дзагнидзе Н.С.**

*Россия, г. Москва, ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ.*

Изучили результаты лечения 95 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими поражениями стоп, которые в зависимости от применяемых методик лечения были распределены на 3 группы. В 1 группе (контрольной) (35 пациентов), хирургическую обработку гнойного очага осуществляли традиционно стальным скальпелем с иссечением девитализированных тканей, далее перевязки с антисептиками и гидрофильными мазями. Во 2 группе (контрольной) (30 пациентов), хирургическую обработку проводили с применением CO<sub>2</sub>-лазерного излучения. В основной 3 группе (30 пациентов), применяли комплексную методику с применением воздушно-плазменных потоков аппарата "Плазон" в режиме коагуляции при хирургической обработке гнойных очагов и в режиме "NO-терапии" в послеоперационном периоде, экспозиция 90 сек на 1

---

см<sup>2</sup> в первую фазу раневого процесса, при переходе во вторую фазу раневого процесса экспозиция 10 сек на 1 см<sup>2</sup>, количество сеансов 5-15. По клиническим формам диабетической стопы во всех группах больные были представлены: нейропатическая — 26 (27,4%) пациентов; смешанная — 57 (60%); ишемическая — 12 (12,6%). Объем гнойно-некротического поражения стопы по классификации F. Wagner (1981) составил: 2-й степени — 16 (16,9%) пациентов; 3-й — 48 (50,5%); 4-й — 31 (32,6%).

Клинические наблюдения показали, что лечение больных воздушно-плазменными потоками приводило к быстрому уменьшению воспалительных явлений в области послеоперационной раны. Было отмечено, что очищение ран от гнойно-некротических масс наступало на  $5,2 \pm 0,2$  день, а появление грануляций в среднем на  $4,1 \pm 0,5$ . На  $10,3 \pm 0,4$  сутки отмечали появление краевой эпителизации. В группе, где применяли лазерную санацию гнойного очага, очищение ран от гнойно-некротических масс наступало на  $7,6 \pm 0,3$ , появление грануляций на  $9,8 \pm 0,8$ , а краевая эпителизация на  $20,7 \pm 1,5$  сутки, а при традиционном лечении эти показатели были соответственно  $17,8 \pm 0,7$ ;  $15,8 \pm 1,2$ ; и  $22,4 \pm 0,8$  сутки после хирургической обработки гнойного очага. При воздействии воздушно-плазменными потоками, также отмечено их анальгезирующее действие. Воздушно-плазменные потоки при лечении гнойно-некротических поражений стоп у больных сахарным диабетом позволяют сократить число повторных некрэктомий, способствуют ускорению очищения раневых дефектов и стимулируют репаративные процессы.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В РЕЖИМЕ "НО-ТЕРАПИИ" ПРИ ПЛАСТИЧЕСКОМ ЗАКРЫТИИ ГНОЙНЫХ РАН**

**Дуванский В.А., Мараев В.В., Дзагнидзе Н.С.**

*Россия, г. Москва, ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ.*

Аутодермопластику свободным расщепленным лоскутом выполнили 295 пациентам, из них с гнойными ранами — 220 (74,6 %) пациентов, 75 (25,4 %) с трофическими язвами.

Пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от методики послеоперационного лечения: в 1 группе применяли традиционную методику: закрытие после аутодермопластики пересаженных лоскутов раствором вазелина и 0,02 % раствора хлоргексидина, в дальнейшем перевязки с антисептиками; во 2 группе пересаженные трансплантаты покрывали раневым покрытием, содер-

---

жащим антиоксидант растительного происхождения "Тыквеол"; в третьей группе аутотрансплантат покрывали парафиновой сеткой и салфеткой с 0,02 % раствором хлоргексидина и в послеоперационном периоде раз в два-три дня проводили сеансы NO-терапии аппаратом "Плазон", экспозиция 10 секунд на 1 см<sup>2</sup>, количество сеансов 3-5.

Полученные результаты показали, что при традиционном ведении послеоперационного периода приживление кожного трансплантата 80-100 % отмечен в 75,0 % случаях, 50-80 % в 15,4 % и в 9,6 % случаев отмечали приживление менее 50 %. Методика применения в послеоперационном периоде нового раневого покрытия с антиоксидантом растительного происхождения "Тыквеол" позволила сократить число приживлений трансплантата менее 50 % до 5,1 % случаев. А число пластик с процентом приживления кожного трансплантата 80-100 возросло до 85,65%; 50-80 до 9,25 % случаев соответственно. Лучшие результаты закрытия раневых дефектов свободным расщепленным кожным трансплантатом были получены в основной группе, где в послеоперационном периоде применяли разработанный нами метод воздействия воздушно-плазменными потоками в режиме NO-терапии. 80-100 % приживление кожного трансплантата отмечено в 94,9 % случаев, 50-80 % в 5,1 % случаев. Приживление кожных трансплантатов менее 50 % в этой группе не было отмечено.

Применение воздушно-плазменных потоков в режиме "NO-терапии" при аутодермальном закрытии раневых дефектов способствует стимуляции процессов пролиферации и эпителизации, предотвращению вторичного инфицирования и повышению эффективности пластических операций при лечении гнойных заболеваний мягких тканей.

## **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ**

**Еремеев А.Г., Волков С.В., Лебедев С.В.**

*Кафедра госпитальной хирургии Тверской государственной медицинской академии*

Профилактика тромбоэмболических осложнений является одним из важнейших направлений ведения послеоперационного периода, снижающим риск самых драматичных осложнений в хирургии. При лапароскопических операциях дополнительными предрасполагающими факторами развития периферических тромбозов следует считать влияние напряжённого карбоксиперитонеума (повышение уровня внутрибрюшного давления с депонированием крови в систе-

---

ме нижней полой вены), положение пациента на операционном столе с приподнятым головным концом, гемоконцентрацию и другие.

В период с 1994 г. по июнь 2002 г. оперировано 2979 больных желчнокаменной болезнью с использованием различных малоинвазивных технологий. При этом лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) произведена в 2835 случаях, различные варианты операций из минидоступа — 102, "безгазовая" ЛХЭ с лапаролифтом — 42 больных.

В первый период работы (1994-1999 гг., 1961 пациент) нами использовалась традиционная, рутинная профилактика тромбоэмболических осложнений: тугое бинтование нижних конечностей и подкожное введение гепарина в послеоперационном периоде. Ретроспективный анализ показал, что умеренная степень риска развития тромбоэмболических осложнений отмечена у 298 (15,2%), а высокая — у 12 (0,6%) оперированных. В этот период наблюдали 4 (0,2%) летальных исхода от тромбоэмболии легочной артерии, а острый тромбофлебит нижних конечностей развился у 14 (0,7%) больных.

Во второй период (2000-2002 гг. — 1018 пациентов) при выполнении аналогичных операций умеренная степень риска развития тромбоэмболических осложнений отмечена у 189 (18,6%) больных, а высокая степень риска — у 7 (0,7%). При включении пациента в категорию "тромбоопасных" больных применяли комплекс профилактических мероприятий для проведения предоперационного периода, операции и послеоперационного ведения пациентов (рац. предложение № 2360 от 29.04.02), заключавшийся в предоперационной инфузионной терапии с введением реологически активных препаратов для достижения умеренной гемодилюции, эластической компрессии нижних конечностей, отказе от проведения операций в положении Фовлера, максимальном снижении уровня карбоксиперитонеума или переходе на "безгазовые" малоинвазивные варианты операции, выполнении кратковременного массажа нижних конечностей на операционном столе с последующими ранней активизацией больного и проведением медикаментозной профилактики тромбоэмболии фраксипарином. В этот период острый тромбофлебит нижних конечностей отмечен у 3 (0,3%) пациентов. Тромбоэмболии лёгочной артерии и летальных исходов не было.

Таким образом, считаем указанные мероприятия по профилактике тромбоэмболических осложнений обязательными к применению, особенно в эндоскопической хирургии, что позволяет существенно снизить риск данных оперативных вмешательств.

---

## ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИЯ АТИПИЧНО ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

**Ерманов Е.Ж., Медеубеков У.Ш.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова*

Паратиреоидэктомия является радикальным методом лечения больных с первичным гиперпаратиреозом (ПГПТ). Однако объем паратиреоидэктомии и проведение оптимальной ревизии околощитовидных желез (ОЩЖ) является предметом дискуссии.

Всем 54 поступившим больным с диагнозом ПГПТ были проведены хирургические вмешательства с различными объемами паратиреоидэктомии. Аденоматозное поражение ОЩЖ выявлены у 39 больных. Типичное расположение аденомы ОЩЖ отмечены в 26 случаях. Наиболее сложным вопросом в топической диагностике и объеме паратиреоидэктомии является гиперплазия ОЩЖ, трудность которой обусловлена маленьким размером и количеством патологически измененных ОЩЖ и конечно, атипичным вариантом расположения. В основном, при гиперплазии поражается несколько ОЩЖ. Гиперплазированные ОЩЖ обнаружены у 15 больных, типичное расположение отмечены в 7 случаях, атипичное расположение — у 8 больных. Однако атипичное, т.е. интратиреоидное или подкапсульное расположение аденомы или гиперплазированной ОЩЖ создает трудности во время ревизии. В таких случаях при отрицательной дооперационной топической диагностике многие хирурги ограничиваются перевязкой нижних щитовидных артерий, резекцией доли щитовидной железы или гемиструмэктомией.

С целью улучшения результатов хирургического лечения ПГПТ нами разработан и внедрен способ оперативного лечения ПГПТ, заключающийся в резекции задней поверхности щитовидной железы с последующим гистологическим анализом.

Способ заключается в резекции задней поверхности щитовидной железы толщиной до 1,0 см, с последующей ее экспресс-биопсией. Вначале проводится односторонняя резекция щитовидной железы, и при обнаружении аденомы ОЩЖ операция заканчивается на данном этапе. При обнаружении гиперплазии ОЩЖ проводят аналогичную резекцию щитовидной железы и другой доли с последующим ее гистологическим исследованием.

Было проведено 11 операции предложенным способом. В 4 случаях операция закончилась односторонней резекцией. Двусторонняя резекция проведена в 7 случаях, в одном случае операция была неудовлетворительной. В 5 случаях обнаружены гиперплазированные ОЩЖ, расположенные в обеих долях щитовид-

---

ной железы. В 4 случаях гиперплазия сочеталась с аденомой ОЩЖ.

Таким образом, данный способ позволяет провести адекватную диагностику и объем хирургического лечения ПГПТ при интратиреоидном или подкапсульным расположении аденомы или гиперплазированной ОЩЖ.

## РЕГИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

**Ефимов А.В. Сердюк Е.К.**

*Государственное федеральное учреждение "Больница порта г. Туапсе", Хирургическое отделение № 1.*

В отделении в полном объёме оказывается экстренная помощь при острых хирургических заболеваниях. В плановом порядке проводятся стандартные операции по поводу заболеваний щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, внепечёночных желчных путей, желчного пузыря, грыж различной локализации, варикозном расширении поверхностных вен нижних конечностей, так же широкий спектр косметических операций. С 1995 г. проводятся лапароскопические операции. Травматологи активно применяют внеочаговый металлоостеосинтез Илизарова, Афаунова, создан рентгенархив. В современном мире трудно быть универсальным хирургом. Мы пошли по пути создания универсального отделения. Каждый хирург кроме общехирургической подготовки прошёл специализацию по одному из направлений хирургии — гастроэнтерология, колопроктология, ангиохирургия, косметология, внутрисветная эндоскопия. Все хирурги выполняют лапароскопические операции. Учитывая современные высокие требования к врачам, каждый хирург ежегодно проходит курсы повышения квалификации. Больница компьютеризирована. Все хирурги имеют возможность работать в интернете, открыты индивидуальные почтовые ящики. Это даёт возможность проводить заочные консультации с ведущими хирургами страны. Направление, выбранное в отделении — освоение и более широкое применение малоинвазивных операций. Мы не хотим подменять работу специализированных клиник, но считаем, что широкий спектр стандартных, отработанных операций имеет место быть в общехирургическом отделении. Учитывая темпы развития телекоммуникационной информации, хотелось бы видеть централизованные электронные библиотеки, фильмотеки, которые были бы доступны любому хирургу в самых отдалённых больницах. Мы думаем, что в этом огромная перспектива для развития региональной хирургии.

---

## ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРИТОНИЗАЦИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Жеребина М.Ю., Михальский В.Ф., Ключева А.А.**

*г. Москва, ГКБ им. С.П.Боткина.*

Увеличение средней продолжительности жизни населения в нашей стране привело к росту количества больных пожилого и старческого возраста нуждающихся в хирургическом лечении. Несмотря на значительные достижения современной фармакологии, развитие эндоскопической хирургии, при целом ряде гинекологических заболеваний хирургическое лечение путем лапаротомии до настоящего времени остается единственно возможным. Как правило, при клиническом обследовании у данного контингента больных отмечаются выраженные изменения основных показателей гомеостаза. Необходимо отметить, что урогенитальный тракт крайне чувствителен к гипозэстрогении, что приводит к снижению циклической трансформации влагалищного эпителия, а это является фоном для развития восходящей бактериальной инфекции в урогенитальном тракте.

В нашей клинике при выполнении гинекологических операций большое значение уделяется перитонизации, так как это позволяет отграничить брюшную полость от оставшейся культи удаленного органа. После удаления матки при целом ряде гинекологических заболеваний, во время перитонизации нами выполняются фиксирующие швы с обеих сторон включая крестцово-маточные связки, круглые маточные связки, культю шейки матки или влагалища.

Такая перитонизация выполняется с целью укрепления тазового дна, профилактики опущения стенок влагалища с образованием цисто и ректоцеле. Под нашим наблюдением находилось 100 больных, оперированных по поводу миомы матки в сочетании с гиперпластическим процессом эндометрия (40 больных), кистом яичника (35 больных), предопухолевого состояния эндометрия в сочетании с патологией шейки матки (25 больных). Возраст больных от 60 до 77 лет. Объем операции: надвлагалищная ампутация матки с придатками — 75 больных, экстирпация матки — 25 больных. У 70% больных отмечено перед операцией опущение стенок влагалища. Проводя анализ отдаленных результатов оперативного лечения у данной группы больных, прогрессирования опущения стенок влагалища не отмечено.

Таким образом, применение фиксирующих отдельных швов во время перитонизации после удаления матки, способствует укреплению тазового дна и препятствует формированию и прогрессированию опущения стенок влагалища, что особенно актуально у гинекологических больных пожилого и старческого возраста.

---

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Жидков С.А., Пландовский В.А., Зайцев В.Ф.**

*Республика Беларусь, г. Минск, Белорусский государственный медицинский университет, Военно-медицинский факультет, кафедра военно-полевой хирургии, 432 Главный военный клинический госпиталь, 2-я городская клиническая больница.*

В хирургические стационары все чаще поступают пациенты старше 60 лет с различной патологией, в т.ч. и с ургентной абдоминальной. Перед хирургами при этом возникают следующие задачи: быстрейшая постановка правильного диагноза, определение степени компенсации жизненно важных функций организма, определение оптимальных сроков операции, определение оптимального объема операции.

Нами за последние четыре года проведено лечение 1251 больных с ургентной абдоминальной патологией у лиц старше 60 лет. Распределение больных по нозологии: острый аппендицит — 74, ущемленная грыжа — 158, острая кишечная непроходимость — 69, желудочно-кишечное кровотечение — 46, острый панкреатит — 128, острый холецистит — 776.

604 (48,3%) поступили позже 24ч, все имели от 1 до 5 сопутствующих заболеваний.

Правильный диагноз при направлении был поставлен в 717 случаев (57,3%).

Больных с ущемленной грыжей и острым аппендицитом оперировали в первые 0,5-2 ч после поступления, естественно, радикально. Объем операций при ОКН, ОЖКК, остром холецистите и остром панкреатите, зависел от тяжести основного заболевания и степени обострения сопутствующих заболеваний.

В связи с этим все пациенты были разделены на следующие группы:

I — операция выполнялась в полном объеме, производились: резекция кишки с наложением анастомоза, операция типа Гартмана при кишечной непроходимости, резекция желудка или ваготомия с пилоропластикой при желудочном кровотечении, холецистэктомия, некрэктомия с дренированием желчных путей, брюшной полости и забрюшинного пространства при панкреонекрозе.

II — оперативное лечение выполнялось в два и более этапа. Сюда входили: наложение энтеро- и колостомы, дренирование желчного пузыря и протоков с последующей холецистэктомией.

III — выполнялись малоинвазивные или минимальные по объему вмешательства; по жизненным показаниям, как окончательный вариант лечения: пункционное дренирование под контролем УЗИ желчного пузыря и протоков, дренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ, прошивание кровоточащих язв при неэффективном эндоскопическом гемостазе.



---

Из 1251 больных погибло — 21 (1,7%). Таким образом, соблюдение системы оказания экстренной хирургической помощи больным старше 60 лет позволяет достигнуть приемлемых результатов и с оптимизмом смотреть в будущее.

## **ОЦЕНКА РЕАКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ**

**Жолмухамедов К.К., Засорин Б.В., Искаков А.Ж., Сахипов М.М.**

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, Актобе, Республика Казахстан*

Проведено сравнительное клинико-иммунологическое исследование реакции иммунной системы у больных циррозом печени на трансплантацию фетальных гепатоцитов человека, которая осуществлялась методом чрезкожной пункции под УЗИ-контролем.

Трансплантация фетальных гепатоцитов была проведена 56 больным циррозом печени у которых изучено функциональное состояние клеточного и гуморального иммунитета. Все тесты проводились до трансплантации, на седьмые сутки, через 1, 3, 6 и 9 месяцев после нее.

В результате проведенных исследований установлено наличие Т-зависимого иммунодефицита до проведения ТФГ, о котором свидетельствовало достоверное снижение субпопуляции CD8, снижение функционального ответа CD3 в реакции бласттрансформации с неспецифическим митогеном ФГА, повышение уровня субпопуляции CD4. Со стороны гуморального отмечается достоверное повышение уровня Ig G и циркулирующих иммунных комплексов. На седьмые сутки после проведения ТФГ значительных изменений со стороны изученных параметров не выявлено. Через месяц после трансплантации наряду с улучшением клинического состояния больных отмечается тенденция к повышению уровня субпопуляции CD8 при одновременном снижении CD4, но сохраняющейся невысокой функциональной активностью CD3 в реакции бласттрансформации. Так же отмечается некоторое снижение уровня Ig G и ЦИК. Полученные данные свидетельствуют о сохранении активного патологического процесса в печени больных циррозом. Начиная с третьего месяца после ТФГ происходит постепенное снижение явлений иммунодефицита, проявляющееся в выравнивании соотношений субпопуляций CD4/CD8, достоверном повышении функциональной активности CD3. Со стороны гуморальных факторов так же отмечается достоверное, по сравнению с исходными, изменение уровня изученных показателей, хотя и не достигающее нормальных величин.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 1995-2001 ГОДАХ

**Замятин В.В., Дурасов В.В., Насибулин С.Р.**

*Самара, Департамент здравоохранения Администрации Самарской области; МСЧ №5*

Острый холецистит — наиболее частое осложнение желчно-каменной болезни. В структуре госпитализаций в хирургические отделения больные острым холециститом занимают значительное место. Летальность при хирургическом лечении острого холецистита составляет 1,6-8% в зависимости от объёма операции и возраста пациентов. Так как в последнее время при остром холецистите находит всё большее применение лапароскопическая техника, мы решили изучить динамику результатов лечения в 1995-2001 годах.

В Самарской области лапароскопические холецистэктомии при остром холецистите выполняются с 1993 года. В настоящее время 26 лечебных учреждений Самарской области используют данный метод хирургического лечения желчнокаменной болезни.

Показатели лечения больных острым холециститом отражены в таблице:

Выводы:

1. Увеличивается число больных острым холециститом.
2. Повышается хирургическая активность по отношению к больным острым холециститом.
3. Каждая вторая холецистэктомия при остром холецистите выполняется лапароскопически.
4. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите сопровождается низкой летальностью.

Таким образом, внедрение лапароскопических методик приводит к существенному улучшению качественных показателей лечения больных острым холециститом.

**Таблица 1.** Результаты лечения больных острым холециститом в Самарской области.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Неоперированных больных,	2354	2249	2294	2314	2452	2373	2558
из них умерло	0	1	1	2	2	1	4
	0%	0,04%	0,04%	0,08%	0,08%	0,04%	0,15%
Экстренная холецистэктомия ЭХЭ,	1126	1501	1749	2014	2488	2582	2556
умерло	44	39	45	39	40	43	40
	3,9%	2,6%	2,6%	1,9%	1,6%	1,6%	1,56%
Экстренная лапароскопическая холецистэктомия ЭЛХЭ	64	192	369	843	852	1096	1214
умерло	1	0	0	2	2	2	1
	1,6%	0%	0%	0,23%	0,23%	0,18%	0,08%
ЭХЭ/ЭЛХЭ (%)	94/6	87/13	79/21	58/42	68/34	58/42	53/47
Неоперированных /оперированным %	68/32	60/40	57/43	53/47	50/50	48/52	50/50
Всего больных острым холециститом	3480	3750	4043	4328	4940	4955	5114

---

## УСТРАНЕНИЕ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

**Зуев В.В., Полухин В.Д.**

*г. Кемерово, Городская больница №1, Центр амбулаторной хирургии*

Пациентка Х. 30 лет обратилась в ЦАХ с проблемой расхождения прямых мышц живота. Ранее она обращалась в разные клиники города, где ей предлагали оперативное вмешательство с кожным разрезом от мечевидного отростка до лона; либо операцию типа абдоминопластики по Dufourmentel, без иссечения кожно-жирового лоскута, в связи с отсутствием излишков кожи и жира.

Объективно у пациентки было расхождение прямых мышц живота на всём протяжении от мечевидного отростка до лона на ширину до 2,5-3,5 см. Жировая клетчатка выражена умеренно, кожа не расслаблена.

Специально для этого случая мы разработали малотравматичную технологию. Идея состояла в том, чтобы обнажить апоневроз на всём протяжении, через миниразрезы кожи не более 2-3 см в незаметных местах. А для визуального контроля применить эндоскопическую видеотехнику (лапароскоп с торцевой оптикой). Практически это было осуществлено следующим образом:

Над лоном по средней линии выполнен поперечный разрез до 3 см длиной, через который тупо в подкожной клетчатке сделан туннель вверх в обход пупка слева и через него проведена эндоскопическая оптика с выводом изображения на монитор. В верхней части пупка произведён поперечный дугообразный разрез до 2 см длиной. Тупо и остро под контролем введённой видеокамеры произведена отслойка жировой ткани от апоневроза на 1,5-2 см латеральнее краёв прямых мышц живота. Отслоенные ткани поднимались узким длинным зеркалом. Далее с помощью длинного иглодержателя выполнено сшивание краёв прямых мышц непрерывным обвивным швом (нейлон №0), сначала от пупка вверх до мечевидного отростка, далее вниз до пупка с формированием узловых швов в ране. Аналогичная манипуляция произведена от лона до пупка. Через нижний разрез установлена длинная дренажная трубка, окаймляя пупок, до мечевидного отростка. Кожа ушита узловыми швами (нейлон №5-0). После операции пациентка носила компрессионный пояс в течение 4 недель. Дренаж удалён через 48 часов. В течение первых 2 месяцев у пациентки пальпаторно определялся подкожный валик из плиссированного апоневроза по средней линии и небольшие излишки кожи выше пупка. Через 2 месяца поверхность живота стала абсолютно ровной, диастаз мышц не определялся.

Таким образом, вышеописанная операция позволяет устранить диастаз прямых мышц живота с высоким косметическим эффектом, с минимальной вероятностью осложнений и достаточно лёгкой для пациентов реабилитацией. Мало-

---

травматичность операции без сомнения оставляет право проводить подобные вмешательства в центрах амбулаторной хирургии с пребыванием в больнице не более 48 часов.

## **ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ОМСКА**

**Зятыков И. Н., Бобохидзе Г. А., Лобанов В. Г., Чертищев О. А.,  
Черепанов И. Ю.**

*Россия, г.Омск, медицинская академия, кафедра хирургических болезней с курсом урологии, зав. проф. Полуэктов В.Л., Областная клиническая больница.*

С 1998 года в нашей клинике стали проводиться видеоторакоскопические операции. На июнь 2002 года проведено 58 видеоторакоскопических вмешательств. Поводом для операции послужили: буллезная болезнь легких со спонтанным пневмотораксом (9 случаев), диссеминированные процессы в легких, требующие морфологической верификации (5), свернувшийся гемоторакс (5), осумкованные плевриты (2), подозрение на опухолевое поражение плевры и легких (5), травматическая диафрагмальная грыжа (1), колото-резаное ранение грудной клетки в проекции сердца (1), поражения сосудов верхних конечностей (30).

По нашим данным торакоскопия при правильной интерпретации данных дополнительных исследований и операционных находок позволяет в 100% случаев поставить правильный диагноз, получить материал для гистологического исследования. При проведении лечебных вмешательств все из них удалось совершить в полном объеме. Производились вмешательства: резекция булл; механический и термический плевродез; частичная декортикация легкого; разделение спаек; атипичная резекция легкого; устранение гемоторакса; резекция пряди сальника, ушивание раны диафрагмы; ревизия ран средостения, торакоскопическая симпатэктомия. Длительность операции составляла в среднем 70 минут, изменяясь от 30 до 120 минут. Операция заканчивалась дренированием плевральной полости по показаниям 1 или 2 дренажами с активной аспирацией.

Переход на открытое оперативное вмешательство произведен в 3 случаях (5,2%). Причиной конверсии послужило в 1 случае: невозможность удаления утолщенной до 2 см. плевры, интимно связанной с легким и грудной стенкой. Во втором случае у пациентки 4 лет с врожденным пороком сердца после операции Фонтана, торакоскопически устранялся осумкованный плеврит, после

---

операции сохранялся сброс воздуха по дренажам и имелась угроза инфицирования плевральной полости, 1 случай возникло интенсивное кровотечение из межреберной артерии, которое не удалось остановить консервативно. Послеоперационный койко-день после торакоскопических операций в сравнении с открытыми операциями снизился в среднем с 18 до 6. Повторных торакоскопий не проводилось.

Низкая травматичность эндовидеохирургических вмешательств позволяет успешно оперировать тех пациентов, для которых открытая операция была бы труднопереносима.

Малая травматичность видеоторакоскопических операций обуславливает более легкое протекание послеоперационного периода, снижение количества осложнений, сокращение койко-дня, снижение затрат на медикаменты, что позволяет говорить о выраженном экономическом эффекте.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ ПРОЛЕНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

**Ибатуллин Р.Д., Михайлова С.А., Кармазов Ю.Е., Сауткин А.Г.,  
Богданов А.В., Маслов В.Г.**

*Россия, г. Челябинск, городская клиническая больница № 6*

Традиционные и наиболее распространенные в общехирургических стационарах операции, направленные на устранение наружной брюшной грыжи и пластику шовными способами с использованием местных тканей, дают большое число рецидивов. В настоящее время специализированные герниологические центры сообщают о частоте рецидивов в интервале 1-5%, тогда как в неспециализированных отделениях этот показатель возрастает до 5-20%. Причины их возникновения различны и зачастую связаны с избыточным натяжением и прорезыванием швов при сведении краев апоневроза, ранними послеоперационными осложнениями (эвентрации, нагноения, серомы, лигатурные свищи и т.д.), атрофией и дряблостью мышц, истончением и дегенерацией апоневрозов и фасций и др. В связи с этим не теряют актуальности постоянные поиски новых методов операций, позволяющих снизить число рецидивов после грыжесечений.

В хирургическом отделении ГКБ№6 г. Челябинска с февраля 2000 года выполнено 56 герниотомий по поводу паховых и послеоперационных вентральных грыж с использованием сетчатого проленового эндопротеза.

---

При паховых грыжах выполнялась пластика по Lychtenstein. Выполнено 40 герниотомий. Все оперированные пациенты — мужчины в возрасте от 24 до 77 лет. Первичные грыжи наблюдались у 35(87,5%) больных, рецидивные у 5(12,5%) больных, двусторонние — у 2-х больных. В 27(67,5%) наблюдениях грыжи были косые, в 13(32,5%) наблюдениях — прямые. У одного больного(2,5%), оперированного по поводу двусторонней прямой паховой грыжи, через три недели после выписки из стационара вскрыт надапоневротический абсцесс. Больной осмотрен через 3 месяца после операции — рецидива не выявлено. Других осложнений не отмечено. Средний период пребывания больных в стационаре — 8 суток. За этот же период нами оперировано 16 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (женщины — 14; мужчины -2). В 10(63%) наблюдениях грыжи были рецидивными. В 15 (94%) имелись обширные и гигантские грыжи (по классификации Тоскина и Жебровского). Возраст пациентов составил от 36 до 73 лет. У больных с ожирением для повышения эффективности герниопластики мы сочетали операцию эндопротезирования проленовой сеткой с вертикальной абдоминопластикой и иссечением избытков кожно-жирового лоскута. Имело место одно осложнение: внутрибрюшное кровотечение после травматического адгезиолизиса. Пациент повторно оперирован. Случай закончился выздоровлением. Средний период пребывания в стационаре составил 15 суток. В послеоперационном периоде, в сроки от 1,5 до 7 месяцев, осмотрено 4 пациентов. Жалоб не больные не предъявляют, рецидивов не выявлено.

Мы считаем, что применение аллопластики сетчатым проленовым эндопротезом при герниотомиях может служить альтернативой "натяжным" методам пластики местными тканями.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ**

**Иванов Ю.В.**

*Клиническая больница №83 ФУ "Медбиоэкстрем" при МЗ РФ, г.Москва.*

С 1997г. было прооперировано 195 больных с различными абдоминальными грыжами, у которых при герниопластики использовали полипропиленовую сетку "SURGIPRO\* MESH" различной модификации (SPMM, SPMW, SPM). Из 195 больных у 31 выявлена послеоперационная вентральная грыжа, у 116 — паховая, у 4 — бедренная, у 23 — пупочная, у 7 — параумбиликальная и у 12 — грыжа белой линии живота. У 49 больных грыжи передней брюшной стенки были рецидивными (ранее оперированы по поводу данного заболевания от 1 до 4 раз).

---

Абсолютным показанием к использованию полипропиленового эндопротеза при герниопластики считаем: все рецидивные грыжи передней брюшной стенки, большие размеры грыжевых ворот, слабость местных тканей. Относительным показанием к использованию полипропиленовой сетки считаем наличие у больных ожирения, хронического бронхита и других заболеваний дыхательной системы, а также тяжелой физической работы.

При изучении результатов герниопластики с использованием полипропиленового эндопротеза было выявлено, что в 2 случаях (у больных с большими вентральными послеоперационными грыжами) возникло инфицирование эндопротеза, что потребовало его удаления. У 7 больных наблюдали лимфорею, которая самостоятельно прекратилась во всех случаях на 7-12 сутки после операции. При использовании полипропиленовой сетки значительно реже отмечался отек мягких тканей в зоне операции, образование гематом или инфильтратов.

На наш взгляд, при выполнении герниопластики с использованием полипропиленового протеза целесообразно придерживаться следующих правил: 1) С профилактической целью за день до операции назначать внутримышечное введение антибиотика широкого спектра действия; 2) Во время операции и в послеоперационном периоде строго соблюдать правила асептики и антисептики; 3) Трансплантат не должен соприкасаться с внутренними органами брюшной полости; 4) Фиксация сетки должна производиться только узловыми швами; 5) Дренаж в режиме активной аспирации в остаточной полости должен находиться не более 24 часов.

## **ГЕМОПЛАЦЕНТОПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Изимбергенов Н.И., Жакиев Б.С., Имамбаев К.С., Калиев А.А.,  
Жумагалиев Е., Райханова Л.**

*Республика Казахстан, Западно-Казахстанская медицинская академия, клиника  
госпитальной хирургии*

С целью поиска эффективных методов борьбы с синдромом эндогенной интоксикации, определяющим тяжесть и исход гнойно-септических заболеваний, нами разработан и широко внедряется в клиническую практику новый способ детоксикационной терапии — гемоплацентоперфузия.

Клиническому внедрению этого способа предшествовали результаты стендовых и экспериментальных исследований. При этом установлено, что цельная

---

плацента человека и ее фрагменты обладают выраженными фильтрационными, детоксикационными и иммуностимулирующими свойствами.

В данной работе представлен наш опыт применения гемоплацентоперфузии в комплексном лечении 105 больных с гнойно-септическими заболеваниями.

Показаниями к гемоплацентоперфузии явились некупируемые с помощью обычной интенсивной терапии эндогенная интоксикация, явления нарастающей печеночно-почечной недостаточности и снижение иммунобиологической реактивности организма.

Гемоплацентоперфузию осуществляли двумя способами: через цельную плаценту у 50 больных и через фрагменты плаценты — у 55.

Гемоперфузию через цельную плаценту и ее фрагменты проводили вено-венозным способом с помощью роликового насоса со скоростью 40-50 мл в минуту в течение 60 минут. При гемоплацентоперфузии учитывались групповая и резус совместимость крови больного и плаценты.

Клинический эффект после экстракорпорального подключения плаценты обычно проявлялся на следующий день и заключался в улучшении общего состояния и отчетливом прояснении сознания. Начиная с 2-3 суток отмечено снижение температуры тела, урежение пульса, восстановление моторики кишечника и улучшение показателей гемодинамики. Достоверное снижение лейкоцитарного индекса интоксикации от  $5,87 \pm 0,22$  ед до  $1,6 \pm 0,38$  ед и массы средних молекул крови от  $0,458 \pm 0,04$  усл.ед до  $0,28 \pm 0,03$  усл.ед ( $p < 0,05$ ) отмечено на 3-5 сут после гемоплацентоперфузии. Одновременно выявлено снижение уровня билирубина, мочевины, остаточного азота и повышение концентрации общего белка, что свидетельствовали о ликвидации эндотоксикоза и восстановлении функции почек и печени.

Со стороны иммунного статуса организма выявлено повышение активности иммунной системы организма. Это подтверждалось ростом содержания лимфоцитов (от  $21,5 \pm 2,1\%$  до  $33,5 \pm 1,8\%$ ), уровня Т-лимфоцитов (от  $23,4 \pm 4,1\%$  до  $39,5 \pm 3,02\%$ ), субпопуляции СД 4 (от  $20,5 \pm 3,7\%$  до  $36,3 \pm 2,04\%$ ), с одновременным снижением СД 8 (от  $19,2 \pm 1,3\%$  до  $10,4 \pm 1,3\%$ ). Кроме того, необходимо отметить повышение лимфоцитарно-нейтрофильного индекса (от  $0,29 \pm 0,01\%$  до  $0,55 \pm 0,02\%$ ), что свидетельствовали об уменьшении иммуносупрессии и снижении иммунодефицита.

Осложнения связанные с процедурой как во время, так и постперфузионном периоде не наблюдались.

Таким образом, гемоплацентоперфузия является эффективным и перспективным способом детоксикационной терапии в комплексном лечении гнойно-септических заболеваний.



---

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН

**Казанков С.С., Бенеманский В.В. Калиниченко А.В., Гармашов В.И**

*Иркутск. Институт Усовершенствования Врачей, Кафедра хирургии; ДКБ ВСЖД отделение гнойной хирургии; Ангарск. НИИ медицины труда и экологии человека.*

В последние годы всё большее применение для лечения "трудных" ран находят препараты содержащие биологически активные вещества, как растительного так и животного происхождения, способные упорядочить и активизировать интимные механизмы тканевого гомеостаза в условиях повреждения последнего каким-либо агрессивным агентом.

Цель проводимого исследования состояла в оценке скорости эпителизации раны и анализе морфологических характеристик воспринимающего раневого ложа как этап подготовки последнего к пластическому закрытию при лечении препаратами содержащими биологически активные вещества: Куриозин, Абисил-1, Антиран, Антиран + ультразвуковая кавитация (положительное решение ФИПС по заявке № 2001106893 от 08.02.2002г). Исследование проводили на 4-х группах животных (белые крысы). Хроническая рана формировалась по стандарту (Фарм. Комитет МЗ СССР от 1989г.)

На 6-е сутки после создания модели морфологическая структура раневой поверхности характеризовалась общей для всех групп картиной: поверхностные и глубокие слои дермы находились в стадии коагуляционного некроза. В глубине дермы некротические изменения с диффузными и очаговыми скоплениями нейтрофилов колониями микроорганизмов. Множественные внутритканевые микроабсцессы. Коллагеновые волокна дермы отёчны, хаотично расположены. Волосяные фолликулы, сальные железы в состоянии некроза. Визуально края раневого дефекта "подрыты" сама рана покрыта фиксированными фибринозно-некротическими налётами. Животные выводились из эксперимента на 4,8,14,21,28 сутки. При динамическом наблюдении за течением раневого процесса отмечено, что в случае использования в качестве лечебного средства сочетания Антиран + УЗК к 14-16 суткам от начала лечения удалось добиться полного очищения раны от гнойно-некротических налётов, сформировать на ране полноценный грануляционный пласт готовый к восприятию кожного трансплантата. Морфологическая картина характеризовалась отсутствием внутритканевых микроабсцессов, упорядоченным расположением коллагеновых волокон и фибробластов, развитым микроциркуляторным руслом, практически полным отсутствием очагов скоплений нейтрофилов, единичными, встречающимися преимущественно внутриклеточно, микроорганизмами. Следует отметить, что аналогичная картина при лечении препаратом Антиран без сочетания с УЗК отмечалась на 17-18 сутки, с Куриозином на 21-22, с Абисил-1 на 25-27 сутки соответственно.

---

---

## СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ХРОНИЧЕСКОГО РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Калиниченко А.В., Казанков С.С., Бенеманский В.В.**

*Иркутск. Институт Усовершенствования Врачей. Кафедра хирургии; ДКБ  
ВСЖД отделение гнойной хирургии; Ангарск. НИИ медицины труда и экологии  
человека*

Проведена сравнительная оценка биохимических показателей течения хронического раневого процесса под влиянием Куриозина и Абисила-1. Цель исследования — биохимические показатели грануляционной ткани. Использованы три группы крыс. Исследовали следующие биохимические показатели (Слуцкий Л.И.1969год). Оксипролин-показатель уровня белков коллагеновой природы, РНК-показатель биосинтетической активности ткани, ДНК-показатель количества клеточных элементов, МДА-показатель напряженности перекисного окисления липидов.

Первая группа животных находилась в состоянии спонтанного заживления и учитывалась, как контрольная. Вторая группа получала лечение препаратом Абисил-1. Раны третьей группы обрабатывались Куриозином. В контрольной группе уровень МДА оставался на высоких цифрах во все сроки и достоверное его снижение отмечено лишь к 21 суткам. Абисил-1 тормозит процессы распада с 4 суток и действует равномерно до 28 суток. Куриозин оказывает умеренное ингибирующее действие на протеолитические процессы.

При анализе ДНК, РНК, отмечено увеличение их концентрации в группе Куриозина. Следовательно, активность биосинтетических и пролиферативных процессов в этой группе была наиболее высокой.

Оксипролин-"метка" грануляционной ткани. В группе спонтанного заживления отмечен рост оксипролина с 14 суток, до 28 суток, что приводит к образованию грубого, гипертрофированного рубца. Куриозин влияет на развитие грануляционной ткани на начальных этапах раневого процесса, действует равномерно и не вызывает гиперколлагенизации раны. Следовательно, что заживление происходит без формирования гипертрофических и келлоидных рубцов. Таким образом, при спонтанном заживлении репаративные процессы заканчиваются формированием грубого, рубца, что существенно влияет как на косметический результат, так и на функциональную пригодность измененной области. В группе применения Абисил-1, в ране слабо выражены биосинтетические и пролиферативные процессы, что негативно сказывается на состоянии грануляционной ткани. Повышенный уровень оксипролина говорит о том, грануляционная ткань мало пригодна для аутодермопластики.

---

Куриозин оказывает выраженное биосинтетическое и пролиферативное воздействие на раневую поверхность. Благоприятно влияет на созревание грануляционной ткани, формирование эластичного рубца. При дефектах требующих пластического закрытия раневая поверхность обладает наибольшей воспринимающей способностью.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Калиш Ю.И., Садыков Р.А., Касымов А.А.**

*г.Ташкент, НЦХ им.акад. В.Вахидова директор проф. Х.А.Акилов*

Достижения современной науки интенсивно внедряются в клиническую практику. Одним из актуальных аспектов абдоминальной хирургии является использование лазерной техники, главным образом современных высокоэнергетических лазеров. Как справедливо отмечают Скобелкин О.К. с соавт., 1996г., в сравнении с традиционными хирургическими инструментами лазерный скальпель имеет существенные преимущества, связанные со способностью лазерного луча бескровно, в условиях асептики рассекать ткани, вызывая их минимальные повреждения. Это обусловлено тем, что лазерный инструмент сводит к минимуму три фактора, возникающие на месте разреза: кровотечение, внутриорганные микрогематомы, инфицировании по линии разреза.

На сегодняшний день парк высокоэнергетических лазерных аппаратов состоит в основном из CO<sub>2</sub> и АИГ лазеров. Накопленный опыт работы с бесконтактным CO<sub>2</sub> лазерным скальпелем наряду с несомненными его достоинствами выявил и существенный недостаток данного типа лазеров. Особенностью АИГ-неодимовых лазеров является способность работать как в контактным, так и бесконтактным способами. При этом контактный режим воздействия АИГ-неодимового лазера позволяет резко сузить зону коагуляционного некроза. Выполнять эффективно и прецизионно диссекцию биотканей, гемостаз, синхронный с рассечением тканей, что благоприятно влияет на послеоперационный период. При полостных операциях используется световоды оснащенные наконечниками из искусственного кристалла сапфира, прозрачного для луча АИГ-лазера и обладающего высокой температурой плавления. Недостатком сапфировых наконечников является высокая себестоимость и изнашиваемость.

Поэтому нами разработан новый кварцевый наконечник конической и цилиндрических форм. Серией экспериментальных исследований выявлено явное преимущество этого способа в сравнении с неконтактным CO<sub>2</sub>-лазерным излучением.

---

Контактный лазерный скальпель применен нами у 80 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты применения новой оригинальной модели кварцевого наконечника показали, что при диссекции органов и тканей достигается хороший гемостатический эффект без обугливания краев разреза. Создание анастомозов в условиях "сухого" операционного поля является несомненным преимуществом перед вскрытием просвета органа обычным скальпелем.

Таким образом применение АИГ-лазера с новым кварцевым наконечником в контактном режиме позволяет выполнять оперативные вмешательства на органах брюшной полости бескровно и прецизионно.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

**Капанова Г.Ж., Амантаева К.К.,**

*Казахстан, г. Алматы, Казахский Национальный медицинский Университет*

Одной из причин, омрачающей результаты хирургического лечения механической желтухи (МЖ) является печеночная недостаточность, развивающаяся в послеоперационном периоде, несмотря на проводимую декомпрессию желчевыводящих путей. В этом плане является актуальным разработка оптимальных и наиболее приемлемых методических подходов к решению вопросов комплексного лечения (МЖ) доброкачественного генеза. Для профилактики печеночной недостаточности всем испытуемым больным в комплексном лечении применялся низкоэнергетический лазер с момента поступления в стационар чрескожно на область печени ежедневно. В послеоперационном периоде в течении 10-12 суток лазерная терапия проводилась 3-мя способами: внутривенно; эндохоледохоэально при помощи специального проводника, вводимого в дренаж холедоха; интраумбиликально.

Результаты эффективности лазерной терапии оценивали по характеру и длительности течения раннего послеоперационного периода, наличию осложнений, изменениям биохимических и иммунологических показателей крови, сонографическим изменениям в ткани печени. Оценивая результаты послеоперационных осложнений надо отметить, что в основной группе (без лазерной терапии) осложнений больше, чем в контрольной (23,2% против 14,1%). Нами установлена высокая эффективность низкочастотной лазерной терапии, проявляющаяся уменьшением прогрессирования деструктивных процессов в печени

---

у больных (МЖ), быстрой нормализацией состояния больных, нормализацией показателей функциональной активности печени, активизацией резервных возможностей гепатоцитов. Трансумбиликальная и эндохоледохоэальная лазерная терапия за счет прямого воздействия на печеночную ткань, а внутрисосудистое лазерное облучение вследствие стимуляции иммунокомпетентных клеток, являются наиболее эффективными методами для профилактики развития послеоперационных гнойных осложнений и развития печеночной недостаточности.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ МИКРОЧИПОВ**

**Карашуров С.Е., Ушаков Н.Д., Шорников В.А., Гудовский Л.М., Титова Н.Ю.**

*г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, медицинский факультет, Республиканская больница.*

Новые тенденции развития современной хирургии сводятся в основном к разработке малоинвазивных и реконструктивных вмешательств. С 80-х годов к ним добавилась еще одна тенденция, отсутствовавшая в хирургии прошлых лет, — применение для лечения заболеваний человека имплантируемых электронных электростимуляторов-микрочипов, способных восстанавливать некоторые, утраченные вследствие болезни, функции органов с помощью тонкого управления структурами нервной системы. Микрочипы представляют собой программируемые электронные устройства размером от 1,0 мм до 1,0 см, вживляемые в тело больного и подключаемые к различным нервным структурам его с помощью современных видеоторакоскопических или видеолапароскопических хирургических методов. Первые в мире такие операции были выполнены хирургами Н.Д. Ушаковым и В.А. Шорниковым в 1998 году.

Целью настоящего исследования был анализ собственного 8-летнего опыта применения микрочипов для лечения бронхиальной астмы (БА), эпилепсии (ЭП), язвенной болезни желудка (ЯБ), ожирения (ОЖ).

Материал и методы. Имплантируемые на блуждающие нервы и симпатические стволы микрочипы типа "ЭСНИР" применены у 112 больных БА, 18 больных ЭП, 4 больных ЯБ, 2 больных ОЖ, возрастом от 18 до 75 лет. Состояние пациентов оценивалось спирографией, компьютерной электроэнцефалографией, фиброгастроскопией, рН-метрией.

---

Результаты. При БА микрочипы позволили эффективно предупреждать и купировать до 80 % приступов удушья, обеспечивая снижение потребности в медикаментах в 3,5-11,4 раз. Отмечались осложнения: инсульт головного мозга (1), парез подъязычного нерва (1), межреберная невралгия (4). При ЭП микрочипы способствовали трансформации больших припадков в малые, урежая их и снижая потребность в медикаментах в 2,8-4,6 раз. При ЯБ отмечено ускорение заживления язв в 1,5-2,5 раза. Применение микрочипов при ОЖ обеспечивало потерю веса до 11 кг за месяц.

Выводы:

1. Применение имплантируемых эндоскопическим методом электронных микрочипов для лечения различных заболеваний является перспективным для современной хирургии.

2. Новые операции и технологии отличаются малоинвазивностью, высокой эффективностью и позволяют значительно снижать лекарственную потребность больных.

Настоящее исследование выполнено по гранту Минобразования РФ № 416, гранту РГНФ № 00-06-00239а, гранту РФФИ № 02-04-58055.

## **К ВОПРОСУ СОВРЕМЕННОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА**

**Каримов З.Д., Кабулова Ф.К., Пулатова Ю.У., Азимова Ф.М., Касымова Д.М.**

*Республика Узбекистан, Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз.*

С мая 2001 по июль 2002 г.г. в отделении неотложной гинекологии нашего центра оперировано 436 женщин. Из них у 42(9,6%) имел место гинекологический, а у 8(1,8%) акушерский перитонит. Структура заболеваний вызвавших гинекологический перитонит включала: тубоовариальные гнойные образования — у 16(38,1%), пиосальпингс — у 9(21,4%), сочетание гнойного сальпингита и вторичного деструктивного аппендицита — у 7(16,7%), туберкулез придатков матки с картиной разлитого бугоркового перитонита — у 3(7,1), пиоварум — у 2(4,8%), перекрут кистомы яичника — у 2(4,8%), перфорация матки во время извлечения внутриматочного контрацептива — у 1(2,4%), гнойный пельвиоперитонит — у 1(2,4%), казеозный распад обеих придатков матки — у 1(2,4%). Обращает на себя особое внимание высокий показатель туберкулезного поражения. В сумме он составил 9,5%.

---

Причинами вызвавшими акушерский перитонит были: несостоятельность шва в нижнем сегменте матки после кесарева сечения — у 7(87,5%) из 8 женщин, нераспознанный неполный разрыв матки — у 1(12,5%).

Этиологическая структура гинекологического перитонита при обследовании гнойного экссудата брюшной полости представляла: *Staphylokokkus epidermidis* 23,8%, *Staphylokokkus aureus* 19,0%, *Streptokokkus pyogenes* 11,0%, *E. Coli* 14,3%, *Cadida* 4,8%, *Proteus mirabilis* 4,8%, *Streptokokkus viridans* 4,8%, *Streptokokkus faecalis* 4,8%, *Pseudomonas aeruginosa* 4,8%, Роста нет 16,7%, Ассоциации 35,7%. Результаты диагностики трансмиссивной урогенитальной инфекции с помощью полимеразной цепной реакции: *Neisseria honorhoae* 38,1%, *Chlamidia trachomatis* 35,7%, *Herpes simplex (Virus1-2)* 35,7%.

Обращают на себя внимание существенные показатели трансмиссивной урогенитальной инфекции (ТУИ). С учетом возможности длительной субклинической персистенции можно предполагать роль провайдеров этого класса возбудителей.

Этиологическая структура акушерского перитонита отличалась лишь снижением показателя *Neisseria honorhoae* до 12,5%, что также заставляет думать о важной роли ТУИ в патогенезе несостоятельности маточного шва после кесарева сечения.

Все больные были оперированы в экстренном порядке. Произведены следующие вмешательства: экстирпация матки с фаллопиевыми трубами — у 35(70,0%) из 50 женщин, надвлагалищная ампутация матки с гомо- и билатеральным удалением придатков — у 14(28,0%), гомолатеральное удаление придатков матки — у 1(2,0%). Брюшная полость по окончании операции обильно промывалась раствором Бетадина в смеси с физиологическим раствором 1:3. Осуществлялось широкое дренирование, внутрибрюшное введение антибиотиков. Поточно-промывной диализ не использовали. Летальности не было, все больные поправились без дополнительных серьезных хирургических вмешательств.

---

# МАЛОИНВАЗИВНАЯ МИКРОКАТЕТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Каримов З.Д., Азимова Ф.М, Пулатова Ю.У., Касымова Д.М.,  
Буралиева С.М.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз*

Изучены результаты длительной микрокатетерной терапии среди 52 больных тубоовариальными гнойными образованиями придатков матки (ТОГОПМ). От получившего распространение в последнее время малоинвазивного пункционного метода лечения данного заболевания, представляемая методика отличается: установкой единственного микрокатетера в главной гнойной полости ТОГОПМ, проведением фракционного лаважа 3 раза в сутки растворами антисептиков с последующим введением антибиотиков соответственно антибиотикограмме, длительным нахождением микрокатетера в главной гнойной полости до исчезновения гнообразования (5-12 суток), склеротерапией 96° этиловым спиртом (введение 3,0-4,0 мл спирта с экспозицией до следующего введения каждые 12-24 часа), проводимой в последние 3-4 суток.

Катетеризация ТОГОПМ осуществлялась с помощью ультразвуковой аппаратуры оснащенной эндовагинальным датчиком и пункционной насадкой. Термопластичный катетер диаметром 2,0-2,5 мм. нанизывали на пункционную иглу и в таком виде проводили пункцию ТОГОПМ. После опорожнения и промывания всех полостей катетер устанавливали в основной полости, иглу извлекали.

Бактериологическим исследованием, а также определением трансмиссивной уrogenитальной инфекции (ТУИ) методом полимеразной цепной реакции содержимого ТОГОПМ установлено, что более чем у 1/3 больных заболевание вызвано различными ассоциациями ТУИ (*Neisseria honorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, *Herpes Simplex Virus*) с гноеродными условно патогенными аэробными и анаэробными микроорганизмами. У 1/3 больных ТУИ не выявлено, а у 22,0% больных не установлен возбудитель заболевания. Анаэробные микроорганизмы в общей сложности присутствовали в 63,0% образцов исследования.

Анализ результатов лечения показал: стойкого излечения удалось добиться среди 46(88,5%) больных (наблюдение проводилось в течение 6 месяцев после выписки из клиники); 6(11,5%) женщин были оперированы в различные сроки из-за неудовлетворительных результатов терапии. Серьезных нарушений овариально-менструальной функции не наблюдалось. Все женщины после выписки из стационара получали курс реабилитации, включавший: нестероидные противовоспалительные препараты, магнитолазерную терапию, синтетические прогестины в течение 3-6 месяцев.



---

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА ГЕЛИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

**Касумьян С.А., Жорова Е.М.**

*Российская Федерация, г. Смоленск, государственная медицинская академия.*

В связи с недостаточной эффективностью лекарственных препаратов, применяемых для местного лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, в клинической практике широко используются физические факторы.

Мы располагаем опытом лечения 125 больных с трофическими язвами и 30 больных с гнойными ранами, в комплекс местного лечения которых был включен плазменный поток гелия. Для выяснения механизма действия последнего нами было предварительно проведено

экспериментальное исследование на крысах линии Вистар. с моделью гнойной раны, созданной по известной методике (Ю.В. Стручков, 1982). В эксперименте изучали морфологические изменения в ранах, определяли фагоцитарную активность лейкоцитов в крови, оценивали антимикробный эффект плазменного воздействия по изменению количества микробных в 1 гр. тканей.

В результате проведенного исследования было установлено антимикробное и противовоспалительное действие плазменного потока, стимуляция фагоцитарной активности лейкоцитов, ускорение регенераторных процессов в ране, образование и созревание коллагена, образование более полноценного регенерата кожи. Учитывая результаты эксперимента, мы применили плазменный поток гелия у больных с гнойными ранами и

трофическими язвами, развившимися на фоне хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Облучение раневой, язвенной поверхности и окружающих

их тканей проводили с расстояния 15 см от сопла плазматрона до обрабатываемой поверхности. Время обработки не превышало 1,5 мин/см<sup>2</sup>. До очищения раневой поверхности облучение плазмой проводили ежедневно, затем через день. Курс лечения составлял 10-15 процедур. При использовании плазмы через 2-3 дня исчезали или значительно уменьшались боли в области язв и ран, без ее применения уменьшение болевого синдрома в язве наблюдалось к 7-10 дню, в ране. к 3-4 дню. К 6 суткам обсемененность микрофлорой раневой и язвенной поверхности уменьшалась с 3-4 степени до 1, в 30%

случаев микрофлора не высевалась. В группе больных, лечившихся без применения плазмы микробная обсемененность язвенной и раневой поверхности к этому времени практически не изменялась. В целом, применения плазменного потока гелия приводило к очищению раневой и язвенной поверхностей, появлению грануляций, началу эпителизации в 1,5. 2 раза быстрее, чем у больных

---

без применения плазмы. Осложнений, связанных с применением плазменного потока гелия у больных, мы не отмечали.

Таким образом, наши исследования позволяют рекомендовать применение плазменного потока гелия в лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и трофических язв.

## **СПОСОБЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Касумьян С. А., Некрасов А. Ю., Покусаев Б. А., Сергеев А. В.,  
Бескосный А. А., Варчук О. Д.**

*г. Смоленск, медицинская академия*

Местный гемостаз и профилактика послеоперационных кровотечений имеют важное значение при эндоскопических вмешательствах на желчных путях. Общеизвестны сложности гемостаза при кровоточивости из ложа желчного пузыря при ранних холецистэктомиях, обусловленные изменениями тканей из-за воспалительного перипроцесса при остром холецистите. Также серьезные проблемы с гемостазом возникают при экстренных холецистэктомиях в период рекул, и также при наличии гемангиомы печени в ложе желчного пузыря и некоторых особенностях расположения достаточно крупных внутривнутрипеченочных сосудов в зоне оперативного вмешательства. Подобная ситуация при открытой холецистэктомии требует дополнительных мер гемостаза или их сочетания: ушивание ложа желчного пузыря, электро- и химиокоагуляция, дополнительное клипирование сосудов, применение гемостатических средств, коллагена или тампонирования кровоточащей поверхности.

При лапароскопических холецистэктомиях ложе желчного пузыря обрабатывали: у 270 больных путем монополярной коагуляции, из них у 6 дополнительно кровоточащие крупные сосуды ложа желчного пузыря клипировали эндоклипсами, 100 пациентам кровотечение остановлено плазменной установки СУПР-2М потоком гелиевой плазмы, в виду отсутствия стойкого гемостаза от монополярной коагуляции, у 2 больных применен метод тампонирования узким марлевым тампоном, одному пациенту выполнено прошивание ложа атрауматичной нитью. В одном случае ни одним из выше перечисленных способов не удалось достигнуть стойкого гемостаза, что потребовало конверсии. Достаточно надежным в наших наблюдениях оказалось использование потока плазмы.

Принцип плазмогенерации заключается в том, что в плазмотроне между двумя электродами в среде инертного газа (гелия или аргона) при разнице потен-

---

циалов не ниже энергии ионизации, протекает ток. При этом происходит частичная ионизация инертного газа и образуется плазма, которая представляет собой электронейтральную смесь ионов, электронов и нейтронов. Избыточным давлением газа плазма выдувается наружу из плазматрона. Необходимый гемостаз достигается за счет высокой температуры (3000-60000 С), которая приводит к выпариванию и усадке тканей, образованию тромбов в микрососудистом русле и плотной коагуляционной пленки на кровоточащей поверхности.

Таким образом, снижение частоты осложнений, связанных с недостаточным гемостазом при лапароскопической холецистэктомии, возможно при наличии у хирурга резерва из нескольких способов обработки ложа желчного пузыря.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Касымов У.К., Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р., Охунов А.О.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, II Ташкентский Государственный медицинский институт*

За период с 1992 по 2001 годы в Республиканском Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз проанализированы 388 больным с тяжелыми гнойно-воспалительными заболеваниями различной локализации. Пациенты находившиеся в клинике в период с 1992 по 1995 годы (121 человек), составили I (контрольную) группу, которым в процессе лечения длительная внутриартериальная катетерная терапия не производилась. II группа представлена 126 пациентами, которым на фоне общепринятых методов лечения применялась традиционная схема длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ), включающая в себя капельное введение антибактериальных препаратов на фоне реологических растворов. III группу составили 141 больной, которым применялась усовершенствованная схема ДВАКТ. Больным последней группы в целях ускорения перехода I фазы воспаления во II и улучшения репаративных процессов к существующим препаратам добавлялись растворы глюкокортикоидов (преднизолон) в дозах 60-180 мг/сутки и 10% раствора альбумина по 100-200 мл.. При этом, внутриартериальное введение преднизолона начинали спустя 24-48 часов регионарной внутриартериальной перфузии дренированного гнойного очага на протяжении 2-

---

Зсуток в зависимости от характера, выраженности и локализации гнойно-некротического процесса. Анализируя эффективность различных режимов лечения тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний следует отметить, что применение разработанной схемы ДВАКТ в комплексном лечении позволило обеспечить достоверное повышение количества больных с не осложненным течением послеоперационного периода (95,8% случаев) в III группе, против 77,8% во II и 60,3% в I группе соответственно. Частота развития осложнений в III группе снизилась почти на 16% по сравнению с II группой с применением традиционных схем ДВАКТ с уменьшением продолжительности лечения почти в 2 раза. Летальность уменьшилась с 7,4% в I группе до 1,4%. Средняя продолжительность проведения ДВАКТ в III группе снизилась по сравнению со II группой в 2 раза. Приобретенный опыт внутриартериальной регуляции течения патологического процесса в нужном направлении позволяет нам рекомендовать проведение дальнейших исследований по совершенствованию ДВАКТ при лечении различных тяжелых заболеваний человека (онкологических, гнойных и др.).

## ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

**Катанов Е.С., Алексеев В.С., Сорокин О.С., Харитонов А.И.,  
Иванов С.Г.**

*Чувашская Республика, г. Чебоксары, Чувашский гос. университет, медицинский институт; Муниципальное учреждение здравоохранения "Вторая городская больница".*

С 1996 года нами выполнено 1230 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). Из них 73 (5,9%) операции произведены по поводу обострения хронического калькулезного холецистита и 24 (1,9%) — по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. У всех больных клинический диагноз подтвержден гистологически. Пациенты с острым холециститом были в возрасте от 25 до 75 лет. 12 (50%) пациентов оперированы в первые 3 суток с момента заболевания, остальные — через 4 и более суток. Выполнение операции при остром холецистите затрудняли: перивезикальный воспалительный процесс, сращения, напряженный желчный пузырь с утолщенными инфильтрированными стенками, повышенная кровоточивость воспаленных тканей, отсутствие "слоя" в рубцево измененной ретропузырной клетчатке, "необычные" взаимоотношения анатомических структур треугольника Кало. У 15 (62,5%) больных наблюдался

---

воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря. Уплотненную стенку желчного пузыря захватывали когтеобразными зажимами. Тракцию за Гартмановский карман производили по Французской методике. Сращения разделяли тупым и острым способами. Содержимое напряженного желчного пузыря эвакуировали через иглу у 5 больных, у 7 — через наконечник отсоса. Утолщенный и широкий пузырный проток клипировали 2 средне-большими клипсами, накладывая их с одной или с противоположных сторон. В 3 случаях при гемостазе ложа пузыря на печени коагуляция сочеталась с клипированием, в 1 — с тампонадой гемостатической губкой и в 1 — с интракорпоральным швом. У всех пациентов желчный пузырь удаляли через надпупочную рану после рассечения апоневроза. В 4 случаях для извлечения использовали контейнер из резины. Операцию завершали санацией и дренированием подпеченочной области.

Среди интраоперационных осложнений в 7 случаях имело место вскрытие просвета желчного пузыря, в 2 — кровотечение из ветви пузырной артерии и в 2 — из ложа пузыря на печени. Длительность ЛХЭ варьировала от 30 до 200 мин (в среднем 99 мин). В послеоперационном периоде в 1 случае наблюдалось истечение желчи по дренажу из ложа желчного пузыря (прекратившееся самопроизвольно на 6 сутки), в 1 случае — нагноение раны надпупочной области и в 2 — образование инфильтрата. Летальных исходов не было. Средняя длительность пребывания больных в стационаре после операции составила 6 дней (от 1 до 11 дней).

Таким образом, при лечении неосложненных форм острого холецистита может быть успешно применена ЛХЭ. Использование малоинвазивной технологии позволяет избежать ряда экстраабдоминальных осложнений, характерных традиционной холецистэктомии.

## **РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО КОСТНОГО МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ПРИМЕНЕНИЕМ АПП.ИЛЛИЗАРОВА**

**Качкинбаев И., Субанбекова А.. Омурзаков Б.. Исмаилахунов К.. Абдрасулова З.**

Не редки случаи дефектов большеберцовой кости, как результат развития различных нагноительных осложнений и исхода сложных травм. С другой стороны такие патологические состояния как опухоль большеберцовой кости и тотальное остеомиелитическое поражение костной ткани неизбежно приводит к образованию обширных дефектов большеберцовой кости.



---

4см длиннее истинного размера дефекта, так как лишние сантиметры трансплантата штифтовались в костномозговой канал большеберцовой кости для более устойчивого соединения.

Во всех случаях был использован остео-септо-кожный вариант малоберцового трансплантата. Кожная часть трансплантата использовалась как пластический материал для дополнительного замещения дефекта мягких тканей, а также для динамического мониторинга проходимости микро сосудистых анастомозов.

Методика. Нами разработана и использована методика двухэтапной хирургической коррекции костных дефектов большеберцовой кости.

Первым этапом выполнялось наложение аппарата Илизарова с целью ликвидации деформации и удлинения конечности до нормальных размеров.

Вторым этапом проводилась пересадка малоберцового трансплантата.

Процесс удлинения деформированной голени выполнялся путем distraction аппарата Илизарова в среднем 1мм в день во избежание пере растяжения мягких тканей. Обязательным условием первого этапа реконструкции было сохранение и осуществление активных движений в пораженной конечности.

Период первого этапа зависел от размеров костного дефекта, но минимальный период был не менее 2-х месяцев. Это минимальное время необходимое для адекватного восстановления кровотока в конечности и снятия воспалительного отека.

Основным критерием завершенности первого этапа реконструкции заключается в наличии нормальной функции пораженной конечности.

Второй этап реконструкции — " Свободная пересадка васкуляризированной малоберцовой кости " выполнялся по стандартной методике с применением микрососудистых анастомозов.

При выполнении пересадки, для оптимизации доступа, нами разработана методика "скользящего" пере монтажа аппарата Илизарова, которая заключалась в перемещении продольных металлических компонентов на противоположную сторону операционного поля, для создания адекватных условий к микрохирургическому этапу операции.

Как правило использовалась и васкуляризированная надкостница малоберцового костного трансплантата для "окутывания" области костного сопоставления, что в существенной мере улучшает процесс костной регенерации.

Результаты. Приживление пересаженного малоберцового костного трансплантата наблюдалось в 100% случаев.

У одного пациента в отдаленном периоде произошел рецидив опухоли, и была произведена ампутация на уровне нижней трети бедра.

Выводы:

1. Применение двухэтапной реконструкции дефектов большеберцовой кости

---

является высокоэффективным методом лечения обширных дефектов большеберцовой кости.

2. Пересадка васкуляризированного малоберцового трансплантата является альтернативой ампутации нижней конечности.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ БИЛИАРНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Кашаева М.Д.**

*Россия, г. Великий Новгород, Новгородский государственный университет, институт медицинского образования.*

Под нашим наблюдением находились 78 больных с обтурационной неопухолевой желтухой с вовлечением в рубцово-воспалительный процесс и сдавлением воротной вены. Больные были разделены на 2 группы: 1-26 пациентов с первичной билиарно-панкреатической окклюзией и вторичной внепеченочной формой портальной гипертензии (ВВПГ); 2-52 больных с циррозом печени с внепеченочным холестазом и смешанной формой портальной гипертензии (СПГ). Лечение больных начинаем с консервативной предоперационной терапии, направленной на коррекцию реологических, гемостазиологических, функциональных нарушений. Она не должна превышать 3-5, максимум 7 дней. Экстренно посредством малоинвазивных технологий оперированы 13 из 26 больных 1 группы: у 10 хирургическое лечение начато с эндоскопических декомпрессионных вмешательств; у 7 — с эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), у 4 — с удалением окклюдировующего конкремента, у 3 — с назобилиарным дренированием, ввиду наличия гнойного холангита; остальным 3 выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха и гепатофренопексией. Во 2-ой группе эндоскопические билиодекомпрессионные вмешательства предприняты у 16 больных, из них у 3 дополнены наружным дренированием грудного протока (НДГП). Еще 4 НДГП выполнено как первая операция для купирования печеночной комы, у 3 она дополнена через сутки лапароскопической холецистэктомией (ЛХСТ). Умер 1, где ограничились только НДГП. У остальных больных с субкомпенсацией функции печени лечение начато с ЛВА с последующими билио- и портодекомпрессионными вмешательствами или сразу с лапароскопических операций на билиарном тракте, сочетанных с органными портокавальными анастомозами. Летальность во 2-ой группе составила 8,3%. Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты у 90%



---

больных, у 10% — плохие. Все они умерли в течение 1-3 лет от острой печеночной недостаточности (ОПН). Таким образом, у больных ПГ с билиарной патологией, осложненной обтурационной желтухой лечение начинаем с билиодекомпрессивных вмешательств, при холангите дополняем назобилиарным дренированием, при ОПН-НДГП. При печеночной коме начинаем с НДГП, дополняя его ЭПСТ или ЛХСТ. При субкомпенсации функции печени хирургическое лечение начинаем с ЛВА, затем прибегаем к билио- и портодекомпрессивным вмешательствам.

## **ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

**Климович И.И., Дорошенко Е.М.**

*Республика Беларусь, г. Гродно, медицинский университет, Горького 80; Институт биохимии НАН Беларуси, БЛК-50*

Мы исследовали взаимосвязи между данными клинико-лабораторных тестов и выраженностью основных клинических симптомов облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК).

У пациентов старше 60 лет наблюдалась тенденция к гиперкоагуляции, а повышенное содержание  $\beta$ -липопротеидов наблюдалось чаще, чем у больных в возрасте 41-60 лет.

Суммарный тонус регионарных артерий был выше у больных с длительностью заболевания ОАСНК свыше 5 лет, что указывает на наличие у них более выраженного спастического компонента.

Выраженность болевого синдрома находилась в положительной корреляционной взаимосвязи с симптомом перемежающейся хромоты, наличием зябкости, парестезий, слабости в ногах, цианоза, похолодания конечности, шумов в проекции места стеноза и трофических расстройств, повышенного сосудистого тонуса магистральных артерий. У больных с болевым синдромом в покое чаще выявлялся фибриноген В.

У пациентов с более тяжелой степенью недостаточности коллатерального кровообращения, оцениваемой по дистанции безболевого ходьбы, чаще отмечалась зябкость, парестезии, слабость в ногах, цианоз, похолодание конечности, шумы в проекции артерий и трофические расстройства. Случаи гангрены конечности регистрировались только у больных, неспособных пройти 100 м, что

---

подтверждает прогностическое значение дистанции безболевого ходьбы. Кроме этого, у этих же больных чаще регистрировался повышенный тонус магистральных и регионарных артерий и нарушение венозного оттока.

Нами обнаружена четкая корреляция между клинически выраженной недостаточностью кровообращения и симптомами функциональной недостаточности кровообращения в нижних конечностях. Венозный отток нарушался также в зависимости от степени недостаточности кровообращения.

Содержание тромбоцитов и время свертывания крови не были связаны со стадией заболевания. Мы считаем, что этот показатель не имеет диагностической или прогностической ценности у больных ОАСНК.

Нами не обнаружено достоверных различий в уровнях  $\beta$ -липопротеидов и холестерина у больных ОАСНК различных стадий, хотя уровни  $\beta$ -липопротеидов зависели от давности заболевания и степени функциональной недостаточности периферического кровообращения (дистанция безболевого ходьбы). Мы предполагаем, что морфологические изменения в сосудах, которыми в основном определяется стадия атеросклеротического поражения, зависят не только от выраженности нарушений обмена липидов.

## **МЕТОДИКА РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ ПО ПОВОДУ РАКА БЕЗ ТРАХЕОСТОМИИ**

**Клочихин А.Л., Лилеев Д.В.**

*Онкологический центр хирургии "Голова — шея", Ярославль.*

Фронтально-латеральная резекция гортани в различных модификациях является одной из основных органосохраняющих и функционально-щадящих операций при раке гортани II-III стадии. Предоперационная трахеостомия с деканюляцией на 20-45 сутки (а иногда и значительно позже), общепринятая при резекции гортани, имеет ряд негативных последствий: уменьшение операционного поля из-за выступающей интубационной трубки, возможность инфицирования операционной раны, поздние рубцовые посттрахеостомические стенозы трахеи, "затрудненная деканюляция" (5-20% больных остаются постоянными канюленосителями), обострение хронических неспецифических заболеваний легких, косметический дефект и т.д. Применение чрескожной транстрахеальной высокочастотной вентиляции легких (ЧТ ВЧ ИВЛ) при резекции гортани с полимерным эндопротезированием по нашей методике (№ 2001132962/14035432) позволяет отказаться от предоперационной трахеостомии и избежать связанных с ней осложнений.

---

Для проведения ЧТ ВЧ ИВЛ производится пункция и катетеризация трахеи в яремной вырезке по Сельдингеру тонким катетером (диаметр 1,4 мм). ВЧ ИВЛ проводится с частотой 100-120 в минуту, соотношение вдох/выдох 1:2 — 1:3, давление на входе в инжектор 2,5-3,5 атм. При таких параметрах ИВЛ не происходит затекание крови из операционной раны в трахею за счет экспульсивного эффекта ВЧ ИВЛ. До вскрытия гортани выдох производится через гортань, после вскрытия просвета гортани — через операционную рану, после установки трубчатого биосовместимого полимерного эндопротеза (ЭГ 1-4; ТУ 42-2-467-85) — через протез. Катетер оставляется в трахее на сутки для подачи увлажненной кислородно-воздушной смеси и санации трахеи. Самостоятельное дыхание в дальнейшем осуществляется через естественные дыхательные пути и гортанный эндопротез. Для поддержания проходимости дыхательных путей при проведении ЧТ ВЧ ИВЛ применяется три вида маневров. До вскрытия просвета гортани используется воздухоход с манжеткой или ларингеальная маска. В случаях возникновения "функционального стеноза" трахеи вследствие манипуляций хирурга в операционной ране используется режим прерывистой ВЧ ИВЛ. У больных с исходным стенозом гортани II степени используем способ двухкатетерной ЧТ ВЧ ИВЛ.

С 2000 года по данной методике прооперированно 30 пациентов с раком гортани II-III стадии. Противопоказание — ожирение III-IV ст. Кроме незначительной подкожной эмфиземы у 5% пациентов, осложнений не отмечалось. Дыхание у пациентов сразу после операции и в отдаленном периоде осуществлялось через естественные дыхательные пути. Уменьшились послеоперационный койкодень и стоимость лечения больных за счет уменьшения осложнений в послеоперационном периоде. Считаем ЧТ ВЧ ИВЛ оптимальным методом респираторной поддержки при резекции гортани с полимерным эндопротезированием.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПОЛИМЕРНОЙ КОМПОЗИЦИИ С СОДЕРЖАНИЕМ ИОДА ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

**Клочихин А.Л., Чистяков А.Л., Белых С.И., Ларичев А.Б., Филиппов Ю.И.**

*Онкологический центр хирургии "Голова — шея", г. Ярославль; ВНИИИМТ, г. Москва*

Актуальность проблемы: Традиционные методы лечения ран, включающие наложение марлевой повязки, обладают существенными недостатками: "тепличный" эффект повязки, способствующий бактериальному росту; отсутствие ви-

зуального контроля заживления раны; большой расход перевязочного материала и др.

Цель исследования: оптимизация заживления послеоперационных ран на лице и шее.

Задача исследования: определить эффективность применения специальной полимерной композиции с содержанием иода для обработки кожных ран.

Материал и методы: Препарат, разработанный во ВНИИИМТ, — "Иодполиком" — представляет собой раствор сополимера N-винилпирролидона с бутилметакрилатом марки ППБ-1 (6%) и иода (3%) в этиловом спирте. Покрытие обладает высокой антимикробной активностью, а также противогрибковым действием в течение всего срока нахождения пленки на поверхности кожи или раны. Данные исследования — в табл.1.

**Таблица 1.** Характер заживления послеоперационных ран в исследуемых группах с применением полимерной композиции "Иодполиком".

Название операции	Чистые операции		Условно-инфицир.		Гнойные		Всего
	Первич. (в %)	Вторич. (в %)	Первич. (в %)	Вторич. (в %)	Первич. (в %)	Вторич. (в %)	
Иссечение опухолей кожи	108	0			6	0	114
Резекция щитовидной железы	2	0	1	0			3
Перевязка нар. сонной артерии	12	0			6		18
Операционная биопсия шеи	12	0					12
Резекция губы			9	0	1		10
Резекция челюсти			5	0	4	1	10
Резекция ротоглотки			1	1			2
Ларингэктомия			11	3	5	3	22
Резекции гортани			9	0	1		10
Операции на лимфопутях шеи	18	3	2	1	6	1	31
Пластика дефектов лица и шеи			8	0			8
Итого	152 (98±1,1)	3 (2±1,1)	46 (90±4,2)	5 (10±4,2)	29 (85±6,1)	5 (15±6,1)	240

Результаты. Из 240 выполненных операций первичное заживление наблюдалось в 227 случаях (95±1,5%). Средний послеоперационный койко-день составил 5,6 дня.

Выводы: Использование "Иодполикома" позволяет обходиться без перевязочного материала, сокращает сроки лечения больных и обеспечивает значительный экономический эффект.

---

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Козель А.И.**

*г. Челябинск, Челябинский государственный институт лазерной хирургии*

Применение лазеров в хирургической практике имеет ряд преимуществ, обусловленных спецификой воздействия лазерного излучения на биологические ткани.

Проведенные нами экспериментально-морфологические исследования показали, что после воздействия излучения Nd:YAG и диодного лазеров на пульпозное ядро межпозвоночного диска при определенных параметрах в нем образуются микрополости, замещающиеся соединительной тканью с ее последующей хрящевой метаплазией при отсутствии воспалительной экссудативной реакции. Данный эффект был использован в клинике при лечении 1317 больных с остеохондрозом позвоночника. Обследование больных через 3, 12, 24 месяцев после операции показало эффективную стабилизацию позвоночно-двигательных сегментов с исчезновением неврологических симптомов у 89%, из них у 75% болевые синдромы проходили прямо на операционном столе.

При использовании излучения Nd:YAG либо диодного лазера в эксперименте при воздействии на нервный корешок тройничного нерва мы получили локальное разрушение всех его элементов при слабой экссудативной реакции. Причем к 21 дню после лазерного воздействия сформировался соединительнотканый рубец, который в условиях клиники у больных с тригеминальной невралгией мог являться барьером для прохождения болевых импульсов по нерву. В клинической практике метод лазерной деструкции тройничного нерва применен у 1234 больных, у которых отмечено всего лишь 3 рецидива в период клинической апробации метода.

Исходя из данных исследования патофизиологии ЦНС у наркозависимых больных установлено, что радикальность излечения может быть основана на прерывании функциональных связей, обеспечивающих положительную и эмоциональную реакцию организма от наркотиков. В этом отношении одна из центральных структур лимбической системы представлена поясной извилиной.

В связи с этим нами проведена стереотаксическая операция по деструкции передней поясной извилины и части переднего бедра внутренней капсулы у 96 наркозависимых больных и прослежены результаты лечения в сроки от 1 года до 2 лет. При этом положительный эффект отмечен в 70% случаев.

Таким образом, применение высокоинтенсивного лазерного излучения позво-

---

ляет проводить малоинвазивные вмешательства у больных с различной патологией нервной системы и добиваться хороших непосредственных и отдаленных результатов лечения.

## **СПОСОБ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ**

**Комаров Н.В., Бушуев В.В., Канашкин О.В., Комаров Р.Н.**

*Павловская ЦРБ, Нижегородская область, Россия*

Известные способы аденомэктомии не лишены послеоперационных осложнений, связанных с кровотечением и образованием остаточной полости, которая является источником дополнительных осложнений: нагноения, сужения уретры, сепсиса, кровотечения и др. С целью предупреждения осложнений, связанных с кровотечением, повышения надежности гемостаза, профилактики образования остаточной полости проводится следующий способ чреспузырной аденомэктомии.

Поперечным доступом обнажают мочевой пузырь, вскрывают поперечным разрезом стенку мочевого пузыря. Определяют границы аденомы, находят устья мочеточников. Трансуретрально катетеризируют мочевой пузырь резиновым катетером. Со стороны слизистой оболочки мочевого пузыря на капсулу аденомы простаты накладывается двойной кисетный шов кетгутовой нитью № 3-4 длиной 70 см вокруг внутреннего отверстия уретры с прошиванием пространства между мочеточниками. На уретральном катетере проводят вылушивание аденомы. На пузырьный конец катетера закрепляют дренажную трубку с обоими концами одной из нитей кисетного шва. Катетер извлекается и вместе с ним через уретру выводят периферический конец силиконовой трубки и концы кисетного шва, за которые проводится натяжение и фиксация натянутых нитей к голени больного. При этом происходит низведение шейки мочевого пузыря, заполнение ложа аденомы. Центральный конец силиконовой трубки устанавливается с отверстием в мочевом пузыре. Вторая нить кисетного шва натягивается и завязывается на уретральном дренаже. При этом сдавливаются сосуды, дополнительно сближается шейка мочевого пузыря и мочеиспускательный канал. Операцию заканчивают установкой надлобкового дренажа, ушиванием мочевого пузыря. В предпузырное пространство устанавливают трубчатый дренаж, ушивают рану. Создают постоянное орошение мочевого пузыря растворами антисептиков в течении 2-3 суток. Завязанный кисетный шов отграничивает мочевой пузырь от ложа аденомы. Инстилляцией антисептика через надлобковый дренаж позволяет уменьшить частоту воспалительных ос-

---

ложнений как со стороны мочевого пузыря, так и со стороны ложа аденомы. Если кровотечения нет, натяжение выведенной наружу нити прекращают и снимают кисетный шов без извлечения уретрального дренажа (на 2-3 сутки). Уретральный катетер удаляют на 7-10 день, надлобковый на 12-14 день.

Благодаря данному способу повышается надежность гемостаза, уменьшается объем ложа аденомы простаты, формируется и сближается с мочеиспускательным каналом шейка мочевого пузыря, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и сокращению сроков лечения.

По указанной методике оперировано 23 пациента. Осложнений не отмечено.

## **СПОСОБ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**

**Комаров Н.В., Бушуев В.В., Лобанов А.В., Комаров Р.Н.**

*Павловская ЦРБ, Нижегородская область, Россия*

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин смерти и инвалидности населения развитых стран. Значительная утрата трудоспособности указанной части населения выводит ее за рамки медицинской проблемы. С учетом социальной значимости и качества жизни больных, с запущенными опухолями желудка при явлениях стеноза выходного отдела и невозможности радикального вмешательства, предлагаем следующий способ паллиативной операции.

Выше опухоли на 5-6 см от ее края мобилизуется желудок по большой и малой кривизне, рассекается поперечно серозно-мышечный слой желудка и прошивается подслизистый и слизистый слой аппаратом УКЛ-60. Линия механического шва укрывается узловыми серозно-мышечными швами. После этого накладывается впереди-ободочный, на длинной петле, желудочно-кишечный анастомоз с межкишечным соустьем по Брауну.

Первый опыт указанных операций у 8 больных с раком желудка, при нерезектабельной опухоли, с точки зрения оценки качества жизни, как основы последующей диспансеризации и реабилитации, оказался успешным. Разделение желудка на две части (с опухолью и "здоровую") с наложением желудочно-кишечного анастомоза и Брауновского соустья избавляло больного не только от тошноты и рвоты (непроходимости антрально-пилорической части), но и неприятного запаха, улучшало самочувствие больного. Последующее накопление материала позволит оценить методику операции в плане более успешной реабилитации указанной группы больных.

---

## ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ В ПРАКТИКЕ РАЙОННОГО ХИРУРГА

**Комаров Н.В., Макаров Н.А., Камаев И.А., Комаров Р.Н.**

*Павловская ЦРБ, Нижегородская область, Россия*

До настоящего времени более 60% детей получают хирургическую помощь в условиях ЦРБ, что существенно отражается на результатах лечения, так как его проводят хирурги общего профиля. Не везде квалификация и опыт таких хирургов достаточны для лечения хирургической патологии детского возраста, организация хирургической помощи детям имеет существенные недостатки.

С целью улучшения организации и качества хирургической помощи детям нами разработана и внедрена в условиях района таблица определения степени операционного риска, которая ориентирует врача хирурга с учетом его квалификации и профиля учреждения в вопросах лечения хирургической патологии.

Заболеваемость острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости снизилась за последние 10 лет с 4,6 до 3,8 на 1000 детского населения. Первое ранговое место занимает острый аппендицит (91,3%), второе — травма живота с повреждением органов брюшной полости (4,3%), третье — острая кишечная непроходимость (2,8%), четвертое — ущемленная грыжа (1,6%).

Летальных исходов среди 853 оперированных детей не было.

Проведенный поэтапный анализ показал (1 период — оказание помощи хирургами общего профиля, 2 период — работа в районе детского хирурга, 3 период — внедрение степени операционного риска) значительное улучшение результатов лечения детей с острым аппендицитом: частота аппендэктомий по поводу простого аппендицита соответственно составила по периодам — 55%, 39,8%, 23,7%, частота осложнений — 7,2%, 9,2%, 2,9%.

Ориентация хирургов общего профиля на таблицу степени операционного риска, работа в районе детского хирурга позволили значительно улучшить качество лечения, избежать летальности как в плановой, так и экстренной хирургии детского возраста в условиях района на протяжении последних 20 лет (с момента работы в районе детского хирурга).



---

## МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р., Султановская Л.П.**

*Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, клиника госпитальной хирургии.*

Увеличение хирургической активности при желчнокаменной болезни связано с ростом числа больных, имеющих осложнения данной патологии, в частности, острый холецистит. Современные тенденции в абдоминальной хирургии характеризуются активным внедрением современных малоинвазивных технологий, диагностической основой которых являются такие современные информативные методы исследований, как ультразвуковая /УЗ/ томография, эндоскопическая холангиопанкреатография /ЭРХПГ/ и лапароскопия.

Данное сообщение посвящено анализу результатов лечения больных желчнокаменной болезнью с проявлениями холецистита по материалам клиники госпитальной хирургии БГМУ за период 1999-2001 гг. За это время оперировано 979 больных с выше указанной патологией, 444 больным из этого числа /45,4%/ выполнены операции из минидоступа, для осуществления которого нами используется набор инструментов фирмы "Medin".

Особого решения в каждом отдельном случае требует вопрос о применении минилапаротомического доступа при остром холецистите. В первые часы от момента поступления с целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения всем больным проводилось УЗ-исследование органов брюшной полости, далее по показаниям — ЭРХПГ и лапароскопия. Наличие достоверных признаков деструкции служило основанием к экстренному оперативному вмешательству. Накопление опыта выполнения плановых холецистэктомий из минидоступа позволило нам шире применять эту технику операции в ургентной хирургии, что выразилось в нижеприведенной динамике соотношений операций при остром холецистите. Если в 1997 году из 48 выполненных по экстренным показаниям холецистэктомий минидоступ использован лишь дважды /4,2%/, то в 2001 году эта техника вмешательства применена у 30 из 65 больных /49,1%/, оперированных по поводу острого холецистита. Следует отметить, что послеоперационное течение у этих пациентов характеризовалось более ранней активизацией больных, уменьшением количества послеоперационных осложнений и отсутствием летальности.

Таким образом, применение современных методов диагностики, и в первую очередь — УЗ-исследования, наличие опыта выполнения плановых операций из минилапаротомического доступа позволяют эффективно использовать преимущества современных малоинвазивных хирургических технологий в лечении и острого калькулезного холецистита.

---

# ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Корнилаев П.Г., Плечев В.В., Ганиев Р.Ф., Новокшонов С.Б.,  
Дунюшкин С.Е.**

*Россия, г.Уфа, кафедра госпитальной хирургии Башкирского госмедицинского университета*

Лапароскопия является ценным методом диагностики, позволяя выявить заболевание, избрать правильную тактику, а иногда — перейти к радикальному вмешательству, не выполняя чревосечения.

В отделении эндохирургии нашей клиники точность видеолапароскопической диагностики достигает 97%. В последние годы все большее количество диагностических лапароскопий переходит в разряд оперативных. В течение последних полутора лет нами выполнено 285 экстренных диагностических лапароскопий, из которых 145 (50,9%) закончились эндохирургическими вмешательствами. В основном это были операции на органах малого таза у женщин (27), трудные случаи диагностики перекрута жировых подвесок (4). Заслуживают внимания 7 случаев обнаружения проникающего ранения передней брюшной стенки с повреждением глиссоновой капсулы и паренхимы печени и развитием внутрибрюшного кровотечения, при которых выполнена лапароскопическая остановка его "Тахакомбом", фиксированным клеем "Сульфакрилат". В нашей клинике отрабатывается методика видеолапароскопической аппендэктомии. Данная операция выполняется ампутационным методом с последующим дренированием брюшной полости по определенным показаниям после лапароскопического обнаружении острого аппендицита. Всего нами было выполнено 89 подобных вмешательств. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена четверым пациентам после выявления флегмонозной формы холецистита. Эндохирургическая техника дважды применена нами для ликвидации острой спаечной кишечной непроходимости, вызванной висцеро-париетальными спайками. В последнее время активно применяется методика широкого дренирования брюшной полости при отечной форме острого панкреатита, а так же в ряде случаев жирового и геморрагического панкреонекроза (всего — 12 случаев), суть которой заключается в лапароскопической санации и широком дренировании сальниковой сумки, подпеченочного пространства, боковых каналов и малого таза. В послеоперационном периоде лаваж брюшной полости позволяет избежать лапаротомии.

Таким образом, наличие и опыт работы с видеолапароскопической техникой позволяет успешно применить современные миниинвазивные хирургические технологии в лечении ургентной абдоминальной патологии.

---

## МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Корнилаев П.Г., Плечев В.В., Дунюшкин С.Е., Ганиев Р.Ф.,  
Новокшенов С.Б., Шавалеев Р.Р.**

*Россия, г.Уфа, клиника госпитальной хирургии Башкирского госмедуниверситета*

До недавнего времени операцией выбора в лечении холецистита как проявления желчнокаменной болезни (ЖКБ) была холецистэктомия широким лапаротомным доступом, с результатами которой и сравнивали другие методы терапии (медикаментозное, контактное растворение конкрементов, ультразвуковое дробление камней желчного пузыря). Внедрение в практику лапароскопической техники выполнения операции произвело переворот во взглядах на хирургическое лечение калькулезных холециститов.

В период внедрения показания к этой операции были весьма ограниченными. По мере накопления опыта, показания к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) стали шире, и в настоящее время приближаются к таковым при классических доступах. Сегодня лапароскопическим методом в нашей клинике выполняется не только ЛХЭ, но и ряд других, более сложных пособий, таких как адгезолизис, интраоперационная холангиография, холедохотомия с постановкой дренажа общего желчного протока.

За последние полтора года нами было выполнено 78 лапароскопических холецистэктомий, 15 из них были экстренными, что составило 11,7% от общего их числа. Этим больным на дооперационном этапе диагноз деструктивного холецистита был установлен с помощью ультразвуковой диагностики, и был подтвержден в ходе ревизии брюшной полости во время лапароскопии. Ход операции отличался от плановой лишь некоторым увеличением времени, затраченным на преодоление технических трудностей, обусловленных деструктивным, спаечным и воспалительным процессом в области гартмановского кармана и шейки желчного пузыря. Послеоперационное течение проходило без осложнений, все 15 пациентов выписаны в обычные сроки с выздоровлением.

Интересными считаем 3 случая, когда ЛХЭ была одним из этапов эндохирургического лечения панкреонекроза, игравшая роль разгрузочного пособия желчевыводящих путей. Эти больные были взяты на диагностическую лапароскопию по поводу некупирующегося консервативными методами острого панкреатита на фоне ЖКБ. После обнаружения характерной картины панкреонекроза выполнена ЛХЭ, вскрытие и дренирование холедоха. Операции завершены эндоскопическим дренированием малого сальника и брюшной полости. Послеоперационное течение без особенностей. Последовало выздоровление.

---

Таким образом, на сегодня достаточно четко определены показания и место лапароскопической холецистэктомии в системе экстренных хирургических вмешательств при остром холецистите и заболеваниях желчевыводящей системы.

## **ТРАНСПЛАНТАЦИОННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ХИРУРГИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

**Корнилаев П.Г., Плечев В.В., Феоктистов Д.В.**

*Россия, г. Уфа, Российский федеральный центр пластической абдоминальной хирургии на базе клиники Башкирского госмедуниверситета*

Проблема хирургического лечения сложных форм паховых грыж и до настоящего времени продолжает оставаться актуальной. Рецидив их достигает 13-42,5%. Одним из решений данной проблемы является применение дополнительных укрепляющих материалов.

Целью нашей работы явилось создание трансплантата для паховой герниопластики, обладающего достаточными прочностными характеристиками, биологической инертностью, способностью противостоять раневой инфекции. В клинике разработана новая методика использования для этих целей сетчатого капронового протеза. Эксплантат в виде сетки толщиной 0,3 мм, сопоставимой с фасциально-апоневротическими образованиями пахового канала, имеет ячеистую структуру, не препятствующие прорастанию собственных соединительно-тканых волокон с формированием архитектоники, напоминающей поперечную фасцию или апоневроз. Протез импрегнируется антибиотиком и обрабатывается медицинским полимером по технологии шовного материала "Абактолат" (Патент РФ №1473147), что придает ему пролонгированные антимикробные свойства. Изучены физико-механические свойства эксплантата (разрывная нагрузка ( $s$ ) составляет 78г106 н/м<sup>2</sup>, коэффициент линейного расширения ( $e$ ) — 200%), антибактериальная активность (сохранение высокого уровня антибактериального действие в тканях на протяжении 7-8 суток), морфологические изменения в тканях организма в ответ на имплантацию протеза.

Во время операции трансплантат формируется соответственно размерам и форме пахового промежутка, укладывается на заднюю стенку и крепится к фасциальным образованиям пахового канала. Путем двух неглубоких разрезов получают концевые лоскуты, которые охватывают место выхода семенного канатика в области глубокого пахового кольца, а срединный лоскут, образуя-

---

щийся при выкройке, формирует в виде дубликатуры его внутренний край. Дальнейшая пластика выполняется разработанным ранее в клинике реконструктивным способом по принципу Н.И.Кукуджанова с восстановлением клапанного запирающего механизма пахового канала. По данной методике оперировано 36 больных со сложными формами паховых грыж. Рецидивов заболевания за период наблюдения после операции от 1 года до 3 лет не выявлено. Это позволяет говорить о перспективности применения данного способа в хирургическом лечении сложных форм паховых грыж.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АССОЦИИРОВАННОЙ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

**Коршунова Т.П., Колеватых Е.П., Никитин Н.А., Подгорный Л.Ю., Дроздов А.Г.**

*г. Киров, медицинская академия, Северная городская клиническая больница*

Роли *Helicobacter pylori* (НР) в генезе язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) уделяется много внимания. Однако в ургентной хирургии гастродуоденальных язвенных кровотечений (ГДЯК) значение этой инфекции изучено недостаточно.

Цель работы: определить частоту инфицирования НР, ассоциированную с ним микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам у больных ГДЯК.

Материалы и методы. Обследованию были подвергнуты 36 больных ГДЯК, 13 из них оперированы в экстренном и срочном порядке, 23 лечились консервативно.

Для выявления НР у оперированных больных брали участки слизистой из краев язвенного дефекта, тела и антрального отдела желудка, луковицы ДПК, проксимальной и дистальной линий резекции желудка. У неоперированных больных биоптаты слизистой желудка и ДПК получали при выполнении ФГДС на 3-7 сутки от поступления при стабильном гемостазе. Выделение и идентификацию НР и сопутствующей микрофлоры проводили по специальным общепринятым методикам. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли методом серийных разведений и стандартных бумажных дисков.

Результаты. НР-инфекция выявлена у 52,9% больных ГДЯК: у оперированных — в 76,9%, у неоперированных — в 39,1% случаев. У 70% оперированных больных НР выявлялся в сочетании с золотистым стафилококком, у 40% — в сочета-

---

нии с грибами рода *Candida*, у 20% — с лактобактериями. В 42,8% культур стафилококка отмечался анаэробный тип дыхания с высокой устойчивостью к цефалоспорином и аминогликозидам. Среди разновидностей стафилококка в ассоциации с НР-инфекцией преобладали культуры с выраженной гемолитической активностью, с антилизосимным и антифагоцитарным действием. При определении чувствительности к антибиотикам отмечалась множественная антибиотикорезистентность стафилококка к 6-7 препаратам. Высокая чувствительность стафилококка установлена к полусинтетическим пенициллинам, в частности к аугментину (77,8%). У неоперированных больных НР выделялась в монокультуре.

Заключение. Таким образом, проведение антибактериальной терапии у больных ГДЯК необходимо начинать с момента поступления больного в стационар. Предпочтение следует отдавать полусинтетическим пенициллинам.

## **РОЛЬ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

**Краснов К.А.**

*Кузбасский Областной гепатологический центр, г. Кемерово*

В настоящее время остается актуальным вопрос о применении современных миниинвазивных технологий в лечении непаразитарных кист печени (НКП). Причиной этому является увеличение выявляемости непаразитарных кист (на данный момент до 5% взрослого населения имеют данную патологию) и тенденция к сужению показаний к применению открытых способов хирургического лечения при доброкачественном поражении печени. По данным современной литературы за последние 15 лет современные миниинвазивные оперативные пособия (эндоскопическая фенестрация и пункционный способ под контролем УЗИ) нашли широкое применение в лечении непаразитарных кист.

За период 1994-2002 года в КОГЦ современные миниинвазивные способы дифференцированно применены к 131 больным. Лапароскопическая фенестрация НКП (94) выполнялась с подкапсульным расположением кист. Обработка остаточной полости кисты с 1994 по 1998 гг проводилась контактной коагуляцией (30), осложнения в виде скоплений жидкости в остаточной полости составили 6,6%. С 1998 по 2000 г.г. остаточная полость обрабатывалась аргоновой коагуляцией (31), осложнения наблюдались в 9,6% случаев. С 2000 г по настоящее время применяется комбинированный способ обработки остаточной полости (контактная коагуляция +бесконтактная аргоновая, 33 пациента), осложнений не зафиксировано.

---

Пункционный способ под контролем УЗИ (36) применялся к интрапаренхиматозно расположенным кистам. Проводилась аспирация содержимого кисты и обработка остаточной полости растворами 96% этанола (12), осложнения зафиксированы в 25 % случаев (скопление жидкости в остаточной полости). При обработке 1% йодопирином (9) повторные пункции потребовались в 88,8% случаев. 70% этанол для обработки применен у 15 больных, скоплений жидкости, потребовавших повторных пункций не было.

Анализируя полученные данные, становится ясно, что лапароскопическая фенестрация является операцией выбора при подкапсульном расположении кист, причем достигнуть максимального эффекта в лечении позволяет комбинированный способ обработки остаточной полости. При интрапаренхиматозном расположении кист предпочтительным является применение пункционного способа под контролем УЗИ. Используя обработку 70% этанолом при пункционном способе удалось избежать скоплений жидкости в остаточной полости, требующих повторных пункций.

Следуя вышеописанному алгоритму хирургической тактики можно достигнуть наилучших результатов в лечении непаразитарных кист печени.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА**

**Краснов О.А. Греков Д.Н. Ооржак О.В.**

*г. Кемерово, ГКБ№3 им. М.А. Подгорбунского.*

Несмотря на многовековой опыт, лечение перитонита представляет собой исключительно трудную задачу. Летальность от воспаления брюшины во всех странах мира до настоящего времени остается высокой и нередко достигает 20% и более. По самым осторожным подсчетам, от этого заболевания ежегодно умирает на планете около 500000 человек.

Применялись различные методы лечения перитонитов, которые были связаны с развитием научно-медицинской мысли того времени, причем предпочтение отдавалось одному из методов (хирургическая операция, консервативная терапия с применением антибактериальных препаратов). Можно с уверенностью сказать, что надежды хирургов решить проблему перитонита путем интенсификации и дальнейшего совершенствования антибиотикотерапии — не увенчались успехом (А.А. Шалимов, В.И. Шапочников, 1981 год).

В настоящее время установлено, что острый перитонит является не местным, а общим заболеванием организма, сопровождающимся тяжелыми нарушениями

---

ми его внутренней среды, причем развитие сдвигов гомеостаза происходит лавинообразно по типу порочного круга. В этих условиях одно лишь хирургическое вмешательство часто не приносит желаемого результата, и больные погибают от продолжающейся интоксикации уже после устранения причины перитонита. Исходя из этого, в настоящее время, многие хирурги пришли к выводу о необходимости проведения у больных общим гнойным перитонитом комплексного лечения (А.А. Шалимов, М.П. Пинчук, 1981 год).

В отделении общей хирургии ГКБ№3 за период с 1997 года по 2002 год с разным гнойным перитонитом в стадии токсемии оперировано 215 больных. Всем пациентам выполнялась интенсивная предоперационная подготовка, выведение из токсического шока и коррекция сопутствующей патологии в реанимационном отделении. Оперативное вмешательство заключалось в ликвидации первичного очага, санации брюшной полости (водным раствором хлоргексидина), интубации кишечника и катетеризации брыжейки тонкой кишки для введения новокаина. При тяжелом состоянии больного, нестабильной гемодинамике во время операции, наложение анастомозов, выведение колостомы, ваготомия не выполнялись. Операция заканчивалась ушиванием брюшной полости, (мы отказались от наложения лапаростомы). Больного переводили в отделение реанимации для проведения интенсивной терапии и активных методов детоксикации.

В последнее время в арсенале реаниматологов появились новые методы интенсивной терапии (селективное подведение антибиотиков в верхнюю брыжечную артерию под УЗИ и рентген контролем, инкубация клеточной массы антибиотиками). Релапаротомия выполнялась не ранее чем через 24 часа, на которой решались вопросы завершения оперативного пособия, и определялись показания к последующей релапаротомии.

Таким образом, использованный нами комплекс мероприятий позволил снизить летальность у этой тяжелой группы больных с 19% до 12,5%.

## **ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ У ДЕТЕЙ**

**Круглый В.И.**

*г. Орёл, Орловская областная детская больница.*

Целью работы являлось определение эффективности низкочастотной ультразвуковой санации в лечении периаппендикулярного абсцесса у детей. Использовалась классификация периаппендикулярного абсцесса, предложенная В.Е. Щитини-



---

ным в 1980 году. Три стадии абсцесса имеют достаточно чёткие ультразвуковые признаки. Дооперационное эхографическое определение наличия абсцесса, его локализации и стадии позволяет произвести планирование оперативного вмешательства — выбрать оптимальный хирургический доступ в месте предлежания абсцесса к передней брюшной стенке, уточнить метод санации полости абсцесса и дренирования. Применяли интраоперационную санацию полости периаппендикулярного абсцесса низкочастотным ультразвуком в растворе антибиотика (аппарат УРСК-7Н-18). Нами была предложена защитная насадка, изготовленная из нержавеющей стали, исключая контакт брюшины с волноводом. Насадка жёстко крепится на резьбе к корпусу волновода. Расстояние от конца волновода до края насадки составляет 3 мм, это как раз то оптимальное расстояние, при котором не происходит повреждения брюшины и выявлен максимальный лечебный эффект низкочастотного ультразвука. При абсцессах II и III стадии в послеоперационном периоде проводили повторные санации. Страховочный дренаж оставляли на 5-7 дней. Эхографическая динамика воспалительных изменений в правой подвздошной области, функции кишечника, наличия свободной жидкости определялась на 3, 5, 7, 10 сутки послеоперационного периода. Подобная схема обследования и лечения применена у 59 больных с периаппендикулярным абсцессом. Срок пребывания в стационаре сокращён в среднем до 12 дней. При благоприятном течении у большинства больных к этому сроку патологические изменения исчезали. Количество послеоперационных осложнений удалось снизить в 4 раза.

Таким образом, применение низкочастотной ультразвуковой санации полости периаппендикулярного абсцесса у детей позволило значительно улучшить результаты лечения у этой группы больных.

Многочисленные ультразвуковые исследования брюшной полости при периаппендикулярном абсцессе дают возможность получить объективную информацию и корректировать лечебную тактику.

## **СОЧЕТАННАЯ МЕДИАСТИНО-ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА**

**Кузьмичев В.А., Друзенко О.А., Дыдыкин С.С., Ахметов М.М.,  
Калакутская Н.Л., Соколов Н.Н., Селин В.С., Зенгер В.Г.,  
Мазурин В.С., Никитин А.А.**

*Москва, МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, ММА им. И.М.Сеченова*

Успех хирургического лечения медиастинита зависит, прежде всего, от полноценности санации и дренирования гнойных очагов. Очевидно, что наиболее широкий доступ к органам средостения обеспечивает стандартная торакото-

---

мия, которая, к сожалению, из-за травматичности неизбежно повышает риск оперативного вмешательства.

В последние годы в связи с развитием эндохирургии появилось ряд работ, касающихся применения эндоскопических методов для лечения гнойно-воспалительных процессов органов грудной полости.

Сочетание медиастиноскопии и торакоскопии показано при тяжелых одновременных гнойных поражениях плевральной полости и средостения что характерно для нисходящего некротизирующего медиастинита одонтогенного или тонзиллогенного генеза, а также при повреждениях пищевода. Данный метод был применен у 3 больных. В одном наблюдении произведен лишь осмотр и дренирование плевральной полости. В двух — декортикация, дополнительное вскрытие средостения и дренирование плевральной полости. Очень важным преимуществом метода мы считаем то, что он позволяет не только эвакуировать жидкое гнойное отделяемое, но и с помощью манипуляторов произвести диссекцию плотных нежизнеспособных тканей и таким образом более полно осуществить санацию средостения и плевральной полости.

Дальнейшее развитие метода связано главным образом с разработкой специального инструментария и приспособлений для санации тканей средостения и плевральной полости.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Кукош В.И., Кукош М.В., Гомозов Г. И., Емельянов Н.В.,  
Завьялов В.В., Сикорский Д. Г.**

*г. Н. Новгород, Нижегородская государственная медицинская академия; кафедра факультетской хирургии.*

Проблема послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии до настоящего времени очень актуальна. Одной из действенных мер профилактики внутрибольничных инфекций является антибиотикопрофилактика.

Экспериментальными и клиническими данными доказано, что проведение антибиотикопрофилактики в определенных ситуациях снижает частоту послеоперационных инфекционных осложнений с 40-60% до 5-1,5%.

В клинике факультетской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии с 1998 года проводится работа по исследованию эффективности антибиотикопрофилактики при различных оперативных вмешательствах в абдоминальной хирургии.

---

Мы проанализировали результаты антибиотикопрофилактики у 276 пациентов, оперированных с различной хирургической патологией. Контрольную группу составили 280 больных. Больные контрольной и основных групп были сопоставимыми по характеру патологии, полу и возрасту, сопутствующим заболеваниям, объему оперативных вмешательств. Открытая холецистэктомия выполнена 252 больным основной группы и 248 больным контрольной группы; грыжесечение по поводу послеоперационных вентральных грыж 8 больным основной группы и 10 больным контрольной группы; грыжесечение по поводу паховых грыж 12 больным основной группы и 19 больным контрольной группы; резекции кишечника по поводу онкологической патологии у 4 больных основной группы и у 3 больных контрольной группы. Возраст пациентов колебался от 21 до 86 лет.

Для антибиотикопрофилактики использовался цефалоспориин III поколения — цефотаксим.

Введение препарата осуществляли путем внутривенной капельной инфузии во время вводного наркоза в дозе 1 г.

Раневые осложнения в виде частичного нагноения раны выявлены у одного пациента, перенесшего грыжесечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи больших размеров. У остальных пациентов раневых послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений не было зафиксировано.

У больных контрольной группы было зафиксировано пять случаев нагноения послеоперационных ран.

Таким образом, применение антибиотикопрофилактики, в частности, цефалоспоринов, в абдоминальной хирургии позволяет сократить число послеоперационных инфекционных раневых осложнений, позволяет уменьшить расходы на лечение больных.

## **ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Кукош В.И., Кукош М.В., Гомозов Г.И., Емельянов Н.В.**

*г. Н.Новгород, Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра факультетской хирургии.*

Врачебные ошибки, негативно сказываясь на качестве и результатах лечения, в тоже время отражают объективные и субъективные причины ненадлежащего оказания хирургической помощи в каждой конкретной ситуации. Анализ ос-

---

ложнений и летальности в хирургических стационарах районов Нижегородской области за последние 3 года выявил дефекты оказания медицинской помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости (ОХПБП) в 18,4% случаев.

Именно ОХПБП вызывает наибольшие затруднения в диагностике на догоспитальном этапе. По нашим данным за последние 3 года, эта патология занимает в структуре всех обращений за скорой медицинской помощью 7,5%. При сравнительно небольшой доле этих заболеваний, наибольшее количество расхождений диагнозов со стационаром (22,9%) было именно при ОХПБП. При острой кишечной непроходимости этот показатель составил 31,2%, травме живота — 26,3%, остром аппендиците — 22,2%, остром холецистите — 16,9%. В основном, это связано с дефицитом времени на постановку диагноза, отсутствием у большинства врачей скорой помощи и поликлиник клинической практики лечения данной категории больных и, как следствием этого, неправильным клиническим мышлением. По нашему мнению, это является одной из основных причин роста показателя поздней доставки при ОХПБП — в среднем на 7,24% (от 2,4% при прободной язве до 14,3% при остром панкреатите) в Нижегородской области за последние 10 лет. Тем не менее, за тот же период отмечается снижение летальности при поздней доставке у оперированных больных с этими заболеваниями в среднем на 4,9% (от 0,2% при гастродуоденальных кровотечениях до 7,1% при остром холецистите). Мы связываем это с развитием службы анестезиологии-реанимации, эндоскопии и ультразвуковой диагностики в хирургических стационарах, улучшением технической подготовленности широкого круга хирургов, рациональным применением современных лекарственных средств, в первую очередь антибиотиков.

На госпитальном этапе число диагностических ошибок снижается до 11,2%. Наиболее часто (21,3%) выявляются тактические просчёты, связанные с выбором сроков выполнения и объёма оперативного вмешательства. Организационные нарушения составили 5%. Технические погрешности при выполнении операций имели место в 3,9% случаев и были следствием недостатка опыта хирургов и плохим знанием вопросов клинической анатомии.

Достаточно часто (32,7%) не проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений в показанных случаях.

Основной целью анализа врачебных ошибок должно быть улучшение качества хирургической помощи в конкретном лечебном учреждении, а не наложение штрафных санкций. Учитывая сложность решаемых при этом задач, экспертизу, по нашему мнению, должны осуществлять хирурги, имеющие высокий авторитет среди коллег.

---

## ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

**Кулакова Е.В., Кулакова Н.В., Толстокоров А.С.**

*г. Саратов, кафедра хирургии ФПК и ППС Саратовского Государственного Медицинского Университета; Областная клиническая больница.*

В клинике хирургии ФПК и ППС, располагающейся на базе Областной клинической больницы г.Саратова, в отделениях общей и гнойной хирургии за 2000 год находились на лечении 212 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и их осложнениями.

Из общего количества больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и их осложнениями было 166 мужчин (78,5%), 46 женщин (21,5%). Средний возраст больных колебался от 21 до 60 лет.

При обследовании и лечении геликобактер-инфицированных больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, с учетом специфики хирургической клиники, осложнения наблюдались у 50,4 % больных.

У 76 больных (33,0%), имевших осложнение в виде кровотечения, геликобактериоз выявлен у 70%, с признаками выраженной колонизации, при этом топоческих особенностей обсеменения различных отделов не обнаружено. При перфоративных язвах (46 больных — 21,6%) геликобактериоз выявлен у 74,3% пациентов, со значительной вариабельностью тяжести геликобактерной инфекции, особенностей обсеменения различных отделов желудка так же не обнаружено. Наблюдения за больными с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, показали, что геликобактерная инфекция повышает риск развития перфорации в 4,5%. Умеренно и значительно выраженный геликобактериоз при язвенном пилородуоденальном стенозе, имевшем место у 11 больных (5,2 %), отмечен в 96,3 % случаев, выявлена прямая зависимость между степенью обсеменения слизистой оболочки желудка и стадией стеноза. Пенетрация как изолированное осложнение отмечена не более чем у половины больных с осложненными гастродуоденальными язвами. При пенетрации, как правило, обнаружена вторая степень обсеменения слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, при сочетании с другими осложнениями геликобактериоз выявлен в 97% случаев, с высокой степенью обсеменения слизистой.

Имеющиеся данные не позволяют считать геликобактериоз непосредственной причиной развития осложнений. Однако существенным фактором риска развития осложнений, безусловно, является агрессивное течение заболевания с частыми рецидивами, в том числе ассоциированными с геликобактерной инфекцией.

---

# ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВЫСОКОЧАСТОТНОГО АППАРАТА С АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Куцовол С.П., Низовой А.В.**

*Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Кафедра военно-полевой хирургии, Москва*

Лечению подвергнуты 31 пациент обоего пола в возрасте от 20 до 75 лет с различными формами острой хирургической инфекции (абсцесс, гнойный парапроктит, флегмона, мастит, карбункул и др.). После рассечения гнойника стальным скальпелем и удаления гноя, рана была обработана факелом низкоэнергетической аргоновой плазмы. При этом установлена не только коагуляция тканей раны, но и выраженный бактерицидный эффект. Отмечено почти полное отсутствие кровоточивости, уменьшение болевых ощущений, усиленное образование трансудата. На третьи и четвертые сутки очищение раны в основном завершается, трансудация уменьшается, в ране появляются грануляции. При этом очищение раны от некротических тканей протекало одинаково активно во всех возрастных группах, что давало возможность после нормализации общего состояния их более раннюю выписку из стационара (в опытной группе на 6-7 сутки с момента поступления, в контрольной — 9-11).

В контрольной группе, аналогичной основной по количеству наблюдений, возрасту больных и нозологическим формам гнойных хирургических заболеваний, после рассечения и удаления гноя, обработка ран производилась по стандартной методике (растворы антисептиков, мази на водорастворимой основе). В раннем послеоперационном периоде болевой синдром выражен в большей степени. В этой группе констатирована более продолжительная кровоточивость раны. Интенсивность репаративных процессов была менее выражена.

Таким образом, аргоноплазменная коагуляция аппаратом "ФОТЕК ЕА 140" (Россия), в режиме бесконтактного воздействия, при лечении гнойных ран способствует более интенсивному очищению раны от некротических тканей, стимулирует развитие грануляций, уменьшает кровоточивость раны в процессе, как первичного оперативного пособия, так и время последующего лечения ран.

---

## ЛАПАРОСКОПИЯ – МЕТОД НАЧАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Лаужикас Г., Станайтис Ю., Петраускаене Р., Струпас К.**

*Литва, г. Вильнюс, медицинский факультет Вильнюсского университета, клиника общей хирургии, Университетный госпиталь скорой помощи*

Цель работы: сравнить разные методы хирургического лечения тяжёлого острого панкреатита (ТОП). Объект исследования: 188 больных (109 мужчин и 79 женщин) оперированных по поводу ТОП в нашей клинике в 1992-1999 период. Результаты: мы оценили у больных ТОП значимость клинических симптомов (боль, тошнота, паралитическая непроходимость кишечника), лабораторных данных (лейкацитоз, гемоглобин, гематокрит, сахар в крови, изменения активности ферментов) в диагностике и прогноза хода болезни. Анализировали влияние сопутствующих болезней (пневмония, сосудо-сердечные) в развитии и хода ТОП. Общее состояние всех больных оценивалось по системе Ranson. Результаты исследований ультразвуком и КТ — по классификации Balthazar. По хирургическому лечению больные в нашей клинике может быть разделены на три группы: А — лапароскопия с дренажом брюшной полости, В — лапаротомия с дренажом брюшной полости, С — лапаротомия с лапаростомией и дренажом брюшной полости. Сравнили результаты хирургического лечения между группами. Сравнение производилось по следующими критериям: 1) индикации первой операции, 2) лабораторные данные, 3) послеоперационные осложнения (расширение некроза, сформирование абсцесса, кровотечение (внутрибрюшное, гастроэнтеральное), фистулы кишечника, множественное недостаточность органов), 4) индикации повторным операциям. Послеоперационные осложнения были: в группе А — 12(26, 1%), В — 39(51,3%) и С — 45(68,2%). Повторные операции: А — 11(23,9%), В — 20(26,3%) и С — 18(27,3%). Смертность: в группе А — 9(19,6%), В — 30(39,5%) и С — 26(39,4%). Выводы: 1) лапароскопия даёт возможность достичь следующие цели: а) установить точный диагноз, б) осуществить бактериологическое исследование жидкости, в) удаление жидкости уменьшает симптомы перитонита, 2) лучшие результаты лечения ТОП достигаются в специализированных центрах.

---

## ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

**Ликстанов М.И., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Краснова М.В.**

*Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Кузбасский областной гепатологический центр*

Для Кемеровской области характерна высокая концентрация на относительно небольшой территории индустриальных предприятий и городского населения. Неблагоприятное влияние промышленности и урбанизации на экологию общеизвестно, что обуславливает высокую частоту заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны.

Для оказания медицинской помощи данной категории больных в г. Кемерово с 1967 года на базе городской клинической больницы №3 функционирует Областной гепатологический центр (ОГЦ).

ОГЦ состоит из следующих подразделений: консультативного отдела, отделения эндоскопии, отделения ультразвуковой диагностики, отделения хирургии печени, поджелудочной железы и желче-выводящих путей, отделения терапевтической гепатологии.

В условиях консультативного отдела ежегодно получают консультации более 4000 пациентов из г. Кемерово и Кемеровской области. В штат отдела входят хирург-гепатолог, терапевт-гепатолог, врач-эндоскопист и врач ультразвуковой диагностики. Наиболее сложные больные консультируются сотрудниками центра по линии санитарной авиации. Сотрудниками консультативного отдела проводится диспансерное наблюдение за больными, оперированными в гепатологическом центре. Наличие в центре отделений эндоскопии и ультразвуковой диагностики позволяет проводить все современные методы обследования: УЗИ, РХПГ, лапароскопию, ангиографию, холангиоскопию, чрезкожную холангиографию и вирсунгографию и др.

Ежегодно в ОГЦ получают специализированную стационарную помощь около 1500 больных. В отделение терапевтической гепатологии госпитализируются пациенты, требующие консервативного лечения, предоперационной подготовки и применения минимальноинвазивных технологий. На базе отделения активно используются современные малотравматичные методы диагностики и лечения: пункционно-аспирационная биопсия, лечебная блокада под контролем УЗИ, чрезпечёночная катетеризация воротной вены, РХПГ, химиоэмболизация сосудов печени, стентирование желчных протоков. Оперативная активность в терапевтическом подразделении составляет 41,8%.



---

После предоперационной подготовки в терапевтическом подразделении пациенты переводятся в отделение хирургии печени, поджелудочной железы и желче-выводящих путей, основными направлениями работы которого являются радикальные хирургические операции при опухолевом поражении, реконструктивно-восстановительные операции на желче-выводящих путях, эндохирургические вмешательства. Ежегодно в отделении проводится около 150 резекций печени и поджелудочной железы по поводу опухолей, что позволяет центру успешно выполнять функции онкологического подразделения. В центре широко используются эндохирургические способы лечения: выполнено более 4000 лапароскопических холецистэктомий, около 3500 ретроградных эндохирургических вмешательств на желче-выводящих путях. Оперативная активность в хирургическом подразделении составляет 98,7%.

Организация ОГЦ позволяет на основании дифференцированного подхода концентрировать на своей базе всех пациентов из Кемеровской области с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны и, на фоне внедрения в практику современных высокотехнологичных методов диагностики и способов лечения, значительно улучшить качество оказания медицинской помощи данной категории больных.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ХИРУРГОВ И ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЦРБ**

**Лобаков А.И., Агафонов Б.В., Руденко М.В., Круглов Е.Е.**

*Российская Федерация, г. Москва. Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, факультет усовершенствования врачей*

Основной формой послевузовского образования врачей является их подготовка по дополнительным образовательным программам. К которым относятся: повышение квалификации, стажировка, профессиональная переподготовка.

Целью последипломного повышения квалификации врачей по хирургии является приобретение ими новых теоретических знаний и совершенствование профессиональных умений и навыков, необходимых врачу-хирургу для оказания высококвалифицированной хирургической помощи в соответствии с занимаемой должностью и профилем учреждения.

Повышение квалификации по хирургии осуществляется на циклах общего и тематического усовершенствования, сертификационного и аттестационного усовершенствования. Общее усовершенствование, продолжительностью обучения 4

---

месяца, позволяет врачу-хирургу совершенствовать знания по актуальным теоретическим вопросам хирургии и смежных дисциплин, а также осваивать практические умения и навыки, необходимые врачу-специалисту в соответствии с профессионально-должностными требованиями. Совершенствование знаний и практических навыков по отдельным разделам и направлениям хирургии в соответствии с характером работы и занимаемой должностью проводится на циклах тематического усовершенствования, продолжительность которых зависит от конкретной тематики и обучаемого контингента и колеблется от 1 до 2,5 месяцев.

Начиная с 1995 года, в план подготовки врачей-хирургов включены циклы сертификационного усовершенствования, целью которых является подготовка врачей к сдаче экзамена для получения сертификата специалиста хирурга. Необходимо отметить, что данные циклы пользуются повышенным спросом среди врачей, так как, помимо формальной необходимости получения врачом-специалистом сертификата, программа этих циклов достаточно широка по спектру затрагиваемых вопросов в области хирургии.

Целью аттестационных циклов является подготовка врача по хирургии к сдаче аттестационного экзамена на подтверждение или присвоение высшей, первой и второй квалификационной категории по специальности хирургия. На этих циклах большое количество учебных часов отводится текстовому контролю. Опыт организации и проведения аттестационных циклов свидетельствует, что для успешной их реализации необходимо тесное взаимодействие образовательного учреждения (кафедры) с территориальным органом здравоохранения, ответственным за осуществление процедуры аттестации специалиста.

Отправным ориентиром для реализации повышения квалификации врачей-хирургов является унифицированная программа, содержание которой охватывает весь объем теоретических знаний и практических навыков, необходимых врачу-хирургу для проведения самостоятельной лечебной и профилактической работы. В то же время, кафедра хирургии вносит свои изменения в учебные планы с учетом специфики региона, потребностей здравоохранения.

В процессе обучения используются следующие виды занятий: лекции, практические занятия, различные виды семинаров, учебные конференции, а также занятия на базах различных лечебно-профилактических учреждений. В качестве учебных баз для проведения практических занятий используется база МОНИКИ, а также лечебно-профилактические учреждения Московской области.

Особой популярностью среди врачей и администрации ЛПУ области пользуются выездные циклы, которые позволяют повышать квалификацию хирургов без отрыва от производства.

Особенно эффективны выездные циклы при обучении миниинвазивным и видеоэндохирургическим методам лечения. В этом случае обучение хирургов проводится в привычной для них рабочей обстановке, не требующей дополни-

---

тельной адаптации. Подобный принцип позволяет на месте отладить все нюансы не только технического, но и анестезиологического обеспечения.

За 11 лет существования ФУВ при МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского на кафедре прошли усовершенствование более 3600 хирургов. Таким образом, из 860 хирургов общего профиля, работающих в Московской области, 85% проходят регулярное обучение на кафедре ФУВ МОНИКИ. 90% от общего числа хирургов сертифицированы нашей кафедрой. Данное обстоятельство является важным фактором, т.к. позволяет внедрять единую методологическую систему лечения хирургических больных с учетом собственных научных разработок института и выполнения резолюций и постановлений Международных и Республиканских хирургических форумов, заседаний Научного общества хирургов, приказов Министерства Здравоохранения и главного хирурга МЗ РФ. Заведующий кафедрой хирургии ФУВ одновременно является главным внештатным хирургом и председателем аттестационной подкомиссии по хирургии МЗ Московской области. Это позволяет ему объективно контролировать теоретические знания и практические навыки каждого хирурга области, что положительно сказывается на результатах хирургической деятельности ЛПУ Московской области.

За последние 5 лет, не смотря на крайне неудовлетворительное материально техническое обеспечение хирургических отделений области, отмечается стабилизация и улучшение основных качественных и количественных показателей в деятельности хирургической службы. По основным показателям экстренной хирургической службы, Мосоковская область во многом опережает хирургические стационары и клиники г.Москвы.

С 2000 года на ФУВе проходят обучение хирурги-интерны и клинические ординаторы, многие из которых в последующем трудоустраиваются в ЛПУ области и таким образом соблюдается кадровая приемственность.

На всех циклах проводится компьютерный тестовый контроль базисных знаний и навыков слушателей перед началом обучения и в процессе обучения (этапный контроль). Заключительный экзамен проводится по окончании циклов усовершенствования, при этом используются различные формы контроля.

## **КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ**

### **Мазунин В.Д.**

*Россия, Краснодарский край, ст.Павловская, Павловская ЦРБ.*

Под нашим наблюдением находилось 168 больных трофическими язвами нижних конечностей. У 127 (75,6%) имелись выраженные явления острого тромбоза и 41 (24,6%) Пациентов страдали ПТФС. Женщин 145, мужчин 23. Возра-

---

стной состав от 35 до 86 лет. В 50(89,3%) случаев больные страдали ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, у 137(81,5%) имелось ожирение 3-4ст. в 73-х(43,5%) имели сахарный диабет. Длительность язв от 1 года до 23 лет. Необходимо отметить, что из всей группы больных 24(14,3%) ранее в различные сроки оперированы по поводу варикозной болезни нижних конечностей.

Все больные распределены на 3 группы. Первая которым применялся традиционный метод лечения трофических язв (длительные перевязки с чередованием антисептиков и стимулирующих мазей, антибактериальная и физиотерапия; вторая группа, где на фоне общепринятого лечения, местное лечение изменено путем применения углерод минерального сорбента СУМС-1 и ксеноперфузанта; в третьей группе дополнением к изложенному лечению применена лазеротерапия в различных вариантах (гелий-неоновый лазер с длиной волны 0,63 мкм и полупроводниковый лазер "Узор" с частотой излучения 1500Гц.

В качестве контроля за течением раневого процесса изучались факторы неспецифической резистентности организма: миелопероксидаза (МП), щелочная фосфатаза (ЩФ), тест с нитросиним тетразолом (НСТ-тест) нейтрофильных лейкоцитов в язве и в периферической крови, также проводились посевы на микрофлору и мазки-отпечатки. В процессе лечения во 2-й и 3-й группах отмечено более активное течение репаративных процессов. Выражающихся в снижении перифокального воспаления, купирования сопутствующей микробной экземе, особенно в 3-й группе, уменьшение микробной обсемененности, появление более ранних и сочных грануляций и активной краевой эпителизации, также значительно выражены в 3-й группе. Одновременно снижалась ЩФ в периферической крови, повышение уровня МП в периферической крови и язвах, повышение НСТ-теста в язвах.

Таким образом, применение комплексной терапии с использованием сорбента с ксеноперфузантом и лазеротерапии позволили значительно сократить сроки лечения больных с трофическими язвами венозной этиологии в 1,5-2 раза. В 15% случаев удалось произвести кожную пластику, а в 18% случаев провести оперативное лечение основного заболевания в ангиоцентре.

В течении 1-2 года имелись рецидивы в 1-й группе в 23% случаев, во 2-й группе в 18,4% случаев и в 3-й группе в 11,6% случаев. Применение данного комплексного подхода с использованием лазерной техники в лечении больных с такой тяжелой патологией особенно эффективно в условиях общехирургического стационара.

---

## МИНИ-ЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ЦРБ

**Мазунин В.Д., Андреев А.С., Степаненко М.Н**

За последние годы возрасло применение мини-лапаротомических доступов в абдоминальной хирургии. С 2000г. нами применяется метод мини-лапаротомии по М.И.Прудкову с помощью аппарата и инструментов фирмы "Лига-7".

Из 186 больных оперированных за указанный период по поводу желчнокаменной болезни у 168(90%) был применен мини-лапаротомный доступ, у 58 (31%) при деструктивных формах острого холецистита. Мужчин 15, женщин 43, в возрасте от 26 до 95 лет. Давность заболевания при экстренной госпитализации у этих больных в 68% случаев была свыше 24 часов. Из всех больных с деструктивными формами острого холецистита 24(41,4%) были оперированы в первые 8 часов, остальные 34(58,6%) больных оперированы в пределах 24-48 часов.

В данной группе в 14 случаях имела гангренозная форма острого холецистита, в 7 случаях гангренозно-перфоративная и в 37 случаях флегмонозная форма острого холецистита. В 11 случаях имелся паравезикальный инфильтрат с абсцедированием, в 9 случаях явления местного перитонита. У 17 (29,3%) пациентов с явлениями механической желтухи производилось дренирование желчного протока через культю пузырного протока. В 3-х случаях произведено наложение билиодигестивного анастомоза по Юрашу-Виноградову.

Осложнения среди данной группы больных имелись в 6 (10,3%) случаях из них: кровотечение из ложа — 2, подпеченочный абсцесс — 1, инфильтраты и нагноение швов основной раны было в 3—х случаях. Летальные исходы в 2(3,4%) случаях среди этой группы больных, причинами смерти были острый инфаркт миокарда — 1, тромбэмболия ветвей легочной артерии — 1 случай.

По сравнению с предыдущими периодами при применении широкого лапаротомного доступа количество раневых осложнений в аналогичной группе больных значительно уменьшилось. На ? сократился средний срок пребывания в стационаре, при традиционном методе он составлял 15-18 койко-дней, то при мини-лапаротомии 6-8 койко-дней.

Таким образом применение мини-лапаротомического доступа на сегодняшний день является альтернативным методом "золотого стандарта" т.е. лапароскопическому и тем более традиционному — широкому лапаротомному доступу, даже при деструктивных формах острого холецистита.

---

## ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Мазур Ю.И., Дыбас Б.В., Коваль А.Я.**

*Украина, г. Львов, медицинский университет, кафедра факультетской хирургии (зав. кафедрой — академик АМН Украины М.П. Павловский)*

В наших наблюдениях холецистэктомия из минилапаротомного доступа имеет такие же характеристики, как и лапароскопическая холецистэктомия (средний койкодень, комфортность послеоперационного периода, восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника) и отличается минимальной частотой осложнений. Существенной отрицательной стороной этого оперативного вмешательства является значительная техническая сложность и большой процент конверсий.

Минилапаротомный доступ осуществляли через прямую мышцу живота. Разрез кожи длиной 4-5 см выполняли в косопоперечном направлении, проекционно над желчным пузырем соответственно складкам кожи, для обеспечения максимального косметического эффекта. Переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота рассекали в том же направлении, что и кожу. Электроножом максимально отделяли апоневроз от мышцы в краниальном и каудальном направлении. Мышца расслаивалась вдоль волокон в границах выделенного апоневроза. Благодаря такому маневру длина лапаротомной раны увеличивалась вдвое. Соответственно мышечной ране также вертикально вскрывали заднюю стенку влагалища прямой мышцы вместе с брюшиной. В рану вводили крючки со световодами, благодаря чему обеспечивалось освещение операционного поля. Зону операционного вмешательства отграничивали от брюшной полости с помощью марлевых тампонов. Таким образом, доступ к брюшной полости на разных уровнях брюшной стенки осуществляли в разных направлениях, мышечные волокна не пересекали, а после окончания операции мышца самостоятельно возвращалась в исходное положение.

Холецистэктомию выполняли "от шейки" желчного пузыря. Желчный пузырь удаляли с помощью диатермокоагуляции. Возможным является использование инструментария лапароскопического операционного набора. Обязательно дренировали подпеченочное пространство из отдельного доступа в правом подреберье пластиковой перфорированной трубкой с дальнейшей активной аспирацией раневых выделений.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа выполнена нами у 84 больных. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после операции составила 3-4 дня, осложнений не наблюдали. Больные не нуждались

---

в введении наркотиков. Анальгезирующего эффекта достигали применением анальгина. Начиная с первого послеоперационного дня восстанавливалась двигательная активность. Швы с кожи удаляли на 3-4 день.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

**Мазур Ю.И., Кузык А.С.**

*Украина, г. Львов, медицинский университет, кафедра факультетской хирургии (зав кафедрой — академик АМН Украины М.П. Павловский)*

В последнее время все большей популярностью отличаются способы пластики паховых грыж с использованием полипропиленовых имплантатов. Наиболее известные методики Лихтенштейна, Ривса технически просты, доступны большинству абдоминальных хирургов и, на первый взгляд, достаточно надежны. Однако, на наш взгляд, они обладают существенным недостатком — при имплантации полипропиленовой сетки созданное в ней внутреннее паховое кольцо стабильно и не реагирует на изменения внутрибрюшного давления, что может быть в последующем причиной рецидива.

Нами предложен способ оперативного лечения паховых грыж, суть которого состоит в дубликатурной пластике задней стенки и низведении верхней стенки пахового канала. Во время операции рассекается поперечная фасция выше Пупартовой связки, каудальная часть рассеченной фасции фиксируется одиночными швами с образованием дубликатуры позади фасциально-мышечного лоскута, который потом пришивается к Пупартовой связке. Оперативное вмешательство выполняется или под перидуральной анестезией, или, в отдельных случаях, под общим обезболиванием с миорелаксацией и искусственной вентиляцией легких.

С 1999 года оперативное вмешательство по описанной методике выполняется с одновременной имплантацией полипропиленовой сетки в соответствии с методикой Лихтенштейна. Таким образом, вокруг внутреннего пахового кольца образуется мышечная муфта, внутренний диаметр которой меняется в соответствии с изменениями интраабдоминального давления.

Операция выполнена у 108 пациентов. Рецидивов грыжи за время наблюдения не отмечали.

---

## ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

**Майстренко Н. А.**

*г. Санкт-Петербург, Российская Военно-медицинская академия; кафедра абдоминальной хирургии*

Хирургическое лечение больных с синдромом минералокортицизма, синдромом Иценко-Кушинга, феохромоцитомой, а в ряде случаев с так называемыми гормонально-неактивными опухолями надпочечников (ГНОН) и андростеромой остается одной из сложных проблем хирургии. Повышенное внимание хирургов к данной патологии связано, прежде всего, с тем, что оперативное вмешательство, как правило, продолжает оставаться единственным радикальным методом лечения таких пациентов.

Современный этап хирургии надпочечников характеризуется использованием эндовидеохирургических технологий. Их применение позволило улучшить результаты адrenaлэктомии (АЭ). При этом, эндовидеохирургические технологии не противопоставляются открытым вмешательствам, а речь идет лишь об операциях выбора. Представленные в литературе сведения о доступах и оперативной технике при лапароскопической и ретроперитонеоскопической АЭ не в полной мере аргументированы топографо-анатомическими исследованиями и не учитывают индивидуальных особенностей расположения правого и левого надпочечников. В связи с этим, несмотря на малую инвазивность эндовидеохирургических доступов к надпочечникам, полностью исключить возможность развития интра- и послеоперационных осложнений все-таки не удастся. В таком случае закономерен вопрос: в какой мере эндовидеохирургическая АЭ является альтернативой открытой операции? Ответить на него возможно только после взвешенной клинической оценки непосредственных результатов оперативных вмешательств на надпочечниках, выполненных эндовидеохирургически с использованием различных доступов.

Исследователями практически не обсуждается возможность применения трансторакального эндовидеохирургического доступа к надпочечнику. Торакоскопическая трансдиафрагмальная (трансплевральная торакофреноскопическая) адrenaлэктомия описана в эксперименте на животных и трупах. В клинических условиях торакоскопический трансдиафрагмальный доступ к надпочечнику применялся для его удаления в связи с метастатическим поражением и для биопсии органа.

Отсутствие единого мнения о показаниях и противопоказаниях к эндовидеохирургической АЭ, а также вариантов ее исполнения, требует дальнейшего совершенствования методических аспектов, связанных с клинико-анатомическим обоснованием доступов и техники малоинвазивных вмешательств на над-



---

почечниках, что явилось основанием для целенаправленных в этом плане исследований.

В клинике абдоминальной хирургии ВМедА выполнено 82 эндовидеохирургических АЭ у больных с различными опухолями надпочечников: альдостеромой — 18, кортикостеромой — 16, андростеромой — 2, ГНОН — 40 и феохромоцитомой — 6. Лапароскопическая АЭ выполнена у 62 пациентов, ретроперитонеоскопическая — у 19 и торакаскопическая трансдиафрагмальная — у 1.

Клинико-лабораторное, инструментальное обследование больных и морфологические исследования удаленных новообразований надпочечников проводились по отработанной в клинике методике.

С целью клинического обоснования доступов проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов эндовидеохирургических АЭ у 41 больного (1-я группа) хирургическими заболеваниями надпочечников, и оценены результаты проспективных исследований у 41 пациента (2-я группа) при выполнении вмешательств по модифицированной нами методике.

Среди больных 1-ой группы правосторонняя лапароскопическая АЭ выполнена у 17 пациентов, левосторонняя — у 24. Размеры удаленных опухолей варьировали от 1 до 8 см. Летальных исходов не было. На начальных этапах освоения методики лапароскопической АЭ интраоперационные осложнения развились у 5 пациентов только при вмешательстве на левом надпочечнике, из них: кровотечение у 3 больных (из селезенки и селезеночных вен), повреждение поджелудочной железы — у 1, повреждение толстой кишки — у 1. У 2 больных кровотечение из поврежденной селезенки и ветвей селезеночных вен удалось остановить электрокоагулированием, клипированием и завершить удаление надпочечника с опухолью. Одному пациенту потребовалось для остановки кровотечения из селезенки выполнить лапаротомию и спленэктомию. В одном наблюдении при длительном поиске надпочечника в паранефральной клетчатке была травмирована поджелудочная железа, что привело к развитию очагового панкреонекроза. Коагуляционное повреждение толстой кишки, нераспознанное во время операции, в послеоперационном периоде привело к формированию левостороннего поддиафрагмального абсцесса с краевым некрозом селезеночного изгиба ободочной кишки, что потребовало выполнения лапаротомии, колостомии, в дальнейшем — колопластики. Характер интраоперационных осложнений, необходимость многократного использования электрокоагуляции в паранефральной клетчатке обусловили развитие у данных пациентов инфекционно-гнойных осложнений в ране после операции. После правосторонней лапароскопической АЭ в послеоперационном периоде осложнение развилось только у 1 пациента — сформировался поддиафрагмальный абсцесс, который был пунктирован под ультразвуковым контролем и дренирован.

Опыт лапароскопических АЭ свидетельствуют о перспективности подобных

вмешательств на правом надпочечнике в связи с отсутствием необходимости мобилизации близлежащих органов (после рассечения заднего листка париетальной брюшины выделяется надпочечник с центральной веной). Особенности же топографо-анатомического расположения левого надпочечника обуславливают трудности и опасности выполнения левосторонней лапароскопической АЭ (необходимость мобилизации селезеночного изгиба толстой кишки, отведения хвоста поджелудочной железы и селезенки), что дает основание воздерживаться от ее применения.

Анализ результатов лапароскопических АЭ (1-я группа) и изучение особенностей топографо-анатомического расположения надпочечников и доступов к ним на 31 трупе, позволили обосновать выбор оптимального доступа и техники эндовидеохирургической АЭ. Разработаны и апробированы ретроперитонеоскопический и торакоскопический трансдиафрагмальные доступы к надпочечникам.

На основании комплексной оценки клинко-анатомических данных о больном определены критерии, позволяющие индивидуализировать выбор эндовидеохирургического доступа к надпочечнику. Для удобства оценки представлены выявленные клинко-анатомические показатели в виде кодируемых (формализованных) критериев:

**Таблица 1.** Критерии выбора оптимального эндовидеохирургического доступа к правому и левому надпочечникам

Клинко-анатомические критерии	Формализованные критерии при доступе к надпочечнику	
	правому	левому
1.Размер опухоли надпочечника (РО)	до 5 см - 0 более 5 см-3	-
2.Индекс массы тела (ИМТ)	ИМТ<30 - 0 ИМТ>30 - 1	ИМТ<30 - 0 ИМТ>30 - 1
3.Оперативные вмешательства, ранее выполненные на органах верхнего этажа брюшной полости (ОБП)	не было - 0 были - 1	-
4.Топография надпочечника с опухолью (ТН)	соприкасается с брюшиной - 0 не соприкасается с брюшиной - 1	у верхнего полюса почки - 0 в воротах почки - 1
5.Расположение нижней границы реберно-диафрагмального синуса (РДС)	до XII ребра - 0 ниже XII ребра - 3	до XI ребра - 0 до XII ребра - 1 ниже XII ребра - 3

На основании этих критериев с использованием метода моделирования искусственных нейронных сетей разработана математическая формула выбора оптимального эндовидеохирургического доступа (Д) к правому и левому надпочечникам для АЭ у конкретного больного:

---

**Д справа= (ИМТ+ОБП+ТН) x (2,1 x ИМТ+2,5 x РО +2,5 x РДС)+ОБП+ТН**

при Д= 0            передний лапароскопический  
1-2                задний ретроперитонеоскопический  
2,1-8,3            боковой ретроперитонеоскопический  
?8,4                торакоскопический с френотомией  
(или открытый торакофренотомический в X межреберье)

**Д слева = 3,5 x ИМТ+ 0,5 x ТН+3 x РДС**

при Д=0-0,5      задний ретроперитонеоскопический в 1-й модификации  
3                    задний ретроперитонеоскопический во 2-й модификации  
3,5-7              задний ретроперитонеоскопический в 3-й модификации  
9-13                торакоскопический с френотомией  
(или открытый торакофренотомический в X межреберье)

Полученная математическая формула была апробирована с целью индивидуализации хирургического лечения 41 больного (2-ой группы). Правосторонняя АЭ выполнена у 21 больного. Оптимальным эндовидеохирургическим доступом к правому надпочечнику у всех пациентов оказался передний лапароскопический. Правильность выбора доступа к правому надпочечнику была подтверждена тем, что технических трудностей и осложнений во время АЭ не отмечалось. Послеоперационное осложнение развилось только у одной больной — некроз паранефральной клетчатки с формированием абсцесса вследствие избыточной электрокоагуляции мелких сосудов во время мобилизации и удаления опухоли надпочечника.

Левосторонняя АЭ осуществлена 19 больным из 41 задним ретроперитонеоскопическим доступом. Из интраоперационных осложнений можно отметить только закрытый левосторонний пневмоторакс, который возник у 3 больных брахиморфного телосложения вследствие повреждения низко расположенного реберно-диафрагмального синуса. Послеоперационных осложнений не было. Очевидным преимуществом ретроперитонеоскопического доступа к левому надпочечнику является то, что при подходе к нему не требуется отведения внутренних органов, а анатомическое расположение центральной вены позволяет клипировать ее и пересечь еще до начала мобилизации надпочечника, что особенно важно при феохромоцитоме.

Левосторонняя торакоскопическая френотомия с АЭ выполнена у 1 больной по поводу синдрома Иценко-Кушинга, гиперплазии обеих надпочечников с их "автономной" функциональной активностью. Большая толщина подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки (масса тела 136 кг, ИМТ=47), маленькая поясничная область и низкое расположение заднего участка реберно-диафрагмального синуса представляли очевидные технические трудности для адrenaлэктомии как лапароскопическим, так ретроперитонеоскопическим доступами.

---

Таким образом, эндовидеохирургическая адреналэктомия не противопоставляется открытым способам операции, которые целесообразны при больших размерах опухоли, признаках ее злокачественного роста и развитии интраоперационных осложнений. Результаты проведенного клинко-анатомического исследования позволяют считать операциями выбора в лечении больных с новообразованиями надпочечников правостороннюю лапароскопическую и левостороннюю ретроперитонеоскопическую адреналэктомию. При прогнозируемых технических трудностях оперативного вмешательства этими доступами альтернативой для выполнения адреналэктомии является торакоскопический трансдиафрагмальный доступ. Обоснование выбора доступа и техники эндовидеохирургической адреналэктомии в каждом конкретном случае должно основываться на комплексной оценке установленных клинко-анатомических критериев, интегральную оценку которых целесообразно проводить с помощью разработанной математической программы.

## **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОНЬЮНКТИВЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

**Марденов А.Б., Аскаров М.С.**

*г.Караганда, Медицинская академия*

Послеоперационный парез кишечника у детей с разлитым гнойным перитонитом несмотря на применение различных методов терапии остается актуальной. В последние годы активно разрабатываются методы восстановления моторики кишечника немедикаментозным путем, такими как игло-электро-лазерорефлексотерапия. Патогенетические аспекты воздействия лазеропунктуры на течение гнойного процесса остаются изученными недостаточно.

В основу работы положены результаты лечения 90 детей от 3 до 14 лет оперированных по поводу перитонита аппендикулярного происхождения. Контрольную группу составили 30 больных, у которых лечение в послеоперационном периоде осуществлялось традиционными общепринятыми методами терапии. В основной группе (60 больных) проводили аналогичное лечение, включая курс лазеропунктуры (ЛП) через точки акупунктуры.

Поиск биологически активных точек (БАТ) мы проводили, применяя прибор "Электроника-4 М". Из 20 БАТ, наиболее часто применяемых для стимуляции кишечника мы отобрали 5, воздействие на которые лазером приводило к увеличению амплитуды и частоты биоэлектрических потенциалов моторики тонкой кишки.

---

ЛП проводили многоканальной лазеропунктурной установкой созданной на основе гелий-неонового лазера типа ЛГН-120 (длина волны 0,63 мкм, время экспозиции — 1 мин., курс лечения — 3 сеанса).

Для изучения микроциркуляции русла (МЦКР) крови мы использовали метод конъюнктивальной биомикроскопии. Исследование проводили до начала лечения, на 1-е, 3-ие сутки, а так же у 30 здоровых детей. Осмотр и фотографирование микрососудов конъюнктивы глаза у больных проводилось с помощью переносной установки, смонтированной на подставке для фиксации головы и включающей в себя серийный микроскоп МБС-2 с блоком постоянной подсветки холодным светом, зеркальную фотокамеру "Практика-эндо" (Германия). Увеличение объектов —  $4 \times 12,5$ ,  $7 \times 12,5$ .

Для калибromетрии сосудов использовали объект микрометр производства ЛОМО с ценой деления 0,01 мм, сфотографированный при том же увеличении, что и сосуды бульбоконъюнктивы.

Полученные данные у детей с разлитым гнойным перитонитом при поступлении свидетельствуют о статистически достоверных изменениях сосудистого тонуса. У большинства обследованных детей определяли спазм артериального и дилатацию венозного отделов МЦКР, так называемый "спастико-атонический синдром". В последующие сутки заболевания в МЦКР у обследованных больных контрольной группы замедленно гомогенный ток крови зафиксирован в 70 % исследований. Наряду с замедлением кровотока у больных сохранялась патологическая агрегация эритроцитов с появлением сладж-феномена (43,3 % обследованных детей).

У больных, которым в комплексном лечении применена ЛП, нарушения МЦКР имели тенденцию к более быстрому обратному развитию. Наименее стойкими среди них оказались периваскулярные изменения, которые быстро регрессировали параллельно снижению активности воспалительного процесса и разрешению пареза кишечника. Периваскулярный отек на 7 сутки обнаруживался лишь у 2,3 % больных (13,3 % в контроле) и очаги локального микрозастоя исчезли на 3 день лечения больного. Единичные геморрагии к этому сроку обнаруживались значительно реже (17,6% вместо 31,6% в контроле) и на 7 сутки наблюдалось только у одного больного. Неравномерность калибра венулярных сосудов было у 16,2 % (в контроле 40 %). Диаметр микрососудов также на 7 сутки приближался к нормативным показателем. Показатели коэффициента извитости и поперечной деформации уже на 3 сутки имели тенденцию к улучшению и на 7 сутки достоверно не отличались от нормы.

Таким образом, изучение микроциркуляции конъюнктивы глазного яблока в результате применения в комплексном лечении лазеропунктуры показывает, что нарушение микроциркуляции в этом случае имели тенденцию к быстрому разрешению.

---

## О ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО ПОДХОДА К ХИРУРГИЧЕСКОМУ КОМПОНЕНТУ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Маслов В.Г., Михайлова С.А., Ибатуллин Р.Д., Сауткин А.Г.,  
Богданов А.В.**

*Россия, Челябинская городская клиническая больница №6*

Утрата молочной железы вследствие онкологической операции, несомненно, является мощным отрицательным психологическим фактором, затрудняющим социальную реабилитацию женщин после успешно проведенного радикального лечения по поводу рака молочной железы. Поэтому операцией выбора при наличии определенных показаний являются расширенные секторальные резекции молочной железы с регионарной лимфаденэктомией.

В исследуемый нами материал вошли 110 радикально оперированных пациенток, страдающих раком молочной железы, поступивших и пролеченных в отделении за 5-летний период с 1996 г. по 2001 г. Из них у 80 больных были выполнены мастэктомии различных объемов, у 30 — органосохраняющие операции. С целью улучшения косметического результата у 10 больных для выполнения органосохраняющей операции при раке молочной железы применены отдельные кожные разрезы: дугообразный параллельно ареоле на молочной железе для удаления участка железистой ткани вместе с опухолью и отдельный разрез в подмышечной области для лимфаденэктомии. Необходимо отметить, что в группе больных, у которых использовались отдельные доступы для выполнения органосохраняющей операции, не отмечено ни одного неудовлетворительного косметического исхода. В исследуемой группе были проанализированы ближайшие и отдаленные результаты. Сроки наблюдения за больными после операции — от 6 мес. до 5 лет. Средний срок наблюдения —  $20,2 \pm 3,5$  мес. Местных рецидивов не выявлено ни у одной пациентки.

Органосохраняющие операции улучшают качество жизни больных раком молочной железы и могли бы являться альтернативой радикальным мастэктомиям. В то же время, наличие большого числа противопоказаний к проведению подобных операций (инфильтративный характер роста опухоли, наличие регионарных метастазов, мультицентричный характер роста опухоли и центральная ее локализация и др.) ограничивает их использование. В результате проведенного исследования установлено, что из 110 пациенток, больных раком молочной железы, органосохраняющие операции могли быть проведены всего лишь 30 больным, что составляет 27,3 %, остальным же 80 (72,7%) больным были выполнены радикальные мастэктомии.

---

Таким образом, мастэктомия в настоящее время все-таки является неизбежностью для подавляющего большинства больных раком молочной железы. В связи с этим вопросы пластической реконструкции утраченной молочной железы приобретают все большую актуальность. Мы располагаем опытом проведения 14 операций реконструкций контуров груди TRAM-лоскутом на питающей ножке, выполненных одновременно с мастэктомией. Необходимо отметить большой объем и травматичность вышеописанного вмешательства (продолжительность операции мастэктомии с одномоментной реконструкцией TRAM-лоскутом составляет  $3,5 \pm 0,5$  часа) и в связи с этим небольшое количество больных, согласных на подобные операции. В связи с этим представляют интерес и заслуживают дальнейшего изучения и внедрения экспандерные методы реконструкции. Сочетание правильного онкологического подхода к выбору объемов операций на молочной железе с использованием современных достижений восстановительно-реконструктивной хирургии позволит решить проблему оптимальной реабилитации женщин, больных раком молочной железы.

## **ПРЕИМУЩЕСТВО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Медведева А.Б.**

*г. Тольятти, МУЗ Городская клиническая больница № 1.*

Методы и материалы исследования — были исследованы истории болезни 232 женщин с внематочной беременностью в возрасте от 20 до 41 года, подвергшихся оперативному вмешательству (лапароскопическим и лапаротомическим методами). Лапароскопическим путем прооперировано 177 женщин, что составило 76,4%.

Для подтверждения диагноза использовали пункцию брюшной полости через задний свод влагалища, ультразвуковое исследование, диагностическую лапароскопию. Пункция заднего свода проведена в 186 (85%) случаях. Результат пункции оценивался как положительный в 89,1 % случаев, как отрицательный в 10,9 % случаев. Вместе с тем отрицательный результат не исключал нарушенной внематочной беременности.

Ультразвуковое исследование проведено в 48,5 % больных. У 16 % из них не выявлены диагностические признаки внематочной беременности. У всех женщин проведен экспресс-тест на беременность. Во время операции внематочная беременность в правой трубе была у 57,4%, в левой трубе — 42,6%. Наиболее часто беременность локализовалась в ампулярном отделе трубы 71,5%. Крово-

---

потеря составила 500-700 мл. у 53,6% пациенток, в 42,9% случаев кровопотеря не превышала 500 мл. и только в 3,2% случаев величина колебалась от 750 мл. до 2000 мл.

Средняя продолжительность операции при лапаротомии 30 мин. +10 мин., при лапароскопии 20 мин. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,3 + 2,6 дней при лапаротомии и 4 + 2 при лапароскопии.

Во время лапароскопии 177 (76,4%) выполнены следующие операции на маточных трубах: тубэктомия — 46%; туботомия — 39,5%, пальцевое удаление плодного яйца — 12,5%, рассечение маточного угла — 1%, тубэктомия с иссечением маточного угла — 1%, органосохраняющие операции выполнены в 53% (97). Послеоперационный период протекал у всех больных без осложнений. Затраты на медикаменты при лапароскопии минимальны в отличие от лапаротомии.

Послеоперационный период протекал у всех больных без осложнений. Летальных исходов не было.

Случаев повторной внематочной беременности было 24 (в возрасте 29, 32, 34, 36 лет). Из 177 случаев проведенных эндоскопически — 35 (19,8%) случаях наступала беременность в течение года. В 18-ти случаях закончилась срочными родами, в 4-х случаях — беременность прогрессирует, в 13-ти произошел самопроизвольный выкидыш.

В результате проведенного анализа можно сделать следующие выводы.

Лапароскопический доступ позволяет провести безошибочную диагностику при внематочной беременности, уменьшить объем оперативного вмешательства и операционной травмы, тяжесть послеоперационных осложнений, возможность забеременеть еще раз. Сводит до минимума спаечный процесс, сокращает сроки госпитализации и длительность нетрудоспособности. Немаловажную роль играет косметический эффект операции.

## **ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОМАНАМ С СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

**Мельников В. В., Баранович С. Ю., Беребицкий С. Я., Паршин Д. С.**  
*Россия, г. Астрахань, Астраханская государственная медицинская академия*

Изучено 683 истории болезни пациентов — опийных наркоманов, находившихся на лечении в клинике кафедры общей хирургии за 1998-2001 гг.

Были выявлены недостатки в лечебно-диагностической помощи как на дого-

---



---

спитальном этапе, так и в диагностике, обследовании и хирургической тактике. С целью их устранения разработаны стандарты оказания неотложной хирургической помощи наркоманам. Предлагаемые стандарты не противоречат установочным положениям регламентированными МЗ РФ, приказам Департамента здравоохранения Астраханской области.

I. Стандарты лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе.

1. Наличие следов инъекций и признаков воспаления в проекции сосудов конечностей с проявлениями общей реакции организма на хирургическую инфекцию, признаков ее генерализации.

2. При отказе больного, его родственников от госпитализации они должны быть предупреждены о возможных осложнениях и последствиях соответствующей записью в медицинскую карту.

3. О самовольном уходе до определения диагноза в приемном отделении подается экстренное сообщение в поликлинику по месту жительства или станцию скорой медицинской помощи для активного осмотра хирургом на дому.

II. Стандарты диагностики и лечения в хирургическом отделении. Общеклиническое обследование. Обязательно исследование крови на сифилис ВИЧ инфекцию, носительство вируса гепатита В,С. При генерализованной форме хирургической инфекции 3-х кратное исследование крови на стерильность.

III. Стандарты предоперационной подготовки, обезболивания. Объем проведения медикаментозной терапии определять совместно с врачом анестезиологом. Обязательна катетеризация центральных вен у больных с генерализованными формами инфекции. Больным с обширными поражениями мягких тканей с затеками, метастатическими гнойными очагами, поражением сосудов необходимо проведение эндотрахеального наркоза.

IV. Стандарты хирургической тактики. При хирургической обработке гнойных очагов у наркоманов следует учитывать, что они, как правило, локализируются вблизи сосудов. Манипуляции должны носить щадящий характер. При подозрении на аррозию сосуда в состав оперирующей бригады включается сосудистый хирург. Работать необходимо в двойных перчатках, защитой лица хирургическим "забралом".

Дальнейшее лечение должно соответствовать современным принципам ведения больных с гнойной хирургической инфекцией.

---

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ, СОЧЕТАННЫХ С ГЕПАТОРЕГЕНЕРАТОРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

**Меньшиков И. Л.**

*Россия, г. Великий Новгород Новгородский государственный университет, институт медицинского образования, Старорусская центральная районная больница*

Оперировано 89 больных с калькулезным холециститом, из них 77 видеолапароскопическим способом. Всем больным во время операции выполнялась биопсия печени. При гистологическом исследовании биоптата холестатические, дистрофические изменения в паренхиме печени выявлены у 97,7% больных. В послеоперационном периоде вторичные изменения печени приобретают характер самостоятельного заболевания и требуют дополнительного лечения. Большинство таких больных в дальнейшем находится в компетенции терапевтов, и исчезает из зоны внимания хирургов под "маской" постхолецистэктомического синдрома. В настоящее время разработаны и успешно применяются ряд вмешательств достоверно улучшающих регенерацию печени, таких как денервация печеночной артерии, селективная денервация печени, гепатофренопексия, гепатооментофренопексия, краевая резекция печени, электрокоагуляция диафрагмальной поверхности печени, обработка печени низкочастотным лазером. Данные вмешательства разработаны для открытой хирургии, однако некоторые из них могут успешно применяться и в лапароскопической хирургии. У 49 из 77 больных с выраженными макроскопическими изменениями в печени выполнена видеолапароскопическая электрокоагуляция диафрагмальной поверхности печени с гепатофренопексией по методике Г.Н. Андреева. Интра- или послеоперационных осложнений связанных с электрокоагуляцией печени не было. У больных, которым выполнялась электрокоагуляция печени, уже к концу первой недели послеоперационного периода нормализовались уровни трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина, в отличие от больных, которым не проводились гепатогенераторные вмешательства (контрольная группа). Последние выписывались из стационара с уровнем трансаминаз и щелочной фосфатазы выше нормы в 1,5 раза. Отдаленные результаты изучаются.

---

## МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОРАКОПЛАСТИКЕ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО ТИПУ ВОРОНКООБРАЗНОЙ

**Мизиев.И.А, Халилов.А.З., Ашхотов.Э.Р.**

*Кабардино-Балкарская республика, г.Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии*

За период с 1995 по 2002 г.г. в условиях клиники факультетской хирургии РКБ было прооперировано 36 больных с диагнозом ВДГК. Всем им выполнена торакопластика, в результате которой мобилизованный грудино-реберный комплекс вытягивается тракционными нитями и фиксируется к щиту из оргстекла. После снятия швов (на 10-12-е сутки) больные выписываются домой и являются на контрольные осмотры через каждые 2 недели до снятия щита и удаления тракционных нитей. Щит снимается через 1,5-2 месяца после операции. Несомненным преимуществом этого метода является одноэтапность оперативного вмешательства.

Основные недостатки этого метода обусловлены наличием наружных тракционных нитей, что является причиной инфицирования мест прокола кожи, грудины и ребер вследствие сообщения их с окружающей средой. Это, в ряде случаев приводит к нагноению послеоперационной раны, некрозу кожи, нагноению загрудинного пространства, развитию остеомиелита грудины и ребер.

В целях профилактики развития инфекционных осложнений при выполнении торакопластики по поводу порока грудной клетки считаем необходимым строгое соблюдение правил асептики и антисептики в сочетании с, по возможности, наименьшей травматизацией тканей, использование стерильных тракционных нитей, предварительную обработку антисептиками фиксирующего щита. В обязательном порядке ретростернальное пространство дренируется, дренаж подключается к системе активной аспирации, для предотвращения образования загрудинной гематомы, являющейся питательной средой для развития бактерий. На заключительном этапе операции в ретростернальное пространство и послеоперационную рану вводится массивная доза (6-8 г) антибиотика, разведенного в 40 мл 0,25% р-ра новокаина (предпочтение отдается цефалоспоринам 3-го поколения). Антибактериальная терапия (до снятия швов) в сочетании с регулярными перевязками с тщательной обработкой послеоперационной раны и мест выхода тракционных нитей растворами антисептиков способствуют профилактике нагноительных осложнений как в самой ране, так и в мобилизованном грудино-реберном комплексе.

---

# ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ РКБ г.НАЛЬЧИКА

**Мизиев И.А, Халилов А.З., Дыгов В.М., Тутуков А.Б.,  
Ашхотов Э.Р.**

*Кабардино-Балкарская республика, г.Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии*

Абсцесс легкого относится к одному из наиболее тяжелых заболеваний органов дыхания и несмотря на определенные успехи в лечении данной патологии актуальность проблемы не снижается.

Рассматривая данную проблему в условиях клиники факультетской хирургии нами исследованы 65 больных, находившихся на стационарном лечении в торакальном отделении РКБ с 1995 года по 2001 год. Из них мужчин было 58 (89%), а женщин 7 (11%). По возрасту: до 30 лет — 6 больных (9%), от 30 до 50 лет — 32 (49%), старше 50 лет — 27 (42%).

В комплекс консервативной терапии включали: антибактериальную терапию с учетом чувствительности (гентамицин, цефалотин, цефтриабол), озонотерапия (ежедневное введение 200 мл свежеезонированного физиологического раствора).

Из физиопроцедур применялись щелочные ингаляции с ферментами, кварцевание грудной клетки, санационные бронхоскопии с введением антибиотиков по посеву мокроты.

Причинами абсцессов легких могут быть пневмония, микроаспирация бронхов слизью, кровью, рвотными массами и т.д.; гематогенный занос микроорганизмов; лимфогенный путь инфицирования; травматического происхождения.

В 36 случаях консервативная терапия оказалась эффективной.

Оперативное лечение выполнено 29 больным: торакоцентез, дренирование плевральной полости по Бюлау — 12 (42%); лобэктомия — 7 (25%); декорткация легкого — 6 (21%); торакопластика — 3 (10%); трансторакальное дренирование микродренажом — 1 (2%).

У 17 больных отмечались послеоперационные осложнения: у 13 больных — пневмония, в 3 случаях сформировалась остаточная полость, у 1 больного — эмпиема плевры.

Таким образом консервативная терапия показана: 1) больным с острым абсцессом, у которых антибактериальная терапия эффективна; 2) больным у которых размер абсцесса легкого небольшой до 6 см, и полость его может дренироваться через бронх.

---

Оперативному лечению подлежат больные с осложненными формами абсцесса легких: 1) с прорывом гнойника в плевральную полость с развитием пиопневмоторакса и эмпиемы плевры с коллабированием левого; 2) напряженным клапанном пневмотораксом; 3) с легочным кровотечением; 4) гангренозные формы абсцесса, не имеющие тенденции к ограничению; 5) с заблокированными абсцессами, когда гнойник не дренируется через бронх.

## **ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

**Мизуров Н.А., Арсютов Г.П., Григорьев В.Н., Осипов В.Ф.**

*Чувашская республика, г. Чебоксары, Республиканская клиническая больница №1.*

Материалом настоящего сообщения явились результаты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки с применением имплантата "Карбоникус-И" производства ООО "Арго-Мед" (Самара).

Нами выполнено 14 грыжесечений больным с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами больших размеров (до 25-30 см). Сроки грыжесечения составляли от 6 месяцев до 8 лет. Возраст больных от 22 до 70 лет. Ранее больным были выполнены следующие операции: грыжесечения по поводу вентральных грыж-10, лапаротомия по поводу острого деструктивного панкреатита-1, гинекологические операции-3. С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений непосредственно перед операцией вводили суточную дозу антибиотиков цефалоспоринового ряда. После операции инъекции антибиотиков продолжали на протяжении 5-7 суток. Всем больным производилась односторонняя аутопластика брюшной стенки в зоне дефекта. Сетка "Карбоникус" дополняла и укрепляла брюшную стенку. Поверх апоневроза нитью полисорба или викрила подшивался имплантат размером 18 на 9 см — 9 больным, 20 на 10 см — 5 больным. Производился тщательный гемостаз в ходе операции. Операции завершались дренированием раны перчаточными дренажными полосками. При выраженной подкожной жировой клетчатке и большой послеоперационной ране применялось дренирование хлорвиниловыми трубками для вакуумной аспирации. Первая перевязка проводилась не позже 5-6 часов после операции. Удаление дренажей на 4-6 день. Со второго дня назначалась на область раны магнитолазерная терапия. Все операции выполнены внутрибрюшным способом. У всех больных грыжесечение было сопряжено с ликвидацией большого количества спаек и сращений в зоне рубца. В послеоперационном периоде рекомендовали ношение бандажа до 3-6 месяцев и ограничение физических нагрузок до 1 года.

---

У 1 пациента наблюдалось нагноение раны. Сроки пребывания на койке составили от 12 до 18 дней. Все пациенты находились под наблюдением после операции в сроки от 2 мес до 3 лет. Рецидивов грыж не отмечено.

Таким образом, при хирургическом лечении рецидивных и послеоперационных грыж больших размеров применение углеродных имплантатов позволяет достигнуть хороших результатов в послеоперационном периоде.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ**

**Миронов В.И., Шелест П.В.**

*Россия, г. Иркутск, Государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии, клиническая больница № 1*

Инфекционные осложнения при остром аппендиците влияют на течение заболевания, ухудшают прогноз, приводят к увеличению расходов на лечение. Решающую роль для рациональной антибактериальной терапии острого аппендицита играют микробиологические исследования. Результаты микробиологической диагностики являются основой идентификации микробного агента, позволяют своевременно оптимизировать назначение антибиотиков.

В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета у 40 пациентов с острым деструктивным аппендицитом проведен сравнительный анализ микробного спектра на разных этапах лечения этого заболевания. У 29 пациентов диагностирован флегмонозный аппендицит, у 7 — гангренозный аппендицит, у 4 пациентов диагностирован гангренозно-перфоративный аппендицит. В 15 наблюдениях заболевание осложнилось местным серозным или серозно-фибринозным перитонитом, в 3 наблюдениях имел место аппендикулярный абсцесс. Всем больным была выполнена аппендэктомия. В 18 наблюдениях операция закончена дренированием брюшной полости, в остальных — дренирование раны. У всех больных во время оперативного вмешательства и на третьи сутки послеоперационного периода проводились посевы из брюшной полости и из операционной раны.

Результаты указывали на изменении микробного спектра у обследованных пациентов. Во время операции из брюшной полости в 8 наблюдениях высева-ли *E.coli*, в 3 — *St.aureus*, в 4 — *Ps.aeruginosa*, в 25 случаях флоры не обнаружено. В 8 наблюдениях обнаруженная флора была чувствительна к аминогликозидам, в 5 — к фторхинолонам, в 2 — к цефалоспорином. В остальных случаях флора была устойчива к исследуемым антибиотикам.

---

На третьи сутки после операции в посевах из раны у 32 пациентов обнаружена грамположительная флора (стафилококк), в 8 случаях — грамтрицательная флора (протей, кишечная палочка). Наибольшей чувствительностью микроорганизмы обладали к линкосамидам (13 случаев), цефалоспорином (7 случаев) и фторхинолонам (6 случаев), в меньшей степени — к аминогликозидам (2 случая), гликопептидам, тетрациклинам, полимиксином и макролидам (по 1 случаю). В 8 наблюдениях флора была устойчива к исследуемым антибиотикам.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости смены антибиотика при переходе из режима интраоперационной антибиотикопрофилактики в режим послеоперационной антибиотикотерапии инфекционных осложнений у больных с острым деструктивным аппендицитом.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

**Михайлова С.А., Сауткин А.Г., Ибатуллин Р.Д., Маслов В.Г., Богданов А.В.**

*Россия, г. Челябинск, Городская клиническая больница №6*

Обобщив опыт лечения больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны за последние 5 лет (свыше 400 пациентов), мы пришли к выводу, что при раке головки поджелудочной железы и Фатерова соска, осложненных механической желтухой, только у 10% больных, поступающих в стационар, возможно выполнение радикальной операции — панкреатодуоденальной резекции. Причинами отказа от радикальной операции являются не только нерезектабельность опухоли, но во многих случаях и возраст, наличие сопутствующей соматической патологии. Таким образом, для подавляющего большинства больных со злокачественными опухолями поджелудочной железы основной программой лечения является паллиативная операция для ликвидации механической желтухи с последующей лучевой терапией и полихимиотерапией. В связи с этим мы считаем вполне оправданным стремлением к минимизации объема хирургического пособия, снижению его травматичности и сокращению сроков хирургической реабилитации. Всем этим требованиям, на наш взгляд, отвечают операции из мини-доступа с использованием хирургического набора М.И. Прудкова. Существенным недостатком применения данной методики является отсутствие возможности полноценной ревизии органов брюшной полости во время операции, поэтому обязательным условием для ее применения является точная инструментальная и морфологиче-

---

ская диагностика на дооперационном этапе с обязательным использованием всех современных методов, включая компьютерную томографию, пункционную биопсию опухоли и метастазов под ультразвуковым контролем.

Для сравнения нами были взяты 2 группы по 10 пациентов, поступивших в стационар с механической желтухой, вызванной раком головки поджелудочной железы, либо раком БДС. Обе группы пациентов были сравнимы по возрастным критериям (от 60 до 74 лет) и степени распространенности опухолевого процесса (Т3-4N0-1M0-1), не позволяющей выполнить радикальную операцию. Всем больным обеих групп предварительно была произведена эндоскопическая разгрузка механической желтухи (чрескожная чреспеченочная холецистостома под ультразвуковым контролем). После предоперационной подготовки больным первой группы была выполнена паллиативная операция по формированию обходного билиодигестивного анастомоза из традиционного лапаротомного доступа (верхне-срединная лапаротомия), больным второй группы — то же по объему пособие из мини-доступа с использованием набора Прудкова. Наблюдение за больными в послеоперационном периоде показало значительные преимущества операции из мини-доступа. У этих больных не наблюдалось послеоперационных осложнений и летальных исходов (в первой группе — 1 летальный исход и 1 нагноение послеоперационной раны), парез ЖКТ разрешался на 2-е сутки, значительно сократились сроки пребывания в стационаре после операции — больные первой группы выписывались в среднем на 12-14-е сутки, после операций из мини-доступа — в среднем на 7-е сутки.

Таким образом, мы считаем, что для формирования паллиативных билиодигестивных анастомозов при нерезектабельном раке поджелудочной железы и БДС следует отдавать предпочтение операциям из мини-доступа перед традиционной лапаротомией.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОСОВМЕСТИМОЙ ПОЛИМЕРНОЙ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

**Мовергоз С.В., Клочихин А.Л., Белых С.И., Ларичев А.Б.**

*Онкологический центр хирургии "Голова-шея", г. Ярославль; Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники Российской Федерации, г. Москва*

Актуальность проблемы: Проблема борьбы с раневой инфекцией остаётся актуальной в любой хирургической специальности, особенно в хирургии опухолей головы и шеи. Процент первичного заживления ран при ЛОР-онкологиче-



---

ских операциях составляет 40-60 % (Е.И.Трофимов, 1982; А.И.Пачес, 2000).

Цель исследования: улучшение заживления послеоперационных ран при онкологических операциях в области головы и шеи.

Задача исследования: изучить влияние интраоперационного применения антисептика и антибиотика на биосовместимой полимерной основе на заживление послеоперационной раны.

Материал и методы: в нашей работе мы использовали препарат "Амбипор", разработанный во ВНИИИМТ (Москва). "Амбипор" — порошкообразный антимикробный абсорбент предназначен для профилактики нагноений операционных ран. Для иммобилизации антибиотиков использован биосовместимый сополимер N-винилпирролидона с алкилметакрилатами. В препарате "Амбипор Д" в качестве антимикробного вещества использован диоксидин, а в препарате "Амбипор Кл" — клафоран. Абсорбенты "Амбипор" обеспечивают местное антимикробное действие в течение от 4 до 7 суток и рассасываются в организме в течение 14-21 суток после имплантации.

В нашей работе препарат "Амбипор" использован у 57 пациентов при различных операциях по поводу рака области головы и шеи.

Все операции были подразделены на 2 группы: чистые операции (14 больных — 25%) — перевязка наружной сонной артерии — 3, операция Крайля — 5, лимфаденэктомия — 1, гемитиреидэктомия — 2, тиреоидэктомия — 1, паротидэктомия — 2. 2-ая группа — инфицированные операции (43 пациента — 75%): ларингэктомии — 25, резекции верхней челюсти — 15, комбинированные резекции ротоглотки — 3. Чистые раны во всех случаях зажили первичным натяжением. Процент первичного заживления инфицированных ран составил — 88 + 4,8%, (в группе ларингэктомий — 76 + 8%).

Вывод: препарат "Амбипор" является дополнительным фактором улучшения заживления ран в хирургии опухолей головы и шеи.

## **ЭКСТРЕННОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ НИЗКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

**Никитин Н.А., Подгорный Л.Ю., Дроздов А.Г.**

*г. Киров, медицинская академия, Северная городская клиническая больница*

Операции при низкой механической желтухе (НМЖ) сопряжены с высоким риском для жизни больного. Внедрение лапароскопической холецистостомии (ЛХС) позволило использовать ее в неотложной хирургии НМЖ в качестве первого этапа хирургического лечения.

---

Цель исследования: анализ результатов применения усовершенствованной ЛХС по неотложным показаниям у больных с НМЖ.

Материалы и методы. При выполнении ЛХС используем устройство для дренирования гнойных полостей, выпускаемое лабораторией полимерных изделий ННИИТО, представленное пластиковым дренажом диаметром 0,3-0,5 см с лепестковым расширением в дистальной части в виде окончатого пружинящего "фонарика". Через просвет дренажа проведена игла с мандреном. При натяжении дренажа на игле его дистальная часть приобретает форму суживающейся трубки. При удалении иглы с мандреном дистальный отдел дренажа приобретает свою первоначальную форму. Операцию выполняют под местной анестезией. Через одну из точек Калька по белой линии живота в брюшную полость вводят троакар для лапароскопа. После осмотра печени и желчного пузыря (ЖП) на коже в правом подреберье выбирают точку для дренирования ЖП и проводят устройство через брюшную стенку и паренхиму печени в его полость. После установки устройства в полости ЖП мандрен из иглы извлекают. При получении пузырного содержимого извлекают иглу. Дренаж, приобретая свою форму, фиксируется в полости ЖП и obtурирует функциональный канал, исключая вероятность истечения желчи и крови в брюшную полость.

ЛХС по неотложным показаниям выполнена 64 больным в возрасте от 45 до 93 лет. Сопутствующая патология диагностирована в 92% случаев. Причинами НМЖ были: опухоли панкреатодуоденальной зоны (ОПДЗ) — 45 наблюдений; желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — 9; деструктивный панкреатит (ДП) — 10.

Результаты. У больных ОПДЗ ЛХС позволило провести адекватную предоперационную подготовку. В качестве основного оперативного пособия были выполнены: панкреатодуоденальная резекция — 2; папиллэктомиа — 2; обходные желчеотводящие анастомозы — 41. Всем пациентам с блоком дистального отдела холедоха на почве ЖКБ были выполнены холецистэктомия, холедохолиотомия, холедоходуоденальный анастомоз. У 9 из 10 пациентов ДП ЛХС способствовала декомпрессии желчевыводящих путей, что позволило в комплексе с другими лечебными мероприятиями остановить прогрессирование процесса, и добиться выздоровления консервативно. Одному пациенту выполнена абдоминализация железы с выздоровлением. Осложнений и летальных исходов, связанных с ЛХС, не было.

Заключение. Таким образом, ЛХС по неотложным показаниям в хирургии НМЖ может применяться в качестве первого этапа хирургического лечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией, а также в комплексе лечебных мероприятий при лечении больных с ДП.

---

## ЭФФЕКТОРНАЯ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ ГРАНУЛОЦИТАРНОЙ И МОНОНУКЛЕАРНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ

**Овчинников В.И.**

*Россия, г.Барнаул, городская больница №10*

Роль нейтрофилов и макрофагов в локализации и инактивации гнойной инфекции велика и во многом определяет исход заболевания, однако существующие в настоящее время методы коррекции функций этих важнейших систем организма больного в профилактике и лечении хирургической инфекции не всегда достаточно эффективны.

Разработанная нами технология эффекторной иммуномодуляции гранулоцитарной и мононуклеарной фагоцитирующих систем, основанная на принципах гравитационной хирургии, была применена у 134 больных с острыми пиогенными абсцессами печени, гнойным холангитом, осложненными формами деструктивного холецистита, гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры. Дозированный этапный плазмолейкаферез, экстракорпоральная прогнозируемая стимуляция фагоцитов с последующей реинфузией или транспозицией последних в очаг гнойного воспаления, позволяют снизить протеолитический потенциал и гистолитический эффект кондиционированных фагоцитов гемокрикуляции, а транспозиция из периферической крови в очаг гнойного воспаления аутолейкоконцентрата или выделенных на градиенте фекол-верографин моноцитов обеспечивает преодоление микроциркуляторного блока и высокую концентрацию фагоцитов в очаге. Экстракорпоральный способ стимуляции клеток позволяет повысить фагоцитарно-метаболические свойства нейтрофилов и моноцитов вне супрессивных влияний внутренней среды организма больного, не нарушая его адаптивных реакций, а лабораторное прогнозирование эффекта — оптимизировать лечебные схемы.

Результаты многолетнего применения данной технологии при лечении тяжелых форм острых гнойных хирургических инфекций показали ее высокую эффективность, а именно: на 20-25% уменьшилась послеоперационная летальность; число послеоперационных гнойно-септических осложнений снизилось на 40-45%; длительность пребывания больных в стационаре сократилась в среднем на 12 дней.

Таким образом, предлагаемая нами новая технология иммуномодуляции гранулоцитарной и мононуклеарной систем, может успешно применяться в практике лечения острой гнойной хирургической патологии.

---

## ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛИОМ КОЖИ

**Окоемов М.Н., Коноплев В.Б., Кутасова Т.П., Тонэ Н.В.**

*г. Москва, Медицинский центр УД Президента РФ Поликлиника №1*

Злокачественные новообразования кожи занимают ведущее место в структуре онкологической заболеваемости в мире. Базально клеточный рак (базалиома) представляет собой мелкие мясистые припухлости на голове, шее, руках и составляет 90% среди всех злокачественных новообразований кожи. Особенностью является редкое метастазирование, но возможно прорастание опухоли на глубину до костных тканей.

Материал и методы. С 1993 года по настоящее время оперировано 176 больных с базалиомами различной локализации. Мужчин было — 102, женщин — 74. Средний возраст составил  $67 \pm 8,4$  года. Как следует из представленных данных 2/3 пациентов составили лица мужского пола от 70 лет и старше. Дооперационный диагноз в 70% случаев был установлен при диспансерном обследовании у дерматологов и 30% при самостоятельном обращении. Операции выполнялись в дневном стационаре хирургического отделения с использованием на начальном этапе лазерной установки "Скальпель-3" и с 1998 года лазерной установки "Опмилаз-СО2-30" мощностью от 2,5мвт до 30вт с широким спектром технических возможностей (модуляция, пульсар и т.д.). В ходе операции соблюдались все правила защиты персонала и пациентов от лазерного излучения.

Результаты. Подготовка больных к операции традиционная и включала в себя весь комплекс клинично-лабораторных исследований больного перед операцией. Нами выполнены лазерные эксцизии — 14(8%), фотодеструкции с биопсией — 113(64%), эксцизии с фотодеструкцией — 42(24%), фотокоагуляции — 7(4%) Дооперационный диагноз был подтвержден гистологически у 174(98,8%) больных, у 2(1,2%) пациентов полученный материал не подлежал описанию. Послеоперационных осложнений со стороны ран не было. Все пациенты с базалиомами брались на динамическое наблюдение в течении года. Рецидив заболевания был выявлен у 4(7%) пациентов, которые были оперированы повторно с благополучным исходом.

Выводы. Таким образом применение хирургического лазера в амбулаторных условиях для лечения базалиом, является эффективным методом с хорошим косметическим эффектом и минимальным числом рецидивов. Диспансеризация позволяет у 70% провести первичную диагностику злокачественных новообразований кожи

---

## ОСЛОЖНЕНИЯ ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИИ

**Оловянный В.Е., Авалиани В.М., Лихно С.Г.**

*г. Архангельск, СЦБКБ им. Н.А.Семашко*

Видеоретроперитонеоскопия (ВРПС) в хирургии забрюшинного пространства применяется не так широко, как трансабдоминальный эндоскопический доступ. Это объясняется более сложным созданием пневморетроперитонеума, ограниченным рабочим пространством и отсутствием четких анатомических ориентиров в забрюшинной области, а также большим первоначальным опытом лапароскопической хирургии.

Проанализированы осложнения, возникшие при выполнении 138 хирургических вмешательств с использованием ВРПС в январе 1999г. - июле 2002г. Поясничная симпатэктомия произведена 85 пациентам, резекция кистозных образований почек — 45, уретеролитотомия — 6, биопсия почки — 1, санация и дренирование забрюшинного пространства при остром панкреатите — 1. Интраоперационные осложнения возникли у 14 пациентов (10,1%). Во всех случаях пневморетроперитонеум создавался с помощью иглы Вереша, контролируя поступление двуокиси углерода показателями инсуффлятора. Последующее введение первого троакара в забрюшинное пространство затруднений не вызывало. Осложнения произошли на этапе мобилизации объекта операции в 6 случаях (4,3%), в т.ч. повреждение париетальной брюшины — 5 (3,6%). В одном случае была повреждена ветвь почечной артерии, кровоснабжавшая кисту верхнего сегмента почки. В 6 случаях (4,3%) наблюдалась обширная подкожная эмфизема грудной и брюшной стенки на стороне операции, разрешавшаяся самостоятельно в первые послеоперационные часы. При этом отмечено, что данное осложнение встречалось преимущественно у пациентов пониженного питания и длительности операции более 60 минут. Конверсия потребовалась в 4 случаях (2,9%) — при значительном повреждении брюшины у 2 пациентов, при интенсивном кровотечении из стенки кисты почки (1), при затруднениях в мобилизации мочеточника из рубцов (1). К осложнениям так же следует отнести невозможность визуализации солитарной кисты почки в 2 случаях, что снизило диагностическую информативность метода при данной патологии до 95,6%. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко.

На наш взгляд видеоретроперитонеоскопический доступ наряду с минимальной инвазивностью, сопряжен с небольшим процентом осложнений, а эффективность его не уступает традиционной хирургии. Основное преимущество ВРПС перед лапароскопическим доступом мы видим в отсутствии контакта с брюшной полостью, что снижает риск осложнений. Приобретая опыт на сравнительно простых эндохирургических операциях в забрюшинном пространстве, полагаем, что спектр этих вмешательств будет расширяться.

---

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

**Папулов В.Г., Шаляпин В.Г., Остроухов Н.Ф., Огульков О.А.,  
Оськин В.Н., Фадына Л.И.**

*Россия г. Омск, медицинская академия, кафедра общей хирургии, городская клиническая больница №1*

В клинике общей хирургии Омской государственной медицинской академии при остром холецистите принята активная хирургическая тактика. В первые сутки после поступления в стационар оперативному вмешательству подвергается более 90% пациентов. При наличии явлений перитонита этот срок сокращается до 4-6 часов. Консервативное лечение, с целью подавления воспалительного процесса в желчном пузыре, себя не оправдало. Увеличивается время пребывания больных в стационаре, а условия выполнения оперативного вмешательства в последующем ухудшаются вследствие развития инфильтративного процесса в области гепатодуоденальной связки. Около 30% больных, которых выписывают из стационара после консервативного лечения, в течение последующих трех месяцев вновь обращаются за медицинской помощью.

Видеолапароскопическая холецистэктомия в клинике выполняется с января 1998 г. При установлении диагноза острого холецистита проводится необходимый объем обследования и предоперационной подготовки. Тяжелобольные в пред- и послеоперационном периоде находятся в отделении реанимации.

С января 1998 г. по декабрь 2001 г. оперировано в неотложном порядке 486 больных острым холециститом. Среди них женщин было 362, мужчин—124. Возраст пациентов от 17 до 87 лет. Средний возраст 56,4 года. После лапароскопической холецистэктомии умерла одна пациентка от тромбоэмболии легочной артерии. Прибегнуть к конверсии были вынуждены в 8,3% случаев. Считаем, что гангренозный холецистит и местный неотграниченный перитонит не являются противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии. 15,6% больных обратились в неотложном порядке с желчнокаменной болезнью, осложненной коликой. Признаков воспаления желчного пузыря у них не было выявлено. Эти пациенты, после купирования колики, были обследованы и оперированы в течение последующих 2-3 суток.

Таким образом, активная хирургическая тактика при остром холецистите с использованием эндовидеохирургических технологий, позволяет в значительной степени улучшить диагностику холецистита, уменьшить травматичность операции, сокращает среднее время пребывания пациента в стационаре до 4,6 дня.

---

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДИ В МИЛЛИОННОМ ГОРОДЕ

**Перепелицын В.Н., Загидуллин А.С., Цапаев Г.Н.**

*г. Пермь, ГОУ ВПО "Пермская Государственная медицинская академия Минздрава России", кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии. Городская клиническая больница №4.*

При дефиците финансирования здравоохранения особое значение приобретает внедрение новых энергоемких технологий, а создание новой эндоскопической аппаратуры расширяет возможности малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний и травм органов груди. С 1994 по 2001 гг. мы оказали помощь 874 больным с неспецифической эмпиемой плевры, 224 — с неспецифическим плевритом, 289 — со спонтанным пневмотораксом, 65 — с медиастенитами одонто- и аденогенной этиологии, 62 — с постинтубационными и посттрахеостомическими трахеальными осложнениями, 127 — с рубцовыми стриктурами пищевода и пищеводных анастомозов. Малоинвазивную хирургию также применили у 377 больных с проникающими ранениями и закрытой травмой груди, в 85 случаях при свернувшемся гемотораксе, у 58 пациентов с болезнью Рейно, в 59 наблюдениях при образованиях средостения и у 53 пациентов с доброкачественными и злокачественными образованиями легких. Внедрение новой технологии в плановой и ургентной торакальной хирургии позволило снизить летальность при эмпиеме плевры вдвое, а длительность лечения на одну треть, при фрагментированном плеврите избежать торакотомий и эмпием плевры. Видеоторакоабсцессоскопия с использованием ультразвука и лазерного излучения позволило достичь полного и клинического излечения у 66,6% больных с гигантскими острыми гнойными и гангренозными абсцессами легких. Применение малоинвазивных методик местной санации и радикальных вмешательств увеличило число больных с клиническим выздоровлением до 85,4%. Использование оперативной видеоторакооскопии при спонтанном пневмотораксе сократило количество рецидивов в 4 раза, а частоту торакотомий снизило с 19% до 7%. Медиастинотомия, дренирование верхнего средостения в серозной форме воспаления при отсутствии клинико-рентгенологических симптомов медиастинита в сочетании с химиотерапией, с учетом чувствительности возбудителя к антибиотикам, сократило летальность с 52% до 13,8%. Лечение рубцовых стенозов пищевода и пищеводных анастомозов балонной дилатацией в сочетании с ретроградным форсированным бужированием или электрорассечением в отдаленном периоде достигло хороших результатов у 69,4% пациентов. Таким образом, вопросы организации пульмонологической службы и внедрение энергоемких хирургических технологий являются актуальными в условиях дефицита

---

финансирования для научной и практической медицины и могут быть рассмотрены в специализированных лечебно-профилактических учреждениях крупных промышленных центров для внедрения.

## **ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ**

**Петухов В.И.**

*Республика Беларусь, г. Витебск, Витебский государственный медицинский университет, факультет повышения квалификации специалистов, кафедра хирургии.*

Наш опыт основывается на результатах лечения 1100 больных варикозной болезнью нижних конечностей методом флебосклерозирующей терапии (ФСТ).

Количество осложнений в процессе лечения методом флебосклерозирующей терапии при их тотальном учете больше, чем принято считать, и составляет, 22,3%. Подавляющее большинство из них (78%) составляют кровоизлияния и инфильтраты, которые рассасываются в течение 7 - 10 дней.

Мы считаем, что тромбофлебит может и должен считаться осложнением склерозирующей терапии, однако только в том случае, когда он из лекарственного асептического, превращается в постинъекционный банальный.

Истинный тромбофлебит заблокированной вены возникает, по нашим данным у 4,7% пациентов, однако вопрос о флебите как об осложнении при проведении склерозирующей терапии, весьма неоднозначен. Если склерозирующую терапию рассматривать как метод, предполагающий идеальное сращение стенок вены, то следует признать, что ФСТ состоит вообще из одного сплошного осложнения, поскольку добиться полного отсутствия элементов крови в просвете вены в принципе невозможно, поэтому формально, элементы не просто флебита, а именно тромбофлебита, всегда будут присутствовать в вене любого больного.

Неправильно считать осложнением или даже просто недостатком метода случаи, когда формирование асептического тромбофлебита происходит в вене типа "канавка", поскольку такую вену невозможно полностью сдавить в силу неподатливости ее задней стенки. Также возможен тромбоз больших мешотчатых узлов, особенно, если этот узел имеет большие притоки достаточно высокого давления, что часто бывает при наличии узлов в проекции устья малой подкожной вены. Такой узел порой требует двух последовательных инъекций, так как с первого раза не облитерируется полностью, поэтому асептический тромбофлебит такого узла, с нашей точки зрения, это лечебный вариант, а не осложнение или неудача лечения. Полностью облитерированы, причем, путем полного



---

соприкосновения, "слипания" стенок, в идеале должны быть все поверхностно лежащие вены, особенно лежащие на плотном, хорошем основании, в частности на фасции. Если же этого не произошло, то следует считать такое развитие процесса скорее неудачей, чем осложнением.

Лечение истинного тромбофлебита после ФСТ ничем не отличается от лечения банального и состоит в применении полуспиртовых и мазевых компрессов, применении аспирина, сухого тепла, в последующем — физиотерапии, а после его излечения вена остается надежно блокированной.

## **СТИМУЛЯЦИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАНАХ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕН- НЫМИ ПОТОКАМИ И ЖИЗНЕСПОСОБНЫМИ АЛЛО- ДЕРМОТРАНСПЛАНТАТАМИ**

**Писаренко Л.В.**

*г. Москва, Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ*

Для стимуляции ранозаживления у 51 больного в возрасте от 38 до 75 лет с длительно незаживающими ранами в объеме консервативной терапии использовали воздушно-плазменные потоки и кожную пластику жизнеспособными криоконсервированными аллодермотрансплантатами. В течение 3-4 суток лечения, на фоне традиционной общей и местной консервативной терапии, раневые дефекты подвергали дополнительному "обдуву" воздушно-плазменным потоком в режиме NO-терапии. В дальнейшем осуществляли аллодермопластику раневой поверхности с последующими 1-2 минутными сеансами NO-терапии через аллотрансплантат во время очередных перевязок.

Отмечено, что у 85% больных основной группы уже через 3-4 часа после аллопластики значительно уменьшался болевой синдром, не требующий дополнительной местной анальгезии, в то время как назначение анальгетиков из-за выраженной боли, производили в 88 % пациентов контрольной группы. На первой перевязке визуализировали значительное уменьшение интенсивности гиперемии, отека конечности, уменьшение объема раневого отделяемого, а также достоверное уменьшение его рН до  $6,7 \pm 0,3$ . С учетом улучшения общего состояния этих пациентов и выраженного снижения болевого синдрома нам удавалось проводить более раннюю их активизацию, что способствовало профилактике осложнений. В течение первых двух недель аллодермотрансплантаты во всех случаях были плотно фиксированы и прижились на раневой поверхности, сохраняя свою жизнеспособность. Патоморфологические исследования свидетельствовали об выраженной активизации регенеративно-репаративных про-

---

---

цессов в ранах, сопровождающихся постепенным замещением аллогенного эпидермиса собственным эпителиальным покровом. Уже на 10-е сутки после трансплантации была отмечена выраженная пролиферация эпителиальных клеток, утолщение эпидермиса за счет увеличения числа клеток в базальных и супрабазальных слоях. Цитологическая картина раневых отпечатков соответствовала регенераторному типу, что было вдвое быстрее, чем в контрольной группе больных. На 14-е сутки после трансплантации отмечалась выраженная пролиферация собственного эпителия, и даже формирование базальной мембраны.

К концу 4 недели у 45 (77%) больных основной группы наступило полное заживление раневых дефектов, но у 6 (13%) пациентов наступил лизис первичных аллотрансплантатов в ранах, хотя раневые дефекты не превышали 1/3 от исходных размеров. Это потребовало для полного заживления ран повторной, а у 2-х больных 2-кратной аллодермотрансплантации, что увеличило сроки лечения на 5,7 суток. Тем не менее, средняя скорость заживления раневой поверхности в основной группе составила  $3,39 \pm 0,4\%$  в сутки.

У больных же контрольной группы интенсивность эпителизации была заметно менее выражена, а скорость заживления раневой поверхности не превышала  $1,5 \pm 0,2\%$  в сутки. В отличие от больных основной группы, через 4 недели размеры контрольных ран уменьшились менее чем на 40%. У 20% пациентов полной эпителизации так и не наступило и в более поздние сроки, несмотря на выполняемую повторную аутопластику расщепленным кожным лоскутом, который также подвергся лизису.

Таким образом, использование жизнеспособных криоконсервированных аллодермотрансплантатов и воздушно-плазменных потоков в режиме NO-терапии способствует более благоприятному течению репаративных процессов у пациентов с длительно незаживающими ранами и сокращению сроков лечения.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

**Пландовский В.А., Жидков С.А., Пландовский А.В.**

*Беларусь, г. Минск, 432 главный Военный клинический госпиталь, кафедра Военно-полевой хирургии ВМЕДФ в БГМУ*

Выжидательная, консервативная тактика, при лечении спонтанного пневмоторакса, порождает большое количество рецидивов и осложнений, что составляет от 18 до 50%. Это обуславливает широкое применение малоинвазивных оперативных вмешательств, причем диапазон их различен: от ушивания единичных булл и частичной резекции легочной ткани, до операции на костальной плевре.

---

Нами проанализирован опыт лечения 175 больных со спонтанным пневмотораксом. возраст от 16 до 78 лет. мужчин — 168, женщин — 7. правосторонний пневмоторакс наблюдался у 88 пациентов, левосторонний — у 7. у 67 (38%) больных пневмоторакс был рецидивным, причем у 53 по одному рецидиву, у 10 по два, у 2 по 5 рецидивов пневмоторакса. наиболее частой причиной пневмоторакса являлась буллезная эмфизема легких — 137 случаев (78,3%).

Для сравнения эффективности лечения разделили всех больных на три группы.

При оказании помощи первой группе (1976-1980гг.) у 31 больного применялась консервативная тактика. оперировано в этой группе 5 больных, хирургическая активность 16,1%. рецидивы и осложнения в этот период наблюдались у 9 (29%) больных.

Во втором периоде (1981-1991гг.) у 65 больных мы придерживались более активной тактики. 11 (16,9%) пациентам при коллапсе легкого 2-3 степени выполнялась торакоскопия и дренирование плевральной полости, причем у 5 из них — простейшие торакоскопические операции (рассечение сращений). У 15 (23,0%) пациентов проводилось радикальное хирургическое лечение, направленное на ликвидацию причины заболевания, предотвращение рецидивов и плевропульмональных осложнений.

Хирургическая активность возросла до 39,9%. рецидивы и осложнения снизились вдвое. в 3-ем периоде (1992-2001гг.) лечилось 79 больных. после внедрения видеоторакоскопических операций (краевая резекция буллезно измененной легочной ткани в сочетании с аникальной плеврэктомией выполнены у 64 больных), оперативная активность составила 81%, причем органосохраняющие операции выполнены у 62 пациентов (96,8%), а рецидивы и осложнения отмечены у 3,8%.

Таким образом, активизация хирургической тактики с использованием видеоторакоскопии у больных со спонтанным пневмотораксом позволила значительно сократить рецидивы и осложнения.

## **ИМПЛАНТАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ**

**Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р.**

*Россия, г. Уфа, Российский федеральный. центр пластической абдоминальной хирургии на базе клиники Башкирского госмедуниверситета*

Проблема предупреждения гнойно-септических осложнений имеет особое значение в ургентной хирургии, где частота их особенно высока, а результатом является значительное увеличение сроков лечения больных, ухудшение исхо-

---

дов и большие экономические потери. Другим аспектом этой проблемы является наличие и активизация хронической лигатурной инфекции у больных, которым предстоит повторная операция, выполняемая доступом через старые рубцы. Характерным в этих случаях является воспаление вплоть до флегмоны брюшной стенки и перитонита, которое развивается на фоне снижения гуморальных факторов естественной резистентности организма, что позволяет считать ее одним из главных факторов риска при повторных плановых операциях. В последние годы одним из перспективных направлений профилактики данных осложнений считается имплантационный способ, в частности, использование хирургических шовных материалов с пролонгированным антибактериальным действием, так как традиционные пути введения антибиотиков с профилактической и лечебной целью в этих случаях - недостаточно эффективны.

В нашем Центре создан хирургический шовный материал Абактолат® (Патенты РФ №№1473147, 2126694), который получается путем импрегнации традиционных нитей антибиотиками или комбинацией антибиотиков из спиртового раствора и покрытия их оболочкой из биосовместимого биодеструктируемого полимера медицинского назначения. Эта оболочка, придавая нити свойства монофиламентности, при постепенной фрагментации и деструкции клеточными элементами, обеспечивает длительное поступление антибиотика в ткани операционной зоны, чем решается проблема затрудненной транспортировки и создания эффективных местных концентраций антибиотиков, не достижимых при традиционных способах их введения. Установлено, что надежное антибактериальное действие нитей сохраняется до 7-8 дня. Данные свойства позволяют существенно ограничить или вообще отказаться от назначения антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде.

Десятилетний опыт применения нитей Абактолат® в нашем Центре и хирургических лечебных учреждениях Республики Башкортостан при экстренных операциях по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости и повторных вмешательствах в условиях "дремлющей" лигатурной инфекции убедительно показывает снижение уровня гнойно-раневых осложнений в 7-10 раз при отсутствии аллергических реакций на имплантацию.

---

## ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

**Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Дунюшкин С.Е., Ганиев Р.Ф., Шавалеев Р.Р., Пашков С.А.**

*Россия, г.Уфа, Российский федеральный. центр пластической абдоминальной хирургии на базе клиники Башкирского госмедуниверситета*

Несмотря на определенные успехи в лечении спаечной болезни брюшины (СББ), отдельные вопросы хирургии и профилактики на современном этапе развития медицинской науки требуют пересмотра, иного толкования и решения. В частности, достижение улучшения результатов лечения СББ может быть достигнуто с применением эндохирургической техники, использующей разработанные методики в функционирующих на базе клиники Российского федерального центра пластической абдоминальной хирургии и Республиканского центра по лечению и реабилитации больных спаечной болезнью брюшины.

За последнее время в отделении эндоскопической хирургии клиники накоплен определенный опыт диагностики и лечения больных СББ. Нами выполнено 19 операций видеолапароскопического адгезиолизиса. Всем оперированным таким способом больным был проведен комплекс диагностических исследований, не оставляющих сомнений в правильной постановке диагноза и позволяющих выставить показания к миниинвазивному оперативному лечению. При ревизии брюшной полости лапароскопия позволяет более точно установить локализацию, виды спаечных сращения и состояние других органов. Во время рассечения спаек больной подвержен минимальной хирургической агрессии, что является одним из основных требований профилактики развития СББ. Данный фактор позволяет перейти к более ранней активизации больных в раннем послеоперационном периоде. У всех пациентов применялось сохранение остаточного пневмоперитонеума, использование послеоперационного лечебного гидроперитонеума. В трех случаях дополнительно устанавливалась пленочная защита, а в двух — применялась динамическая лапароскопия. В послеоперационном периоде на 5-6 сутки выполнялась контрольная пневмоперитонеография. Рецидива спаечного процесса выявлено не было.

Из этой группы 18 больных выписались на 7-10 сутки с выздоровлением. В одном случае при адгезиолизисе был получен точечный коагуляционный некроз стенки фиксированной к рубцу тонкой кишки, что потребовало последующей лапаротомии и длительного лечения.

Выводы. Применение эндохирургического адгезиолизиса является перспективным методом оперативного лечения спаечной болезни брюшины, позволяющим использовать разработанные в клинике методики, обладающим всеми достоинствами малотравматичных хирургических технологий.

---

## МИНИИНВАЗИВНАЯ ФАМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Новокшенов С.Б., Лихтер Р.А.,  
Пашков С.А., Ганиев Р.Ф..**

*Россия, г.Уфа, клиника госпитальной хирургии Башкирского госмедуниверситета*

В последние годы, несмотря на широкое распространение медикаментозного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), вновь стал возрастать интерес хирургов к ваготомии. Это обусловлено недостаточно стойкой ремиссией и увеличением осложненных форм данного заболевания при длительной терапии Н2-блокаторами. Технические сложности и достаточно высокая травматичность классической ваготомии заставили искать новые пути решения данной проблемы, одним из которых является применение эндохирургической техники.

На сегодняшний день известны методики миниинвазивной радиочастотной ваготомии и фармакологической блокады с использованием этанол-глюкозоновокаиновой смеси. Однако, данные разработки либо требуют применения уникального оборудования в первом случае, либо не обладают пролонгированным действием — во втором.

Учитывая вышесказанное, в нашей клинике разработан способ фармакологической вагодеструкции, суть которого заключается в периневральном введении медицинской клеевой композиции, вызывающей обратимые дегенеративные изменения миелиновых оболочек нервных волокон. Нами проведено экспериментальное изучение результатов применения данной методики на лабораторных животных, когда после выполнения подобного вмешательства было достигнуто стойкое снижение кислотопродукции желудка и увеличение регионарного кровотока в пилородуоденальной зоне без нарушения моторики и мышечного каркаса органа.

В настоящее время этот способ, как приближенный к радикальному, апробирован и внедрен в нашей клинике в сочетании с ушиванием прободной язвы двенадцатиперстной кишки при срединной лапаротомии. Полученный опыт позволил нам перейти к выполнению патогенетически обоснованной, технически несложной и малотравматичной лапароскопической фармакологической вагодеструкции, как альтернативе хирургическим вмешательствам традиционными доступами (ваготомии, резекции желудка) у больных с длительным анамнезом ЯБДК, частыми обострениями, неэффективностью традиционных методов консервативной терапии и угрозой развития осложнений основного заболевания. Выполнены первые подобные эндохирургические вмешательства.

---

Клиническое наблюдение за течением послеоперационного периода и полученные предварительные результаты позволяют надеяться на сокращение сроков лечения и реабилитации больных ЯБДК и улучшение ближайших и отдаленных результатов.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМЕННОГО СКАЛЬПЕЛЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Плешков В.Г., Афанасьев В.Н.,**

*Россия, г. Смоленск, медицинская академия, кафедра общей хирургии.*

В век высоких технологий хирургия стояла бы на месте не имея современной аппаратуры обеспечивающей надежный гемостаз, холестаза при минимальной травматизации тканей и создающей при этом асептический эффект. Практически в каждой операционной сейчас имеется такая аппаратура, начиная от электрокоагулятора, ультразвука и кончая лазерными установками. Однако, ни одна из них не отвечает требованиям хирурга. Стремление к объединению трех процессов физического воздействия на биологические ткани: рассечение, коагуляции и стерилизации привело к созданию аппаратов нового поколения плазменных установок. Высокая температура плазменной струи (более 3000 гр по Цельсию) и мощное ультрафиолетовое излучение, обладающие бактерицидным свойством при незначительном повреждающем эффекте биологических тканей позволили реализовать поставленную задачу.

В хирургическом отделении СОКБ плазменная установка (СУПР. 702610 ПС). и ее модификации, созданные на Смоленском авиазаводе (автор Береснев А.С.) используются с 1988г. За это время накоплен большой опыт применения плазменного скальпеля (ПС) при операциях на желудке, печени, желчевыводящих путях, селезенке, поджелудочной железе, щитовидной железе, при пластике грыж. Имеется первый опыт применения плазменного потока в онкохирургии.

В клинике общей хирургии в 1991 г. была разработана техника операции резекции желудка ПС. При этом, изучено воздействие плазменного потока аргона на стенку желудка. Полученные морфологические данные показали, что в пределах 2-3 мм от края раны сохраняется жизнеспособность тканей. Это обеспечило возможность использовать однорядный шов при резекции желудка. Учитывая благоприятные условия для наложения однорядного шва при использовании ПС, мы предложили новый однорядный серозно-мышечно-подслизистый кишечный шов (авторское свидетельство на изобретение N 1779340). Кроме этого, нами разработаны новые приемы операции, благодаря

---

которым удалось значительно упростить основные моменты резекции желудка, повысить ее надежность, снизить травматичность вмешательства и сократить время операции до 50-90 минут. При визуальной оценке гастродуоденального анастомоза у больных после плазменной резекции желудка воспалительные изменения в зоне анастомоза носили катаральный характер, к 8-10 суткам наблюдалась первичная эпителизация слизистой в области швов, восстановление перистальтики, функциональная подвижность анастомоза. Отдаленные морфологические результаты изучены в сроки свыше 8 лет после операции. При исследовании биоптатов слизистой желудка прилежащей к анастомозу по строению типичная фундальная. Слизистая прилежащая к анастомозу со стороны кишки была представлена типичной слизистой тонкой кишки.

Данная методика резекции желудка применена у 362 больных с осложненными формами язвенной болезни. Показаниями к резекции желудка явились пенетрирующие хронические язвы, рецидив ушитых прободных язв, пилородуоденальный стеноз, язвенное кровотечение. У 351 пациента выполнена резекция желудка по Бильрот — 1 и у 7 пилоросохраняющие резекции. Послеоперационные осложнения мы наблюдали у 5%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 1,1%.

В клинике накоплен достаточный опыт применения ПС у больных во время операций на желчном пузыре и желчновыводящих протоках. Традиционная холецистэктомия с использованием ПС выполнена у 508 пациентов. Данная операция отличается простотой исполнения, особенно при выраженных патологических изменениях в области желчного пузыря и высоким гемо- и холестатическим эффектом при минимальной травматизации паренхимы печени. При этом не требуется ушивание ложа желчного пузыря. В послеоперационном периоде практически отсутствует отделяемое из ложа желчного пузыря, послеоперационные осложнения и летальность уменьшены на половину, среднее пребывание больного в стационаре сокращено на 2 дня.

Применяя современные эндоскопические технологии в хирургии гепатобилиарного тракта нами разработана техника лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Преимущества данной операции заключаются в снижении травматичности, повышении асептичности, обеспечении более надежного гемо- и холестаза, сокращении времени выполнения операции и уменьшении послеоперационных осложнений. Лапароскопическая холецистэктомия плазменным скальпелем (ЛХЭПС) выполнена нами у 109 больных с хроническим калькулезным холециститом. Выделение желчного пузыря и коагуляция его ложа составило 2-3 мин. Дренажирование подпеченочного пространства произведено у первых 10 пациентов, последующие операции заканчивали без дренажа. Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 4,1 койко-дня.

Осложнения связанные с применением ПС наблюдались у 1 больного в виде



---

формирования подпеченочного инфильтрата, который излечен консервативно. Осложнения не связанные с применением ПС возникли у 2 больных.

Одним из направлений в лечении желчнокаменной болезни является малоинвазивная хирургия. Задавшись целью обеспечить хирургу более оптимальные условия оперирования в минилапаротомном пространстве. и в то же время, добиться снижения осложнений на этапе выделения желчного пузыря был применен плазменный скальпель. С этой целью были использованы плазматроны оригинальной конструкции с прямой или развернутой под углом 45° струей гелиевой плазмы (Смоленский Центр плазменных технологий). Эксплуатационные параметры плазматрона позволяют эффективно манипулировать в глубине ограниченной подпеченочной области, с одной стороны, рассекая и коагулируя ткани, с другой, создавая адекватную дополнительную освещенность линии инцизии. В итоге, достигается более надежный гемо- и холестаза с менее выраженным повреждением печеночной ткани в сравнении с диатермокоагуляцией.

Кроме того, свойство плазменного скальпеля разъединять ткани в следствие пиролиза (испарение жидкой части клеток) весьма положительно оценено нами в случаях острого холецистита при воздействии плазменной струи на инфильтрированные, отечные перевезикальные ткани Холецистэктомия из минидоступа с использованием плазменного скальпеля. выполнена 593 больным. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 8 больных. У 3 больных выявлена нижнедолевая правосторонняя пневмония, у 5 имелись изменения со стороны послеоперационной раны в виде инфильтратов и нагноения. Осложнений связанных с истечением крови и желчи из ложа желчного пузыря мы не наблюдали. В послеоперационном периоде умерло 2 больных. Причиной смерти в одном и другом случаях явились осложнения сопутствующих заболеваний.

Накоплен определенный клинический опыт по применению ПС при операциях на печени. При пересечении печёночной ткани лучом частично ионизированного раскалённого инертного газа эффективно останавливается кровотечение из сосудов до 2 мм в диаметре (более крупные сосуды лигировались). За счёт образования плёнки коагуляционного некроза отсутствует желчеистечение.. Учитывая возможность термического поражения печени и недостаточный гемостаз при выделении глубоко расположенных опухолей, мы пользуемся дигитоклазией или ультразвуковой диссекцией с последующей обработкой раневой поверхности расфокусированным лучом плазменного скальпеля в режиме коагуляции. По характеру вмешательств операции распределились следующим образом: обширные резекции печени произведены 5 больным (правосторонняя гемигепатэктомия-2 больных, левосторонняя гемигепатэктомия-3); экономные резекции выполнены у 12 больных (краевые резекции— 6 паци-

---

ентам, атипичные — ещё 6 больным). Из 17 оперированных умерла одна больная после правосторонней гемигепатэктомии в раннем послеоперационном периоде от кровотечения на фоне ДВС-синдрома. У 8 больных ПС применялся при паразитарных кистах печени. Благодаря высокой температуре плазменной струи обеспечивалась более надежная асептичность эхинококкэктомии и коагуляция фиброзной капсулы. Этим самым исключается довольно травматичное и не всегда эффективное хирургическое удаление фиброзной капсулы, делая операцию более надежной и щадящей с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Клиника располагает определенным опытом лечения абсцессов печени плазменным скальпелем, который обеспечивает не только хороший доступ к абсцессу, но и создает оптимальные условия для лечения абсцесса благодаря выраженному асептическому эффекту как за счет мощного ультрафиолетового излучения, так и за счет высокой температуры плазменной струи.

В настоящее время разработаны оригинальные методики операций на ПЖ с использованием ПС:(ПДР, резекция тела и хвоста ПЖ, панкреатоеюностомии, резекция кист ПЖ). В настоящее время отрабатывается методика малоинвазивных вмешательств. Изучение результатов данных операций показало их преимущество перед традиционными вмешательствами: появилась возможность шире применять подобные операции, уменьшен на половину процент интра- и послеоперационных осложнений, значительно улучшены отдаленные результаты.

Использование потока аргоновой плазмы позволило расширить показания к цистэктомии, а так же ускорить и модифицировать технику этой операции. В результате проведенных экспериментальных и клинических исследований, отмечена минимальная зона повреждения паренхимы ПЖ, надежный гемостаз и малый риск возможных осложнений

Более чем 10 летний опыт применения ПС в хирургии показал, что его применение на всех этапах хирургических вмешательств на органах грудной, брюшной полостей, мягких тканей снижает кровопотерю, улучшает гемостаз, повышает асептичность вмешательств.

Использование ПС решает проблему остановки кровотечения и желчеистечения из ложа желчного пузыря при всех видах холецистэктомии. Экономическая эффективность данной технологии чрезвычайно высока и по подсчетам составляет от 2 до 10 тысяч у.е. на одну установку в год.

Не все возможности ПС еще нашли свое применение в практической хирургии, но уже сегодня плазменные потоки гелия нашли свое применение в стоматологии, гинекологии, урологии, детской хирургии.

Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют о том, что ПС является технологией начала третьего тысячелетия в хирургии

---

---

## ГНОЙНЫЕ МЕДИАСТИНИТЫ: ДИАГНОСТИКА, ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Полуэктов В.Л., Чертищев О. А., Зятьков И. Н.,  
Преображенский С.И., Черепанов И.Ю.**

*Россия, г. Омск, медицинская академия, кафедра хирургических болезней с курсом урологии, зав. проф. Полуэктов В.Л., Областная клиническая больница.*

Как показал опыт работы последних 6 лет (с начала углубленного изучения этой проблемы в торакальном отделении ОКБ), медиастиниты не редкое заболевание. Нам удалось лечить и проанализировать результаты у 56 пациентов с медиастинитами.

Рост числа пациентов с медиастинитами вызван улучшением диагностики, увеличением запущенной гнойной патологии соседних со средостением областей; увеличением количества операций на органах средостения; улучшением оказания помощи пациентам с тяжелыми ранениями и повреждениями органов шеи и средостения, позволяющее пережить этим пациентам первые сутки (что согласуется с литературными данными).

В исходе болезни немаловажное значение имеет ранняя, прижизненная диагностика наличия гнойного процесса в средостении с четкой локализацией гнойника. Разработка и внедрение нами в рамках торакального отделения ОКБ алгоритма диагностики и карты осмотра и наблюдения пациентов медиастинитов позволило ускорить постановку правильного диагноза, в том числе и топического, разработать адекватный план обследования и лечения пациентов с данной патологией.

С 2000 года всем пациентам с медиастинитами мы определяем тяжесть состояния по шкале SAPS и SOFA. Большая часть пациентов с медиастинитами имеет тяжелую сопутствующую патологию, что ухудшает прогноз для жизни. У 89% имелась полиорганная недостаточность. С 1996 года летальность составила 18%, с явлениями некупированного медиастинита наступил летальный исход только у 9% пациентов, 9% умерли при купированном гнойном процессе в средостении от тяжелой сопутствующей патологии. Летальные исходы наступали у пациентов с тотальными медиастинитами в 70% случаев, при этом оценка по шкале SAPS была более 26 баллов. Следует отметить, что все пациенты этой группы поступали в сроки более 3 суток с момента появления клиники гнойного медиастинита. При ограниченных гнойных процессах в средостении, вовлечение в процесс одного отдела средостения, тяжестью состояния по шкале SAPS от 1 до 16 баллов летальных исходов мы не наблюдали.

С целью выключения пищевода из акта питания, исключения гастро-эзофагального рефлюкса у пациентов с повреждения пищевода мы накладываем гас-

---

тростому и проводим через нее более тонкий зонд в тонкую кишку — для питания пациентов, при этом гастростома служит для эвакуации желудочного содержимого. Операцию Ниссена в данной ситуации мы не применяем.

Таким образом, результаты лечения пациентов с гнойными медиастинитами зависят от своевременной диагностики, раннего и достаточного по объему дренирования средостения, проведения рациональной интенсивной терапии.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ И ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ПЕРИТОНИТА**

**Полянский И.Ю., Гринчук Ф.В., Андриец В.В., Максимюк В.В.,  
Бродовский С.П.**

*Украина, г. Черновцы, Буковинская государственная медицинская академия*

Опыт лечения 340 больных с распространенными формами перитонита свидетельствует, что достижение положительного эффекта возможно только при сочетании адекватного оперативного вмешательства и комплексного патогенетически обоснованного консервативного лечения. Устранение причины перитонита и эффективная санация брюшинной полости должна быть подкреплена адекватной антибактериальной терапией. Последняя должна базироваться на учете не только вида и количества микроорганизмов, но и их динамических изменений. Выявлено, что каждые 6-12 часов происходят существенные изменения в составе ассоциаций микроорганизмов с тенденцией достижения этиологически значимых концентраций анаэробами и высоковирулентными штаммами аэробов. Важное значение имеет учет путей распространения микроорганизмов из зоны первичного поражения. Выявлены отличия в путях распространения микроорганизмов и токсинов в разные фазы развития перитонита. Вначале (до 8-12 час), ведущим путем их распространения из париетальной брюшины являются венозные притоки нижней полой вены и париетальное звено лимфатической системы брюшной полости. Позже ведущим источником бактериемии и токсемии является паретически измененный кишечник, а преимущественным путем их распространения - висцеральное звено лимфатической системы и притоки воротной вены. Прорыв печеночного барьера приводит к генерализации бактериемии и токсемии. В связи с этим, программа антибактериальной и детоксикационной терапии должна строиться с учетом ведущих источников и путей распространения микробов и токсинов. Нами разработан комплекс, который включает введение антимикробных препаратов, выбранных

---

с учетом меняющейся этиологической концентрации разных микроорганизмов внутривенно, эндопортально, насыщение ими париетального и висцерального звена лимфатической системы по оригинальным методикам. Проводим детоксикацию не только крови периферической вены и портальной системы, но и лимфы. Для предупреждения всасывания микроорганизмов и токсинов из брюшинной полости используем программированные повторные ее раскрытия и санации, а также разработанную методику местной пролонгированной сорбции. Включение этих мероприятий в комплексное патогенетически обоснованное лечение позволило снизить летальность при распространенных формах перитонита с 38,8 % до 6,7 %.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Попов О.С., Ширяев А.А.**

*Республика Башкортостан, г.Стерлитамак, городская клиническая больница "Каучук".*

Несомненным достижением на современном этапе развития хирургии является разработка и внедрение в широкую клиническую практику минилапаротомного доступа с использованием соответствующего хирургического инструментария. Данная методика наиболее широко применяется при лечении желчекаменной болезни. Основой этого направления послужило появление высокоэффективных диагностических методик, позволяющих планировать объем предстоящего оперативного лечения и решать многие тактические вопросы еще до операции.

Методика минилапаротомного доступа при лечении желчекаменной болезни в нашей клинике применяется с 1997 года. За этот период нами прооперировано 247 больных в возрасте от 15 до 83 лет, из них 35 больных с острым холециститом, 212 с хроническим. Количество больных старше 60 лет составило 29,4%.

Выполнены следующие операции: холецистэктомия — 221, холедохолитотомия с дренированием холедоха по Вишневскому — 26.

В 3-х случаях минилапаротомный доступ был переведен в широкую трансректальную лапаротомию из-за выраженности спаечного и воспалительного процессов в подпеченочном пространстве.

Ошибки и осложнения, возникающие при операциях на желчевыводящих путях,

---

являются наиболее сложной проблемой хирургии. Важность данной проблемы обусловлена тем, что именно эти факторы дают неудовлетворительные результаты оперативного лечения. Нами отмечались следующие осложнения: несостоятельность культи желчного пузыря—1; несостоятельность ушитого холедоха с последующим развитием желчного перитонита—1; повреждение холедоха—1; кровотечение из ложа желчного пузыря—2. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты изучены у 200 пациентов. Хорошие результаты отмечены у 197 (98,5%) больных, удовлетворительный результат у 3 (1,5%) больных. Средние сроки стационарного лечения данных больных составили 5,6 дня.

Таким образом, применение минилапаротомного доступа при лечении больных желчекаменной болезнью позволяет в ранние сроки активизировать больных, что ведет к уменьшению послеоперационных осложнений (до 3,1 раза по сравнению с широкой лапаротомией), значительно (в 1,8 раза) сокращает сроки пребывания больных в стационаре и является "методом выбора" в хирургии желчевыводящих путей.

## УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СИНДАКТИЛИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

**Попов О.С., Сорокина В.О., Метелева Л.А., Попова О.В.,  
Рачилин А.Г.**

*Республика Башкортостан, г.Стерлитамак, городская клиническая больница  
"Каучук"*

По частоте и по тяжести ожоги кисти занимают ведущее место среди ожогов других локализаций, наблюдаясь у 10-15% обожженных. Межпальцевые контрактуры (синдактилии) являются по данным разных авторов (Н. Е. Повстаной, В. М. Гришкевич) самой частой послеожоговой деформацией кисти. Они образуются за счет рубцового "паруса", нависающего с ладонной, с тыльной или с обеих сторон одновременно.

До недавнего времени самой распространенной операцией для устранения разных форм послеожоговых синдактилий являлась Z пластика. Но этот способ при данной патологии не является обоснованным ни анатомически, ни функционально.

В ожоговом отделении МУ ГКБ "Каучук" г. Стерлитамака за последние 17 лет оперировано 78 больных с послеожоговыми рубцовыми синдактилиями. Количество синдактилии составило 294.

Наиболее часто встречающуюся — тыльную форму — в ожоговом отделении

---

устраняли современным способом — пластикой межпальцевой комиссуры ладонным трапециевидным кожно-жировым лоскутом.

Делали надрез по гребню рубца. Затем рубцовый тыльный листок рассекали до уровня головок пястных костей, создавая гиперкоррекцию. А из сохранившегося ладонного листка выкраивали трапециевидный лоскут, которым формировали межпальцевое пространство. Образовавшиеся при этом раны на боковых поверхностях проксимальных фаланг закрывали или местными тканями при контрактуре I степени, или расщепленной кожей.

При ладонной форме — синдактилия устраняется трапециевидным лоскутом, выкроенным с тыльной стороны, а вторичные дефекты закрывали всегда расщепленной кожей, так как при ладонных синдактилиях практически невозможно выполнять пластику только местными тканями.

При тотальных формах синдактилии, если дно межпальцевого промежутка мало поражено, формировали комиссуру четырехугольным кожным островком.

При полном заращении межпальцевого промежутка пластику выполняли рубцовым ладонным лоскутом по типу пластики при тыльной форме синдактилии.

Ближайшие осложнения наблюдались в виде краевых некрозов лоскутов и лизиса трансплантатов (у 7 больных). Отдаленные результаты изучены у 90% оперированных больных. Рецидивы синдактилии не наблюдались. В 6 случаях наблюдали частичное приведение I пальца.

Таким образом, используемый в отделении способ устранения послеожоговых рубцовых контрактур с использованием для пластики трапециевидного лоскута из неповрежденного листка складки, позволил добиться хороших и удовлетворительных результатов и решить проблему физической и социальной реабилитации обожженных.

Полученные данные позволяют широко рекомендовать эти способы для применения в клинической практике в специализированных ожоговых отделениях.

## **РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ РАЗВИТОЙ НЕФТЕХИМИИ**

**Попов О.С., Басманов В.А., Кочанова В.А., Сорокина В.О.,  
Попова О.В.**

*Республика Башкортостан, г.Стерлитамак, „городская клиническая больница  
"Каучук".*

В структуре заболеваемости злокачественными образованиями женского населения рак молочной железы занимает первое место, а частота его неуклонно

---

растет, в том числе в более старших возрастных группах. В последние годы рак молочной железы заметно "помолодел". Отмечены случаи выявления рака у пациенток моложе 18 лет.

Тенденция роста данной патологии наблюдается и в г. Стерлитамаке, с его 270 тысячным населением. Значительная часть женского населения города работает на пяти крупных предприятиях химии и нефтехимии, которые являются градообразующими.

В 1991 году заболеваемость рака молочной железы составила 224,8 на 100 тысяч населения, а по итогам 2001 года она составила 273,1 на 100 тысяч населения. В 1991 году в ГКБ "Каучук" была пролечена 201 женщина со злокачественными новообразованиями молочной железы. Через 10 лет — в 2001 году этот показатель составил уже 375 человек.

Таблица 1

годы/возраст	17-19 лет	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше
1991	-	-	21	43	85	52
2001	1	1	42	75	107	149

По данным приведенной таблицы видно, что наибольшее количество женщин, страдающих раком молочной железы в возрастных группах, старше 40 лет (89,5%).

Из числа лечившихся женщин в 1991 году 64 были оперированы по поводу первично-выявленного рака молочной железы. Стандартная операция радикальная мастэктомия по Холстедту-Майеру была выполнена 42 пациенткам, функционально-щадящая радикальная мастэктомия по Пейти-2.

В 2001 году количество операций составило 81. Радикальная мастэктомия по Холстедту выполнена в двух случаях; радикальная мастэктомия по Пейти, Маддену-41; радикальная резекция молочной железы, как вариант органосохраняющих операций-4.

Таким образом, приведенные данные указывают на стойкую тенденцию роста рака молочной железы у женского населения с сохранением увеличения частоты случаев в более старших возрастных группах, и с появлением пациенток подросткового возраста.



---

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КРУПНЫХ СУСТАВОВ

**Попова О. В., Сорокина В. О., Метелева Л. А., Попов О. С.,  
Рачилин А. Г.**

*Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, городская клиническая больница  
"Каучук"*

Послеожоговые рубцовые контрактуры крупных суставов возникают как при спонтанном заживлении глубоких ожогов, так и в результате ретракции трансплантатов. А нарушение функции крупных суставов могут быть как рубцами в области сустава, так и за счет рубцевания мягких, прилежащих к ним тканей.

К тугоподвижности или полному анкилозу суставов приводит длительная неподвижность сустава, воспалительный процесс в ранах, располагающихся в зоне суставов и развитие вторичных атрофических и рубцовых изменений в мышцах, сухожилиях, связках и суставных капсулах. При ожогах IV степени контрактура связана с первичным поражением этих анатомических структур.

Анкилоз суставов может быть и внесуставной за счет образования костных перемычек между сочленяющимися суставами костями. Эти перемычки возникают из-за нарушения минерального обмена, трофических расстройств, кровоизлияний и некроза тканей с образованием параартикулярных оссификатов.

У 25% больных с контрактурами наблюдаются подвывихи и вывихи за счет ретракции кожи, сухожилий и связок. Контрактуры нередко бывают множественными, чаще сложных суставов одной конечности.

В ожоговом отделении за последние 10 лет проведено более 100 реконструктивных операций на крупных суставах взрослым и детям. Из них на плечевых — 19, на локтевых — 28, на лучезапястных — 18, на тазобедренных — 6, на коленных — 25, на голеностопных — 12.

При пластике крупных суставов мы отдаем предпочтение трапециевидным лоскутам, выкроенным из неповрежденного листка складки. Пластика этими лоскутами анатомически обоснованна, так как форма раны, образовавшаяся после рассечения рубцов приобретает трапециевидную форму.

В дальнейшем лоскуты растут, имея хорошую иннервацию и кровоснабжение.

При использовании для пластики крупных суставов трапециевидных лоскутов удается:

- избежать рецидива в 100% случаев;
- не применять сложных конструкций для отведения конечностей в послеоперационном периоде;
- трансплантаты, находящиеся по сторонам от лоскута завязываем на растягивающихся швах.

---

Ближайшие осложнения наблюдали в виде гибели трансплантата над гематомой (4 случая), лизиса его из-за инфицирования (3 случая), краевые некрозы лоскутов (5 случаев).

Отдаленные результаты изучены у 80% оперированных больных. Полного рецидива контрактур не было ни в одном случае. Частичный рецидив наблюдался у 4 пациентов и связан с лизисом трансплантата. Таким образом, пластика трапециевидным лоскутом при устранении послеожоговых контрактур крупных суставов является для нас операцией выбора.

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ОГВЗПМ)**

**Пулатова Ю.У., Каримов З.Д., Азимова Ф.М., Касымова Д.М., Буралиева С.М.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз*

Цель исследования: Разработка эффективного, экономичного способа лечения ОГВЗПМ.

Методы: По разработанной методике в полость малого таза через задний свод влагалища устанавливался пластиковый микрокатетер диаметром 2,0 мм., изготовленный из термопластичного полимера, дистальному концу которого предварительно придавалась форма "pig tail" для надежной фиксации катетера в полости малого таза, а проксимальный закрывался специальной пробкой. Исследованно две группы женщин детородного возраста. В первую группу (22 женщины) вошли пациентки получавшие всю антибактериальную терапию непосредственно в полость малого таза через установленный катетер. Во вторую группу (20 женщин) вошли получавшие традиционную парентеральную антибактериальную терапию. В состав обеих групп не входили больные с объемными гнойными образованиями придатков матки. В обеих группах использовались препараты с учетом результатов антибиотикограммы и данных анализа полимеразной цепной реакции (ПЦР) на хламидийную, герпетическую и гонококковую инфекцию.

Результаты: Длительность проводимой терапии до полного клинического излечения в

I-й группе колебалась от 4 до 5 дней, во II-й — от 5 до 7 дней. Результаты диспансерного наблюдения в течение 6 месяцев после выписки показали возник-

---

новение рецидива заболевания у 6 пациенток II-й группы, отсутствие рецидива заболевания в I-й группе. Материальные затраты на весь курс лечения во II-й группе были в 5-7 раз выше чем в I-й.

Обсуждение: В обозримой литературе мы не встречали методик непрерывного длительного введения антибактериальных препаратов в полость малого таза при ОГВЗПМ. Предлагаемый метод имеет преимущества перед многократным пунктированием заднего свода влагалища за счет меньшей травматичности и отсутствия осложнений.

Выводы: ДМАТМТ является экономичным, превышающим по своей эффективности (по сравнению с традиционным) способом лечения ОГВЗПМ.

## **К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН**

**Пулатова Ю.У., Каримов З.Д., Азимова Ф.М., Касымова Д.М., Юлдашев М.А.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз*

Цель: Изучить этиологическую структуру и эффективность традиционной диагностики гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ).

Методы: Традиционное бактериологическое исследование и анализ полимеразной цепной реакции (ПЦР) на хламидийную, гонококковую и герпетическую инфекции. Обследовано 44 женщины с острым сальпингоофоритом, осложненным пельвиоперитонитом. Материал для исследования: соскоб из уретры, цервикального канала, влагалища и гной из дугласова кармана.

Результаты: В изучаемых средах выделены *Staphylokokkus aureus* (18,2%), *Staphylokokkus epidermidis* (18,2%), *Candida* (4,5%), *Trichomonas vaginalis* (4,5%), *Streptokokkus pyogenes* (18,2%), *Escherichia coli* (13,6%), *Neisseria honorrhoae* (22,7%), *Proteus mirabilis* (4,5%), *Streptokokkus viridans* (4,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (4,5%), *Streptokokkus faecalis* (4,5%) (приведены показатели высеваемости из дугласова кармана). Отмечался парадоксальный градиент частоты высеваемости (ПГЧВ): уретра — 27,3%, влагалище — 45,5%, цервикальный канал — 63,6%, дугласов карман — 81,8%. Ассоциации микроорганизмов, соответственно 4,5%, 18,2%, 18,2%, 36,4%. Результаты ПЦР: полное совпадение показателей частоты высеваемости в изучаемых средах — *Neisseria honorrhoae* (NH)— 45,5%, *Chlamidia trachomatis* (CT)—18,2%, *Herpes Simplex Virus* (HS) I—II-18,2%.

---

Ассоциации последних трех возбудителей с гнойной инфекцией в содержимом дугласова кармана отмечено в 25,0%, а между собой в 4,5%. Анализ ПЦР в два раза информативнее классического бактериологического метода.

Обсуждение: ПГЧВ, возрастающая частота ассоциаций микроорганизмов в изучаемых средах — также снизу вверх и показатели NH, CT, HS могут свидетельствовать о первичности или авангардной деструктивной роли данных трех возбудителей в патогенезе заболевания. Вероятно, клиническая манифестация заболевания совпадает с возрастающей концентрацией и активацией гнойной инфекции в верхних этажах полового тракта женщин.

Выводы: Ведущее место в этиологии ГВЗПМ занимают трансмиссивные урогенитальные инфекции — NH, CT, HS. Метод ПЦР в два раза информативнее бактериологического способа диагностики.

## **ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

**Путинцев А.М.**

*Кемеровская государственная медицинская академия  
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области*

Общеизвестны возрастающие требования к качеству подготовки врачей хирургического профиля. Однако в последние годы всё больше складывается ситуация не позволяющая адекватно влиять на этот процесс. Негативным явилась ликвидация хирургической субординатуры, а также введение в интернатуре циклов, отвлекающих от основной работы (инфекционные болезни, туберкулез и т.д.). Вместе с тем не введены те дисциплины, в которых, прежде всего, нуждаются начинающие хирурги. Кроме этого, интерны хирургического направления, по сравнению с терапевтами, находятся в неравных условиях, так как помимо теоретических знаний, им необходимо овладеть значительным объемом практических навыков. Для этого необходимо более длительное нахождение интерна на лечебной базе.

Имея опыт подготовки врачей-интернов, мы считаем необходимым развить решение данной проблемы по следующим направлениям:

1. Через систему образования — восстановить субординатуру на 6 курсе с введением 30-дневного цикла по оперативной хирургии с топографической анатомией и отработкой практических навыков на трупном материале и животных. Учебная программа на этом цикле должна разрабатываться совмест-

---

но с клиницистами. Необходимо к обучению, помимо традиционных методов, добавить обучающие видеофильмы, мультимедиа, тесты, в связи с чем разработать соответствующую программу.

2. Через систему управления (Департамент, министерство) — обучение врачей хирургического профиля должно реализовываться в большей степени через ординатуру, по единому плану с использованием лучших баз. Каждому учебному циклу должен соответствовать определенный объем практических навыков. Лечебная база должна гарантировать данный объем практических навыков или снята как база подготовки интернов.

3. Координацию, контроль, как текущий, так и на заключительном этапе должен проводиться коллегиально деканатом последиplomного обучения и представителем Департамента — главным хирургом региона. Ответственность за организацию и реализацию подготовки несут ректор ВУЗа и руководитель здравоохранения региона.

## **НОВЫЙ СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Рамазанов М.Е.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова*

Резекция поджелудочной железы как способ хирургического лечения воспалительных, опухолевых и травматических заболеваний этого органа является одной из сложных и недостаточно разработанных методов операционных вмешательств. Более широкому применению данной операции препятствует как техническая сложность радикального оперативного вмешательства, так и высокая травматичность операции, а также большой процент послеоперационных осложнений в виде образования послеоперационных свищей поджелудочной железы, несостоятельности поджелудочно-кишечных соустьев с развитием в последующем моторно-эвакуаторных расстройств и связанных с ними расстройств углеводного обмена.

Нами разработан и внедрен в клинику способ парциальной резекции тела поджелудочной железы с формированием биторминального панкреато-еюноанастомоза на выключенной по способу Брауна изолированной петле тонкой кишки. Способ применим в случаях поперечного или косо-поперечного травматического повреждения головки и тела поджелудочной железы с полным или неполным повреждением главного панкреатического протока, а также при полном "Т"-образном панкреатическом свище, который исходит из головки или тела поджелудочной железы.

---

Способ заключается в удалении тела с оставлением головки и дистального отдела железы, выполняют два панкреатодигестивных анастомоза путем вшивания проксимального и дистального концов железы в отключенную по способу Брауна петлю тощей кишки с последующим выполнением заглушки по Шалимову на приводящую часть отключенной петли тощей кишки, а также дренированием главного выводного протока оставшихся частей поджелудочной железы двумя дренажными трубками. Предлагаемым способом оперировано 9 больных. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. В отдаленном периоде у всех больных рецидивов фистулообразования и осложнений, связанных с операционным вмешательством не наблюдалось. У одного из них, через 1 год развилась спаечная кишечная непроходимость, которая потребовала повторного оперативного вмешательства.

Результатом проведения данного способа операции является сохранение физиологически управляемой и функционально регулируемой экскреторной функции поджелудочной железы. Мы считаем, что дифференцированный подход к методам хирургического лечения травматических повреждений поджелудочной железы и панкреатических свищей с учётом анатомической локализации и формы поражения, позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов. Полученные положительные результаты лечения по нашей методике позволяют предложить данный способ резекции поджелудочной железы к практическому применению в хирургической панкреатологии.

## **КРЕАТИНФОСФОКИНАЗА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВТОРИЧНОГО НЕКРОЗА ОЖГОВЫХ РАН**

**Рахманина Л.В., Кантюков С.А., Цытович А.Л., Саломатин В.В.**

*Россия, г. Челябинск, государственная медицинская академия.*

Развитие вторичного некроза ожоговых ран (ВНОР) связано с микроциркуляторными нарушениями в тканях непосредственно прилегающих к зоне первичного коагуляционного некроза. Сложности клинической оценки ВНОР сильно затрудняют определение тяжести ожоговой травмы и эффективность проводимой терапии в раннем периоде болезни. Для решения указанной проблемы нами было предпринято динамическое исследование сывороточной активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), креатинфосфокиназы (КФК), гаммаглутамилтранспептидазы, лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы и амилазы в эксперимен-

---

те на 180 белых беспородных крысах, подвергнутых дозированным по площади и силе инфракрасного облучения ожогам. При этом опытные группы животных на фоне стандартной водно-солевой терапии получали в/б инъекции альфа-1-кислого гликопротеина (КГП) в суммарной дозе 15 мг/100 г в первые сутки после травмы. В течение двухнедельного наблюдения было обнаружено, что все исследуемые ферменты реагировали на ожог повышением своей сывороточной активности с максимум изменений в конце 1-х, а для ЛДГ 3-х суток после травмы и положительной корреляцией с силой термического воздействия. Наибольшими эти изменения были для АСТ, АЛТ и КФК при развитии ожогов 3Б степени на площади 12-13% поверхности тела (соответственно 203, 207 и 222% от уровня контроля). Применение КГП приводило к достоверному снижению активности АЛТ на 26%, АСТ на 30% и КФК на 36%. Макроскопическое и гистологическое исследование ран через 3-е суток после травмы показало уменьшение ВНОР как по площади, так и глубине его распространения. Различия в открытой площади ожоговой поверхности между опытной и контрольной группами животных составляли 15,5±3,1%. В изучении этого феномена нами было обнаружено также, что КГП в концентрации 1 мг/мл более чем в 2 раза увеличивает пассаж взвеси "ожоговых" эритроцитов при их микрофильтрации через полупроницаемые мембраны с диаметром пор 3±1 мкм, а также достоверно увеличивает латентное время и уменьшает степень максимальной АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов в концентрации 3-5 мг/мл. Ранее положительное воздействие КГП на местный раневой процесс и параметры периферической циркуляции было обнаружено в ходе клинических испытаний его лекарственной формы в Челябинском ожоговом центре. Указанные факты позволяют предположить, что наиболее активная из всех исследованных ферментов реакция КФК на ожоговую травму и лечебное воздействие КГП связана с выходом ее ММ-изоформы из мышечной ткани, вовлеченной в воспалительный процесс в местах глубокого ожогового повреждения. Поэтому степень и длительность повышения сывороточной активности этого фермента может отражать течение ВНОР и использоваться в прогнозе тяжести ожоговой травмы и оценке эффективности терапии в раннем периоде болезни. Правомерность этого заключения нуждается в клиническом подтверждении.

---

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК КАК ПРИЧИНА ОШИБОК ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Рахманов Б.Ж., Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Рустамов Х.Ш.**  
*Республика Узбекистан. Андижанский Государственный медицинский институт.*

Операции на желчных путях всегда сопряжены с опасностью возникновения различных интра- и послеоперационных осложнений. Реальную опасность для их возникновения представляет дополнительный желчный проток. Ситуация осложняется еще и тем, что данное обстоятельство трудно диагностируется во время операции и тем более не всегда определяется на этапе дооперационного обследования.

Представляя реальную опасность для возникновения желчеистечения в послеоперационном периоде как при "открытой", так и лапароскопической холецистэктомии, данная аномалия особенно актуальна в эндоскопической хирургии на этапе освоения новой методики.

Приводим наблюдение: больная М. 39 лет, и/б № 18946/830, поступила с диагнозом - хронический калькулезный холецистит. После соответствующей подготовки, в плановом порядке произведена лапароскопическая холецистэктомия. На операции: при выделении желчного пузыря из ложа, на уровне средней трети его тела пересечен трубчатый тяж, который не удалось идентифицировать. После завершения выделения желчного пузыря, обнаружить данную структуру не удалось. Ложе желчного пузыря тщательно коагулировано на протяжении. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства.

На следующие сутки по дренажу начала выделяться желчь в объеме до 60 мл. С подозрением на несостоятельность культи пузырного протока больная оперирована открытым доступом. На операции обнаружено скопление небольшого количества желчи в подпеченочном пространстве и в правом боковом канале. Несостоятельность культи пузырного протока не обнаружено. Ложе желчного пузыря выстлано фибриновыми наложениями, в её средней трети, по центру отмечалось желчеистечение в небольшом количестве, вследствие чего ложе желчного пузыря прошито на протяжении. Операция завершена тампонадой и дренированием подпеченочного пространства. Тяжелое послеоперационное течение. Имело место нагноение послеоперационной раны, по дренажу отмечалось желчеистечение. В послеоперационном периоде произведена фистулография: обнаружено заполнение контрастом желчного дерева сегментарного характера, не имеющего сообщения с общим желчным деревом. Вывод: дополнительный желчный проток.



---

Через 6 месяцев больной выполнена реконструктивная операция: фистулудуоденостомия на каркасном дренаже с назобилиарным дренированием. Послеоперационный период без особенностей, осмотрена через 1, 3 и 6 месяцев после операции, состояние удовлетворительное.

Учитывая, что дополнительный желчный проток имеет различные варианты соотношения с основными желчевыводящими путями, данный факт необходимо обязательно учитывать при лапароскопической холецистэктомии. Риск увеличения операционных и послеоперационных осложнений диктует необходимость индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

## **ПЕРЕСАДКА ФЕТАЛЬНЫХ СВЕЖЕИЗОЛИРОВАННЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ**

**Рахматуллин С.И., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г.,  
Тимербулатов М.В.**

*г. Уфа, Башгосмедуниверситет, Лаборатория клинической и экспериментальной трансплантационной хирургии*

Были проведены эксперименты на 40 белых крысах линии Вистар ( $m=250-300$ гр.). Нами было исследовано поведение фетальных свежеизолированных клеток печени крысы пересаженных в виде гомогената в воротную вену здоровым половозрелым особям. Целью проводимой работы являлось изучение поведения пересаженных клеток, изучение реакции организма реципиента, а также состояние иммунного статуса реципиента после пересадки. Через 10 дней после проведенного эксперимента отмечался незначительный мелкоочаговый некроз печени. Выявлялись гепатоциты, которые располагались вдоль печеночных пластинок по ходу синусоидных капилляров, некоторые из них делились митозом. По периферии долек печени располагались гепатоциты больших размеров, они чаще всего были полигональной формы, умеренной окрашиваемостью, ядро клетки светлое, с одним или несколькими ядрышками. Через 20, 30 и 40 дней после проведенного экспериментального исследования в дольках печени мелкоочаговый некроз гепатоцитов не определялся, однако встречались скопления гепатоцитов без резко выраженной границы клеток, но с базофильной цитоплазмой. Очаги бывшего некроза гепатоцитов с их постепенным рассасыванием зоны разрушения и заполнения их с делящимися гепатоцитами. Особо интересные морфологические изменения определялись в зоне расположения крупных кровеносных сосудов, особенно вокруг триады печени и центральной вены. Также мы наблюдали веерообразное расположение интенсивно

---

окрашивающихся гепатоцитов. Большинство из них вытянутой формы, следуют друг за другом и в целом формируют печеночные пластинки. Рядом с такими же гепатоцитами располагались полигональной формы клетки, которые составляли основную массу клеток печени, для них также была характерна светлая цитоплазма, слабая окрашиваемость ядра и обязательно наличие ядрышка. Интенсивно окрашенные тяжи гепатоцитов росли вглубь дольки по ходу печеночных пластинок. В то же время можно видеть изолированно расположенных гепатоцитов. Наконец, в некоторых дольках печени определяется довольно большое скопление гепатоцитов, отличающихся по тинкториальным свойствам от других (собственных) гепатоцитов печени.

Выводы: Были проведены эксперименты на 40 крысах. В предлагаемом эксперименте обеспечивается высокая функциональная активность пересаженных клеток, их высокая регенерирующая способность, снижается риск иммуноконфликта, за счет неполной иммунной дифференцировки фетальной ткани. Все это в совокупности дает основание предполагать возможность получения интересных данных при пересадке фетальных клеток печени с целью лечения патологических состояний печени.

## **ПЕРЕСАДКИ ФЕТАЛЬНЫХ СВЕЖЕИЗОЛИРОВАННЫХ КЛЕТОК В ПЕЧЕНЬ С МОДЕЛЮ ТОКСИЧЕСКОГО ЦИРРОЗА**

**Рахматуллин С.И., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г.,  
Тимербулатов М.В.**

*Уфа, Башгосмедуниверситет, Лаборатория клинической и экспериментальной трансплантационной хирургии,*

Были проведены эксперименты на 185 белых крысах линии Вистар ( $m=250-300$ гр.). Целью проводимой работы являлось морфологическое и цитохимическое изучение влияния пересаженных фетальных свежеизолированных клеток печени на процессы регенерации в печени реципиента с моделью токсического цирроза печени. Модель цирроза была получена путем введения  $per\ os$  CCL<sub>4</sub> (Венгеровский А.И., Батурина Н.О. с соавт.) в течение 1 месяца по схеме. Летальность составила до 25%. В среднем отмечено снижение массы тела у каждой особи в среднем на 50 гр.

Морфологическая картина, и биохимические сдвиги свидетельствовали о возникновении классической картины тяжелой декомпенсированной формы цирроза. После проведения пересадки, крысы забивались в течение 60 суток. Через

---

каждые 10 суток (динамическое исследование) для морфологического, иммунологического, биохимического и радиоизотопного изучения. Полученные нами данные свидетельствовали о приживлении пересаживаемого материала. Отмечался рост клеток в просвете капилляров и его прорастание в паренхиму печени реципиента, замещая погибшие гепатоциты. Биохимически подтверждается, вначале, частичное (20-е сутки), а затем и полное (40 - 50-е сутки) восстановление функциональных свойств печени реципиента. Иммунологические сдвиги были незначительными, говорящие о слабой активации организма на введение чужеродного белка (по всей видимости, за счет низкой иммунологической дифференцировки эмбриональных клеток, и истощением иммунной системы при тяжелом, длительно протекающем заболевании). Радиоизотопным методом мы подтвердили разрастание пересаженных клеток. Реакции полного отторжения пересаживаемого материала не наблюдалось ни в одном из случаев.

Выводы. Пересаженные фетальные свежеизолированные клетки печени ускоряют процесс регенерации и обладают как органосохраняющим, так и органозамещающим эффектом. Поведенная нами работа может являться основанием для дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику.

## **МИНИ-ДОСТУП В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ**

**Ровой А.А., Полянский А.В., Сахно В.Д., Беденко В.Е., Гутковский П.Ю.**

*г. Краснодар, Краснодарское Муниципальное Лечебно-Диагностическое Объединение*

Мини-доступ при холецистэктомии применяется в хирургическом отделении КМЛДО с 1993 г. До внедрения в практику лапароскопической методики он являлся наиболее предпочтительным.

Нами разработаны и внедрены специальные инструменты для манипуляций при мини-доступе: оригинальные ретракторы и система подсветки. На основании накопленного опыта сформировалась техника операции.

С 1996 г. лапароскопическая холецистэктомия /ЛХЭ/ стала вариантом выбора при хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Однако существуют ситуации, когда применение ЛХЭ по разным причинам нецелесообразно. В основном это касается пациентов, у которых нежелательно наложение пневмоперитонеума по сопутствующей сердечно-легочной патологии, или же в случаях, когда по данным предоперационного инструментального и клинического обследования предполагаются выраженные воспалительные, деструктивные из-

---

менения, а так же анатомические особенности в зоне операции. С учетом нашего опыта предлагается выделить группу больных, выполнение у которых ЛХЭ заведомо нецелесообразно. Использование мини-доступа у данной категории больных позволяет качественно выполнить холецистэктомию, провести ревизию холедоха, его дренирование, в ряде случаев реконструктивную операцию. Травматичность данного метода невелика, и тяжесть послеоперационного периода сопоставима с таковым при ЛХЭ, что сказывается на сроках реабилитации и койко - днях больных. Известно, что инверсия лапароскопического доступа в открытую лапаротомию является неблагоприятным вариантом продолжения операции. В случае инверсии, вероятность которой не исключается, мы ее переводим так же в мини - лапаротомию.

Таким образом, холецистэктомию из мини-доступа остается в арсенале хирургов, имеет свои четкие показания, является вариантом выбора хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью и возможным вариантом выполнения инверсии.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

**Рудик А.А.**

*Россия, Хабаровск, Дальневосточный государственный медуниверситет*

В патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) существенная роль принадлежит кислотно-пептическому и инфекционному (*H. pylori*) факторам, которые можно эффективно контролировать медикаментозными средствами. В случае развития хирургических осложнений это позволяет применить малоинвазивные приемы, максимально сохранить функцию желудка и ДПК. Целью работы была оценка применения органосохраняющих технологий в лечении осложнений язвенной болезни ДПК.

У 124 больных изучены отдаленные результаты (2 - 8 лет) применения радикальной дуоденопластики (РДП) по В.И. Оноприеву в изолированном варианте или в сочетании с антацидными вмешательствами — СПВ, медиогастральная экономная резекция желудка. Оценка результатов проводилась по традиционным критериям шкалы Visick, а также с использованием опросника качества жизни SF-36.

Отличные и хорошие результаты по критериям Visick после функциональных операций получены у подавляющего большинства больных: в первые два года — 88,6%, 3-5 лет — 89,5%, свыше 5 лет — 87,5%. Доля плохих результатов, ко-

---

торые для функциональных операций составляют только рецидивы после изолированной РДП, остается относительно стабильной первые 5 лет — 7,9%. Удовлетворительные и плохие результаты после РДП в сочетании с антацидными операциями крайне редки, не превышая 4% в первые пять лет, худшие показатели имеют больные с изолированной РДП — 14,6-17%.

При сравнительной оценке средних величин показателей качества жизни больных в первые 1-2 года после функциональных операций со здоровыми, в целом, отмечаются более низкие показатели. Следующий период (3-5 лет) показатели, характеризующие физическую активность не обнаруживают достоверных различий со здоровыми людьми, что отражает хорошую физическую адаптацию. В этот период никто из больных не сменил работу на более легкую или снизил уровень физической активности. Положительным фактом является отсутствие различий со здоровыми по показателям, характеризующих наличие депрессии, которая становится неблагоприятным фоном, снижающим компенсаторно-приспособительные возможности системы пищеварения.

Таким образом, отдаленные результаты функциональных операций в сравнении с общеизвестными последствиями резекций желудка выглядят благоприятно. Мы не встретились с тяжелыми последствиями, которые бы потребовали длительного консервативного или повторного оперативного лечения. Низкий травматический эффект функциональных операций позволяет достичь и сохранять приемлемый уровень физического и ментального здоровья, сохранить трудоспособность.

## **НОВЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Сак Л.Д., Зубаиров Е.Х.**

*г. Челябинск, Челябинский государственный институт лазерной хирургии*

Остеохондроз позвоночника является актуальной проблемой современной медицины, что обусловлено стабильно высоким количеством больных трудоспособного возраста, неудовлетворительными результатами консервативного и хирургического лечения.

Цель работы — оценить эффективность хирургического лечения остеохондроза позвоночника при использовании лазерных технологий.

Нами пролечено 988 больных с остеохондрозом позвоночника. Перкутанная лазерная вапоризация межпозвонковых дисков (ПЛВД) выполнена 769 больным, из них на шейном уровне оперировано — 122, на поясничном уровне —

---

647 пациентов. Перкутанная лазерная денервация фасеточных нервов (ПЛДФН) произведена 219 больным. Из них на шейном уровне манипуляция проведена 14, на грудном — 15, на поясничном — 190 пациентам. Лазерная фораминопластика в сочетании с эндоскопической нуклеотомией выполнена 12 больным с различными видами грыж поясничных межпозвонковых дисков.

Показанием к ПЛВД явилось отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 6-8 недель. Противопоказаниями к проведению ПЛВД явились: синдром конского хвоста или сосудистой миелопатии, секвестрированная грыжа межпозвонкового диска и грыжи диска, занимающие более половины сечения позвоночного канала, нестабильность позвоночного сегмента, клиника фасеточного синдрома, инфекционные поражения кожи в зоне предполагаемой пункции, общесоматические причины.

ПЛДФН проводилась у пациентов с клинической картиной фасеточного синдрома при отсутствии эффекта от комплексной консервативной терапии в течение 5-6 недель. ПЛДФН не показана при инфекционных поражениях кожи в зоне предполагаемой пункции, беременности, при общесоматической патологии.

Пункция диска и фасеточных нервов проводилась в условиях операционной, под контролем электронно-оптического преобразователя или компьютерного томографа. В алгоритм обязательного интраоперационного исследования включалась компьютерно-томографическая дискография. ПЛВД и ПЛДФН выполнялись Nd:YAG лазером Dornier 5060. С целью оптимизации выбора режима воздействия разработана математическая модель расчёта, учитывающая уровень манипуляции, возраст пациента, степень дегенерации диска и другие параметры. Эффективность лечения оценивалась по MacNab критериям.

При лечении остеохондроза позвоночника с использованием ПЛВД хороший результат получен у 87,2%, удовлетворительный — 7,8%, неудовлетворительный — 5% больных. Применение ПЛДФН позволило получить хороший результат у 72,5%, удовлетворительный — 12,4%, неудовлетворительный — 15,1% больных.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

**Сафаров А.С., Султонов Ш.Р.**

*Республика Таджикистан г. Душанбе, Республиканская Клиническая Больница им. А.М. Дьякова*

С 1994 года в диагностике и лечении костных кист (КК) различных типов и локализации у детей, мы использовали методику, предложенную А.С. Сафаровым (патент на изобретение № ТЈ3264 от 6 марта 2000г.), целью которой являлось;

---

топическая диагностика костных кист с помощью свинцовой сетки, прикладываемой к участку патологического процесса. Остеопункция с созданием декомпрессии в полости КК, удаление осметического и литического содержимого путем длительного и капельного промывания полости растворами, содержащими антибиотики, антифибринолитические препараты, ингибиторы протеолиза и антикалогенозное воздействие в стадии восстановления с помощью стероидных препаратов (гидрокартизон, кеналог и др.)

По данной методике нами проведена диагностика и лечение 21 детей в возрасте от 2 до 14 лет с КК различных локализаций. Из них костная киста была расположена в бедренных костях—8, большеберцовых—5, плечевых костях—2, лучевых—3, мелких костей кисти и стопы—3. Чаще всего отмечено поражение метадиафизарной зоны трубчатых костей.

В среднем капельное промывание патологической полости проводилось в течение 7-9 дней, перед удалением игл в полость КК вводили гидрокортизон в зависимости от возраста. Наряду с этим детям проводились общеукрепляющие, десенсибилизирующие, антибактериальные, противовоспалительные терапии. По окончании промывания полости, детям назначались препараты, улучшающие кровоснабжение в патологической полости и ускоряющие процессы остеогенеза (трентал, остеогенон, кальциум Д3, мумиё, до 3-4 месяцев).

Нами изучены результаты лечения этих детей в сроки от 3-х месяцев до 2-х лет. Прогрессивное появление костной ткани и заполнение полости элементами склероза наблюдалось у 18(85,8%) детей. Заполнение патологического очага костной тканью с груботрабекулярной тканью со склерозом и наличие мелких единичных полостей отмечено у

3 (14,2%) детей. Этим детям продолжалось лечение препаратами, улучшающими процесс остеогенеза (остеогенон, кальциум Д3 и др.).

В целом, у 18 (85,8%) детей полностью восстановилась структура костной ткани, дети выздоровели. У 3-х детей ведется наблюдение в динамике.

У всех детей, спустя 3-4 месяца после проведенного лечения, отмечалось появление костной ткани, которое прогрессивно заполняет полости кисты и в конце года приобретает структуру костной ткани. Свободный двигательный режим больным разрешался спустя 3-4 месяца.

Осложнение и рецидив заболевания в связи с применением данного метода не наблюдались.

---

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Сейсембаев М.А., Оразбеков Н.И., Избасаров Р.Ж.,  
Медеубеков У.Ш., Абзалбек Е.Ш., Балабеков А.Г.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова*

Одним из стремительно развивающихся направлений в медицине, расширяющая диагностические и лечебные возможности, позволяющая более грамотно избирать лечебную тактику при остром панкреатите и его осложнениях, является эндоскопическая хирургия.

Под нашим наблюдением и лечением находились 74 больных различными формами острого панкреатита. Больные были в возрасте от 23 до 92 лет, из них женщин было — 54, мужчин — 20. Среди эндоскопических методов лечения были применены эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) — у 26, эндоскопическая интрадуктальная терапия (ЭИДТ) — у 24 и комбинированная лапароскопия — у 24.

Показанием к применению ЭПСТ у 26 больных с высокой степенью операционного риска, являлся острый билиарный панкреатит. Применение ЭПСТ привело к купированию острого панкреатита в 23 случаях.

ЭИДТ производилась у 24 больных, в том числе у 3 пациентов после ЭПСТ, которая не купировала острый приступ. После первого сеанса ЭИДТ было отмечено улучшение состояния всех больных, а также полное купирование болевого синдрома у 18 и резкое уменьшение его — у 6 больных.

Лапароскопию, предпринятую с диагностической целью, при верификации острого отечного панкреатита у 21 больного, завершали санацией и дренированием брюшной полости, а в полость сальниковой сумки оставляли микроирригатор для введения антибактериальных и антиферментных препаратов.

Следует отметить, что у 20 больных во время ЭИДТ и у 16 больных после ЭПСТ применялась регионарная лимфотропная терапия путем катетеризации ретроперитонеального пространства поясничной области, а при комбинированной лапароскопии, у всех больных производилась катетеризация круглой связки печени, для последующей лимфотропной терапии.

Таким образом, минимальные по объему эндоскопические вмешательства при лечении острого панкреатита, позволяют купировать воспалительный процесс в поджелудочной железе при отечной форме острого панкреатита, купировать болевой синдром в связи с декомпрессией протоковой системы не прибегая к полостным операциям, особенно у больных с высокой степенью операционного риска.



---

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

**Сендерович Е.И., Тимербулатов М.В., Нуртдинов М.А.,  
Гололобов Ю.Н.**

*Республика Башкортостан, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 2, ГКБ № 21.*

Наша клиника владеет различными методиками оперативного лечения паховых грыж. Наряду с традиционными аутопластическими методами, применяемыми главным образом у лиц молодого возраста с небольшими размерами грыж, применяются различные "ненатяжные" методики реконструкции пахового канала различными пластическими материалами. В частности, с 1996 года оперировано 97 больных с использованием эндовидеохирургических методик трансабдоминальным преперитонеальным методом. С 1997 года мы применяем открытую протезирующую герниопластику по типу операции I. Lichtenstein. Данным способом прооперировано 132 больных. В качестве протезирующего материала мы использовали сетчатый полипропиленовый трансплантат как зарубежного, так и отечественного производства. Кроме того, в 14 % случаев в качестве протезирующего материала при выполнении обоих видов операций использовали материалы "Аллоплант" — твердую мозговую оболочку и фасцию широчайшей мышцы спины. В 2001 году нами в клиническую практику внедрен способ пластики грыжевых ворот системой PHS фирмы "Этикон", которая представляет собой новую ступень эволюции "ненатяжных" способов пластики и обеспечивает двойное укрепление задней стенки пахового канала. Данным способом прооперировано 11 больных. При использовании этих методик, послеоперационный период отличался минимальным процентом осложнений, ранней реабилитацией и комфортом в послеоперационном периоде, что было особенно выражено после лапароскопических герниопластик, так как принципиальным отличием лапароскопической герниопластики от открытых протезирующих является наличие у последних послеоперационной раны длиной 8 см и более. По одному случаю рецидивы грыжи отмечены при лапароскопической и открытой протезирующей герниопластиках. Необходимо отметить, что открытые протезирующие герниопластики применялись в основном при больших и гигантских грыжах и у пациентов пожилого и старческого возраста. Лапароскопическая герниопластика применялась в большинстве случаев у пациентов мужского пола молодого и среднего возраста с малыми и средними размерами грыж. В связи с наличием в арсенале хирурга различных методик пластики пахового канала, актуальным становится вопрос о выборе

---

метода оперативного лечения в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Нами с этой целью применен алгоритм выбора оперативного лечения, что позволило рационально использовать каждую из методик, существенно оптимизировав отдаленные и ближайшие результаты лечения больных.

## **КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Сibaев В.М., Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Нагаев Н.Р.,  
Сагитов Р.Б., Бадретдинов А.Ф., Сабиров Т.Т.**

*Республика Башкортостан, г.Уфа, кафедра хирургии ИПО медицинского университета*

Преимущества минимально инвазивной хирургии общеизвестны и не вызывает сомнений необходимость более широкого их внедрения. Большинство операций отработаны либо в лапароскопическом, либо в минилапаротомном варианте с применением аппарата М.И.Прудкова, причем оба этих способа, имеющие свои показания и противопоказания, преимущества и недостатки, не противопоставляются, а успешно дополняют друг друга. Однако, не всегда удается завершить операцию только лишь одним из этих методов. Тем не менее, современные требования заставляют, а технологии позволяют сохранить принцип малотравматичности оперативных вмешательств, используя комбинации минимально инвазивных методов при различных хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Исследования М.И.Прудкова показали, что повреждающее действие широкой лапаротомии в восемь раз превышает таковое при минимально инвазивной операции. Поэтому все большее число авторов сообщают об успешном использовании комбинированных методов малоинвазивной хирургии (М.И.Прудков, А.Г.Бебуришвили, В.И. Оскретков, К.В.Пучков). В нашей клинике широкое внедрение лапароскопических и минилапаротомных операций начато с 1994г. За период с 1999 по 2001г.г. включительно выполнено 8400 операций на органах брюшной полости, включая гинекологические операции. Из них лапароскопически сделано 2757, минилапаротомно—1115 вмешательств. Наиболее часто выполняемая операция- холецистэктомия обычно выполняется в одном из минимально инвазивных вариантов— лапароскопически или минилапаротомно (более 99%). При осложненных формах желчнокаменной болезни предварительная диагностическая лапароскопия для уточнения диагноза и выявления степени воспалительных изменений стенки желчного пузыря была вы-

---

полнена 33 больным, из них у 6 патологии желчного пузыря не найдено, 4— выполнена МЛХЭ, 5— из-за сопутствующих выраженных соматических расстройств и преклонного возраста была выполнена лапароскопическая чрескожная транспеченочная холецистостомия, с аспирацией содержимого, промыванием и введением в желчный пузырь антибиотиков, а по стихании острого воспаления в отсроченном порядке выполнена МЛХЭ. У 6 пациентов операцию удалось завершить лапароскопически. 11 пациентам с перитонитом выполнялась лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости, а из минидоступа операция завершалась холецистэктомией. По поводу перфоративной гастродуоденальной язвы за указанный период оперировано 82 пациента.

С лапароскопии операции начаты у 69 пациентов. Лапароскопически язвы ушиты у 43. В случаях больших размеров перфорации, ригидности краев язвы, опасности прорезывания швов выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости с минилипаротомией, иссечением язвы и пилоропластикой, которые произведены у 28 пациентов. В 2 случаях острой спаечной кишечной непроходимости с некрозом участка тонкой кишки после лапароскопического рассечения спаек из мини доступа произведена резекция кишки с наложением анастомоза. По поводу опухоли сигмовидной кишки выполнено 3 резекции после лапароскопической мобилизации сигмы.

Таким образом, комбинирование лапароскопических и минилапаротомных способов хирургических вмешательств во многих случаях позволяет завершить абдоминальную операцию, не отступая от принципов минимальной инвазивности.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ РАССЕЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### **Слепых Н.И.**

*г.Оренбург, Главное управление здравоохранения Оренбургской области*

Базой исследования явились 14 сельских административных района из 35 в Оренбургской области.

Организация хирургической помощи в сельских территориях совершенствовалась по следующим направлениям: свернуты хирургические койки в участковых больницах и сокращены до 40 коек стационарные хирургические отделения в центральных районных больницах, предпринимаются меры по внедрению стационарозамещающих форм организации оперативных вмешательств. За счет

---

концентрации врачей-хирургов в ЦРБ организованы дежурства: в лечебных учреждениях с населением в районе до 20 тысяч человек для хирургической службы выделены дополнительные "ургентные" ставки, при населении до 30 тысяч человек — организованы дежурства хирургов "на дому", при численности населения более 30 тысяч — круглосуточные дежурства в стационаре.

Все ЦРБ оснащены современной рентгеновской, Узи-аппаратурой и эндоскопической техникой. В 8 ЦРБ приобретена лапароскопическая аппаратура. В 14 хирургических отделениях приобретены и освоены аппараты "Мини-ассистент". Во всех ЦРБ организованы анестезиолого-реанимационные отделения или палаты интенсивной терапии.

Последипломная подготовка хирургов, работающих в сельских лечебных учреждениях проводится по единой программе в соответствии с областным планом, который включает обучение по смежным специальностям: травматологии, урологии, грудной хирургии, онкологии, детской хирургии и комбустиологии. Все хирургические отделения возглавляют специалисты I квалификационной категории. Аттестация врачей-ординаторов составляет 50-100%.

В области разработан прогноз заболеваемости и послеоперационных осложнений до 2010 года по основной хирургической патологии. Количественные изменения оперативных вмешательств в 2001 году соответствовали нашему прогнозу.

Проводимые мероприятия позволили в 2001 году увеличить оперативную активность хирургов в амбулаторных условиях до 26,1% на 1000 человек населения. Одновременно снижено количество операций, выполняемых на коже и подкожной клетчатке в условиях стационара до 8,5 на 1000 человек населения, против 15,9 в 1998 году. Оперативная активность в хирургических стационарах увеличена на 3,8% и составила в 2001 году 44,9%. Количества послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений уменьшилось с 11,8%(1998г.) до 8,7%.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ**

**Сорвилов В.П., Исмагилова С.Т., Козель А.И., Гиниатуллин Р.У., Голощапова Ж.А.**

*г. Челябинск, Челябинский государственный институт лазерной хирургии*

Повторные кровоизлияния являются одним из грозных осложнений при хирургическом лечении внутримозговых гематом. При их пункционном удалении частота повторных кровоизлияний составляет 30-50%.

---

Цель работы — обоснование применения расфокусированного высокоинтенсивного лазерного излучения для гемостаза стенок полости внутримозговых гематом после их пункционного удаления.

В эксперименте на животных (35 собак) создавали модель внутримозговой гематомы, которую через 1 сутки удаляли пункционно. Стенки полости удаленной гематомы облучали диодным лазером длиной волны 805 нм. Излучение доставлялось в полость гематомы с помощью моноволоконного кварцевого световода диаметром 0,6 мм с облучателем 6-7 мм, изготовленного по собственной технологии, который позволял получить расфокусированное излучение для равномерного облучения стенок полости удаленной гематомы. Животных выводили из эксперимента в конце 1, 3, 7, и 30-х суток. Головной мозг подвергали морфологическому и морфометрическому исследованию. В периферических зонах гематомы оценивали диаметр сосудов, толщину их стенок, площадь поперечного сечения меди, степень зрелости фибрина в тромбах, число глиоцитов и нейроцитов.

Подобранные параметры лазерной коагуляции позволяли полностью обработать поверхность ложа удаленной гематомы с минимальным повреждением мозговой ткани глубиной 200-250 мкм.

Результаты исследования показали, что при использовании расфокусированного излучения диодного лазера с целью гемостаза полости пункционно удаленной внутримозговой гематомы не возникало повторного кровотечения. Этот эффект достигался за счет образования лазерных коагуляционных тромбов в сосудах стенки гематомы.

Данные эксперимента послужили основой применения лазерного излучения в клинике при пункционном удалении внутримозговых гематом у 19 больных в возрасте 24-67 лет. Диагноз был верифицирован компьютерной томографией. Объем удаленных гематом — 30-80 мл. Достаточный гемостаз достигался излучением в непрерывном режиме через 20-25 секунд. На компьютерных томограммах в послеоперационном периоде отмечалось удаление гематомы на 80-90% от первоначального объема. Клинически у этих больных наблюдали переход в более легкую фазу течения.

Таким образом, пункционный метод удаления внутримозговых гематом с использованием расфокусированного высокоинтенсивного лазерного излучения с целью гемостаза позволяет предупредить рецидивы кровоизлияний в послеоперационном периоде.

---

## ВЛИЯНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА

**Стариков В.Л., Мелько А.И., Копаевич М.А., Манышев В.Г.**

*г. Москва, Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко*

Цель работы — оценить влияние симультанных операций на адаптационные возможности организма.

Материал и методы: исследуемую группу составили 38 больных, которым за период с 1994 по 2001 гг. выполнены сочетанные операции, первым этапом которых была лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), вторым — экстирпация матки по поводу доброкачественных новообразований органов малого таза у женщин. Контрольную группу составили 25 женщин, которым выполнена экстирпация матки по поводу доброкачественных заболеваний. Больные были стратифицированы по полу, сопутствующей патологии и возрасту. Средний возраст больных составил в исследуемой группе 48,2+10,1 года, в контрольной — 42,8+4,5 года ( $p>0,05$ ).

Предоперационное обследование больных обеих групп было стандартизировано. Всем больным перед операцией и в послеоперационном периоде по методике Л.Х.Гаркави с соавт. (1990г.), используя лейкоцитарную формулу, определяли тип адаптационной реакции. Статистическая обработка результатов проводилась с расчетом средних, относительных величин и  $t$ -критерия Стьюдента.

Результаты исследования: перед операцией все больные обеих групп находились в состоянии реакций тренировки и активации. В 1-2-е сутки после операции все больные находились в состоянии острого или хронического стресса. К 3-5-ым суткам в исследуемой группе 23 (60,5%) больных находились в состоянии стресса, в контрольной — 12 (48%). На 7-9-е сутки: 6 (15,8%) и 6 (24%) соответственно. Различия были статистически не значимы ( $p>0,05$ ). Выход всех больных из стресса в обеих группах происходил к 12 суткам. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Средний послеоперационный койко-день составил у больных основной группы 13,1+4,3, контрольной — 13,8+2,8 ( $p>0,05$ ).

Вывод: симультанные операции, одним из этапов которых выполняется лапароскопическим методом, не оказывают неблагоприятного воздействия на адаптационные реакции организма, длительность состояния стресса после хирургической агрессии и продолжительность послеоперационного периода.

---

## РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Стедьмах В.В., Хан В.В., Шевченко А.Н., Мирманова Ж.Р.**

*Республика Казахстан, г. Костанай, областная больница; г. Лисаковск, городская больница*

В настоящее время нет единого мнения в тактике, сроках и характере оперативного вмешательства при панкреонекрозах.

Цель работы — обоснование необходимости и сроков резекции поджелудочной железы в комплексном лечении субтотальных панкреонекрозов.

Методы — с 1999 г. мы наблюдали 31 пациента со смешанным панкреонекрозом, диагностированными компьютерной томографией и ультразвуковым исследованием. В зависимости от хирургической тактики больных разделили на 2 группы. Первая — 19 пациентов, которым выполняли лапаротомию вскрытие и дренирование сальниковой сумки. В последующем 16 пациентов подвергнуты неоднократным релапаротомиям с целью санации сальниковой сумки, некрэктомии поджелудочной железы.

Вторая группа — 12 пациентов, 9 из которых во время повторной и 3 во время первой операции произведена резекция поджелудочной железы с селезенкой, с дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

2 больным произведена резекция поджелудочной железы на 3 сутки от начала заболевания во время первой операции, во время релапаротомии, 2 больным на 4 сутки, 5 больным на 5 сутки, и 3 больным на 6 сутки после первой операции.

4 больным из второй группы проведены повторные релапаротомии с целью санации гнойных затеков. Всем больным второй группы наряду с традиционным лечением проведены от 2 до 5 гемосорбции через измельченную плаценту человека.

Результаты: длительность лечения выписанных из стационара больных составила в первой группе 101-132 дня, во второй 47-105. Летальность в первой группе составила 50,3% (10 пациентов), во второй группе - 8,3% (1 пациент) от тромбоэмболии легочной артерии. Наилучшие результаты получены у больных, которым произведена резекция поджелудочной железы, на 5 сутки после первой операции.

**Выводы:**

1. Операционные вмешательства в условиях незавершенного аутолиза в поджелудочной железе вызывают вторичное инфицирование, которое влияет на течение панкреонекроза и сопровождается высокой летальностью, однако эвакуация высокотоксичного экссудата снижает уровень интоксикации.

---

2. Резекция некротизированной части поджелудочной железы, в сочетании с гемосорбцией позволяет в короткие сроки значительно уменьшить интоксикацию организма, подтвержденную лабораторными и клиническими данными.

3. Наиболее рациональным сроком резекции поджелудочной железы считаем 5 суток после первой операции.

Данная тактика хирургического лечения в комплексной терапии субтотальных панкреонекрозов позволяет снизить уровень эндотоксикоза, уменьшить летальность и сократить сроки пребывания пациента в стационаре.

## **ЗАБРЮШИННОЕ ЛИМФОТРОПНОЕ ВВЕДЕНИЕ ГЕНТАМИЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА.**

**Стельмах В.В., Хан В.П., Шевченко А.Н., Мирманова Ж.Р..**

*Республика Казахстан, г. Костанай, областная больница; г. Лисаковск, городская больница.*

Перитонит одно из грозных осложнений острых хирургических и гинекологических заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Летальность от распространенного перитонита продолжает оставаться высокой, достигая 17-40 %. Задачей исследования было изучения влияния концентрации антибиотика в брюшной полости при распространенном перитоните, при его забрюшинном лимфотропном введении.

Методы — мы наблюдали 120 пациентов с разлитым гнойным перитонитом в токсической фазе, которые после предоперационной подготовки оперированы в экстренном порядке. На операции после ликвидации причины перитонита, эвакуации выпота, санации и дренирования брюшной полости, забрюшинно вводили гентамицин из расчета 4 мг. на 1кг. массы пациента. Рану брюшной стенки зашивали наглухо.

Концентрацию гентамицина в выпоте из брюшной полости определяли методом диффузии в агар через 1, 6, 12, 24 часа, после введения антибиотика. Следующее введение антибиотика осуществлялось внутривенно через 36 часов. 22 больным в послеоперационном периоде проводилось 1-3 сеанса лимфосорбции через измельченную плаценту человека. 31 (24,7%) больному выполнялись повторные санационные плановые релапоратомии.

Результаты — концентрация гентамицина в среднем составила 19,2; 29,6; 13,2; и через 24 часа — 14,8 мкг/мл, тогда как минимальная подавляющая концентрация гентамицина 4 мкг/мл. Температура тела нормализовалась на



---

3-4 сутки. Значительно уменьшается количество микрофлоры эксудата из брюшной полости. На 3 сутки разрешался парез кишечника.

У больных, которым проводилась лимфосорбция, в послеоперационном периоде значительно уменьшался лейкоцитарный индекс интоксикации, с  $6,2 \pm 2,8$  до  $4,2 \pm 2,3$ , отмечалось снижение молекул средней массы от  $1,1 \pm 0,4$  до  $0,4 \pm 0,16$ , снижался лейкоцитоз.

Выводы: полученные данные свидетельствуют об фармакоэкономической эффективности применения гентамицина при его забрюшинном введении в сочетании с лимфосорбцией

в комплексном лечении перитонитов. Это позволило снизить летальность при распространенном перитоните с 29,3 % до 22,2 %.

## **ПОДГОТОВКА И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ХИРУРГОВ НА КАМЧАТКЕ**

**Столярова З.Н., Юрасов С.Е.**

*г. Петропавловск-Камчатский, областное управление здравоохранения*

Полуостров Камчатка — отдаленный регион северо-востока России, где на площади 472 тыс. кв. км проживает 390 тыс. населения, две трети которых сконцентрированы в трех городах вокруг Авачинской бухты. Стационарная хирургическая помощь жителям Камчатки оказывается в областной больнице, онкологическом и противотуберкулезных диспансерах, 5 городских, 6 ЦРБ и 3 участковых больницах, при этом областные и городские лечебные учреждения укомплектованы хирургами практически на 100 %, районные — на 40%. Более 90 % врачей-хирургов, работающих на Камчатке, являются выпускниками медицинских ВУЗов г. Хабаровска, Владивостока, Благовещенска-на-Амуре.

Последипломная подготовка /интернатура/ по хирургическим специальностям проводится в областной больнице с 1973 года под руководством квалифицированных врачей высшей категории. Контроль за обучением, прием экзаменов по окончании интернатуры осуществляет профессорско-преподавательский состав ФУВ Дальневосточного государственного медицинского университета /ДВМГУ г. Хабаровск/. За последние 15 лет в областной больнице прошли интернатуру 39 врачей-хирургов, подавляющее большинство из них работают в областных и городских лечебных учреждениях. 10 % врачей-хирургов области повысили свою квалификацию в клинической ординатуре на базе центральных клиник.

Социально-экономическая ситуация в стране в последние годы, недостаточное финансирование здравоохранения, отдаленность Камчатки практически разрушили ранее существовавшую систему повышения квалификации, при ко-

---

торой каждый врач не реже одного раза в 5 лет проходил обучение в центральных институтах усовершенствования врачей. В связи с этим в г. Петропавловске-Камчатском было проведено 2 выездных цикла усовершенствования врачей-хирургов силами ФУВ ДВМГУ и Новосибирской государственной медицинской академии, на которых прошли обучение и получили сертификат специалиста 95 % всех хирургов области.

Перспективу подготовки хирургических кадров / а также врачей других специальностей/ в Камчатской области мы видим в организации филиала кафедры последипломного образования врачей ДВМГУ, для этой цели в 2002 году заключен договор между областным управлением здравоохранения и ДВМГУ о подготовке научных кадров через очную и заочную аспирантуру по основным клиническим специальностям.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Ступин В.А., Бельков А.В., Богданов А. Е., Нарезкин Д. В., Силуянов С. В., Смирнова Г. О.**

*Москва, Российский государственный медицинский университет; Смоленск, Смоленская государственная медицинская академия*

За период 1990-2001 гг. в клиниках госпитальной хирургии № 1 РГМУ г. Москвы и факультетской хирургии СГМА г. Смоленска было проведено оперативное лечение 340 (32,5%) из 1045 больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, из них с перфоративными язвами было 75 (22,1%) пациентов.

Резекции желудка при этом осложнении язвенной болезни были выполнены у 8 больных. Они выполнялись при прободных язвах гигантских размеров в сочетании с пенетрацией, кровотечением или стенозом и при отсутствии признаков разлитого перитонита. Минимальные операции в виде ушивания язвы были выполнены 62 больным из 75 (82,6%), из них у 16 пациентов с язвенной болезнью 12-перстной кишки ушивание или иссечение перфоративной язвы дополняли пилоропластикой по Финнею, что считали показанным при наличии моторных нарушений и формирующемся стенозе. У 5 больных иссечение язвы и пилоропластика были дополнены стволовой ваготомией.

В последнее время широко внедряются в практику малоинвазивные методы

---

лечения больных с перфоративными язвами, такие как лапароскопическое или ушивание язвы из мини-доступа. Эти операции облегчают течение послеоперационного периода, что особенно важно у пожилых больных с выраженной сопутствующей патологией. Наши клиники имеют опыт 112 лапароскопических ушиваний перфоративных язв и 17 ушиваний язв из мини-доступа у больных молодого и среднего возраста. К сожалению, данное вмешательство не всегда можно выполнить у пожилых пациентов из-за больших размеров язв (более 1,0 см) и частого сочетания осложнений: перфорации с кровотечением и пенетрацией язвы или стенозом.

На наш взгляд показания к малоинвазивным операциям при перфоративной язве у больных пожилого возраста должны быть строго индивидуализированы. Для выполнения данных вмешательств считаем важным следующие условия: 1) локализация язвы на передней стенке 12-перстной кишки; 2) размеры язвенного дефекта до 1,0 см; 3) отсутствие сочетания осложнений язвенной болезни; 4) отсутствие язвенного анамнеза; 5) отсутствие признаков разлитого перитонита.

Общая летальность при перфорации язвы у пожилых больных составила 14,8%.

## **ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

**Султонов Ш.Р., Мазабшоев С.А., Шерназаров И.Б.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, Республиканская клиническая больница  
им. А.М. Дьякова*

Экстренная помощь детям с хирургической патологией оказывается детскими хирургами в Специализированном детском хирургическом приемном отделении /СДХПО/ РКБ им. А.М. Дьякова.

СДХПО располагает возможностью для осмотра, обследования (рентгенологические, лабораторные, эндоскопические и УЗИ) проведения интенсивной терапии, реанимации и оперативного вмешательства экстренным больным детям, в том числе новорожденным и детям грудного возраста, а также приема больных детей с плановой хирургической патологией.

Больные с сочетанными травмами с различной степенью шока и в терминальном состоянии, госпитализируются в реанимационный зал СДХПО, где им проводится комплексная интенсивная терапия, сердечно-легочная реанимация и при необходимости консультация смежных специалистов (травматолог, нейро-

---

хирург, окулист. ЛОР, педиатр и др.) После стабилизации гемодинамики, показателей гомеостаза и проведения хирургических вмешательств нуждающимся больным, переводятся в отделение реанимации.

За последние 3 года в СДПХО обратились 20 000 больных, госпитализировано 12 954 (64,8%). Остальным больным оказана лечебная и консультативная помощь в приемном отделении.

Всего произведено операций: экстренных — 2834, амбулаторных — 1396 и интенсивная терапия проведена 859 больным.

В структуре экстренной хирургической помощи первое место занимают травмы (38,1%), чаще травмы носили сочетанный характер: переломы костей и черепно-мозговые травмы сочетались с травмой живота. Гнойно-септические заболевания занимают второе место (36,6%) в основном различные формы гематогенного остеомиелита и острой бактериальной деструкции легких в возрасте до 14 лет. Острые процессы брюшной полости занимали третье место, что и составило 25,3%.

Анализ оказания экстренной помощи детям с хирургической патологией показывает, что организации работы приемного отделения даёт возможность оказывать специализированную хирургическую и реанимационную помощь экстренным, а также амбулаторным больным на современном этапе.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

**Тавобилев М.М.**

*Кузбасский областной гепатологический центр (КОГЦ), г. Кемерово*

В настоящее время у больных с острым обтурационным холециститом из группы повышенного операционного риска широко используется этапный способ хирургического лечения. Среди подвергнувшихся этапному способу лечения заслуживают внимания больные, у которых на фоне проводимой декомпрессии желчного пузыря и противовоспалительной терапии сохраняется обтурация камнем шейки желчного пузыря ("отключенный" желчный пузырь). По данным КОГЦ эту группу составляют около 50% больных, которым применён этапный способ лечения. Анализируя результаты их лечения, следует отметить необходимость длительной декомпрессии желчного пузыря для купирования острого воспаления (30 - 35 суток) и отсутствие критериев, позволяющих точно определить сроки хронизации воспалительного процесса и выполнения заключитель-

---

ного этапа лечения. Это обусловило актуальность разработки усовершенствованного лечебно-диагностического комплекса, который заключается в создании промывной системы в полости "отключенного" желчного пузыря и определении степени бактериальной обсеменённости его содержимого, как одного из критериев к выполнению заключительного этапа лечения.

В течение 2002 г. данный комплекс применён у 18 больных. Показанием к установке в полость желчного пузыря промывной системы являлось сохранение обтурации шейки желчного пузыря конкрементом более 5 суток после холецистостомии. Снижение степени бактериальной обсеменённости наряду с клинико-лабораторными и ультразвуковыми данными, позволило приступить к заключительному этапу лечения (ЛХЭ). С учётом выработанных критериев ЛХЭ у больных выполнялась с 16 суток после холецистостомии.

В ходе морфологического исследования выявлено, что у 16 больных в стенке желчного пузыря на момент выполнения заключительного этапа лечения был хронический процесс. Лишь у 2 пациентов сохранился острый воспалительный процесс, который не был купирован на фоне проведённого в полном объёме лечения.

Применение промывной системы у больных с "отключенным" желчным пузырём позволяет сократить сроки купирования острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря в среднем на 14 суток, по сравнению с больными, у которых она не использовалась. Это позволяет нам сделать вывод, что применение промывной системы у больных с "отключенным" желчным пузырём создаёт возможность сократить продолжительность этапного хирургического способа без ухудшения качества лечения.

## **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

**Таги-заде Г.Т., Джафаров З.М., Рахмани С.А.**

*Азербайджан, г. Баку. НИИ Клинической медицины, отделение хирургии сосудов.*

Целью исследования явился поиск путей снижения тромбоэмболических осложнений у больных атеросклеротическим поражением периферических артерий с II-III степенью хронической ишемии конечностей.

Под нашим наблюдением находилось 28 больных атеросклеротическим поражением периферических артерий с нарушением липидного обмена и гемореологии, которым в комплексе консервативной терапии водили препарат Вессел-Дуэ, фирма Альфа Вассерман.

---

Комплекс рутинных методов исследования больных дополняли определением концентрации фибриногена, фибринолитической активности плазмы, фактора Виллебранда, продуктов деградации фибрина (ПДФ), АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, а также определения уровня триглицеридов, холестерина, в том числе HDL и LDL до и после применения вышеуказанного препарата по принятой в клинике схеме.

По завершении курса лечения помимо клинического улучшения — уменьшения болей, некоторого удлинения дизбарического расстояния, динамики состояния ран, отмечалось улучшение показателей гемореологии. Так при анализе динамики показателей в исходном состоянии и после завершения курса комплексной терапии с применением Вессел-Дуэ отмечено следующее: повышенные показатели концентрации фибриногена (18.4 мг), фактора Виллебранда (136 %), ПДФ (с-d) снижались до 15.6 мг ( $p < 0.01$ ) и 117 %, а ПДФ соответствовал уровню b-c. Следует подчеркнуть, что фибринолитическая активность от 0 повысилась до 10 -12 %, а АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов удлинялась от 21 до 23 сек, в то же время протромбиновый индекс изменялся незначительно.

При сопоставлении показателей липидного обмена отмечается следующее — концентрация триглицеридов уменьшилась от 2.16 до 1.74 ммоль/л, холестерина от 4.8 до 3.6 ммоль/л, причем HDL — от 2.38 до 2.0 и LDL — от 3.94 до 3.2 ммоль/л.

Таким образом, изменения биохимических показателей липидного обмена и гемореологии коррелируют между собой и с клинической картиной у больных атеросклеротическим поражением периферических артерий, значительно снижая риск тромбообразования. На основании приведенных исследований мы рекомендуем включение препарата Вессел-Дуэ в комплексное консервативное лечение больных с атеросклеротическим поражением периферических сосудов с целью профилактики тромбообразования.

## **ПРЕВЕНТИВНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ**

**Таджибаев Ш.А., Нишанов Ф.Н., Рахманов Б.Ж., Рустамов Х.Ш.**  
*Республика Узбекистан, Андижанский Государственный медицинский институт.*

Развитие гнойных осложнений со стороны брюшной полости и ран брюшной стенки после лапароскопической холецистэктомии приводит к значительному увеличению длительности стационарного лечения, удорожанию стоимости лечения и в ряде случаев представляет реальную угрозу для жизни больного.

---

На базе кафедры хирургических болезней 6-7 курса АГМИ, с 1997 года пациентам, оперированным лапароскопическим доступом, по поводу острого холецистита, применяли методику однократной превентивной антибиотикотерапии.

Сравнительную оценку течения послеоперационного периода проводили по следующим критериям: частота пульса, температура тела, уровень лейкоцитов в периферической крови, УЗС подпеченочного пространства в динамике, при необходимости рентгеноскопия грудной клетки, динамический контроль состояния пункционных каналов.

При анализе динамики пульса до операции и в течении послеоперационного периода отмечалось учащение пульса в первые сутки. В эти же сроки после операции температура тела была повышенной у 56,3% больных, с её нормализацией на третьи сутки. Изучение динамики количества лейкоцитов в периферической крови показало следующие результаты: лейкоцитоз наблюдался в первые сутки у 62,5% больных, на третьи сутки — у 14,6%, на пятые сутки — отмечали нормальные показатели лейкоцитов в периферической крови.

Динамическое УЗС "зоны интереса" т.е. картина ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде выявило характерные особенности: после 1-х суток с момента операции в проекции ложа визуализируется относительно эхооднородное образование округлой формы, эхоплотность которого выше эхоплотности прилегающей к ложу паренхимы печени. Его внутренняя эхоструктура определяется беспорядочным чередованием относительно небольших гиперэхогенных полей неправильной формы. Границы гиперэхогенного образования, находящегося на месте удаленного желчного пузыря, достаточно четкие, и размеры его находятся в прямой зависимости от размеров удаленного желчного пузыря. На 3 сутки образование находящее в проекции желчного пузыря, становится более эхогенным. Внутри его начинают определяться выраженные гиперэхогенные включения расположенные беспорядочно, форма их различная. Это свидетельствует о том, что имеется очаг выраженной жидкой инфильтрации тканей, находящихся в зоне оперативного вмешательства, а не отграниченное жидкое образование. На 5 сутки образование, находящееся на месте желчного пузыря, более эхогенно: среди четко ограниченных гиперэхогенных зон начинают встречаться диффузно расположенные гипозоногенные включения.

В целом, применение методики однократной превентивной антибиотикотерапии при лапароскопической холецистэктомии характеризуется практически отсутствием болевого синдрома в послеоперационном периоде, нормализацией температуры тела и картины крови на третьи сутки после операции.

---

## ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Тайгулов Е.А., Цой О.Г., Баянбаев А.С., Туребаев Д.К., Сатвалдиев С.А., Абрахманова Л.М.**

*Республика Казахстан, г.Астана, медицинская академия, кафедра факультетской хирургии*

Основной составляющей комплексной консервативной терапии острого гнойного распространенного перитонита является антибактериальная терапия.

На сегодняшний день лечебная эффективность наиболее распространенных и не дорогих антибиотиков достигается путем повышения их концентрации непосредственно в очаге воспаления. Однако при этом не всегда учитывается способность препаратов связываться с белками и форменными элементами крови, в результате чего их активность ослабевает, а токсическое воздействие на органы и ткани сохраняется.

Это явилось поводом для разработки новых технологий по доставке различных лекарственных средств с использованием форменных элементов аутокрови, в частности — эритроцитов. Экспериментальные и клинические исследования показали ряд преимуществ данной методики, которые характеризуются созданием в тканях тропных органов высокой концентрации действующего вещества и его пролонгированием.

Нами произведено введение гентамицина включенного в тени аутологичных эритроцитов, через воротную вену, путем катетеризации левой или правой желудочно-сальниковых вен интраоперационно. При этом антибиотик не попадает в общее кровеносное русло, а направляется непосредственно в притоки воротной вены и далее в печень, что является профилактическим и лечебным мероприятием в отношении возможных абсцессов и пилефлебита.

Разработка вышеописанного способа производилась на животных при экспериментальном разлитом перитоните. Выявлена положительная динамика восстановления морфо-функциональных изменений печени, которая была более выраженной чем при традиционном введении антибиотиков. Это так же подтверждено данными лабораторных исследований (продукты ПОЛ-А03, гепатоспецифические ферменты, иммунологические показатели периферической крови).

Вышеизложенное дает основание предполагать, что предложенное нами целенаправленное подведение антибиотика к печени положительно отразится на динамике лечения больных разлитым гнойным перитонитом.



---

## НОВЫЙ ПЛЕНЧАТЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

**Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Картунов Н.И.**  
*г. Уфа Медицинский университет*

Спаечная болезнь брюшины (СББ) остается одной из сложных и до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии. Профилактика и лечение СББ представляются в клинической практике весьма сложной задачей, что связано в первую очередь отсутствием оптимальных методов её предупреждения. Поэтому в клинической практике продолжается поиск совершенных методов профилактики СББ с использованием новых технологий и разработок.

Целью нашего исследования явилась разработка нового пленочного препарата на основе гиалуроновой кислоты модифицированной 5-аминосалициловой кислотой (5-АСК) для профилактики СББ и апробация его в условиях хирургического эксперимента.

Гиалуроновая кислота (ГК), представляющая собой природный мукополисахарид, является одним из важнейших компонентов соединительной ткани. Обладает выраженным репаративным действием. Препараты на основе ГК и её солей успешно применяются для профилактики спайкообразования после хирургических операций (Holzmann S. et al., 1994; Rodgers K.E. et al., 1997; Haney A.F. 1998).

Разработанная нами пленка на основе ГК в модификации 5-АСК обладает дополнительно противовоспалительным действием благодаря введенному в состав нестероидному противовоспалительному препарату.

Экспериментальные исследования были проведены на двух сериях крыс-самцов линии Вистар (по 30 животных в каждой). Воспроизводился спаечный процесс путем травмирования брюшины, животным опытной группы на десерозированные участки брюшины наносилась пленка из ГК, принимавшая форму раны. Крысы выводились из эксперимента на 7 сутки путем передозировки эфирного наркоза. Производилась визуальная оценка выраженности спаечного процесса, подсчет спаек по балльной системе. Parietalная брюшина и органы брюшной полости подвергались гистологическому исследованию по общепринятой методике. Результаты исследований обработаны статистически, достоверность P<0.05. В контрольной группе спайки имели место у всех животных. В опытной группе спайки развились в 5 случаях, подпаивался сальник к области послеоперационного рубца. При гистологическом исследовании у крыс опытной группы брюшина не отличалась от интактной.

Выводы. Применение разработанного пленочного материала позволяет уменьшить травматичность операции, добиться восстановления целостности брюшины, что ведет к физиологической профилактики спайкообразования.

---

## МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Тимербулатов В.М., Сибаяев В.М., Гарипов Р.М., Уразбахтин И.М., Нагаев Н.Р., Сагитов Р.Б., Бадретдинов А.Ф., Сабиров Т.Т.**

*Республика Башкортостан, г.Уфа, кафедра хирургии ИПО медицинского университета*

Успешное лечение острой спаечной кишечной непроходимости минимально инвазивными методами— лапароскопически, минилапаротомно, либо комбинируя эти способы осуществляется во многих клиниках (Ю.Г.Панцырев,1996, А.Ф.Дронов,1996, Кригер А.Г.,1997, А.Г.Бебуришвили, 1999). Изучение ближайших и отдаленных результатов показывают значительные преимущества эндохирургии перед традиционными вмешательствами из-за их малотравматичности. При изучении влияния операционного доступа на микроциркуляцию брюшины с применением аппарата ЛАКК-01 НПП "Лазма" нами получены данные, которые показывают наименьшее влияние на микроциркуляцию при минимальных доступах.

Из перенесенных операций наибольший удельный вес приходится на часто выполняемые абдоминальные вмешательства — аппендэктомия и акушерско— гинекологические операции— их доля составляет 62%. По поводу ОСКН за период с 1994 по 2000г. в нашей клинике выполнено 168 диагностических лапароскопий. Показанием к этому методу исследования служили случаи, когда другие методы исследования не выявляли убедительных признаков ОКН, а консервативная терапия не имела эффекта 30,3% (51), неосложненная кишечная непроходимость с умеренным вздутием живота, подтвержденная рентгенологическим и ультрасонографическим методами 69,6% (117). Диагноз ОКН исключен в 25%(42) случаях и подтвержден у 75%(126) пациентов. Достоверным признаком острой кишечной непроходимости являлось обнаружение участка тонкой кишки, деформированного спайками, с расширенной приводящей и спавшейся отводящей кишкой. В 28,5%(48) случаях удалось лапароскопически рассечь спайки и устранить кишечную непроходимость. Конверсия производилась в случае явных затруднений 33,3%(56), при обнаружении некроза кишки 11,3% (19), распространенном перитоните 26,7% (45). В 3,5% (6) случаях лапароскопическое рассечение спаек дополнялось минилапаротомией из уточненного доступа при интимных сращениях тонкой кишки с париетальной брюшиной, в 1,7%(3) случаях из минидоступа выполнена резекция тонкой кишки при ее некрозе.

---

Лапаротомия 78,5% (132 случая) как метод выбора оперативного лечения выполнялась в случаях с ясным диагнозом, когда имели место длительное течение болезни, сильное вздутие живота, наличие множественных операционных рубцов.

Нами изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения больных после лапаротомной операции и после лапароскопического вмешательства.

Полученные данные показывают преимущества малоинвазивных вмешательств, при острой спаечной кишечной непроходимости.

## **ОРГАНОСБЕРЕГАТЕЛЬНАЯ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ**

**Тимербулатов М.В., Хасанов А.Г., Фаязов Р.Р.**

*Республика Башкортостан, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с курсом эндоскопии института последипломного образования*

В настоящее время клиницистами все большее внимание уделяется органосохраняющим операциям на селезенке в связи с расширением представлений о функциях селезенки и ее взаимоотношениях с другими органами и системами. Клинический материал составил 101 пострадавший с разрывами (88), ранениями селезенки (13), причем у 46 больных травма оказалась сочетанной. Лишь у 13 больных с явными признаками травматико-геморрагического шока, операции произведены без предварительных диагностических манипуляций. Органосохраняющие операции (ОСО) выполнены у 40 пострадавших. У 9 пострадавших с поверхностными ранами селезенки гемостаз достигнут коагулированием радиочастотным волноводом, электрокаутером или же тампонированием из лапароскопического доступа. Шов раны поврежденной селезенки выполнен 18 больным, причем в 6 случаях из мини-лапаротомного доступа. Для усиления швов использовали гемостатический препарат "ТахоКомб". В 3 случаях, при разрывах в области ворот селезенки лигировали основной ствол селезеночной артерии и тампонировали область кровотоечения большой кривизной желудка с использованием в виде подкладочного материала пряжи большого сальника. В 6 случаях произведена резекция селезенки путем лигирования артерии с сохранением сосудов желудка; клиновидном иссечении поврежденного участка с оставлением ткани селезенки вдоль места прикрепления ее связок; сопоставлением резецированных поверхностей при помощи 3-4-х разгрузочных кетгутовых швов, проведенных через серозно-мышечные слои передней и задней поверхности большой кривизны желудка с

---

захватом краев резецированных поверхностей. Спленэктомия выполнена 61 пострадавшему. У 46 пострадавших выполнена аутотрансплантация селезеночной ткани — в большой сальник, в круглую связку печени в гомогенизированном виде, пункционно, причем у 4 - после лапароскопической спленэктомии, у 12 — при наличии хирургической инфекции в брюшной полости. Для определения степени эффективности хирургической тактики с использованием использованных технологий мы провели сравнительный анализ клинического материала с 53 пациентами, оперированных в период 1992-1995 гг. Частота использования малоинвазивных технологий (МИТ), ОСО и заместительных методик по сравнению с данным периодом увеличилась примерно в 2,5 раза, послеоперационные осложнения снизились с 28,3% до 16,7%, летальность с 15,1% до 6,3%. Использование МИТ, ОСО в оперативном лечении травм селезенки способствует ранней топической диагностике, адекватному хирургическому вмешательству, существенному снижению инвазивности вмешательств, частоты послеоперационных осложнений и летальности и сохранению функционального состояния селезенки.

## **АНТИБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ**

**Тимербулатов В.М., Каланов Р.Г., Кузьмина З.С.**

*Башкортостан, г.Уфа, БГМУ; Больница скорой медицинской помощи*

В структуре расходов медицинских учреждений на лекарственные средства, на долю антимикробных препаратов приходится 40-50% (в некоторых стационарах) до 80% (Сидорско С.В., Яковлев С.В., 2000 г.). В отделениях хирургического профиля затраты на антибиотики стоят на первом месте в объеме медикаментов. Среди больных хирургического профиля 22 35% составляют больные с гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (Кулешов С.В., 1989).

Нами проведен анализ результатов лечения 413 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кожи, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи, в отделении хирургических инфекций в период с 2000 по 2001 годы. Среди обследованных преобладали мужчины — 37,7%; женщины составили 4Л,3%. По возрасту преобладали возрастные группы 41-50 лет — 76 больных (18,4%); 21-30 лет — 74 больных (17,9%).

По данным отечественных авторов частота встречаемости ассоциации синегнойной палочки и стафилококка при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей составляет 15,1%, в связи с чем данной категории больных целесообразно применять оксациллин, гентамицин, клафран.

---

По результатам нашего исследования в лечении больных наиболее часто использовались полусинтетические пенициллины — в 67,6% случаев; аминогликозиды — в 30%; цефалоспорины — в 1,4%, макролиды — в 1%. Продолжительность антибактериальной терапии у большинства больных — 318 (76,9%) составила 7 дней; у 83 (20,1%) — две недели. За время пребывания в стационаре 214 больным (51,3%) проведена двукратная смена антибактериального препарата, 58 больным (14%) — трехкратная.

Назначение полусинтетических пенициллинов было отмечено в 82,4% случаев у больных с флегмоной конечности; в 71,4% — при фурункуле; в 56,2% — при постинъекционном абсцессе. Аминогликозиды использованы в 42,5% — у больных с постинъекционным абсцессом, в 17,6% — с флегмоной конечности, в 37,5% — с карбункулом.

По данным бактериологических исследований в подавляющем большинстве случаев из ран была выделена грамположительная флора, и единичных случаях — ассоциация грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Существовавшее мнение о преобладании в стационаре стафилококковой инфекции, а затем грамотрицательной микрофлоры не потеряло значимости в наше время. При этом, по данным Яценко Ю.В. 1999 этиологическим фактором хронически протекающих нагноительных процессов часто являются условно патогенные грамотрицательные палочки, а при остропротекающих процессах — условно-патогенные грамположительные кокковые бактерии, что необходимо учесть при диагностике и лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей.

В больнице для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями используется "Способ лечения гнойных ран", разработанный Тимербулатовым В.М., Мехтиевым И.М. в 1999 г., заключающийся в местном комплексном воздействии на раневую процесс газообразного кислорода под повышенным давлением растворами 40% глюкозы, 5% аскорбиновой кислоты и антибиотика, который позволяет устранить микробную обсемененность в тканях, энергетический дефицит в клетках раны, стимулировать процесс коллагенообразования в ранние сроки и сократить сроки лечения больных в 2-2,5 раза.

Таким образом, регулярный фармако-экономический анализ расхода антибактериальных препаратов наряду с анализом динамики микробного спектра позволяет определить препараты выбора и резерва по хирургическому отделению, что существенно снижает затраты на лечение больных.

---

## ЛИПОСАКЦИЯ И ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

**Тимербулатов В.М., Попова О.В., Плечев В.В., Сорокина В.О., Попов О.С.**

*Республика Башкортостан, г. Уфа Башкирский государственный медицинский университет*

Липосакция — вакуумное удаление подкожного жира после его механической, электронной или ультразвуковой дезинтеграции — по праву считается самым популярным способом хирургической коррекции фигуры. Распространенность данной операции в эстетической хирургии объясняется достаточно отработанной методикой вмешательства, относительной его простотой, небольшим количеством осложнений и, в целом, хорошими конечными результатами лечения.

В процессе операции, преимущественно, удаляются липоциты, склонные к накоплению жира. Локализация этого, так называемого, "метаболически резервного жира" — латеральные отделы бедер, нижние отделы передней брюшной стенки, ягодицы, внутренние поверхности коленных суставов. Реже удаляется жир на плечах, спине, подбородочной области. При небольшом объеме и хорошей эластичности кожа легко сокращается, поэтому существует мнение, что возрастных противопоказаний для липосакции, практически нет.

На сегодня выполнено 102 липосакции. Возраст пациентов колебался от 17 до 50 лет. Среди пациентов было 5 мужчин. Сроки наблюдения от 6 месяцев до 10 лет. Преобладали такие локализации: передняя стенка живота—40, бедра, ягодицы, фланки—27, подбородок—5, область коленных суставов—5, молочной железы—4, другие локализации—6. У 15 пациентов липосакцию выполнили как корректирующее хирургическое вмешательство, например, при абдоминопластике. Граница 3-х литров аспирата никогда не превышалась. Использовались канюли 3-4 мм. В случаях, когда ожидаются большие объемы аспирата (более 2 литров) считаем целесообразным создавать запас плазмы этих же пациентов для ее реинфузии по ходу операции или после нее. Заготовку плазмы пациента проводили за 5-6 дней до операции. Средний вес плазмы, собранный за один сеанс плазмофереза — 580 г. Все 17 пациентов безболезненно перенесли эксфузию до 600 мл при режиме эксфузии — реинфузии "капля за каплю". Реинфузию проводили только растворами кристаллоидов.

Каких-либо серьезных послеоперационных осложнений не наблюдали. Отмечен один краевой некроз кожи у пациентки после липосакции внутренней поверхности бедер в сочетании с дермалипэктомией. В 5 случаях наблюдались значительные подкожные гематомы, в 10 — специфическое осложнение липосакции — неровность кожных покровов.

---

## МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Тумасов А.В., Безусов А.В., Буриков М.А., Михайлов В.В.**

*Россия, г. Ростов на Дону, ГУ "Южный окружной медицинский центр МЗ РФ" КБ № 1*

Аналізу подвергнут опыт лечения 612 больных с ЖКБ, которым в качестве хирургического доступа с июня 1997 года использовалась минилапаротомия по М.И.Пруткову набором "Мииниассистент" фирмы "МЕДИНА" город Екатеринбург. У больных имелась как изолированная патология желчного пузыря (хронический и острый деструктивный холециститы) так и сочетанная пузырная и протоковая патология (холедохолитиаз, холангит, стриктура холедоха, ложная киста холедоха, пролежень холедоха). Длина доступа колебалась от 3 до 5 см. По объему операции у 6% больных выполнена идеальная холецистэктомия, от которой в настоящее время решено отказаться с учетом осложнений связанных с неадекватным дренированием. В 84% случаев холецистэктомия выполнялась с ИОХГ, в 20% больным выполнена холедохолитотомия при этом 3 пациентам произведена интраоперационная холангиоскопия. 28 больным наложен холедоходуоденоанастомоз в модификации Юраша. У 8 пациентов симультантно выполнено грыжесечение по поводу вентральной грыжи. Операция дополнялась различными вариантами дренирования холедоха с использованием дренажа Кера, Вишневого, Холстеда. При этом, 95 больных имели тяжелую сопутствующую патологию: ИБС с нарушением ритма, состояния после ОНМК, тяжелый сахарный диабет, почечную недостаточность и т. д.. Одна больная была оперирована после 8 операций на брюшной полости, 4 из последних по поводу спаячной непроходимости. В одном случае больной успешно оперирован из минидоступа по поводу деструктивного холецистита. При этом в анамнезе у него была резекция желудка с несостоятельностью культи ДПК, вскрытие подпеченочного абсцесса и наложение холецистостомы. 18% пациентов оперированы под в/в наркозом без ИВЛ и релаксантов. Что существенно облегчало ближайший послеоперационный период. Интраоперационные осложнения имели место у 16 больных, при этом у 2 возникло кровотечение из правой печеночной и пузырной артерии, у одного пациента был ранен холедох. Эти осложнения не потребовали расширения доступа. При необходимости из минидоступа производилось ушивание ложа желчного пузыря. Послеоперационная летальность составила 0,32%. Ранние послеоперационные осложнения имели место у 4 пациентов и явились следствием неадекватного дренирования. Нагноение раны возникло в 5 случаях, что само по себе трудностей в лечении не вызывало и ликвидировалось в короткие сроки (3-5 суток).

В целом послеоперационный период у представленных больных протекал весьма сравнимо с периодом после телевизионных (закрытых) лапароскопических операций.

---

Таким образом минидоступ в лечении ЖКБ является методом выбора у больных с тяжелой сопутствующей патологией (сердечная, легочная недостаточность и т.д.) при которых имеются противопоказания для наложения пневмоперитонеума, в том числе у пациентов со спаечной болезнью, перенесших множество операций на органах брюшной полости.

## **ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИМПУЛЬСНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО РАЗРЯДА**

**Тургунов Е.М., Кожамбердин К.Е., Яхонов С.П.**

*г. Караганда, Медицинская академия*

Профилактика гнойных осложнений при экстренных операциях по поводу острых деструктивных заболеваний органов брюшной полости, осложненных перитонитом, является одной из важнейших проблем современной абдоминальной хирургии.

Целью настоящего исследования является изучение динамики микробного пейзажа операционной раны в процессе оперативного вмешательства и влияние на него импульсного электрического разряда в жидкой среде (ИЭР).

Были изучены результаты лечения 36 больных с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости, осложненными гнойным перитонитом, в качестве профилактики гнойных осложнений которым применена интраоперационная электроимпульсная санация. Возраст больных — от 17 до 67 лет, женщин — 53%, мужчин — 47%. В выборке преобладали больные с острым деструктивным аппендицитом, осложненным гнойным перитонитом — 25 пациентов (69,4%), при этом, местный гнойный перитонит наблюдался у 8 больных (32%), диффузный — у 17 (68%). Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки с разлитым гнойно-фибринозным перитонитом у 7 больных (19,4%), ущемленные паховые и бедренные грыжи с флегмоной грыжевого мешка — у 3 больных (8,3%) и 1 пациентка с гнойным tuboовариальным образованием, пельвиоперитонитом (2,9%).

Интраоперационная электроимпульсная санация проводилась следующим образом: после выполнения основного этапа операции — удаления источника инфекции, санации брюшной полости, ушивания брюшины, полость операционной раны заполнялась физиологическим раствором, погружался электрод, подключенный к аппарату УРАТ-1м, и рана обрабатывалась импульсными электрическими разрядами в течение 1,5-2 мин, в зависимости от ее размеров.



---

Всем больным трехкратно во время оперативного вмешательства взят материал на бактериологическое исследование - выпот при вскрытии брюшной полости, посев из раны после ушивания брюшины и посев из раны после обработки ИЭР.

Результаты исследований показали, что в микробном пейзаже среди аэробов преобладают *E.coli* (61,1%) и *St.haemolyticus* (16,6%), а среди анаэробов — различные виды бактероидов (27,7%) и пептококки (11,1%). Аэробно-анаэробные ассоциации выявлены у 14 больных (38,8%). Обсемененность выпота из брюшной полости (КОЕ) в большинстве наблюдений составляла 106-108. После основного этапа операции и восстановления брюшины количество КОЕ в операционной ране составляло 102 -105, причем вид микроорганизма во всех наблюдениях соответствовал тому, который был выявлен в начале операции. Это свидетельствует о том, что основным источником инфицирования операционной раны и, как следствие, причиной гнойных послеоперационных осложнений при перитоните является интраабдоминальный очаг инфекции, а не экзогенное инфицирование во время операции.

После электроимпульсной санации операционной раны отмечалось резкое угнетение микрофлоры. В 77,7% случаев роста микрофлоры не получено, в 16,6% произведен высев микроорганизмов только со среды обогащения, и только в 5,7% случаев получен слабый рост с обычной среды, КОЕ составило менее 102.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности электроимпульсной санации как метода интраоперационной профилактики гнойных раневых осложнений. В группе больных, которым проводился данный метод наблюдался только один случай нагноения раны — у больного 63 лет с острым гангренозно-перфоративным аппендицитом, диффузным гнойным перитонитом. Во всех остальных случаях течение послеоперационного периода — без осложнений.

Следует отметить, что использование интраоперационной электроимпульсной профилактики позволило в 83,3% случаев завершить операцию наложением "глухих швов" на рану и практически полностью отказаться от наложения первично-отсроченных швов, что значительно сокращает сроки заживления раны и, соответственно, период пребывания пациента в стационаре.

---

## АСПЕКТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

**Турлубеков К.К.**

*Республика Казахстан, г. Кокшетау, Городская станция скорой медицинской помощи*

Наше сотрудничество с национальным научно - практическим обществом скорой медицинской помощи (ННПОСМП) началось с конца 2000года. Многим врачам города, студентам медицинского колледжа был продемонстрирован видеоролик, посвященный небулайзерной терапии при приступах удушья. Данный метод лечения сегодня успешно применяется во многих лечебных учреждениях города. В станции скорой медицинской помощи имеются 4 небулайзера.

По рекомендации Московского государственного медико-стоматологического Университета (МГМСУ) с 2001г. стали применять сублингвальный метод купирования неосложненных гипертонических кризов кордафлексом в дозе 10-20мг. (фирма ЭГИС АО). При этом исходно и через каждые 15 минут в течении 1 часа контролировалась динамика состояния, АД, ЧСС, снималась ЭКГ, фиксировались возможные побочные явления. Результаты заносились в специально разработанную карту. Кордафлекс нами применён у 225 пациентов, обратившихся на станцию скорой медицинской помощи в связи с внезапным повышением АД. Среди обратившихся было 182 женщины (80,9%) и 43 мужчины (19,8%). Снижение уровня систолического и диастолического давления на 10% от исходного в течении 1 часа произошло у 60% больных и на 20% у остальных пациентов. Применение нифедипина (кордафлекса) мы рекомендовали всем лечебным учреждениям для купирования неосложнённых гипертонических кризов. Также для этих целей мы успешно используем ингибиторы ангиотензинпревращающих ферментов (энам, энап). В связи с внедрением новой методики купирования гипертонических кризов, произвели анализ расхода медикаментов, традиционно используемых для купирования гипертонических кризов за 6 месяцев 2001 и 2002г.г. За первое полугодие 2002г. всего сделано 9195 инъекций (магния сульфат, дибазол, клофелин, папаверин), что меньше на 18065, чем за аналогичный период 2001г. Сотрудничая с МГМСУ, проводим дистанционное обучение сотрудников по циклу "Фармакотерапия неосложнённых состояний на догоспитальном этапе". В настоящий момент обучение проходят 20 медицинских работников, что составляет 25% от всего количества врачей и фельдшеров нашей станции. 5 врачей являются членами ННПОСМП.

Таким образом, сотрудничество Кокшетауской городской станции скорой медицинской помощи с ННПОСМП мы существенно улучшили качество оказываемой медицинской помощи, повышаем уровень теоретической подготовки сотрудников, получили экономию финансовых средств.

---

## ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**Урсол Г.Н., Шевчук Н.Т., Давыдкин В.А., Бондарчук С.П.,  
Мазур Ю.Н., Сидоренко И.С.**

*Украина г. Кировоград Кировоградская областная больница. ЛДЦ "Ацинус".*

Целью нашего исследования было изучить влияние применения антибактериальных средств в профилактике и лечении больных в послеоперационном периоде оперированных в отделении грудной хирургии Кировоградской областной больницы.

За период с 1991 по 2001 год произведено оперативных вмешательств 3847, из них больные с различными новообразованиями органов грудной клетки 26.1%, воспалительными заболеваниями 21.6%, открытой и закрытой травмой грудной клетки 52.3%.

Профилактика послеоперационных осложнений проводилась по следующей методике: введение антибиотиков широкого спектра действия начиналось интраоперационно в суточной дозе и продолжалось в течение 2 - 3 суток в послеоперационном периоде в рекомендуемых производителем дозах; в первые 2 - 3 суток послеоперационного периода больному вводились, в рекомендуемых дозах, минимум две различные группы антибиотиков.

В дальнейшем придерживались стандартных методик ведения послеоперационных больных. Применение данной методики позволило сократить послеоперационный койко-день на 2,5 дня. Количество послеоперационных осложнений удалось сократить в два раза, летальность оперированных больных также в два раза.

период	количество операций	средний койко - день (послеоперационный)	осложнения воспалительного характера (количество случаев / % отношение к общему количеству операций)	летальность оперированных больных
1991 - 2001г	3847	18,40 дня	67 / 1,74%	4,03%
1991 - 1996г	2075	19,67 дня	46 / 2,21%	5,43%
1997 - 2001г	1772	17,14 дня	21 / 1,2%	2,64%

Таким образом, настоятельно рекомендуем внедрять в других лечебных учреждениях используемую нами методику.

---

---

## СПОСОБ ИНТУБАЦИИ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА ЧЕРЕЗ ОПУХОЛЕВУЮ ТКАНЬ В ВОРОТАХ ПЕЧЕНИ

**Федоров Н.Ф., Прохоров Г.П., Никитин М.Ю., Рыбаков С.Н.**

*Чувашская Республика, г. Чебоксары, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, медицинский институт, кафедра факультетской хирургии*

Опухоли ворот печени и в настоящее время являются актуальной проблемой в хирургии. Нередко, являясь причиной механической желтухи, они оказываются иноперабельными. В подобных случаях прибегают к паллиативным оперативным вмешательствам, в частности, к бужированию опухолевой ткани и дренированию печеночных протоков. Благодаря этому происходит значительное улучшение общего самочувствия пациента, ликвидируется желтуха и кожный зуд, а также продлевается жизнь больного. Нами предложен прибор для проведения аллопластического дренажа через стенозированный новообразованием общий печеночный проток.

Прибор состоит из направляющей трубки, в которую вставляют центральную полую трубку-расширитель диаметром сечения от 2 до 8 мм, длиной 20 см, свободный конец ее заканчивается полусферической головкой.

Принцип способа заключается в следующем.

После обнаружения общего печеночного протока в него вводят направляющую трубку, с вмонтированной центральной трубкой — она же является расширителем

Расширитель осуществляет туннелирование общего печеночного протока, стенозированной раковой опухолью. При этом полусферическая головка центральной полой трубки-расширителя расположена на уровне направляющей трубки. С появлением желчи центральную полую трубку вытаскивают. Затем через направляющую трубку вводят полихлорвиниловую или фторопластовую трубку соответствующего диаметра и длиной 10-15 см. Расширение начинают обычно с расширителя диаметром от 2 до 7 мм. Расширитель извлекают и сразу же вводят интубатор следующего диаметра. После этого направляющую трубку удаляют. Затем введенную хлорвиниловую трубку плотно фиксируют к общему печеночному протоку по Попову и отверстие в печеночном протоке ушивают

В зависимости от ширины общего печеночного протока вводят в него соответствующего калибра направляющую трубку

Способ испытан на 14 больных неоперабельными опухолями ворот печени в возрасте от 54 до 78 лет. Благодаря такой операции нам удалось продлить жизнь больным от 6 месяцев до года и более.

---

Способ интубации общего печеночного протока через опухолевую ткань с применением прибора дал несомненное преимущество — технически более простое. Следует подчеркнуть, что даже такая паллиативная операция, как интубация протока, благодаря декомпрессии внутрипеченочных протоков не только приносит кратковременное облегчение, но и продлевает жизнь больных на несколько месяцев.

## **ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Хаджибаев А.М., Асамов Р.Э., Ахмедов Р.А., Муминов Ш.М., Исамухамедов Ш.Ш.**

*Республика Узбекистан, г.Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ*

Несмотря на стремительное развитие медицины тромбоэмболия легочной артерии является одной из главных причин летальных исходов у больных с тяжелыми заболеваниями. Проведение профилактических мероприятий имеет важную роль в снижении риска тромбоэмболических осложнений у больных хирургического профиля.

С начала функционирования хирургического блока РНЦЭМП МЗ РУз с мая 2001 года были госпитализированы 10647 больных, которым выполнены 5666 операций. Наибольшее количество операций выполнены в отделениях: абдоминальной хирургии — 3766 (66,4%), травматологии — 628 (11,1%), хирургии сосудов с микрохирургией — 540 (9,5%) и гинекологии — 410 (7,2%).

Профилактические меры венозных тромбоэмболических осложнений проводилось в соответствии с рекомендациями международных консенсусов 1997-2000 годов, по которым имеются три степени риска — низкая, средняя и высокая. В предоперационном периоде изучали стандартные показатели свертывающей системы крови (ВСК, ПТИ, тромботест, фибринолитическую активность, гематокрит). Особое внимание уделялось больным с варикозной болезнью или ПТФС, в анамнезе которых были тромбофлебиты, тромбозы и эпизоды эмболий мелких ветвей ЛА.

В группе с низкой степенью риска, профилактические мероприятия ТЭЛА сводились к эластической компрессии бинтом во время и в раннем послеоперационном (4-6 дня) периоде. В группе со средней степенью риска к бинтованию добавляли гепарин в дозе 2500-5000 ЕД х 4 раза в день подкожно. В последнее

---

время также широко используют введение с профилактической целью низкомолекулярного гепарина — фраксипарина (Sanofi) в дозировке 0,3 мл х 2 раза в сутки. В группе с высокой степенью риска профилактические мероприятия начинали в дооперационном периоде введением гепарина 5000 ЕД или фраксипарина 0,3 мл внутривенно с дальнейшей коррекцией реологическими растворами и дезагрегантами (пентоксифиллин, дипиридамол). В послеоперационном периоде консервативные мероприятия продолжались под контролем показателей свертывающей системы крови. Необходимо отметить, что одним из главных моментов профилактики ТЭЛА являлась ранняя активизация (при отсутствии противопоказаний) больных в послеоперационном периоде.

Данная методика профилактики позволило значительно улучшить результаты лечения больных. В раннем послеоперационном периоде тромбоэмболические осложнения наблюдались у 11 (0,19%) пациентов. Летальность составила — 0,12%.

Таким образом, целенаправленная профилактика до, во время и послеоперационном периоде в соответствии с рекомендациями международных консенсусов, позволяют значительно снизить тромбоэмболические осложнения и улучшить результаты лечения у больных хирургического профиля в условиях центра экстренной медицинской помощи.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

**Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1*

Несмотря на большое количество работ посвященных эндоскопической склеротерапии для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, такие вопросы как выбор способа введения склерозирующего вещества и профилактика его осложнений остаются еще нерешенными.

Эндоскопическая склеротерапия при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода нами была применена у 58 больных (47 мужчин и 11 женщин) в возрасте 57-54 лет. У всех больных была III степень варикозного расширения вен пищевода. Для осуществления склеротерапии нами использовались три методики. В первой группе инъекции склерозаната осуществляли в расширенные вены с целью их облитерации устранения варикоза (19 больных — 31,6%). Во второй — инъекции проводили паравенозно, что вызвало образова-

---

ние своеобразной защитной муфты из рубцовой ткани вокруг вен (7 больных — 12,3%). В третьей группе комбинировали введение склерозаната пара- и интравазально, что преследовало все терапевтические цели одновременно (32 больных — 56,1%). Различия по полу, возрасту, степени тяжести кровотечения среди этих групп не было. В просвет сосуда вводили от 4 до 8 мл 3% раствора тромбовара, а паравазально — 1% раствор этоксисклерола и 1% раствор новокаина. На высоте кровотечения склеротерапия произведена 42 больным (73,7%), а в (до 12 часов от момента поступления), отсроченном периоде — 16 (26,3%). Одновременно проводили склеротерапию всех венозных стволов у 10 больных первой группы, после проведения склеротерапии применяли балонный обтуратор Sengstaken-Blakemore. Применение зонда Блекмора позволило после проведенной манипуляции пережать вены в месте инъекции препарата. Рецидив кровотечения отмечен у 3 больных (16,6%) в первой группе, у 2 (28,6%) — во 2 группе и у 2 (63%) в третьей группе. Повторные сеансы склеротерапии позволили остановить кровотечение у 4 из 7 этих больных. Однако, несмотря на комплекс проводимых мероприятий, 3 пациента (по 1 из каждой группы, соответственно 5,6%, 14,3% и 3,1% больных) умерли от продолжающегося кровотечения.

Всего в первой группе умерло 3 больных (16,6%) — во второй — 2 (28,6%) и третьей — 5 (15,6%), общая летальность составила 17,5%.

Повторный курсы склеротерапии, направленные на полную облитерацию варикозного расширения вен и профилактику рецидива кровотечения, проведены нами у 46 больных.

В первой группе процедуру проводили в среднем 4,4-0,5 раза, во второй 5,1-0,6 раза и в третьей группе 3,1-0,4 раза. Ликвидация варикозного расширения вен была достигнута у 12 больных (86,7%) в первой группе, у 3 (6,0%) во второй и у 25 (92,6%) в третьей.

Через 6 месяцев после достигнутой полной облитерации были изучены результаты у 10 больных в первой группе, у 2 во второй группе и у 20 больных в третьей группе. При эзофагоскопии отдельные варикозные узлы и варикозные расширение вен I-II степени отмечены у 1 больного в первой группе, 2 во второй и у 1 в третьей группе. Этим больным были проведены однократные сеансы склеротерапии интравазальным введением склерозаната и достигнута полная облитерация вен и осложнения не наблюдались.

Таким образом эндоскопическая склеротерапия является эффективным методом лечения и профилактики кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка. При выборе метода склеротерапии предпочтение следует отдавать комбинированному пар- и интравазальному введению склерозирующего препарата.

---

## СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Касымов Х.С.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1*

В работе представлен анализ лечения 149 больных с портальной гипертензией (ПГ) и кровотечением из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, наблюдавшихся в клиниках госпитальной и факультетской хирургии с 1987 по 1999 годы. Возраст больных колебался от 15 до 75 лет, среди них было 67 женщин и 82 мужчин. У 118 больных ПГ обусловлена циррозом печени (ЦП) и 31 — внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). В зависимости от стадии по Чайдлу-Туркотэ все больные разделены на три группы "А", "В" и "С". В группу А условно включены 30 больных с ВПГ и 9 — ЦП, у которых на момент поступления при объективном осмотре асцит и желтуха отсутствовали. Группу В составили 43 больных с умеренным асцитом и выраженной желтухой.

Опыт показал, что указанные симптомы могут рассматриваться как ориентировочные критерии функционального ресурса печени, определяющего как возможный объем хирургической помощи, так и прогноз болезни.

После диагностики ВРВ пищевода при ургентной эндоскопии всем больным незамедлительно устанавливали зонд обтуратор Сенгстакена-Блекмора с одновременным проведением инфузионно-трансфузионной терапии и назначением препаратов, снижающих портальное давление.

В результате проведения консервативной терапии временный гемостаз получен у 141 из 149 больных (94,6 %), у 8 больных эффекта не было и кровотечение продолжалось, в результате 2 из них (гр. А) оперированы в экстренном порядке, остальные 6 (гр. С) умерли от печеночной недостаточности и анемии. После удаления зонда-обтуратора рецидивы кровотечения в сроки от 6 часов до 4 суток развились у 23 (16,3 %) из 141 больного. 9 больным (4-гр А и 5-В) из 23 была выполнена экстренная операция Танера-Петрова (прошивание пищевода и желудка), 4 (гр. С) — интравазальное эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода с достижением непосредственного гемостатического эффекта. Остальные 10 больных (гр. С), находящиеся в крайне тяжелом состоянии, несмотря на проведенный повторный комплекс консервативных мероприятий, умерли от прогрессирования печеночной недостаточности.

Учитывая высокий риск развития рецидива кровотечения мы срочно решали вопрос о последующей тактике лечения: операция, эндоскопическое склерозирование ЭС. Из 96 больных — 11 (гр. А) были оперированы спустя 8-12 часа по



---

сле остановки кровотечения. 56 (8 гр. А, 24 - В и 24 - С) спустя 12-72 часа. После остановки кровотечения произведено ЭС ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка в промежутке от 12 часов до 3 недель. Эндоскопическая склеротерапия произведена 40 больным (гр. В - 27 и С - 13).

13 больным группы (А) из 141 с ВРВ пищевода и желудка 2 ст. без эрозивного эзофагита после подготовки оперированы в плановом порядке. Общая летальность составила 26,2 %, в группе А и В летальность не отмечена, в гр. С летальность была 57,9 %.

Таким образом, опыт показал, что прогнозировать длительность гемостатического эффекта консервативной терапии невозможно, так как рецидив кровотечения может возникнуть у больных ПГ в любое время после достижения временного гемостаза. В этой связи, после остановки кровотечения консервативными мерами, необходимо как можно быстрее решить вопрос о методе окончательного гемостаза: операция, ЭС или продолжение консервативной терапии.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БОЕВОЙ ТРАВМЕ**

**Хрупкин В. И.**

*г. Москва, Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ.*

Одним из серьезных осложнений сочетанных и множественных ранений является развитие хирургической инфекции, существенно сказывающейся как на динамике раневого процесса, так и на функциональном состоянии всего организма раненого.

В полевых лечебных учреждениях проведено микробиологическое исследование боевых повреждений у раненых с сочетанными огнестрельными (33 чел.) и минно-взрывными ранениями (36 чел.). Основными доминирующими формами раневой инфекции были нагноение раны и раневые флегмоны (17,7%), перитонит (8,3%), генерализация раневой инфекции с развитием раневого сепсиса (3%) и анаэробная клостридиальная инфекция (0,3%). Этиологическая структура возбудителей раневых инфекционных осложнений в обеих группах раненых не имела достаточно выраженных различий, хотя удельный вес грамотрицательных бактерий был несколько выше в группе раненых с минно-взрывными ранениями (58,4% и 63,3% соответственно). Характерной особенностью микробного пейзажа минно-взрывных ран являлась высокая частота обнаружения монокультур микрофлоры (41,5%), существенно превышаю-

---

щая таковую при сочетанных огнестрельных ранениях (27,4%). Но на поздних стадиях раневого процесса (11-30 сутки) отмечалось сближение сравниваемых показателей, а качественный состав выделяемых из ран ассоциаций микроорганизмов не имел достоверных различий.

Несмотря на отсутствие отличий в микробном пейзаже минно-взрывных и сочетанных огнестрельных ран, инфекционный процесс у последней группы характеризовался более выраженной тяжестью, что обуславливало и большую частоту развития раневой инфекции. Поэтому важное значение придавалось применению антимикробных средств как для профилактики, так и для лечения раневой инфекции. Применение одного антибиотического препарата для профилактики и лечения гнойно-воспалительного процесса оказалось недостаточно эффективным. В связи с преимущественным выделением из огнестрельных ран микробных ассоциаций рациональная антибиотикотерапия была дифференцированной (в зависимости от этапа медицинской эвакуации) и комбинированной (изменение сочетаний антибиотиков).

На догоспитальном этапе применяли следующие комбинации антибиотиков: бициллин-3 (бензилпенициллин, ампициллин) со стрептомицином (канамицином); левомицетин с тетрациклином; тетрациклин со стрептомицином (канамицином).

Первая комбинация являлась основной и назначалась всем раненым. Вторая и третья комбинации были дополнительными и назначались при длительной (свыше 2-3 суток) задержке раненых на догоспитальном этапе и развитии клинических проявлений раневой инфекции. На госпитальном этапе раневые инфекционные осложнения при огнестрельных ранениях вызывались госпитальными штаммами бактерий, характерной особенностью которых являлась полирезистентность к антибактериальным препаратам. При этом эффективная антибиотикопрофилактика и терапия осуществлялись путем применения относительно равноценных (взаимозаменяемых) комбинаций антибиотиков. Наиболее адекватными комбинациями антибактериальных средств являлись следующие сочетания: современные аминогликозиды (гентамицин, амикацин, сизомицин) в сочетании с пенициллинами, или цефалоспоридами; или тетрациклинами или антибиотиками разных групп (рифампицин, линкомицин, клиндамицин, ристомидин, фузидин, левомицетин); полимиксин В в сочетании с пенициллинами, или цефалоспоридами, или макролидами, или тетрациклинами. Несмотря на относительную равноценность приведенных комбинаций, каждая из них имеет специфические особенности, что позволяет хирургу индивидуализировать антибактериальную терапию. В последние годы для проведения комбинированной антибактериальной терапии применялись различные сочетания цефалоспоринов 3 и 4 поколения, аминогликозидов, а также фторхинолонов с метронидазолом.

---

Есть и второй, более перспективный, путь - антибактериальная монотерапия. Такой путь предусматривает применение антибактериального средства последнего поколения и высокоактивного по отношению к большинству видов и штаммов бактериальной микрофлоры. С этой целью практикуется применение цефалоспоринов 4 поколения, новых карбапенемов, фторхинолонов, защищенных ингибиторами пенициллинов широкого спектра действия с антисинегнойной активностью (пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуналовая кислота и др.).

Из достоинств антибактериальной монотерапии можно отметить следующие: уменьшение риска неадекватного взаимодействия антибактериальных средств; уменьшение риска нежелательных взаимодействий с другими лекарственными средствами; уменьшение риска развития токсических явлений; уменьшение времени введения лекарственных препаратов; уменьшение объема использования антибиотиков и их попадания в окружающую среду; уменьшение стоимости лечения; облегчение работы медицинского персонала.

Полагаем, что антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия при тяжелой боевой травме должна быть не только целесообразной, но и адекватной в выборе антибактериальных препаратов, и вариабельной в использовании их сочетаний и комбинаций с учетом времени от момента ранения, а также особенностей этапов медицинской эвакуации.

## **ПОДБОР ОПТИМАЛЬНОГО АНТИБИОТИКА С УЧЕТОМ ВОЗМОЖНОЙ ДЕПРЕССИИ ФАГОЦИТОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА**

**Цой О.Г., Габбасов Е.М., Баянбаев А.С., Аскарров М.Б.,  
Куспанов М.А., Габдрахманова А.Б.**

*Республика Казахстан, г.Астана, медицинская академия, кафедра факультетской хирургии*

Одним из нежелательных эффектов антибиотикотерапии является антибиоз в отношении собственных клеток пациента, механизмы которого весьма разнообразные. При острой гнойной хирургической инфекции, в первую очередь, это касается нейтрофильных гранулоцитов, осуществляющих фагоцитарную функцию, обладающих иммунорегуляторными свойствами, играющих существенную роль в тканевом метаболизме.

Вышеприведенное послужило поводом для изучения ингибирующего эффекта различных антибиотиков на структурно-функциональные характеристики микрофагов крови у 72 больных острым гнойным распространенным перитонитом.

---

Исследование функционально-метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов производилось в НСТ-тесте с введением различных антибиотиков (ампициллин, клафоран, абактал, цефобид, метрид и др.) в дозах, обычно используемых при лечении распространенного перитонита. Модельными опытами *in vitro* в реакциях ЕА-РОН и ЕАС-РОН с добавлением антибиотиков изучена экспрессия иммуноглобулиновых и комплиментарных рецепторов фагоцитов. Препараты добавляли в тест-системы отдельно и в различных сочетаниях с учетом их совместимости. Исследования проведены всем больным в первые сутки стационарного лечения.

Анализ результатов опытов не выявил однотипных изменений как для каждого конкретного препарата, так и для их комбинаций. Результаты были сугубо индивидуальными.

При назначении антибактериальной терапии предпочтение отдавалось антибиотикам, оказывающий наименьший ингибирующий эффект. В последующем учитывались так же данные микробиологических антибиотикограмм и показатели иммунологических методов исследования.

В результате дифференцированного подбора оптимальной и адекватной антибактериальной терапии, вызывающей минимальную супрессию фагоцитарного звена неспецифической резистентности организма, число инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений снизилось почти на 1/3.

## **МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ МЕТОД ЗАКРЫТОЙ ТРОМБЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА КАК АЛЬТЕРНАТИВА АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ**

**Червяков Ю. В.**

*Россия, Ярославль, областная клиническая больница*

Цель исследования: выявить эффективность закрытой тромбэндартерэктомии кольцами Volmar у больных преклонного возраста, неоперабельных в аорто-бедренной зоне по сопутствующей патологии при декомпенсированной ишемии конечности.

Материал и методы исследования: в отделении хирургии сосудов Ярославской областной клинической больницы с 1998 по 2001 годы проходило лечение 127 пациентов с окклюзирующим поражением подвздошно-бедренного сегмента. В возрасте от 61 до 70 лет — 86 больных, старше 70 лет — 41. Из них хроническая ишемия конечности 2 Б степени встретилась в 75 случаях (59,0%),

---

а декомпенсированная ишемия (3-4 степени) — у 52 (41,0%). В последней группе, у 22 больных, при ультразвуковом обследовании артериального русла пораженных конечностей регистрировался крайне низкий коллатеральный кровоток по берцовым артериям (ИРСД ниже 0,2), а еще у 13 — кровотока вообще не регистрировался.

Результаты: Учитывая данные УЗИ, консервативная терапия у этих 35 пациентов признана бесперспективной. Принимая во внимание тяжелую форму ИБС, реконструкция аорто-бедренной зоны в 17 случаях не выполняма. Альтернативой ампутации конечности у данных больных признана операция закрытой тромбэндартерэктомии из подвздошно-бедренного сегмента кольцами Volmar из бедренного доступа. Интраоперационно, при возникновении значительных препятствий движению кольца, отказывались от данного способа восстановления кровотока, так как велика опасность разрыва артерии, и предпринимали попытку экстраанатомического перекрестного шунтирования. У 13 больных предложенная методика закрытой тромбэндартерэктомии с успехом использована. Получен удовлетворительный центральный кровоток из подвздошной артерии. Ишемия конечности купирована. Четырём оставшимся больным выполнено перекрестное бедренно-бедренное шунтирование с хорошим эффектом.

Заключение: методика закрытой тромбэндартерэктомии кольцами Volmar из подвздошно-бедренного сегмента технически достаточно проста и выполняется под спинальной анестезией из небольшого доступа на бедре. Реконструктивная операция в аорто-бедренной зоне у больных пожилого и старческого возраста, при наличии тяжелой формы ИБС, представляет значительную опасность возникновения кардиальных осложнений. Поэтому, при окклюзиях подвздошно-бедренной зоны и наличии декомпенсированной ишемии конечности, предложенный способ восстановления кровотока имеет неоспоримые преимущества и является методом выбора для спасения конечности.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Черданцев Д.В., Винник Ю.С., Первова О.В.**

*г. Красноярск, Красноярская медицинская академия, кафедра общей хирургии*

У больных острым панкреатитом из-за нарушения функции внешнего дыхания, транспорта кислорода кровью и декомпенсации механизмов энергопродукции в клетке развивается гипоксия смешанного генеза, нарушения в системе

---

поддержания агрегатного состояния крови, приводят к микротромбозам, блокаде сосудов микроциркуляторного русла с последующим развитием ишемии и очагов некроза, что является показанием к применению антигипоксантами терапии. Одним из представителей антигипоксантов класса сукцинатсодержащих препаратов является реамберин, который оказывает прямое воздействие на клеточный метаболизм и влияет на транспорт свободного кислорода в ткани.

Эффективность применения реамберина у больных панкреонекрозом была изучена у 26 больных панкреонекрозом (исследуемая группа), из них, в момент поступления, у 22 (84,6%) был диагностирован острый панкреатит средней тяжести и у 3 (11,6%) имела место тяжелая форма заболевания. У 12 пациентов (46,4%) в момент поступления присутствовали клинико-лабораторные признаки печеночной недостаточности.

Первоначально для инфузий реамберина использовали периферическую вену, а во время оперативного вмешательства катетеризировали правую желудочно-сальниковую вену для внутривенного введения препарата. Внутривенные инфузии реамберина в кубитальную вену начинали в течение первых двух часов от момента поступления больного в хирургическое отделение, один раз в сутки в дозе 10 мл/кг. Внутривенное введение осуществляли со скоростью 40-60 капель в минуту. Продолжительность курса лечения зависела от динамики нормализации основных клинико-лабораторных показателей и активности антиоксидантной системы. В среднем длительность курса составила  $7 \pm 2$  суток.

У больных, получавших антигипоксантами терапию, была зарегистрирована минимальная ранняя летальность в сравнении со всеми клиническими группами — 3,8%, поздняя летальность составила 11,5% и общая 15,4%, что также ниже, чем в других клинических группах. Вероятно, раннее аферентное воздействие с применением реамберина позволяет значительно снизить степень гипоксии, проявления синдрома системной воспалительной реакции, что сказывается на количестве ранних и поздних осложнений острого панкреатита и летальности.

Включение реамберина в комплексную терапию у больных панкреонекрозом снижает артериальную гипоксемию, восстанавливает энергетический обмен в клетке, стабилизирует окислительно-восстановительное равновесие, уменьшает эндогенную интоксикацию и, как следствие, проявления системной воспалительной реакции, оказывает влияние на респираторный, транспортный, метаболический уровень формирования гипоксического состояния.

Стабилизация энергопродуцирующих систем организма приводит к активации антиоксидантной защиты, реабилитации естественных механизмов детоксикации, что позволяет восстановить гомеостаз и улучшить результаты лечения у больных острым панкреатитом.

---

## ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Шабунин А.В., Иванов Д.А.**

*г. Москва, городская клиническая больница им. С.П. Боткина*

Количество больных острым панкреатитом неуклонно растет. Несмотря на применение современных принципов консервативной терапии и хирургической тактики, результаты лечения острого панкреатита остаются неудовлетворительными.

Объектом нашего исследования послужили 1229 больных острым панкреатитом. Оперировано 178 больных (14,4%). 1 группа 81 больной, которым применен только лапаротомный способ хирургического лечения (лапаротомия, секвестрнекрэктомия и оментобурзостомия). 2 группа 97 больных, которым первым этапом использованы минимально инвазивные технологии (МИТ), а вторым этапом лапаротомный способ хирургического лечения.

В лечении первой группы больных применялась традиционная хирургическая тактика, когда при не эффективной консервативной терапии и инфицированном панкреонекрозе выполнялись лапаротомные способы хирургического лечения. Лапаротомный способ в среднем предпринимался на 7 сутки и требовал многократных операций и секвестрнекрэктомий. Послеоперационная летальность составила 29,6%.

У второй группы больных применялись минимально инвазивные технологии (лапароскопическое дренирование брюшной полости, лапароскопическое дренирование парапанкреатического пространства и пункционно-дренирующий способ (ПДС) под контролем ультразвука.

Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнено 70 больным. Лапароскопическое дренирование парапанкреатической клетчатки применено у 18 больных. У 14 больных течение послеоперационного периода осложнилось инфицированием. У 6 больных имело место кровотечение различной интенсивности. В этой связи считаем, что показания к этому способу хирургического лечения должны быть ограничены. ПДС под контролем ультразвука применен у 61 больного. Видеолапароскопические способы в качестве первого этапа хирургического лечения использованы у 88 больных, что составило 90,7%. У 97 больных вторым этапом хирургического лечения послужил лапаротомный способ. Применение этапного способа лечения позволило увеличить сроки выполнения лапаротомии с 7 до 15 суток, уменьшить количество повторных операций и снизить послеоперационную летальность до 20,6%.

Таким образом, видеолапароскопические способы служат основной технологией первого этапа хирургического лечения острого панкреатита и позволяют улучшить послеоперационные показатели.

---

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПРЕЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В СОЧЕТАНИИ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ**

**Шавалеев Р.Р., Плечев В.В., Корнилаев П.Г.**

*Россия, г. Уфа, Российский федеральный центр пластической абдоминальной хирургии на базе клиники Башкирского госмедуниверситета*

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) и спаечная болезнь брюшины (СББ) представляют одну из сложных и до конца не решенных актуальных проблем хирургии 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 клинике госпитальной хирургии Башгосмедуниверситета на базе больницы №6 г.Уфы функционируют Российский Федеральный центр пластической абдоминальной хирургии. На основании опыта лечения более 3000 пациентов с ПВГ и СББ разработаны и нашли широкое применение новые методы диагностики, профилактики и хирургического лечения этой сложной патологии.

Традиционные методы профилактики СББ (искусственный пневмоперитонеум, введение в брюшную полость растворов лекарственных препаратов) ведут к повышению внутрибрюшного давления и имеют существенные ограничения. Поэтому наиболее эффективной является комплексная система, разработанная в Центре, включающая применение защитных полимерных пленок, денервации брыжеечных артерий и субтотальную резекцию большого сальника, что в совокупности надежно предотвращает спаечный процесс.

С целью профилактики брюшинных спаек при герниопластике, наряду с вышеуказанным, в последнее время начато широкое применение лоскутов аллогенной брюшины, фиксируемых медицинским клеем "Сульфакрилат" по линии шва со стороны париетальной брюшины. Путем специальной обработки и импрегнации антибиотиками этим трансплантатам придаются антиадгезивные и противомикробные свойства, необходимые для восстановления мезотелия поврежденных участков брюшины и профилактики вспышки "дремлющей" инфекции. С использованием этой методики выполнено 18 операций больным большими ПВГ. Послеоперационное течение у всех пациентов — благоприятное, выписаны в обычные сроки с выздоровлением. Контрольное обследование через 1 год показало отсутствие висцеропариетальных спаек в брюшной полости.

Таким образом, разрабатываемые современные методы профилактики СББ применительно к послеоперационным грыжам обеспечивают хорошие ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных этой сложной категории.



---

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 П.К., ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ

**Шамигулов Ф.Б., Мухамедьянов Г.С.**

*г.Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, БСМП г.Уфы*

Язвенная болезнь желудка и 12 п.к. является одной из наиболее распространенных патологий пищеварительной системы. Хирургия язвенной болезни насчитывает более чем вековую историю. В последние десятилетия наблюдался отказ от плановых оперативных вмешательств при гастродуоденальных язвах. Это было связано с высоким операционным риском при традиционных доступах, появлением новых высокоэффективных противоязвенных препаратов. С внедрением малоинвазивных технологий, совершенствованием техники оперативных вмешательств, под влиянием других факторов хирургия язвенной болезни получила новый импульс к своему развитию.

В период с 1996 по 2000 гг. в БСМП г.Уфы было оперировано в плановом порядке 243 больных язвенной болезнью желудка и 12 п.к., осложненных пенетрацией и стенозом. Из них у 106 больных были использованы методы малоинвазивной хирургии. Контрольную группу составили 137 больных, которые были оперированы путем традиционной лапаротомии. Всем больным в предоперационном периоде было проведено полное клиническое обследование, полноценная противоязвенная терапия. Об эффективности предоперационной противоязвенной терапии судили по эндоскопической картине и по показателям эрадикации *Helicobacter Pylori*.

В основной группе 44 больным была произведена резекция желудка, из них по способу Бильрот-1 оперированы 36 больных, по способу Бильрот-2 - 8 больных. В контрольной группе резекция желудка была выполнена 61 пациенту. По способу Бильрот-1 выполнено 54 оперативных вмешательства, по Бильрот-2 - 7. Средняя продолжительность операции в основной группе составляла 110 минут, в контрольной группе — 95 минут. У 21 пациента в контрольной группе с компенсированными формами пилоростеноза на фоне гиперсекреции и гиперхлоргидрии желудочного сока была произведена лапароскопическая ваготомия. Изолированная ваготомия в контрольной группе была произведена у 34 больных. 41 пациенту из контрольной группы была произведена лапароскопическая ваготомия, дополненная иссечением язвы, выполнением какой-либо дренирующей желудок операции из минилапаротомного доступа. 21 больному была выполнена пилоропластика, 11 больным — дуоденопластика. У 9 больных была проведена ваготомия с антрум-резекцией. В контрольной группе такие оперативные вмешательства были выполнены у 42 пациентов.

---

В послеоперационном периоде сердечно-легочные осложнения составили 12,5% в контрольной группе и 1,1% в основной группе. Средний койко-день после оперативных вмешательств в основной группе составил 7,8 суток, в тоже время в контрольной группе он составил 11,6 суток. Нагноение послеоперационной раны в основной группе мы не наблюдали. В контрольной группе нагноение послеоперационной раны произошло у 6 больных.

## ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЯСНЫХ ЖЕЛТУХ

**Шарипов В.Ш., Саидмурадова А.С., Авезов С.А.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, Институт гастроэнтерологии АН*

Цель: Оптимизировать лучевые методы исследования в распознавании холестазов неясной природы.

Материал и методы. Обследовано 368 больных различными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, сопровождающихся пролонгированной (от 20 до 180 дней) желтухой. Комплекс включал в себя: УЗИ печени — 368, чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ) сверхтонкими эластичными иглами Чиба — 368, чрескожную транспеченочную катетерную холангиографию (ЧТКХ) — 53, релаксационную дуоденографию (РД) — 112, гепатолимфографию (ГЛГ) — 268 и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРВХГ) — 67.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что из примененного комплекса наиболее информативной является ЧТХ. Чувствительность метода наиболее высока и приближается к 100% при дифференциации механической желтухи от паренхиматозной, а также опухолевой обструкции от каменной. При опухолях панкреатодуоденальной зоны данные о протяженности поражения холедоха получены при одновременном контрастировании желчных путей (методом ЧЧХ или ЧТКХ) и двенадцатиперстной кишки (методом РД). С помощью УЗИ печени во всех случаях билиарной гипертензии обнаруживались расширения внутрипеченочных желчных протоков. ГЛГ — дает возможность изучить состояние внутрипеченочной микроциркуляции. Информативность ЭРВХГ в самостоятельном виде наиболее высока при опухолях фатерова соска и холедохолитиазе (87%).

Таким образом, перечисленные методы позволяют рекомендовать следующий алгоритм лучевой диагностики: исследование следует всегда начинать с УЗИ печени, при наличии обструктивной желтухи показана ЧЧХ и по необходимо-

---

сти ЧТКХ; при высоком блоке после ЧЧХ применять ЧТКХ с последующей декомпрессией билиарной системы; при низком блоке вторым этапом является РД и если на основании ЧЧХ установлен холедохолитиаз, необходимо провести ЭРПХГ с последующей фатеротомией.

## **К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ЛИМФОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ**

**Шарипов В.Ш., Холматов П.К.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, Институт гастроэнтерологии АН Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибн Сино*

Цель. Определить место лимфографических исследований при хронических диффузных поражениях печени.

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного лимфографического исследования 250 больных (67 гепатитами и 183 циррозом печени). У 97 больных была выполнена антеградная лимфодуктография (ЛДГ), у 104 — инъекционная гепатолимфография (ИГЛ) и у 49 сочетание указанных методов (ЛДГ + ИГЛ). 207 больным была проведена пункционная биопсия печени иглой Вим Сильвермана с последующим морфологическим исследованием биоптата органа.

Результаты. При сопоставлении данных ЛДГ и ИГЛ с морфологическими признаками активности процесса в печени установлено, что наиболее выраженное нарушение центральной и внутрипеченочной лимфодинамики наблюдается при тяжелой степени некроза и воспалении органа. При хроническом активном гепатите протекающем с наличием мостовидных и мультилобулярных некрозов паренхимы, интенсивной гистиолимфоцитарной инфильтрацией портальной и внутридольковой стромы отмечается не только нарушение внутрипеченочной лимфоциркуляции, выражающейся контрастированием многочисленных внутрипеченочных лимфатических сосудов в виде густой сети, но и нарушением лимфообращения по грудному протоку (ГП), проявляющегося расширением ГП и его извилистостью, с ускорением, а иногда замедлением тока лимфы.

У больных циррозом печени нарушение центральной и внутрипеченочной лимфодинамики была более выражена и зависело как от степени тяжести портальной гипертензии, так и от активности процесса и морфологического типа цирроза. При активном макронодулярном циррозе обнаруживались

---

признаки резорбционной и механической недостаточности грудного протока с одновременным контрастированием множеств лимфатических сосудов печени вплоть до лимфоузлов ворот печени, а иногда контрастировались кишечный ствол и цистерна *Chyli* ГП.

Таким образом, исследования лимфатической системы при хронических диффузных поражениях печени должны быть значительно расширены и комплексны, включая ЛДГ и ИГЛ. Причем считаем, что ИГЛ дает ценные сведения о состоянии внутрипеченочного лимфообращения и непосредственно показывает нарушения микроциркуляции и активности процесса в печени. Поэтому исследования целесообразно начинать с ИГЛ и затем, по показанию выполнить ЛДГ.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

**Шерназаров И.Б., Султонов Ш.Р.**

*Республика Таджикистан г. Душанбе, Республиканская клиническая больница им. А.М. Дьякова*

Основным методом лечения крипторхизма является оперативное низведение и фиксация яичка ко дну мошонки в сочетании с гормонотерапией (Ерохин А. П., Воложин С.И., 1995., Пулатов. А.Т. с соавт. 1996., Азизов А.А., Шерназаров И.Б., 2000).

Единого мнения в выборе оптимального возраста и метода хирургического лечения детей с крипторхизмом нет.

Наблюдения, касающиеся 685 детей с крипторхизмом в возрасте до 14 лет, и изучение соотношения гонадотропных и половых гормонов оперированных по поводу крипторхизма 184 детей позволили сделать вывод, что результаты оперативного вмешательства низведению яичка оказываются более эффективным у детей, оперированных в возрасте до двух лет. (Пулатов А.Т., Вознесенская Н.В. Шерназаров И.Б. 1995).

За последние десять лет в клинике прооперированно 112 детей с крипторхизмом в возрасте до двух лет. Больные оперированы по Петривальскому-Шумакеру с некоторыми видоизменениями. Крипторхизм был правосторонний у 58 (51,8%), левосторонний — у 41(36,6%) и двусторонний у 13(11,6%) больных.

Наша методика заключается в том, что создание ложа в мясистой оболочке мошонки для яичка производится не через кожу, а изнутри со стороны операционной раны. Для этого мошонка выворачивается на изнанку в рану с помощью лигатуры, проведенной через дно мошонки.

---

Из 112 оперированных по Петривальскому-Шумаккеру в нашей модификации возникла необходимость к подтягиванию яичка по Гроссу у 17(15,1%) больных. У остальных детей наша методика оказалась эффективной. Больным до, во время и после операции проводилась гормонотерапия хорионическим гонадотропином (ХГ).

Согласно рекомендации ВОЗ дозы ХГ применяются в следующих дозировках: детям до 2-х лет — 250 МЕ, 3-5 лет — 500 МЕ, 6 лет и старше — 1000 МЕ в 1 мл. один курс. Считается, что гормональная терапия больных с крипторхизмом, даже не приведшая к низведению яичка в мошонку, важна для профилактики гипогонадизма и бесплодия.

Изучены непосредственные результаты лечения у всех 112 больных — у 92(82,1%) больных результат оценен хорошим. У остальных больных результаты были удовлетворительными. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

## **МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

**Шин И.П.**

*Кузбасский областной гепатологический центр, г. Кемерово*

Проблема выбора рационального метода декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе (МЖ) опухолевого генеза сохраняется в современных условиях. За период 1999-2001г.г. в КОГЦ пролечен 201 пациент с МЖ опухолевой этиологии. Мужчин — 85, женщин — 116. Возраст от 40 до 85 лет. Отмечена следующая локализация опухолевого процесса: рак головки ПЖ — 127, рак БДС — 24, рак гепатикохоледоха — 28, рак желчного пузыря — 12, рак (метастазы) печени — 10. В диагностический алгоритм кроме стандартного клиничко-лабораторного исследования входили: в обязательном порядке УЗИ, ФГДС с осмотром БДС; по показаниям — компьютерная томография (КТ), ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), ангиография, лапароскопия, чрескожная пункционно-аспирационная биопсия органов под УЗИ. Больным проводилось этапное лечение. На первом этапе выполнялась декомпрессия желчных путей в ближайшие 6-24 часа после установления диагноза и предоперационной подготовки. Для этого применялись следующие методы: чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ХС) под контролем УЗИ — 71, лапароскопическая холецистостомия — 11, чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ с предварительной ЧЧХГ — 92,

---

РХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) — 28, транспапиллярное дренирование холедоха (эндопротезирование) — 21. В 12 случаях выполнена, как ЧЧХС, так и эндоскопическая ретроградная декомпрессия.

Методы декомпрессии желчных путей зависели, прежде всего, от локализации опухоли. При обтурации дистального отдела гепатикохоледоха (опухоль головки ПЖ, терминального отдела холедоха, БДС) выполнялась ЧЧХС с бужированием опухоли или ХС. При опухоли БДС без признаков прорастания в головку ПЖ проводилась попытка РХПГ и ЭПТ с транспапиллярным дренированием холедоха. При неудачном исходе ретроградного дренирования выполнялась ЧЧХС или ХС. Выбор между ХС и ЧЧХС при низком блоке зависел от наличия обтурации опухолью пузырного протока, условий для выполнения вмешательства, степени билиарной гипертензии, анатомических особенностей строения протоковой и сосудистой системы. При опухоли проксимальных отделов гепатикохоледоха (рак общего печеночного протока, желчного пузыря, метастатический рак в ворота печени) проводилась ЧЧХС с бужированием опухоли и установкой стентов. Предварительно выполнялась ЧЧХГ для уточнения локализации и степени протяженности блока. ЧЧХС сохраняется в послеоперационном периоде для декомпрессии билиодигестивного анастомоза. В 12 случаях ЧЧХС с бужированием опухоли стала заключительным этапом в лечении инкурабельных больных.

Таким образом, больным с МЖ проводилось этапное лечение, декомпрессия желчевыводящих путей в наиболее ранние сроки после установления диагноза. Выбор метода декомпрессии зависит от локализации и распространенности опухолевого роста. Предпочтение отдается ЧЧХС как универсальному методу, обеспечивающему наиболее адекватную декомпрессию желчевыводящих путей.

## **ОДНОМОМЕНТНАЯ ПЛАСТИКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ**

**Школьник Л.Д.**

*Россия, г. Москва, Московский Государственный Медико-стоматологический Университет; ГКБ №33 им. проф. А.А. Остроумова*

Рак молочной железы является наиболее частым злокачественным заболеванием у женщин, занимая 27% в структуре онкологической заболеваемости. 18% смертей от злокачественных новообразований приходятся на рак молочной железы. Учитывая то, что успех лечения напрямую зависит от стадии, на которой выявлен процесс, проблема ранней диагностики РМЖ становится одной из наиболее актуальных.

---

### Проблемы ранней диагностики РМЖ.

Методы исследования молочной железы можно условно разделить на диагностические и скрининговые. Ранняя диагностика рака молочной железы невозможна без активных скрининговых мероприятий, то есть регулярных массовых обследований женщин. К скрининговым методам предъявляется ряд требований: безопасность, точность, простота, дешевизна, высокая пропускная способность. Существующие методы диагностики заболеваний молочной железы не удовлетворяют всем указанным критериям.

Так наиболее распространенный метод рентгеновской маммографии, обладающий высокой точностью и высокой пропускной способностью, не рекомендован в качестве скринингового для женщин моложе 35 лет в связи с имеющейся лучевой нагрузкой. Кроме того, использование данной методики сопряжено с большими материальными затратами, связанными как со стоимостью маммографа и расходных материалов, оплатой труда врача-рентгенолога и лаборанта, так и с необходимостью в специально оборудованном помещении.

Другой метод диагностики — ультразвукография обладает меньшей точностью по сравнению с маммографией, но также требует затрат на аппарат и высококвалифицированного врача функциональной диагностики. Методы компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии обладающие наиболее высокой точностью диагностики связаны с затратами, исключающими их применение в качестве скрининговых.

Некоторое время назад на базе онкохирургического отделения ГКБ №33 проходила апробация нового скринингового метода диагностики заболеваний молочной железы КАСКЭД. Метод основан на измерении электрических характеристик биологически активных точек тела. Исследование было проведено 290 пациенткам и в 90% случаев отмечено совпадение компьютерного и гистологического заключений. По результатам исследования защищены диссертации на звание кандидата технических и медицинских наук.

### Лечение РМЖ

Несмотря на значительный прогресс в разработке лекарственных средств для химиотерапии рака молочной железы, хирургическое лечение наряду с лучевой терапией остается неотъемлемой частью комплексного лечения, особенно, учитывая российские экономические реалии.

Основным требованием к хирургическому лечению РМЖ должна быть радикальность операции. Тем не менее, на современном этапе развития онкологии должны быть значительно ограничены показания к все еще распространенной в нашей стране операции мастэктомии по Холстеду. Эта калечащая операция значительно инвалидизирует женщин, создает угрозу развития лимфостаза верхней конечности, послеоперационных контрактур, что значительно снижает работоспособность, социальную адаптацию больных. В настоящее время

---

операциями выбора при РМЖ стадии T2-4N1-2, без прорастания в грудные мышцы должны быть мастэктомия по Пейти и мастэктомия по Маддену.

При РМЖ стадии T1 могут выполняться подкожные мастэктомии, которые создают идеальные условия для последующей маммопластики.

При раке молочной железы стадии T1-2, показаны органосохраняющие операции: квадрант- и биквадрантэктомии с лимфаденэктомией. Эти операции производятся при локализации опухоли преимущественно в наружных квадрантах и относительно большом объеме молочной железы. Несмотря на большую популярность органосохраняющего лечения, его применение ограничено ранними стадиями РМЖ. Также имеет место увеличение числа местных рецидивов и нередко неудовлетворительные эстетические результаты.

**Реконструктивные операции при РМЖ**

К сожалению, в нашей стране и большинстве стран СНГ вопрос о целесообразности восстановления молочной железы после мастэктомии, особенно одномоментно, по-прежнему вызывает споры как между самими онкологами, так и между онкологами и пластическими хирургами. Будущее, без сомнения, за мультидисциплинарным подходом в решении этой сложной задачи. Задача реконструкции молочной железы должна быть включена в качестве необходимого компонента в комплексную программу лечения рака. Из множества предложенных способов реконструкции молочной железы лишь несколько выдержали испытание практикой и широко используются. Принципиально эти методы различаются по виду применяемого пластического материала: либо искусственными материалами, либо собственными тканями пациента.

**Аллопластика**

В качестве искусственных материалов для реконструкции молочной железы применяют специальные устройства — тканевой экспандер и имплантант. Одной из наиболее привлекательных сторон использования данного метода при реконструкции молочной железы после радикальных операций является техническая простота. Недостатком методики является широкий спектр осложнений, таких как инфицирование, образование капсулярной контрактуры, рецидивирующая серома, а также риск разрыва имплантанта. Несмотря на то, что по данным ряда исследователей эндопротезирование не увеличивает побочных эффектов химиотерапии, оно однозначно ограничивает возможность проведения лучевой терапии, являющейся неотъемлемой частью комплексного лечения РМЖ в нашей стране.

**Аутопластика**

Важным этапом в развитии восстановительной хирургии молочной железы стало применение кожно-жировых лоскутов на питающих мышечных ножках. Предложено большое число различных вариантов лоскутов, однако наиболее широко используемыми, безусловно, являются торако-дорзальный и TRAM лоскуты.



---

Кожно-жировой лоскут на питающей ножке из широчайшей мышцы спины впервые предложен I. Tansini в 1906 г. В настоящее время различные варианты лоскута широко используются для реконструкции молочной железы, так как его хорошее кровоснабжение редко приводит к краевым некрозам, которые отмечаются не более, чем в 3,5% случаев.

Кожно-жировой лоскут на питающей ножке из прямой мышцы живота (TRAM-лоскут) впервые применен J. Fernandez в 1968 г., а полностью восстановил им железу J. Drever в 1977 г. TRAM-лоскут является одним из наиболее популярных материалов для реконструкции молочной железы, так как имеет достаточную массу для формирования молочной железы. Кожа нижних отделов передней брюшной стенки идеально подходит по цвету для восстановления молочной железы, а жировая клетчатка живота по консистенции сравнима с паренхимой органа.

К недостаткам данного метода следует отнести такие осложнения, как частичные некрозы лоскута, по данным ряда авторов до 44%, и более редкие в виде пролабации брюшной стенки и возникновения грыж передней брюшной стенки.

В настоящее время хирурги используют TRAM-лоскуты на одной или двух питающих ножках (основанных на верхних глубоких эпигастральных артериях). Также возможно использование свободного TRAM-лоскута, основанного на нижней глубокой эпигастральной артерии, который имеет хорошее кровоснабжение, однако его использование технически сложно и предполагает использование микрохирургической техники.

Проблемы при проведении отсроченной пластики и преимущества выполнения одномоментной пластики молочной железы

При оценке результатов лечения важным компонентом является качество жизни больных. Так как ожидаемая потеря или ранее удаленная молочная железа изменяют психоэмоциональный статус женщины, оказывают негативное влияние на ее социальную адаптацию и, возможно, влияют на прогноз основного заболевания, актуальной проблемой современного лечения РМЖ стали различные варианты реконструктивно-пластических операций.

В прошлом хирурги часто пытались отсрочить реконструкцию молочной железы, чтобы сравнение результата реконструкции происходило с последствиями мастэктомии. Практика показала, что это крайне негативным образом сказывается на психологической реабилитации пациенток. Часто пациентки не хотят выполнять отсроченную пластику, чтобы вновь не чувствовать себя пациентками и переживать очередную эмоционально-травмирующую ситуацию.

Ранее считалось, что одномоментная реконструкция молочной железы может помешать обнаружению местных рецидивов. Двухлетний период ожидания оправдывался тем, что именно в этот период чаще всего проявляется рецидивирование. Однако рядом исследований доказано, что частота выявления местных рецидивов при одномоментной реконструкции такая же, как и просто после мастэктомии.

---

---

## Заключение

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть важность включения реконструкции молочной железы в комплексную программу лечения рака, а также указать на некоторые особенности ведения данной категории больных.

В связи с повышенным риском инфекционных осложнений при проведении одномоментной реконструкции молочной железы интересными представляются результаты исследования по применению иммуномодулятора тактивина, проводившегося на базе онкохирургического отделения ГКБ №33. Так, эндолимфатическое введение 1 мл 0,01% раствора тактивина по схеме 1 раз в день до операции и на 1, 2, 5 и 7 сутки после операции, позволило уменьшить число ранних инфекционных осложнений и краевых некрозов почти в 2 раза.

Более традиционным и технически менее трудоемким является предупреждение инфекционных осложнений путем рациональной антибиотикопрофилактики. На базе онкохирургического отделения ГКБ №33 проведено исследование по определению таксономической структуры возбудителей инфекционных осложнений у больных РМЖ, а также разработаны схемы антибиотикопрофилактики.

## **НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ЗАДНЕГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ БОЛЬШОГО ПРОТЯЖЕНИЯ**

**Шкрябай В.И., Лапаури Д.А., Гургенидзе М.Р.**

*Грузия, г.Тбилиси. центр реконструктивной реадaptивной военной урологии 4-ой клинической больницы*

Соловов П.Д. в 1932 году предложил свой метод восстановления заднего отдела мочеиспускательного канала и назвал его инвагинацией уретры. Он рекомендовал применять его метод при обширных рубцовых стриктурах задней уретры, исключающих возможность сшивания ее конец в конец. Метод получил заслуженную оценку.

Метод инвагинации уретры при стриктурах перепончатой и предстательной частей (операция Соловова) применяется в случаях, когда из-за рубцов невозможно произвести мобилизацию центрального конца поврежденной уретры и выполнить операцию Хольцова-Мариона, Техника выполнения ее следующая, Обнажают и мобилизуют луковичный отдел губчатой части мочеиспускательного канала, расположенный на 5-7 см периферичнее места сужения, Для облегчения этого в уретру через наружное отверстие вводят буж или катетер,

---

Уретру пересекают поперечно непосредственно у места сужения. Под контролем введенного антеградно через мочевого пузыря бужа иссекают рубцово-суженную часть уретры для образования туннеля, пропускающего 2-ой палец кисти. На периферический конец уретры соответственно четырем сторонам ее накладываются четыре длинные шелковые лигатуры, концы которых прикрепляются к выведенному в рану через образованный туннель со стороны мочевого пузыря бужу посредством надетой на него резиновой муфты.

Буж с лигатурами извлекают. Осторожными подтягиваниями за лигатуры мобилизованный периферический конец уретры инвагинируют в проделанный туннель. Особенности этого этапа состоят в том, чтобы не было сильного натяжения и уретра не выступала в просвет мочевого пузыря во избежание образования вентильного клапана. Лигатуры фиксируют к коже живота. Для того, чтобы инвагинированный участок уретры не выскальзывал, боковые стенки его фиксируют к окружающим тканям кетгутowymi швами. Это также способствует успеху операции при раннем прорезывании и отхождении лигатур.

Рану послойно ушивают. В нижний угол раны вводят дренажи. В мочевого пузыря устанавливают дренажную трубку. Лигатуры на 10-12-ый день прорезаются и отходят, насильственное их удаление нецелесообразно. В течение этого времени в уретру ежедневно вводят раствор антибиотиков. После отхождения лигатур проводят контрольное бужирование и при благоприятном исходе операции приступают к закрытию мочевого свища. Стенки его фиксируют к окружающим тканям кетгутowymi швами. Это также способствует

успеху операции при раннем прорезывании и отхождении лигатур.

Рану послойно ушивают. В нижний угол раны вводят дренажи, В мочевого пузыря устанавливают дренажную трубку. Лигатуры на 10-12-ый день прорезаются и отходят, насильственное их удаление нецелесообразно. В течение этого времени в уретру ежедневно вводят раствор антибиотиков. После отхождения лигатур проводят контрольное бужирование и при благоприятном исходе операции приступают к закрытию мочевого свища.

Наша модификация данной операции заключается в том, что в уретру вставляется тифлоновая трубка и периферический конец отсеченной уретры ушивается к ней хром кетгутowymi четырьмя узловыми швами. Отсеченная уретра по вентральной поверхности рассекается на 1,5 см. Уретра с трубкой инвагинируется через туннель проделанный до шейки уретры, Если шейка уретры склерозированна, склерозированный участок ее иссекаем. Резиновую трубку закрепляем над лобком за резиновый поплавок. После того, как на 12-13-ый день швы уретры на трубке прорежутся, к периферическому концу трубки подшиваем конец катетара Фалея, выводим через уретру над лобком.

Снимаем шов, катетор Фалея вновь вводим в мочевого пузыря и раздуваем, закрываем надлобковый свищ, Катетор Фалея убираем и больной начинает мо-

---

чится на 16-18-ый день. По данной нашей модификации, предложенной академиком МАИ Шкрябаем В.И., нами были прооперированны 11 больных со структурами заднего отдела уретры постравматическими от 6 до 8 см, с успехом. Они мочились удовлетворительно, закуляция сохранилась.

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА

### Шляпников С.А.

Вопросы антибактериальной терапии сепсиса до настоящего времени остаются одной из сложных и нерешенных проблем. Можно легко обнаружить, что большинство вновь разрабатываемых антибиотиков обязательно рекомендуется для лечения сепсиса. Рекомендации, при этом, даются самые общие (септицемия!?), что вносит дополнительную путаницу в схемы антибактериальной терапии.

Положение разительным образом изменилось за последние десять лет в связи с введением в клиническую практику критериев сепсиса, принятых на Согласительной конференции американских обществ пульмонологов и реаниматологов. Использование таких терминов как системная воспалительная реакция (СВР), сепсис, тяжелый сепсис и септический шок дало возможность очертить определенные группы (достаточно, конечно, условные, но, тем не менее, определенные!) состояний, которые требуют для своего лечения различных подходов, в том числе и дифференцированного использования схем антибактериальной терапии.

Развитие принципов доказательной позволяют говорить о том, что использование антибиотиков при лечении сепсиса обосновано доказательствами Иго (самого достоверного) уровня.

Исходя из принятых на Согласительной конференции определений сепсиса, можно считать, что появление двух и более симптомов синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) при верифицированном инфекционном процессе должно служить веским основанием для начала антибиотикотерапии.

Проведение дифференциальной диагностики с целью верификации качественной природы ССВР становится вопросом совсем не академического толка, так как назначение антибиотиков не по показаниям может принести значительный, иногда непоправимый ущерб. Верификация инфекционной природы системной воспалительной реакции, в соответствии с решениями Согласительной конференции, позволяет сформулировать диагноз сепсис, что, соответственно, требует назначения антибактериальной терапии.

Какими же принципами при выборе схем антибактериальной терапии должен руководствоваться врач?

Диагноз сепсис (в трактовке Согласительной конференции 1991 года), свиде-

---

тельствующий о появлении системных признаков инфекционного процесса позволяет считать достаточными различные препараты "первого" ряда, как в случае эмпирической терапии, так и при верифицированном возбудителе. Выявление признаков органной недостаточности (2 и более баллов по шкале SOFA), что свидетельствует о "тяжелом сепсисе", должно заставить врача вспомнить об антибиотиках, так называемого "резерва", современных принципах деэскалационной терапии". Развитие полиорганной недостаточности свидетельствует о крайне тяжелом нарушении органных функций и факторов защиты организма, что необходимо учитывать при выборе соответствующего антибактериального препарата. Помимо непосредственного прямого токсического эффекта на определенные органы (аминогликозиды — почки, рифампицин — печень и т.д.), это напрямую связано с фактом высвобождения индукторов медиатора, каковыми являются структурные элементы стенки бактерий, высвобождающиеся при распаде бактериальной клетки. К ним относятся липополисахарид (эндотоксин) грам-отрицательных и тейхоевая кислота — грам-положительных микроорганизмов. Их высвобождение при распаде или лизисе микроорганизмов способно в значительной мере увеличить органные дисфункции (прежде всего, воздействуя на сердечно-сосудистую систему), что должно быть обязательно принято во внимание. Конечно, это замечание относится к препаратам, обладающим бактерицидным действием. Надо также иметь в виду, что различные антибактериальные препараты по-разному влияют на высвобождение липополисахарида. Это также должно учитываться при выборе препарата.

Касаясь выбора препарата (препаратов) при лечении септического шока надо иметь в виду все то, что уже было сказано по поводу "тяжелого сепсиса", необходимо только в еще большей степени учитывать необходимость начинать сразу с "деэскалационной терапии", а также подбирать препараты с минимальным высвобождением эндотоксина. В настоящее время можно считать, что единственной группой препаратов, отвечающих этому требованию, могут считаться только карбапенемы (имипинем, меропенем).

Таким образом, можно говорить, что один из главных и наиболее важных принципов антибактериальной терапии сепсиса заключается в следующем: чем тяжелее выраженность генерализованной воспалительной реакции (ССВР, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок), тем более эффективный и безопасный антибиотик должен быть использован.

Антибактериальная терапия сепсиса, в подавляющем большинстве, носит эмпирический характер, особенно в начале лечения. Выбор препарата для эмпирической терапии основывается на органном походе (в каком органе или системе локализован инфекционный процесс), наиболее вероятном возбудителе по данным клинического обследования, а также — обычной резидентной флоре, присутствующей в пораженном органе. Исходя из первого принципа, подбирается препарат

---

---

имеющий максимально высокую тропность к тканям, вовлеченным в инфекционный процесс — остеотропные препараты при остеомиелите, проникающие через гематоэнцефалический барьер при инфекционных процессах в ЦНС и т.д. Выбирая антибактериальный препарат нужно помнить, что именно характер возбудителя, вызвавшего инфекционный процесс, осложнившийся генерализацией, является ведущим, определяющим фактором. Определив группу препаратов, действующих на конкретный возбудитель, производится последующий отбор препаратов, в зависимости от степени тяжести генерализованной воспалительной реакции.

Определяя схему антибактериальной терапии и производя выбор соответствующего антибиотика, мы всегда стоим перед дилеммой, что выбрать, вариант монотерапии с препаратом широкого спектра действия (более дешевый, менее токсичный, и т.д.) или комбинированной терапии (уже спектр, меньше резистентных штаммов и т.д.)? По этому поводу надо заметить следующее. До настоящего времени нет достоверной доказательной базы о преимуществах того или иного метода терапии. Поэтому, вероятно, выбор той или иной схемы терапии (моно или комбинированная) должны оставаться уделом опыта и вкуса врача.

Таким образом, осуществляется выбор препарата для проведения терапии. Можно полагать, что выбор препарата — это самый ответственный момент, после того, как показания для проведения антибактериальной терапии сформулированы. К этому этапу нужно относиться с чрезвычайным вниманием. Только учет всех факторов, влияющих на ход и эффективность антибактериальной терапии, позволяют минимизировать ее побочные эффекты и снизить риск неудач.

Развивающиеся признаки прогрессирования инфекционного процесса (сохраняющаяся температура, сдвиг лейкоцитарной формулы и т.д.) должны, прежде всего, направить диагностический процесс в сторону поиска ответа на вопрос: где, на каком этапе, инфекционный процесс стал развиваться не в том направлении, которое было спрогнозировано и почему это стало возможным? Надо заметить, что вместо постановки вопроса именно в такой плоскости, в подавляющем большинстве случаев ставится другая задача — замена одного антибиотика на другой, в связи с неэффективностью первого. И такие замены происходят иногда даже по несколько раз в день.

Еще раз хотелось бы напомнить, что развитие (прогрессирование) инфекционного процесса, на фоне выбранной с учетом всех влияющих на этот процесс факторов схемы антибактериальной терапии, в подавляющем большинстве свидетельствует о неадекватном хирургическом пособии или развитии недиагностированного осложнения, а не о неэффективности антибиотика. Обратно, если смена антибактериальной терапии приводит к положительному результату, это свидетельствует, прежде всего, о том, что первоначально была допущена ошибка. Это важные общие принципы, которые должен иметь в виду каждый врач, проводящий антибактериальную терапию в ходе лечения сепсиса.

---

## УПРАВЛЯЕМАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРАСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

**Шомадов Н.Ё., Холматов П.К.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1*

Распространённый гнойный перитонит до сих пор является актуальной проблемой абдоминальной хирургии, несмотря на широкое клиническое внедрение методов санации брюшной полости, рациональной антибиотикотерапии, экстракорпоральной детоксикации. Летальность при этом достигает 30-50%, а при сочетании распространённого гнойного перитонита с полиорганной недостаточностью 80-90% и выше.

Клиника хирургических болезней №1 Таджикского Государственного Медицинского университета им. Абу-али ибни Сино располагает опытом комплексного лечения 349 больных распространённым гнойным перитонитом, из которых 74,3% пациентов он сочетался с полиорганной недостаточностью.

Причинами развития перитонита были: осложнения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости и закрытых травм живота у 46% больных, осложнения после плановых и экстренных акушерско-гинекологических вмешательствах у 39%, осложнения после плановых операций на органах брюшной полости у 17%, что доказано литературными данными.

В качестве методов санации брюшной полости нами были использованы следующие методики: закрытое проточное постоянное промывание брюшной полости у 124 больных, этапное программированное промывание брюшной полости (плановая релапаротомия) у 98 больных, закрытое дренирование у 115 больных, открытое введение (лапаростома) у 12 пациентов.

Следует особенно отметить, что ни у одного из наших больных мы не применяли методы экстракорпоральной детоксикации, за исключением больных с острой почечной недостаточностью, которым требовалось выполнение операции экстракорпорального гемодиализа.

Как известно, основной показатель эффективности лечения перитонита — послеоперационная летальность.

По нашим данным после этапного программированного промывания брюшной полости этот показатель был наименьшим 20,2%, хотя в эту группу входили наиболее тяжёлые пациенты с полиорганной недостаточностью. При других способах санации брюшной полости показатели послеоперационной летальности мало отличались друг от друга, варьируя от 27,4% до 29,8%.

На основании проведенного нами исследования, можно сделать заключение, что этапное программированное промывание брюшной полости у больных

---

распространённым гнойным перитонитом в сочетании с полиорганной недостаточностью является наиболее рациональным методом лечения данной категории пациентов.

## **ПРОГРАММИРОВАННАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА**

**Шомадов Н.Ё., Холматов П.К., Касымов Х.С.**

*Республика Таджикистан, г. Душанбе, медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1*

Трудности диагностики и лечения послеоперационного перитонита (ПОП) определяются комплексом причин:

а) полиморфизмом микробной флоры, изменением реактивности макроорганизма, усугубленным хирургической агрессией, выраженной эндогенной интоксикацией (ЭИ);

б) стертой локальной симптоматикой, обусловленной послеоперационными изменениями гомеостаза и проводимым лечением (обезболивание, противовоспалительная инфузионная терапия);

в) скрытым распространением ПОП, обусловленным механизмами его развития (неполное устранение источников, несостоятельность швов, неадекватная санация или дренирование брюшной полости);

г) субъективными факторами (психологический барьер), препятствующими своевременному решению вопроса о повторной операции, чем объясняется общепринятая активная тактика при лечении ПОП (ранняя лапаротомия, адекватная санация брюшной полости). Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия играет вспомогательную, хотя и чрезвычайно важную роль в комплексе лечебных мероприятий. Оптимальные способы санации брюшной полости при ПОП остаются предметом дискуссий. Анализируя собственный опыт, мы пришли к выводу о целесообразности максимально активной хирургической тактики, реализуемой как метод поэтапной санации брюшной полости, разработанной в клинике.

Показанием к лапаростомии являются все виды распространенного ПОП независимо от этиологии и механизма его развития, в том числе полная эвентрация в гнойную рану. Исключение составляет лишь формирование изолированных послеоперационных внутрибрюшных абсцессов.

За последние 5- лет подобная тактика лечения была применена у 21-больного (0,6% от число выполненных в клинике плановых и экстренных лапаротомий) в возрасте 21-61 года. Причинами ПОП были: несостоятельность швов по-



---

лых органов (в т.ч. анастомозов) —7; неполная ликвидация источников перитонита — 10; неадекватная санация или дренирование — 4. При установлении диагноза ПОП (2-7 сутки после первой операции) обязательно выполняли экстренную лапаротомию, завершая её лапаростомией с последующей поэтапной санацией брюшной полости. Количество программированных санаций колебалось от 2 до 10 в зависимости от течения перитонита. Для промывания брюшной полости применяли 0,02% — ный водный раствор хлоргексидина биглюконата, 2%- ный раствор тиосульфата натрия, раствор фурацилина (1:5000) в сочетании с декомпрессией кишечника. Периодичность санации определялась клиническими данными и показателями ЭИ.

Показанием к ликвидации лапаростомы служила стойкая тенденция к разрешению перитонита (прекращение экссудации, регресс воспалительной реакции брюшины, восстановление перистальтики кишечника) и снижение уровня ЭИ. Удовлетворительные результаты были получены у 80,9% больных.

Осложнений лапаростомии (кишечные свищи, распространенные гнойные процессы в брюшной полости) не наблюдали. Образовавшиеся впоследствии послеоперационные грыжи брюшной стенки (3) были ликвидированы в плановом порядке. Летальность составила 14,2% (3 больных). Причина смерти: острая коронарная недостаточность (1), полиорганная недостаточность на фоне неразрешающегося, несмотря на комплексное лечение, перитонита (2).

Таким образом, ранняя лапаротомия с использованием поэтапной программированной санации брюшной полости — перспективный метод лечения тяжёлых форм перитонита, хотя зачастую используется как "операция отчаяния", преследуя своей целью спасение жизни больного. Необходимо, на наш взгляд, определять показания к применению метода во время первого оперативного вмешательства или релапаротомии, что несомненно отразится на улучшении результатов лечения.

## СОПУТСТВУЮЩЕЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Юдин В.А., Ананьин А.М., Сорокин Г.П.**

*Российская Федерация, г. Рязань, Городская клиническая больница №11*

Одним из частых сопутствующих заболеваний у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы является наличие прямых паховых грыж. Возникновение которых, детерминировано не только генетически, но и имеет прямую взаимосвязь с нарушением уродинамики. Считается, что одно-

---

временное выполнение грыжесечения и аденомэктомии представляет повышенный риск для больного. Поэтому, чаще всего производится раздельное выполнение этих двух операций. В то же время, длительный период пребывания больного в условиях операционного стресса, также неблагоприятно сказывается на реабилитации пациентов.

С целью поиска оптимального решения данной проблемы было предпринято выполнение симультанных операций у больных по разработанной технологии. У 6 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и имеющих прямые паховые грыжи, было выполнено одномоментное удаление гиперплазированной простаты с грыжесечением из внутрибрюшного доступа. Все больные оперированы под общим обезболиванием. Выполнено 9 грыжесечений, так как у трех больных грыжи были двухсторонние. Возраст больных был старше 55 лет.

Технология операции заключалась во вскрытии парапузырного пространства, выделении внутреннего входа в паховый канал, обнажении и резекции грыжевого мешка и ушивания дефекта в брюшной стенке узловыми нерассасывающимися нитями типа суджидак 1/0,0/0. Время, потраченное на выполнение грыжесечения и герниопластику составляло 10 - 15 минут. Каких либо технических сложностей не возникало. В раннем послеоперационном периоде больные отмечали комфортное состояние. В паховых областях не отмечалось зон повышенной болезненности и кровоизлияний. Максимальный отдаленный послеоперационный период — 2 года. Больному выполнена двухсторонняя герниопластика с одномоментной аденомэктомией. Рецидива грыж нет. Трудоспособен. Результатом операции удовлетворен.

Таким образом, выполнение одновременного грыжесечения и аденомэктомии по предлагаемой технологии является альтернативой двухэтапному варианту хирургического лечения.

## **ЭЛЕКТРОРЕТРАКТОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРЕТЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА**

**Юрьян А. О.**

*г. Петрозаводск, Петрозаводский госуниверситет*

Интерес клинической травматологии к вопросам лечения больных в возрасте 61 года и старше достаточно объясним тем, что летальность у пациентов этой группы в шесть раз, а в ближайшем послеоперационном периоде даже в восемь раз выше, чем у лиц молодого и среднего возраста.

---

Одной из достаточно частых причин гибели пожилых пациентов с переломами шейки бедра является тромбоэмболические осложнения (ТЭО). Их профилактика и лечение требуют исследования как исходного состояния гемокоагуляции, так и динамического контроля в течение всего периода проведения антикоагулянтной профилактики. Наиболее перспективными для целей динамического контроля состояния системы свертывания крови являются методы инструментального анализа, в частности, электроретрограф (ЭРГ).

С целью сравнительной оценки гипокоагуляционного эффекта различных непрямых антикоагулянтов и отработки системы контрольных исследований гемокоагуляции произведено изучение параметров системы свертывания крови у 127 больных с вертельными переломами бедра, где характер травмы, типичный возраст и вынужденная гипокинезия делали вероятность возникновения ТЭО достаточно убедительной.

С профилактической целью у этих больных в течение 10-12 дней использовался фраксипарин с последующим переводом на непрямые антикоагулянты. То есть, до месяца с момента операции назначались по схеме фенилин и омефин.

Во избежание синдрома отмены производилось постепенное снижение дозы препарата. Исследования гемокоагуляции с помощью электроретрографа (ЭРГ) проводились назначения препарата на 6-7, 10-12, 20-25 сутки после травмы, так как нас интересовали как непосредственная эффективность препарата в течение периода применения, так и продолжительность сдвига после их отмены.

Первичное исследование выявило достаточно четкие гиперкоагуляционные изменения. К 6-7 суткам с момента поступления антикоагулянтная профилактика позволила коррегировать патологическую динамику гемокоагуляции. Статистически достоверным оставалось только укорочение процесса ретракции сгустка. К 11-12 суткам выявился адекватный гипокоагуляционный сдвиг. Статистически достоверным по сравнению с нормой и в динамике было снижение начального сопротивления крови, удлинение времени свертывания крови и увеличение показателя ретракции кровяного сгустка.

В последующие сроки исследования наблюдалось постепенное снижение антикоагулянтной и фибринолитической активности крови, при чем при назначении омефина антикоагулянтный эффект был менее стойкий, таким образом, применение после фраксипарина непрямых антикоагулянтов позволит уравновешивать посттравматический прокоагулянтный сдвиг в течение длительного периода, причем повышение противосвертывающей активности удерживается в течение всего периода их назначения и только к исходу месяца с момента травмы происходит постепенное исчезновение гемокоагуляционного эффекта. Исследование ЭРГ позволяет оперативно получить объективную информацию о динамике гемокоагуляции у больных пожилого и старческого возраста с подобными тяжелыми повреждениями опорно-двигательного аппарата.

---

---

## УПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ: АБДОМИНАЛЬНАЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ЛИТВЫ

**Янушонис Винсас**

*Республика Литва, г. Клайпеда, Городская больница*

Многопрофильная узкоспециализированная городская больница Клайпеды обслуживает пациентов Клайпедского, Тельшайского и Таурагского округов (западный регион Литвы), оказывает амбулаторную консультационную и стационарную медицинскую помощь. Абдоминальная эндовидеохирургия, как эффективный метод управления хирургическими болезнями, в последнем десятилетии прошлого века стала рутинным методом лечения в ведущих клиниках мира. В городской больнице Клайпеды эндоскопические абдоминальные операции начаты в 1993 году.

Анализируются пациенты лечившиеся в больнице и в хирургическом отделении в 1992 году (до начала абдоминальной эндовидеохирургии) и в 1993-2001 годах.

В 1992 году в больнице лечилось 27012 пациентов, из них 1702 (6,3%) в хирургическом отделении. В 2001 году в больнице лечилось 42759 пациентов (37 %) больше по сравнению с лечившимися в 1992 году), из них в отделении абдоминальной хирургии 2575 (6%) (по сравнению с 1992 годом 34% больше).

В 1993-2001 годах в отделении абдоминальной хирургии произведено 2515 эндоскопических операций, из них 2400 (95%) составило лапароскопическая холецистэктомия.

В больнице эндовидеохирургическим методом оперируют опухоли печени, делают пластику паховой грыжи и апендектомию, удаляют селезенку и зашивают перфорированную двенадцатиперстную кишку. По нашим данным семь видов эндовидеохирургических операций сделано впервые в Литве, из них три - впервые в Балтийских странах (Эстония, Латвия, Литва). В настоящее время в больнице делается шестнадцать видов эндовидеохирургических операций.

Внедрение эндовидеохирургии разрешило за девять лет (1992-2001 г.г.) увеличить число пациентов в отделении абдоминальной хирургии на 873 (34%), увеличить операционную активность на 15%, укоротить срок пребывания хирургических больных с 12,2 дня до 7,1 дня (42%). Более чем два раза уменьшилась нетрудоспособность оперированных больных.

Вывод. Абдоминальная эндовидеохирургия является ведущим методом лечения больных с абдоминальной хирургической патологией и методом управления хирургическими болезнями, дающим медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

---

# ДОКЛАДЫ

## КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

чл. -корр. РАМН И.А.Ерюхин

Неограниченное расширение спектра известных микробактериологических агентов, с одной стороны, и применение постоянно пополняемого арсенала мощных антибиотиков - с другой, постепенно привели к изменению концептуальных представлений о самой проблеме хирургических инфекций. Еще совсем недавно разработка проблемы в интересах хирургической практики вполне удовлетворительно осуществлялась в пределах понятий и нозологических категории гнойной хирургии. При этом внимание концентрировалось на вопросах диагностики, санации и дренирования инфекционных очагов. Указанные вопросы и сейчас сохраняют свое важное значение. Однако стало очевидным, что для эффективного решения проблемы в дальнейшем необходимо исследование глубинных механизмов патологического процесса, развивающегося вследствие агрессивного воздействия неспецифической патогенной микрофлоры на макроорганизм. Кроме того, оказалось, что нерациональная многокомпонентная антибактериальная терапия может стать модным третьим патогенетическим фактором, оказывающим неоднозначное влияние на оба взаимодействующих начала. Поэтому сохраняющееся в практике применение "доступных" антибиотиков с ориентацией на данные больничных бактериологических лабораторий (с их весьма ограниченными методическими возможностями и недопустимо продолжительными сроками предоставления результатов) не только не помогает делу, но часто приносит существенный вред.

Начальные усилия по применению эмпирической антибактериальной терапии, проводимой до получения результатов бактериологических исследований, также не принесли удовлетворения, поскольку она носила последовательно-эскалационный характер и в таком виде служила лишь раздражителем для проявления неиссякаемого адаптационного потенциала

микромра. Внедрение принципа деэскалационной эмпирической антибактериальной терапии, безусловно, является шагом вперед, однако достаточно ясно, что и она не способна радикально изменить положение дел, поскольку, по сути, остается эмпирической, основанной на ожидаемых результатах, исходя из

---

"валовых" показателей, публикующихся в литературе. Таким образом, наступило осознание актуальной необходимости подключения к проблеме хирургических инфекций утвердившегося в последние десятилетия системного междисциплинарного подхода к различным сложным и особо сложным природным явлениям.

Под системой в общем смысле принято понимать более или менее организованную совокупность структурных и функциональных факторов, которая обретает новые качества, неприсущие отдельным компонентам совокупности или их сумме. Сложность системы образуется её многофакторностью и нелинейностью функций. Под нелинейностью имеется в виду сочетание прямых и обратных причинно-следственных связей и энергетическая их неравновесность. Особо сложные биосистемы, для которых многофакторность превышает возможность воспроизведения всех прямых и опосредованных функциональных связей в эксперименте или учета их в аппарате математического доказательства, проявляют себя по закономерностям феноменологии. Возможность раскрытия этих закономерностей сопряжена исключительно с системным подходом.

Именно такая ситуация воссоздается при тяжелых клинических формах хирургических инфекций, когда излечение не достигается одно кратным оперативным вмешательством, а антибактериальная терапия становится не вспомогательным, а одним из ведущих компонентов лечения. Её изначальная недостаточность или нерациональность приводят к затяжному, прогрессирующему течению и генерализации инфекционного процесса. Преимущество системного подхода в таком случае состоит в том, что он позволяет рассматривать на системном уровне не только внутренние (для одной системы), но и межсистемные причинно-следственные отношения, применяя к ним методы эмпирического междисциплинарного обобщения. Конструктивное объединение усилий клиницистов, микробиологов, эпидемиологов, иммунологов, специалистов по антибактериальной химиотерапии позволяет осуществить такой подход.

Обращение к системному подходу, тем более — реализуемому на уровне межсистемных отношений, предполагает выделение и четкое обозначение основных взаимодействующих систем. В изучении проблемы хирургических инфекций особое место занимает организм-хозяин как особо сложная биосистема с многоуровневой иерархией реализации функциональных подсистем. В ходе развития инфекционного процесса организм образует "ex tempore" своеобразный патологический биоценоз с микрофлорой, имеющей отношение к этиологии инфекции. Здесь и проявляется особая сложность исследования проблемы: приходится выделять и рассматривать соучастие в процессе помимо макроорганизма-хозяина, ряда дополнительных систем. Одна из них представлена внутренними естественными микробиоценозами организма, среди которых ведущая роль принадлежит кишечному микробиоценозу. Его саморегуляция нахо-

---

дится под контролем сразу двух мегасистем с достаточно императивными системообразующими факторами: многокомпонентной компактной высокоорганизованной системы организма-хозяина и не имеющей четкого пространственного ограничения, но не менее сложной системы микробиоты земной биосферы. Как известно, присутствие в организме человека и животных кишечного микробиоценоза необходимо. Оно служит главным фактором колонизационной защиты, вносит существенный вклад в пищеварение и висцеральную энергетику. Патологические преобразования в кишечном микробиоценозе (сукцессии), если они происходят под влиянием внешних или внутренних факторов, усугубляют риск развития тяжелых хирургических инфекций, а также — их генерализации.

Другая система — внешний для данного организма микробиоценоз, в котором основное место принадлежит нозокомиальной то есть неспецифической и полирезистентной микрофлоре. Её роль в инфекционном процессе не требует доказательств.

Следующая система — патологический микробиоценоз с динамической омикской доминирующей микрофлоры, который формируется в самом инфекционно-воспалительном очаге.

И, наконец, еще одна система факторов, влияющих на судьбу инфекционного процесса. Формируется в организме по мере обретения им пожизненного опыта в употреблении различных антибактериальных препаратов. Факторы этой системы "срабатывают" на этапе подключения антибактериальной терапии по поводу конкретного эпизода хирургической инфекции.

Таким образом, в одном неспецифическом по этиологии инфекционном процессе, обретающем тяжелое и затяжное течение, соучаствуют как минимум пять более или менее самостоятельных систем, от каждой из которых в определенной мере зависят динамика и прогноз хирургической инфекции. Взаимодействие этих систем осуществляется по прямым, нелинейным и многократно опосредованным функциональным связям, которые в дидактическом плане удобно рассматривать применительно к общеизвестной пентаграмме (пятиконечной звезде), обозначив каждую её вершину символом одной из указанных выше систем.

Изложенные обстоятельства лишь подтверждают справедливость сломившихся в последние годы принципов эмпирической и этиотропной антибактериальной терапии при хирургических инфекциях, но добавляют к ним еще один принцип — феноменологических. Это означает, что, приступая к антибактериальной терапии у конкретного пациента, необходимо иметь полноценную информацию обо всех соучаствующих в патологическом процессе системах, основанную на анамнестических и объективных данных, полученных путем эпидемиологического мониторинга, клинических и доступных бактериологических

---

---

данных. В особо сложных случаях полноценная интерпретация этих данных требует привлечения к компетентному решению специалиста по клинической антибактериальной химиотерапии.

## **ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ В БЕЛАРУСИ. ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

**доцент В.М.Лобанков**

*Гомельский государственный медицинский институт, Беларусь*

Перфорация — жизненно опасное осложнение, происходящее в среднем у 5% больных язвенной болезнью. Однако, если больные подвергаются чрезмерному воздействию неблагоприятных факторов и не получают адекватного консервативного лечения, риск перфорации может существенно повышаться. Подавляющее большинство прободений (75-85 %) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию. Основная часть больных — лица трудоспособного возраста, отмечается значительное, в среднем десятикратное, преобладание мужчин. В экономически развитых странах заболеваемость перфоративными язвами составляет 7-10 случаев на 100 тысяч населения в год. По данным международных когортных исследований, летальность за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и составляет при перфорациях дуоденальной язвы 5-13 %, а при желудочной — в 2-3 раза выше. Рутинной операцией в большинстве клиник является простое ушивание язвы. Результаты этой нерадикальной операции оставляет желать лучшего. В течение первого года рецидив язвы отмечается у 50-70 % больных, а к 10 годам подвергаются повторным операциям 60 % и более из-за развития стеноза, реперфорации, массивного кровотечения или сочетания осложнений.

В последние годы в странах СНГ и Беларуси в частности отмечен существенный рост частоты перфоративных язв. Однако целенаправленного многолетнего анализа частоты прободных язв в республике не было. Целью нашей работы было провести многолетний мониторинг перфоративных гастродуоденальных язв в Беларуси, выявить тенденции в развитии этого осложнения язвенной болезни, определить основные популяционные факторы риска.

Изучена ежегодная частота перфоративных язв за 1960-2001 годы по данным отдела статистики Минздрава Беларуси. С учетом постоянного изменения численности населения рассчитан показатель заболеваемости перфоративными язвами на 100 тысяч населения за эти же годы по республике. Также рассчитан



---

данный показатель по областям и г. Минску. Проведен анализ частоты и заболеваемости прободными язвами в каждую из декад изучаемого периода. Выявлены достоверные тенденции в динамике этих показателей. Определены основные макросоциальные факторы, влияющие на заболеваемость перфоративными язвами в настоящее время.

В 60-е годы в Беларуси происходило от 1050 (1969 г.) до 1272 (1966 г.) случаев прободных язв, в среднем за декаду —  $1143 \pm 56,2$ . Заболеваемость была в диапазоне 11,7 — 14,6, в среднем —  $13,3 \pm 0,6$ . Минимальной заболеваемость была в Минске, наибольшей — в Брестской области.

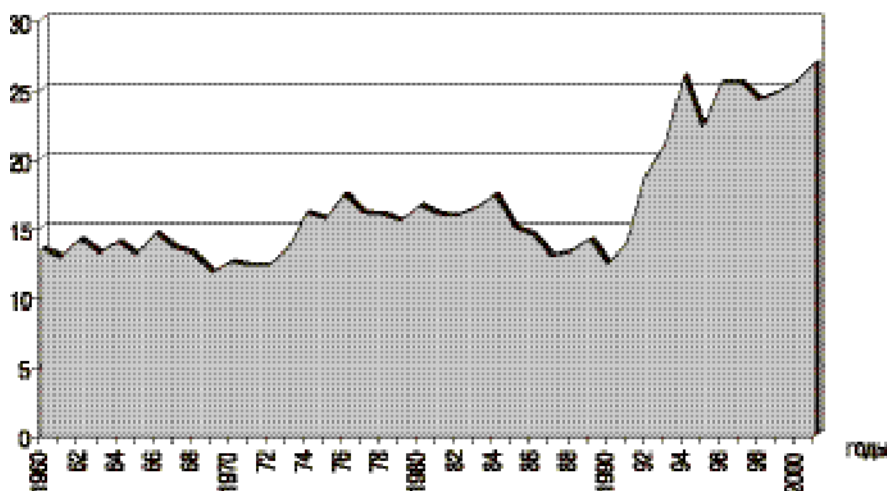
В 70-е годы ежегодно регистрировалось от 1114 (1971 г.) до 1628 (1976 г.) случаев перфоративных язв, в среднем за декаду —  $1368,3 \pm 173,8$ . Заболеваемость в целом по республике колебалась в пределах 12,2-17,3 на 100 тысяч, в среднем —  $14,7 \pm 1,7$ . По регионам минимальным за декаду средний показатель был в Минске, максимальным — в Гомельской области. Дважды за этот период в Минске в 1972 и 1973 годах зафиксирована заболеваемость ниже 10 случаев. Ни разу в 70-е годы заболеваемость прободными язвами в республике не превысила 20 случаев на 100 тысяч населения.

В 80-е годы в Беларуси отмечалось от 1308 (1987 г.) до 1714 (1984 г.) случаев прободных язв в год, в среднем —  $1505,0 \pm 98,2$ . Заболеваемость была в диапазоне 12,9 -17,3 соответственно в те же годы, в среднем —  $15,2 \pm 1,2$ . Наименьшим средний показатель за декаду был в Минске, наибольшим — в Могилевской области. Впервые в республике в 1980 г. в Могилевской области однократно был превышен рубеж в 20 случаев.

В 90-е годы по сравнению с тремя предыдущими декадами анализируемого периода ситуация кардинальным образом изменилась. Ежегодно в Беларуси происходило от 1260 (1990 г.) до 2685 (1994 г.) случаев прободных язв, в среднем —  $2198 \pm 396,4$ . Заболеваемость по республике изменялась от 12,3 до 25,9 на 100 тысяч населения, в среднем —  $21,4 \pm 3,9$ . Минимальной средняя заболеваемость была в Минске, максимальной — в Витебской области. Впервые в этой декаде был превышен уровень заболеваемости в 30 случаев: трижды в Витебской области (1994,1996 и 1999 гг.) и единожды — в Гомельской (1998 г.). Начало XXI века пока не дает повода для оптимизма. Бурный рост заболеваемости перфоративными язвами, имевший место 10 лет назад, прекратился, но тенденция к повышению этого показателя сохраняется. Так в 2000 г. в республике зарегистрировано 2559 прободных язв, в 2001 — 2678. Заболеваемость в эти годы составила соответственно 25,6 и 26,9 случаев на 100 тысяч населения. При сравнении заболеваемости по регионам выявлено, что продолжают "лидировать" восточные области Беларуси: Витебская, Могилевская, Гомельская. Только за два последних года 5 раз в этих областях превышен уровень заболеваемости в 30,0 случаев. Наглядно динамика заболеваемости перфоративными язвами представлена на графике.

---

Динамика заболеваемости перфоративными  
гастродуоденальными язвами по Беларуси (1960-2001 гг.)  
случаев на 100 тыс. населения



Прослеженная за достаточно большой временной промежуток динамика частоты прободных язв в Беларуси позволяет сделать определенные выводы как о язвенной болезни в целом, так и непосредственно о проблеме перфоративных язв. Прежде всего, мы считаем, что показатель заболеваемости перфоративными язвами может выполнять роль интегрирующего критерия эффективности медицинских мероприятий при язвенной болезни. Совершенно очевидно, что при устойчивом росте данного показателя соответственно должна повышаться интенсивность лечебных и организационных мероприятий по работе с этим контингентом больных. Удержание заболеваемости прободными язвами в оптимальных рамках возможно путем улучшения качества консервативного лечения в массовом масштабе с одной стороны и повышения роли плановой превентивной хирургии у потенциально угрожаемых по прободению больных — с другой. При эффективном взаимодействии гастроэнтерологов и хирургов риск этого осложнения теоретически будет ограничен "немными" перфорациями и прободениями у больных, игнорирующих рекомендации врачей.

Итак, до 90-х годов говорить о какой-либо устойчивой тенденции в динамике частоты перфоративных язв не представляется возможным. Различия в ежегодных показателях заболеваемости отражали естественные колебания этой величины. В первой половине 70-х годов отмечалось некоторое повышение заболеваемости, с середины 70-х до середины 80-х — стабилизация при среднем

---

уровне  $16,2 \pm 1,4$ , затем в период 1985-1990 годов — снижение до уровня  $13,7 \pm 1,2$ . Чрезвычайно интересным, на наш взгляд, является тот факт, что именно на последний период пришлось авария на Чернобыльской АЭС. Вне всякого сомнения, чернобыльская трагедия стала мощным стрессорным фактором. Однако реакции на эту аварию в популяции больных, потенциально угрожаемых по прободению, не последовало. Объяснение этому феномену еще предстоит сделать.

После 1991 г. начался без преувеличения обвальным рост заболеваемости прободными язвами. По сравнению с периодом 1985-1991 гг., когда отмечалось снижение заболеваемости, после некоторой стабилизации на новом уровне в 1994-2001 гг. этот показатель оказался удвоенным. Начало такого беспрецедентного роста заболеваемости перфоративными язвами совпало с распадом СССР и резким снижением материального уровня жизни населения. Для контингента анализируемых нами больных переживаемый обществом кризис стал несравнимо более значимым стрессорным фактором, нежели чернобыльская авария.

Рассматривая региональные особенности заболеваемости перфоративными язвами, можно отметить ряд закономерностей. Наименьший показатель зафиксирован в столице Беларуси, от среднереспубликанских данных он отличался в 1,2-1,3 раза. Объяснение этому нам видится в более высоком социально-экономическом статусе жителей Минска, а также в большей доступности, чем в регионах, квалифицированной медицинской помощи. При анализе заболеваемости по областям отмечено следующее: в 60-е и 70-е годы существенного различия не наблюдалось. В 80-е годы относительно повышенной заболеваемость была в Могилевской области. Максимальная разница появилась в 1994-2001 годах. Более высокой, чем в среднем по Беларуси, заболеваемость была в восточных областях, меньшая — в западных. Кроме г. Минска более благоприятной ситуация была в Гродненской области. Таким образом, в кризисные 90-е годы появилась территориальная разница по перфоративным язвам. Причины этого нам видятся в первую очередь в различном материальном уровне жизни. Исторически сложилось так, что западные области республики традиционно отличались более высоким благосостоянием населения.

Подводя итоги многолетнего анализа динамики частоты перфоративных гастродуоденальных язв в Беларуси, можно заключить, что социально-экономический фактор в настоящее время следует признать одним из доминирующих по риску развития такого осложнения язвенной болезни как перфорация. В свою очередь — низкий социально-экономический статус необходимо рассматривать как важнейший индивидуальный фактор риска осложненного течения язвенной болезни. Для компенсации негативных влияний кризисного периода на течение язвенной болезни необходимо повышать эффективность диспансери-

---

зации и роль плановой хирургии в лечении больных с тяжелым течением заболевания. Заболеваемость перфоративными гастродуоденальными язвами целесообразно включать в ежегодные отчетные показатели гастроэнтерологической службы как критерий эффективности лечебных и организационных мероприятий при язвенной болезни. С учетом накопления в популяции больных язвенной болезнью пациентов, перенесших ушивание перфорации, в ближайшие годы следует ожидать повышения потребности в хирургическом лечении из-за развития у существенной части этих больных новых осложнений (стеноза, кровотечений, реперфораций).

---

## Содержание

### Тезисы

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА <i>Абдуллаев Э.Г., Александров А.И., Бабышин В.В., Федоров Д.В., Кончугов Р.Ю.</i> .....	3
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ <i>Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Федоров Д.В., Кончугов Р.Ю.</i> .....	4
МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ <i>Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Федоров Д.В., Кончугов Р.Ю.</i> .....	6
РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ <i>Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Александров А.И., Федоров Д.В., Кончугов Р.Ю.</i> .....	7
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ И ПЛЕВРЫ <i>Абрамзон О.М.</i> .....	8
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РЕДКИМИ ФОРМАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Агапов В.В.</i> .....	10
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ТОГОПМ). <i>Азимова Ф.М., Каримов З.Д., Пулатова Ю.У, Касымова Д.М., Буралиева С.М.</i> .....	11
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БИЛИАРНЫХ ПРОТОКОВ И ОШИБКИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ахметов Е.А., Серикова С.Э., Самратов Т.У., Медеубеков У.Ш., Чорманов А.Т., Олжаев С.Т.</i> .....	12

---

ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ <i>Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А., Рамазанов М.Е., Медеубеков У.Ш., Керимкулов С.С.</i> .....	13
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТЕНОЗОВ ЖЕЛУДКА <i>Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Потапов В.А., Рахимов Е.Е., Медеубеков У.Ш., Ахетов М.Е.</i> .....	14
КОМПЛЕКСНОЕ ТОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ <i>Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Султанов Э.Ш., Медеубеков У.Ш., Ерманов Е.Ж.</i> .....	15
СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРА НА РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ <i>Амантаева К.К., Капанова Г.Ж.</i> .....	16
МИНИЛАПОРОТОМИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ <i>Амиров К.А., Каримов З.Д., Хусанхаджаева М.Т., Буралиева С.М., Юлдашев М.А.</i> .....	17
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С., Амантаева К.К.</i> .....	18
ПОРТОСИСТЕМНЫЕ ТРОМБОЗЫ <i>Андреев Г.Н.</i> .....	18
РОЛЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ <i>Аникина Е.В.</i> .....	19
ДЕЭСКАЛАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ БРЮШИНЫ ИМИПЕНЕМОМ-ЦИЛАСТАТИНОМ НАТРИЯ <i>Анисимов А.Ю., Зиганшина Л.Е., Мрасов Н.М., Галяутдинов Ф.Ш.</i> .....	21
ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЭКСТРИПАЦИИ ПИЩЕВОДА <i>Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Якубова М.Б., Тургунов А.М.</i> .....	23
МЕТОДИКА АДАПТАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА <i>Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Якубова М.Б., Тургунов А.М.</i> .....	24

---

---

ПРЯМОЙ ПИЩЕВОДНО-ПИЩЕВОДНЫЙ АНАСТОМОЗ ПОСЛЕ ЕГО РЕ- ЗЕКЦИИ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УКРЕПЛЕНИЕМ АНАСТОМОЗА <i>Арыбжанов Д.Т.</i> .....	25
ОСТРЫЕ ТРОМБОЗЫ И ТРОМБОФЛЕБИТЫ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Асамов Р.Э, Ахмедов Р.А., Муминов Ш.М., Дадамьянц Н.Г., Хамидов Б.П. Махмудов Б.И.</i> .....	27
РАЗРАБОТКА ФАЗОВОГО ПОДХОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТОВ <i>Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р.</i> .....	28
ВОЗМОЖНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТ- ВА ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ЖКБ С ПЕРИПУЗЫРНЫМ ГНОЙНО-ДЕСТ- РУКТИВНЫМ ПРОЦЕССОМ <i>Бабышин В.В., Абдуллаев Э.Г., Александров А.И., Зезин В.П., Федоров Д.В.</i> .....	29
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ РЕ- КОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ <i>Бадин А.М., Столяров С.И., Волков В.В.</i> .....	31
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ И МЕТОДЫ ИХ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ <i>Баландина И.А., Перепелицын В.Н., Сапегина Ф.З., Мехоношин В.Н., Шилова Ф.А.</i> .....	32
ЛАПАРОСКОПИЯ И УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ <i>Бараев Т.М., Масарский Л.Я.</i> .....	33
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИФОКАЛЬ- НЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННО- ГО ВОЗРАСТА <i>Баракат М.</i> .....	35
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В., Калмыкова О.П.</i> .....	36
РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ ЛИХТЕНШТЕЙНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ПРОТЕЗА <i>Бекшоков А.С, Егоров А.В., Гузнов И.Г.</i> .....	40
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОНКОЛОГИИ <i>Белоконев В.И., Кочетков Р.И.</i> .....	42

---

---

ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>Белоконов В.И., Пономарев О.А., Ковалева З.В., Качанов В.А., Супильников А.А.</i> .....	43
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ ИНЕРТНЫХ ГАЗОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ <i>Бельков А.В., Володченков В.А., Кирюшенкова С.В.</i> .....	44
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛИНТОНА ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Богданов А.В., Михайлова С.А., Ибатуллин Р.Д., Маслов В.Г.</i> .....	45
РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРВОГО ЛУЧА БЕСПАЛОЙ КИСТИ <i>Валеев М.М., Большаков Р.Е., Ильясов А.Ф.</i> .....	47
РЕКОНСТРУКЦИЯ КИСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТСЛОЙКЕ И ЭЛЕКТРООЖОГЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ <i>Валеев М.М., Большаков Р.Е., Ильясов А.Ф.</i> .....	48
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Везирова З.Ш., Аббасов Ф.Э., Гасанов Ф.Д., Рахмани С.А.</i> .....	49
КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <i>Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г., Попов А.И., Тетерин Г.В.</i> .....	51
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ <i>Вовк В.А., Вовк А.Д., Шевченко В.И., Дейнеко А.С., Бычков И.В., Кулик А.А.</i> .....	52
ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Возлюбленный С.И., Мамонтов В.В., Деговцов Е.Н., Колокольцев В.Б.</i> .....	53

---



---

<p>ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ В КОМПЛЕКСЕ С ИМУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <p><i>Волков А.Н., Ворончихин В.В., Дербенев А.Г., Оленин В.В., Сергеева О.С., Волков В.В., Бадин А.М., Столяров С.И., Григорьев В.Н., Осипов В.Ф., Добров А.В.</i>.....</p>	55
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНОЙ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ОЗОНИРОВАННЫМИ РАСТВОРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ СТАДИИ</p> <p><i>Волков А.Н., Ворончихин В.В., Сергеева О.С., Дербенев А.Г., Оленин В.В., Волков В.В., Бадин А.М., Столяров С.И., Григорьев В.Н., Осипов В.Ф., Добров А.В.</i>.....</p>	56
<p>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ СОМАТОТИПА</p> <p><i>Волков Ю.М., Гульман М.И.</i>.....</p>	57
<p>КОМПЛЕКСНАЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <p><i>Выренков Ю.Е., Шевхужев З.А.</i>.....</p>	58
<p>ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ</p> <p><i>Гиллер Д.Б., Гиллер Б.М., Гиллер Г.В.</i>.....</p>	60
<p>МЕТОДИКА КУПИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИТИЧЕСКОЙ БОЛИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕГЕМОГЛОБИНОВОГО НОСИТЕЛЯ КИСЛОРОДА</p> <p><i>Гирина О.Н., Вершигора А.В., Киржнер Г.Д.</i>.....</p>	61
<p>НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ ГЕРНИОСИСТЕМЫ</p> <p><i>Гогия Б.Ш., Адамян А.А., Аляутдинов Р.Р.</i> .....</p>	62
<p>ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ</p> <p><i>Голубев В.А., к.м.н. Качанов В.А.</i>.....</p>	63
<p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ</p> <p><i>Гульмурадов Т. Г., Паллаев М. Г., Саидов Р. Х.</i> .....</p>	65
<p>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ</p> <p><i>Гулямов Б.Т., Атаджанов Ш.К., Арипов У.Р., Саметдинов Н.Ю.</i> .....</p>	66

---

---

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПО- ЛИПЭКТОМИИ ЖЕЛУДКА <i>Даирбеков О.Д., Юнусметов И.Р., Рысбеков М.М., Арыбжанов Д.Т., Якубова М.Б.</i> .....	67
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА <i>Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И., Паламарчук В.К., Сердюкова Т.В., Васин Е.И.</i> .....	69
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Джаркенов Т.А., Жариков С.Н.</i> .....	71
РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Джаркенов Т.А., Жариков С.Н.</i> .....	72
ПЛАЗМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕ- КРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИА- БЕТОМ II ТИПА <i>Дуванский В.А., Мараев В.В., Дзагнидзе Н.С.</i> .....	73
ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В РЕЖИМЕ "НО- ТЕРАПИИ" ПРИ ПЛАСТИЧЕСКОМ ЗАКРЫТИИ ГНОЙНЫХ РАН <i>Дуванский В.А., Мараев В.В., Дзагнидзе Н.С.</i> .....	74
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МА- ЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ <i>Еремеев А.Г., Волков С.В., Лебедев С.В.</i> .....	75
ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИЯ АТИПИЧНО ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ОКОЛОЩИ- ТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ <i>Ерманов Е.Ж., Медеубеков У.Ш.</i> .....	77
РЕГИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ <i>Ефимов А.В. Сердюк Е.К.</i> .....	78
ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРИТОНИЗАЦИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕ- СКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Жеребина М.Ю., Михальский В.Ф., Ключева А.А.</i> .....	79
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛО- ГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Жидков С.А., Пландовский В.А., Зайцев В.Ф.</i> .....	80

---

---

ОЦЕНКА РЕАКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ <i>Жолмухамедов К.К., Засорин Б.В., Искаков А.Ж., Сахипов М.М.</i> .....	81
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 1995-2001 ГОДАХ <i>Замятин В.В., Дурасов В.В., Насибулин С.Р.</i> .....	82
УСТРАНЕНИЕ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ <i>Зуев В.В., Полухин В.Д.</i> .....	83
ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ОМСКА <i>Зятьков И. Н., Бобохидзе Г. А., Лобанов В. Г., Чертищев О. А., Черепанов И.Ю.</i> .....	84
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ ПРОЛЕНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ <i>Ибатуллин Р.Д., Михайлова С.А., Кармазов Ю.Е., Сауткин А.Г., Богданов А.В., Маслов В.Г.</i> .....	85
РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ <i>Иванов Ю.В.</i> .....	86
ГЕМОПЛАЦЕНТОПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <i>Изимбергенов Н.И., Жакиев Б.С., Имамбаев К.С., Калиев А.А., Жумагалиев Е., Райханова Л.</i> .....	87
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН <i>Казанков С.С., Бенеманский В.В. Калиниченко А.В., Гармашов В.И.</i> .....	89
СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ХРОНИЧЕСКОГО РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Калиниченко А.В., Казанков С.С., Бенеманский В.В.</i> .....	90
ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Калиш Ю.И., Садыков Р.А., Касымов А.А.</i> .....	91

---

---

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА <i>Капанова Г.Ж., Амантаева К.К.</i> .....	92
НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ МИКРОЧИПОВ <i>Карашуров С.Е., Ушаков Н.Д., Шорников В.А., Гудовский Л.М., Титова Н.Ю.</i> .....	93
К ВОПРОСУ СОВРЕМЕННОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА <i>Каримов З.Д., Кабулова Ф.К, Пулатова Ю.У., Азимова Ф.М., Касымова Д.М.</i> .....	94
МАЛОИНВАЗИВНАЯ МИКРОКАТЕТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ <i>Каримов З.Д., Азимова Ф.М, Пулатова Ю.У., Касымова Д.М., Буралиева С.М.</i> .....	96
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА ГЕЛИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ <i>Касумьян С.А., Жорова Е.М.</i> .....	97
СПОСОБЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Касумьян С.А., Некрасов А.Ю., Покусаев Б.А., Сергеев А.В., Бескосный А.А., Варчук О.Д.</i> .....	98
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Касымов У.К., Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р., Охунов А.О.</i> .....	99
ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ <i>Катанов Е.С., Алексеев В.С., Сорокин О.С., Харитонов А.И., Иванов С.Г.</i> .....	100
РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО КОСТНОГО МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ПРИМЕНЕНИЕМ АПП.ИЛЛИЗАРОВА <i>Качкинбаев И., Субанбекова А., Омурзаков Б., Исмаилахунов К., Абдрасулова З.</i> .....	101
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ БИЛИАРНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Кашаева М.Д.</i> .....	104

---

---

ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ <i>Климович И.И., Дорошенко Е.М.</i> .....	105
МЕТОДИКА РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ ПО ПОВОДУ РАКА БЕЗ ТРАХЕОСТОМИИ <i>Клочихин А.Л., Лилеев Д.В.</i> .....	106
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПОЛИМЕРНОЙ КОМПОЗИЦИИ С СОДЕРЖАНИЕМ ИОДА ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Клочихин А.Л., Чистяков А.Л., Белых С.И., Ларичев А.Б., Филиппов Ю.И.</i> .....	107
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Козель А.И.</i> .....	109
СПОСОБ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ <i>Комаров Н.В., Бушуев В.В., Канашкин О.В., Комаров Р.Н.</i> .....	110
СПОСОБ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА <i>Комаров Н.В., Бушуев В.В., Лобанов А.В., Комаров Р.Н.</i> .....	111
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ В ПРАКТИКЕ РАЙОННОГО ХИРУРГА <i>Комаров Н.В., Макаров Н.А., Камаев И.А., Комаров Р.Н.</i> .....	112
МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА <i>Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р., Султановская Л.П.</i> .....	113
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Корнилаев П.Г., Плечев В.В., Ганиев Р.Ф., Новокшенов С.Б., Дунюшкин С.Е.</i> .....	114
МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА <i>Корнилаев П.Г., Плечев В.В., Дунюшкин С.Е., Ганиев Р.Ф., Новокшенов С.Б., Шавалеев Р.Р.</i> .....	115
ТРАНСПЛАНТАЦИОННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ХИРУРГИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПАХОВЫХ ГРЫЖ <i>Корнилаев П.Г., Плечев В.В., Феоктистов Д.В.</i> .....	116

---

---

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АССОЦИИРОВАННОЙ ХЕЛИКО- БАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕН- НЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>Коршунова Т.П., Колеватых Е.П., Никитин Н.А., Подгорный Л.Ю., Дроз- дов А.Г.</i> .....	117
РОЛЬ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ НЕПА- РАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ <i>Краснов К.А.</i> .....	118
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПЕРИ- ТОНИТА <i>Краснов О.А. Греков Д.Н. Ооржак О.В.</i> .....	119
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ У ДЕТЕЙ <i>Круглый В.И.</i> .....	120
СОЧЕТАННАЯ МЕДИАСТИНО-ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА <i>Кузьмичев В.А., Друзенко О.А., Дыдыкин С.С., Ахметов М.М., Калакут- ская Н.Л., Соколов Н.Н., Селин В.С., Зенгер В.Г., Мазурин В.С., Ники- тин А.А.</i> .....	121
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В АБДОМИНАЛЬ- НОЙ ХИРУРГИИ <i>Кукош В.И., Кукош М.В., Гомозов Г. И., Емельянов Н.В., Завьялов В.В., Сикорский Д. Г.</i> .....	122
ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПО- МОЩИ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Кукош В.И., Кукош М.В., Гомозов Г.И., Емельянов Н.В.</i> .....	123
ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ <i>Кулакова Е.В., Кулакова Н.В., Толстокоров А.С.</i> .....	125
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВЫСОКОЧАСТОТНОГО АП- ПАРАТА С АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Куцовол С.П., Низовой А.В.</i> .....	126
Г ЛАПАРОСКОПИЯ — МЕТОД НАЧАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Лаужикас Г., Станайтис Ю., Петраускене Р., Струпас К.</i> .....	127

---

---

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА <i>Ликстанов М.И., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Краснова М.В.</i> .....	128
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ХИРУРГОВ И ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЦРБ <i>Лобаков А.И., Агафонов Б.В., Руденко М.В., Круглов Е.Е.</i> .....	129
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ <i>Мазунин В.Д.</i> .....	131
МИНИ-ЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ЦРБ <i>Мазунин В.Д., Андреев А.С., Степаненко М.Н.</i> .....	133
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА <i>Мазур Ю.И., Дыбас Б.В., Коваль А.Я.</i> .....	134
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ <i>Мазур Ю.И., Кузык А.С.</i> .....	135
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ <i>Майстренко Н.А.</i> .....	136
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ <i>Марденов А.Б., Аскарлов М.С.</i> .....	140
О ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО ПОДХОДА К ХИРУРГИЧЕСКОМУ КОМПОНЕНТУ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Маслов В.Г., Михайлова С.А., Ибатуллин Р.Д., Сауткин А.Г., Богданов А.В.</i> .....	142
ПРЕИМУЩЕСТВО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Медведева А.Б.</i> .....	143
ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОМАНАМ С СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ <i>Мельников В. В., Баранович С. Ю., Беребицкий С. Я., Паршин Д. С.</i> .....	144

---

---

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИ- СТЭКТОМИЙ, СОЧЕТАННЫХ С ГЕПАТОРЕГЕНЕРАТОРНЫМИ ВМЕША- ТЕЛЬСТВАМИ <i>Меньшиков И.Л.</i> .....	146
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОРАКОПЛАСТИКЕ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО ТИПУ ВО- РОНКООБРАЗНОЙ <i>Мизиев.И.А, Халилов.А.З., Ашхотов.Э.Р.</i> .....	147
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ФА- КУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ РКБ г.НАЛЬЧИКА <i>Мизиев И.А, Халилов А.З., Дыгов В.М., Тукузов А.Б., Ашхотов Э.Р.</i> .....	148
ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>Мизуров Н.А., Арсютов Г.П., Григорьев В.Н., Осипов В.Ф.</i> .....	149
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ <i>Мионов В.И., Шелест П.В.</i> .....	150
ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ <i>Михайлова С.А., Сауткин А.Г., Ибатуллин Р.Д., Маслов В.Г., Богданов А.В.</i> .....	151
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОСОВМЕСТИМОЙ ПОЛИМЕРНОЙ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ОПУХО- ЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Мовергоз С.В., Клочихин А.Л., Белых С.И., Ларичев А.Б.</i> .....	152
ЭКСТРЕННОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУ- ЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ НИЗКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ <i>Никитин Н.А., Подгорный Л.Ю., Дроздов А.Г.</i> .....	153
ЭФФЕКТОРНАЯ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ ГРАНУЛОЦИТАРНОЙ И МОНО- НУКЛЕАРНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИН- ФЕКЦИЯХ <i>Овчинников В.И.</i> .....	155
ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛИОМ КОЖИ <i>Окоемов М.Н., Коноплев В.Б., Кутасова Т.П., Тонэ Н.В.</i> .....	156

---



---

ОСЛОЖНЕНИЯ ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИИ <i>Оловянный В.Е., Авалиани В.М., Лихно С.Г.</i> .....	157
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ <i>Папулов В.Г., Шалаяпин В.Г., Остроухов Н.Ф., Огульков О.А., Оськин В.Н., Фадина Л.И.</i> .....	158
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДИ В МИЛЛИОННОМ ГОРОДЕ <i>Перепелицын В.Н., Загидуллин А.С., Цапаев Г.Н.</i> .....	159
ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРУЮ- ЩЕЙ ТЕРАПИИ <i>Петухов В.И.</i> .....	160
СТИМУЛЯЦИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮ- ЩИХ РАНАХ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫМИ ПОТОКАМИ И ЖИЗНЕСПО- СОБНЫМИ АЛЛОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТАМИ <i>Писаренко Л.В.</i> .....	161
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА <i>Пландовский В.А., Жидков С.А., Пландовский А.В.</i> .....	162
ИМПЛАНТАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИ- ЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ <i>Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р.</i> .....	163
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ <i>Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Дунюшкин С.Е., Ганиев Р.Ф., Шавалеев Р.Р., Пашков С.А.</i> .....	165
МИНИИНВАЗИВНАЯ ФАМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Новокшенов С.Б., Лихтер Р.А., Пашков С.А., Ганиев Р.Ф.</i> .....	166
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМЕННОГО СКАЛЬПЕЛЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Плешков В.Г., Афанасьев В.Н.</i> .....	167
ГНОЙНЫЕ МЕДИАСТИНИТЫ: ДИАГНОСТИКА, ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Полуэктов В.Л., Чертищев О. А., Зятков И. Н., Преображенский С.И., Черепанов И.Ю.</i> .....	171

---

---

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ И ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ПЕРИТОНИТА <i>Полянский И.Ю., Гринчук Ф.В., Андриец В.В., Максимюк В.В., Бродовский С.П.</i> .....	172
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Попов О.С., Ширяев А.А.</i> .....	173
УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СИНДАКТИЛИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ <i>Попов О.С., Сорокина В.О., Метелева Л.А., Попова О.В., Рачилин А.Г.</i> .....	174
РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ РАЗВИТОЙ НЕФТЕХИМИИ <i>Попов О.С., Басманов В.А., Кочанова В.А., Сорокина В.О., Попова О.В.</i> .....	175
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КРУПНЫХ СУСТАВОВ <i>Попова О.В., Сорокина В.О., Метелева Л.А., Попов О.С., Рачилин А.Г.</i> .....	177
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ОГВЗПМ) <i>Пулатова Ю.У., Каримов З.Д., Азимова Ф.М., Касымова Д.М., Буралиева С.М.</i> .....	178
К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН <i>Пулатова Ю.У., Каримов З.Д., Азимова Ф.М., Касымова Д.М., Юлдашев М.А.</i> .....	179
ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ <i>Путинцев А.М.</i> .....	180
НОВЫЙ СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Рамазанов М.Е.</i> .....	181
КРЕАТИНФОСФОКИНАЗА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВТОРИЧНОГО НЕКРОЗА ОЖОГОВЫХ РАН <i>Рахманина Л.В., Кантюков С.А., Цытович А.Л., Саломатин В.В.</i> .....	182
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК КАК ПРИЧИНА ОШИБОК ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Рахманов Б.Ж., Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Рустамов Х.Ш.</i> .....	184
ПЕРЕСАДКА ФЕТАЛЬНЫХ СВЕЖЕИЗОЛИРОВАННЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ <i>Рахматуллин С.И., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Тимербулатов М.В.</i> .....	185

---

---

ПЕРЕСАДКИ ФЕТАЛЬНЫХ СВЕЖЕИЗОЛИРОВАННЫХ КЛЕТОК В ПЕЧЕНЬ С МОДЕЛЬЮ ТОКСИЧЕСКОГО ЦИРРОЗА <i>Рахматуллин С.И., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Тимербулатов М.В.</i> .....	186
МИНИ-ДОСТУП В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ <i>Ровойой А.А., Полянский А.В., Сахно В.Д., Беденко В.Е., Гутковский П.Ю.</i> .....	187
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ <i>Рудик А.А.</i> .....	188
НОВЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПО- ЗВОНОЧНИКА <i>Сак Л.Д., Зубаиров Е.Х.</i> .....	189
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ <i>Сафаров А.С, Султонов Ш.Р.</i> .....	190
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Сейсембаев М.А., Оразбеков Н.И., Избасаров Р.Ж., Медеубеков У.Ш., Абзалбек Е.Ш., Балабеков А.Г.</i> .....	182
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕ- НИЕМ ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ <i>Сендерович Е.И., Тимербулатов М.В., Нуртдинов М.А., Гололобов Ю.Н.</i> .....	193
КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Сibaев В.М., Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Нагаев Н.Р., Сагитов Р.Б., Бадретдинов А.Ф., Сабиров Т.Т.</i> .....	194
ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ С НИЗ- КОЙ ПЛОТНОСТЬЮ РАССЕЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ <i>Слепых Н.И.</i> .....	195
ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕС- КОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ <i>Сорвилов В.П., Исмагилова С.Т., Козель А.И., Гиниатуллин Р.У., Голо- щапова Ж.А.</i> .....	196
ВЛИЯНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАК- ЦИИ ОРГАНИЗМА <i>Стариков В.Л., Мелько А.И., Копаевич М.А., Манышев В.Г.</i> .....	198

---

---

РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>Стельмах В.В., Хан В.В., Шевченко А.Н., Мирманова Ж.Р.</i> .....	199
ЗАБРЮШИННОЕ ЛИМФОТРОПНОЕ ВВЕДЕНИЕ ГЕНТАМИЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА. <i>Стельмах В.В., Хан В.П., Шевченко А.Н., Мирманова Ж.Р.</i> .....	200
ПОДГОТОВКА И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ХИРУРГОВ НА КАМЧАТКЕ <i>Столярова З.Н., Юрасов С.Е.</i> .....	201
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Ступин В.А., Бельков А.В., Богданов А. Е., Нарезкин Д. В., Силуянов С. В., Смирнова Г. О.</i> .....	202
ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ <i>Султонов Ш.Р., Мазабшоев С.А., Шерназаров И.Б.</i> .....	203
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ <i>Тавобилов М.М.</i> .....	204
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ <i>Таги-заде Г.Т., Джафаров З.М., Рахмани С.А.</i> .....	205
ПРЕВЕНТИВНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ <i>Таджибаев Ш.А., Нишанов Ф.Н., Рахманов Б.Ж., Рустамов Х.Ш.</i> .....	206
ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Тайгулов Е.А., Цой О.Г., Баянбаев А.С., Туребаев Д.К., Сатвалдиев С.А., Абрахманова Л.М.</i> .....	208
НОВЫЙ ПЛЕНЧАТЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ <i>Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Кортуннов Н.И.</i> .....	209

---

---

МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Тимербулатов В.М., Сибаетов В.М., Гарипов Р.М., Уразбахтин И.М., Нага- ев Н.Р., Сагитов Р.Б., Бадретдинов А.Ф., Сабиров Т.Т.</i> .....	210
ОРГАНОСБЕРЕГАТЕЛЬНАЯ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАК- ТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ <i>Тимербулатов М.В., Хасанов А.Г., Фаязов Р.Р.</i> .....	211
АНТИБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВА- НИЙ КОЖИ <i>Тимербулатов В.М., Каланов Р.Г., Кузьмина З.С.</i> .....	212
ЛИПОСАКЦИЯ И ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ <i>Тимербулатов В.М., Попова О.В., Плечев В.В., Сорокина В.О., Попов О.С.</i> .....	214
МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Тумасов А.В., Безусов А.В., Буриков М.А., Михайлов В.В.</i> .....	215
ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИМПУЛЬСНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО РАЗРЯДА <i>Тургунов Е.М., Кожамбердин К.Е., Яхонов С.П.</i> .....	216
АСПЕКТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА <i>Турлубеков К.К.</i> .....	218
ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОС- ЛОЖНЕНИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Урсол Г.Н., Шевчук Н.Т., Давыдкин В.А., Бондарчук С.П., Мазур Ю.Н., Сидоренко И.С.</i> .....	219
СПОСОБ ИНТУБАЦИИ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА ЧЕРЕЗ ОПУ- ХОЛЕВУЮ ТКАНЬ В ВОРОТАХ ПЕЧЕНИ <i>Федоров Н.Ф., Прохоров Г.П., Никитин М.Ю., Рыбаков С.Н.</i> .....	220
ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Хаджибаев А.М., Асамов Р.Э., Ахмедов Р.А., Муминов Ш.М., Исамуха- медов Ш.Ш.</i> .....	221
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВА- РИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА <i>Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г.</i> .....	222

---

---

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Касымов Х.С.</i> .....	224
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БОЕВОЙ ТРАВМЕ <i>Хрупкин В.И.</i> .....	225
ПОДБОР ОПТИМАЛЬНОГО АНТИБИОТИКА С УЧЕТОМ ВОЗМОЖНОЙ ДЕПРЕССИИ ФАГОЦИТОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА <i>Цой О.Г., Габбасов Е.М., Баянбаев А.С., Аскарлов М.Б., Куспанов М.А., Габдрахманова А.Б.</i> .....	227
МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ МЕТОД ЗАКРЫТОЙ ТРОМБЭНДАРТЕРАКТОМИИ ИЗ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА КАК АЛЬТЕРНАТИВА АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ <i>Червяков Ю.В.</i> .....	228
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Черданцев Д.В., Винник Ю.С., Первова О.В.</i> .....	229
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Шабунин А.В., Иванов Д.А.</i> .....	231
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПРЕЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В СОЧЕТАНИИ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ <i>Шавалеев Р.Р., Плечев В.В., Корнилаев П.Г.</i> .....	232
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 П.К., ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ <i>Шамигулов Ф.Б., Мухамедьянов Г.С.</i> .....	233
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЯСНЫХ ЖЕЛТУХ <i>Шарипов В.Ш., Саидмурадова А.С., Аvezов С.А.</i> .....	234
К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ЛИМФОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ <i>Шарипов В.Ш., Холматов П.К.</i> .....	235

---

---

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА <i>Шерназаров И.Б., Султонов Ш.Р.</i> .....	236
МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА <i>Шин И.П.</i> .....	237
ОДНОМОМЕНТНАЯ ПЛАСТИКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ <i>Школьник Л.Д.</i> .....	238
НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ЗАДНЕГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ БОЛЬШОГО ПРОТЯЖЕНИЯ <i>Шкрябай В.И., Лапаури Д.А., Гургенидзе М.Р.</i> .....	242
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА <i>Шляпников С.А.</i> .....	244
УПРАВЛЯЕМАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРАСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА <i>Шомадов Н.Ё., Холматов П.К.</i> .....	247
ПРОГРАММИРОВАННАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА <i>Шомадов Н.Ё., Холматов П.К., Касымов Х.С.</i> .....	248
СОПУТСТВУЮЩЕЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Юдин В.А., Ананьин А.М., Сорокин Г.П.</i> .....	249
ЭЛЕКТРОРЕТРАКТОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРЕТЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА УБОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА <i>Юрьян А.О.</i> .....	250
УПРАВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ: АБДОМИНАЛЬНАЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ЛИТВЫ <i>Янушонис Винсас</i> .....	252

---

---

## Доклады

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ <i>Ерюхин И.А.</i> .....	253
ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ В БЕЛАРУСИ. ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ <i>Лобанков В.М.</i> .....	256