12–14 октября 2026, Москва

XVII СЪЕЗД ХИРУРГОВ РОССИИ

XI КОНГРЕСС МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



XVII СЪЕЗД ХИРУРГОВ РОССИИ
XI КОНГРЕСС МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

МАТЕРИАЛЫ
XVII СЪЕЗДА ХИРУРГОВ РОССИИ
СОВМЕСТНО С
XI КОНГРЕССОМ МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ
12 – 14 ОКТЯБРЯ 2026, МОСКВА

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Форума. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов

1. Пептидные гепатопротекторы как метод профилактики осложнений лапароскопической холецистэктомии.

Киселева И.В., Ухарский А.В., Майоров М.М., Шаравин Д.Е.

Орехово-Зуево

ГБУЗ МО «Орехово-Зуевская больница»

Актуальность. Общепризнанным стандартом лечения неосложненной желче-каменной болезнью (ЖКБ) является выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). При этом, несмотря на огромный мировой опыт данной операции ранние операционные осложнения наблюдаются по данным разных авторов от 1,4% до 34,6% случаев, среди которых острая печеночная недостаточность, холангит, болевой синдром. Это делает актуальным поиска методов предикции данных осложнений и улучшения исходов ЛХЭ.

Цель исследования: провести сравнительную оценку применение гепатопротекторов на основе пептидов на ранние результаты лапароскопической холецистэктомии у пациентов с неосложненной ЖКБ.

Материалы и методы. В исследование включено 106 пациентов с диагнозом ЖКБ которым выполнена плановая ЛХЭ. Средний возраст пациентов составил 55,4±8,3 года. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты контрольной группы (n=52) в послеоперационном периоде получали стандартную антибактериальную и инфузионную терапию. Пациенты исследуемой группы (n=54) дополнительно получали препарат препарата Лаеннек (плацентарный гидролизат) в дозировке 560 мг 1 раз в сутки внутривенно в течение 7 дней перед операцией и 3 суток после операции. Пациенты обеих групп не отличались по полу, возрасту и сопутствующей патологии. В предоперационном периоде за 1-3 суток до операции и на 3-е сутки после операции всем пациентам выполнялась допплерография печеночной артерии с расчетом индекса резистентности (IR). Ранние послеоперационные осложнения оценивались на 10-е сутки после операции. Печеночная недостаточность фиксировалась в случае повышения одного или нескольких исследуемых показателей свыше 1,5 х верхней границы нормы. Статистический анализ данных проводили в программе STATISTIKA 6.0 (StatSoft, Inc.).

Результаты. Индекс резистентности до операции не отличался между группами и составил 0,55 ± 0,08 в контрольной и 0,56 ± 0,06 в исследуемой группах. Применение препарата Лаеннек в дозировке 560 мг 1 раз в сутки привело к значимому улучшению показателей гемодинамики печени и на 3-е сутки послеоперационного периода IR уже достоверно отличался между группами с равнялся 0,75±0,09 и 0,56±0,11 в контрольной и исследуемой группах соответственно.

К 10-м суткам после операции печеночная недостаточность отмечена у 8 (15,3%) пациентов контрольной группы и 3 (5,4%) пациентов исследуемой группы.

Острый холангит выявлен у 2 (3,8%) пациентов в контрольной группе. В исследуемой группе подобного осложнения не выявлено.

Болевой синдром 4 и более балла по ВАШ отмечался у 7 (13,5%) контрольной группы и у 3 (5,5%) пациентов исследуемой группы. При этом у 3 пациентов контрольной группы потребовалось назначение НПВС, в то время как в исследуемой группе только одному пациенту назначены ненаркотические анальгетики.

При проведении регрессионного анализа установлено, что повышение IR более 0,6 являлось независимым фактором возникновения всех указанных послеоперационных осложнений. То есть нарушение печеночной гемодинамики ассоциированно с неблагоприятными исходами ЛХЭ.

Выводы. В раннем послеоперационном периоде у пациентов после ЛХЭ отмечается нарушение гемодинамики в печени. Данное состояние логично приводит к усугублению имеющихся патологических процессов в печени. Использование пептидного препарата «Лаеннек» в периоперационном периоде не только обладают непосредственным гепатопротекторным эффектом, но и значительно позволяет улучшить гемодинамику в печеночных сосудах и тем самым разорвать порочных круг патологического процесса. Это выражается в снижении ранних послеоперационных осложнений на 21,5 %.

---

2. Лечебно-диагностический подход при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бутаев Б.К..

Владимир

ГБУЗ ВО «ГКБ СМП»

Актуальность. Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в различных странах достигает 30% от всей популяции. Дивертикулез толстой кишки встречается у 40% людей старше 70 лет. В общей структуре стационарных больных пациенты с дивертикулезом толстой кишки и его осложнениями составляют в среднем 8,4% случаев. В 60% случаев дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке, в 24% - в нисходящем отделе ободочной кишки, в левом фланге встречается у 17% больных. В настоящее время нет четких критериев лечения осложненных форм дивертикулеза ободочной

кишки, что влечет за собой дискуссии в хирургическом сообществе.

Цель: Изучить результаты оптимизации диагностических мероприятий и выбора лечебной тактики при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 118-ти госпитализированных больных в хирургическую клинику ГБУЗ ВО «ГКБ СМП», г Владимира за период с 2020г. по 2025 г. с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки, в возрасте от 37 до 88 лет. Среди больных 34 (28,8%) были мужчины, 84 (71,1%) - женщины. Частота осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки в клиническом материале составила: острый дивертикулит отмечен у 52 (44,0%), парадивертикулярный инфильтрат - у 12 (10,1%), парадивертикулярный абсцесс - у 5 (4,2%), кишечное кровотечение - у 14 (11,8%) и перфорация - у 4 (3,3%) больных. Наиболее информативными методами исследования были рентгенологические, эндоскопические. Консервативное лечение проведено 84 (71,1%) больному, оперированы по экстренным показаниям 18 (15,2%) больных.

Результаты. При анализе полученных данных было установлено, что во всех случаях острого дивертикулита с парадивертикулярным инфильтратом, 32 (27,1%) больных, консервативная терапия (антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия) является вариантом выбора лечения. Положительный эффект достигнут на 2-3 сутки от момента начала терапии в виде купирования болевого синдрома, нормотермии, нормализации маркеров воспаления (СРБ, лейкоцитоз); инфильтрат купирован на 6-7 сутки. Средний срок госпитализации пациентов составил 5-7 суток. Парадивертикулярный абсцесс осложнился перфорацией у 3 (2,5%) больных. В диагностике ведущим методом явились МСКТ и УЗИ. Всем больным, с осложненным течением дивертикулярной болезни выполнено оперативное лечение. При внутрибрюшном абсцессе у 3 больных размеры абсцессов составили в пределах 7-8 см, им было выполнено пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ. Послеоперационные осложнения не отмечены. При лапаротомном доступе все случаи дренирования абсцессов закончились формированием разгрузочной кишечной стомы. При перфоративном дивертикулите были выполнены обструктивные резекции толстой кишки. Дивертикулярные кровотечения у 14 (11,8%) больных купированы консервативно.

Выводы.

1. Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки и выбрать рациональную лечебную тактику.

2. При абсцедировании, перфорации показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса.

3. Широкое внедрение современных миниинвазивных технологий в хирургическую тактику ведения больных с осложненными формами дивертикулярной болезни позволяют существенно снизить показатели тактических ошибок, послеоперационных осложнений и летальности.

---

3. Применение эндовидеолапароскопии для диагностики ранений живота

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э. Бабышин В.В., Бутаев Б.К.

Владимир

ГБУЗ ВО «ГКБ СМП»,

Актуальность. Ранения живота относятся к числу наиболее распространённых травм. По данным литературы такие ранения занимают до 10% от числа всех травм. Число диагностических ошибок при таких травмах, обусловленные как гипо-, так и гипердиагностикой, достигают 16%, что приводит к выполнению ненужных лапаротомий в 30-45% наблюдений.

Цель: провести анализ значения эндовидеолапароскопии для диагностики ранений живота с целью снижения напрасных лапаротомий.

Материалы и методы. Работа основана на анализе ближайшего послеоперационного периода 84 раненых, которые поступили в экстренном порядке в ГБУЗ ВО «ГКБ СМП» г. Владимира в период с 2018 г. по 2025 г. У данных раненых в момент поступления были диагностированы проникающие ранения живота. Преобладали раненые мужского пола – 46 (54,7%), женского пола было всего 14 (16,6%) пациентов. Преобладали лица молодого возраста, средний возраст которых составил 24 ± 5 лет. В исследование были включены раненые с изолированными, одиночными ранениями в живот, внутрибрюшная кровопотеря не превышала 250-500 мл. Учитывались также одиночные колото-резаные ранения, проникающие в брюшную полость, время доставки которых в лечебную организацию от момента получения ранения не превышало 2-х часов. Исключались раненые с сочетанными и множественными ранениями, раненые с внутрибрюшным кровотечением, превышающим 500 мл., раненные, доставленные позже 2 часов от момента получения ранения, имеющие признаки разлитого перитонита, находящиеся в агональном состоянии.

Полученные результаты. Выбор диагностических иссле-

дований при ранениях живота основывался на нескольких показателях. В первую очередь, основным ориентиром, были показатели гемодинамики. При стабильных показателях выполнялась эндовидеолапароскопия (ЭВЛ) под местной анестезией. Выполнение данной манипуляции позволяло выявить как характер проникающего или непроникающего ранения, так и уточнить состояние брюшной полости, характер ранения, объем внутрибрюшной кровопотери. Данная манипуляция была использована в 46 (54,7%) случаях, в оставшихся 38 (45,2%) случаях выполнялась первичная хирургическая обработка раны (ПХО) под местной анестезией, при которой устанавливалось наличие проникающего характера ранения в брюшную полость, что являлось показанием для выполнения лапаротомии под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких. Как показывают наши исследования, отсутствие повреждений внутренних органов при колото-резаных ранениях живота было отмечено у 16 (19,0%) раненых, при этом в большинстве случаев – 68 (80,9%) были выявлены ранения внутренних органов. Ранения полых органов (желудок, тонкая и толстая кишка) были зарегистрированы в 28 (41,1%) наблюдениях. Ранения паренхиматозных органов (печень, селезенка) были отмечены в 18 (26,4%) случаях.

Обсуждение. Представленный анализ показывает, что колото-резаные ранения живота сопровождаются ранениями органов брюшной полости в 80,9%, при этом наибольшее количество повреждений отмечено полых органов – 33,3%, а ранения паренхиматозных органов – в 18(26,4%) случаях.

ВЫВОДЫ: 1. Необходимо отметить тот факт, что применение эндовидеолапароскопии позволило уменьшить количество напрасных лапаротомий до 19,0%.

2. По нашему мнению, применение данной манипуляции при ранениях живота оправдано и требует дальнейшего внедрения в клиническую практику.

---

4. Эффективность эндовидеолапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бутаев Б.К., Бабышин В.В.

Владимир

ГБУЗ ВО «ГКБ СМП»,

Актуальность.: Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии составляют значительную часть работы хирургических отделений клиник и больниц. Результаты лечения острых заболеваний органов брюшной полости не всегда удовлетворительны, что в значительной степени определяется сложностью их диагностики. Важнейшим диагностическим методом в экстренной хирургии является эндовидеолапароскопия (ЭВЛС), которая дает возможность уточнить характер патологического процесса в брюшной полости, выполнить ряд хирургических вмешательств или избежать не нужной операции.

Цель: провести анализ результатов эндовидеолапароскопии, выполненной в экстренном порядке.

Материал и методы : В период с 2020 по 2025 г.г. в хирургической клинике ГБУЗ ВО «ГКБ СМП» г. Владимира было выполнено 467 экстренных эндовидеолапароскопий. Показанием к ним служило отсутствие топического диагноза после проведенного неинвазивного обследования, либо картина ферментативной фазы панкреонекроза с ферментативным перитонитом (с целью дренирования брюшной полости). Операции выполняли с использованием эндовидеохирургического оборудования в условиях общей анестезии. В нашей клинике эндовидеолапароскопию выполняют исключительно врачи-хирурги, что повышает информативность оценки изменений в брюшной полости. Из общего числа пациентов, подвергнутых эндолапароскопии, мужчины составили 282 человека (60,3%), женщины – 185 (39,6%). Возраст больных составил от 18 до 64 лет. Нозологические формы, подтвержденные при эндовидеолапароскопии, распределились следующим образом: - острый аппендицит – 134 (28,6%); - панкреонекроз – 114 (24,4 %); - перитонит различной этиологии – 125 (26,7%); - гинекологическая патология – 94 (20,1%). Оперированы 35 женщин (37,2%); - сосудистая болезнь кишечника в различных стадиях – 66 (14,1%); - закрытая травма живота – 26 (5,5%). Оперирован 21 пациент (80,7%); - ранения живота – 26 (5,5%). Оперированы 16 пострадавших (61,5%); - деструктивный холецистит с перитонитом – 16 (3,4%); - отсутствие хирургических заболеваний (псевдоабдоминальный синдром) – 132 (28,2%); иные заболевания органов брюшной полости – 12 (2,5%). В 99,8% наблюдений видеолапароскопия позволила сформулировать диагноз и определить лечебную тактику. Лишь в двух случаях (0,4%) выраженный спаечный процесс в брюшной полости представлялся опасным для эндоскопического адгезиолизиса и не позволил визуализировать зону интереса. В зависимости от выявленной патологии принималось решение об объеме оперативного вмешательства, а также об обоснованном отказе от него. Осложнений эндовидеолапароскопии (как местных, так и общих), а также негативных последствий карбоксиперитонеума не отмечено.

Таким образом, использование эндовидеолапароскопии оказалось эффективным, надежным методом для верификации диагноза и сокращения времени диагностического поиска при экстренной абдоминальной патологии, а также для уменьшения сроков госпитализации больных, которым оперативное вмешательство не потребовалось

5. Открытая лапароскопическая холецистэктомия у больных острым холециститом в старшей возрастной группе

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бабышин В.В., Бутаев Б.К.

Владимир

ГБУЗ ВО «ГКБ СМП»,

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в профилактике и лечении желчнокаменной болезни, число больных острым холециститом в пожилом и старческом возрасте, не имеет тенденции к снижению (Баранов Г. А. 2008 г; Беляков Ф.И. 2011 г). Общая летальность, при этом, на протяжении последних лет, находится примерно на одинаковом уровне и колеблется в зависимости от удельного веса деструктивных форм в пределах 5-8%. Летальность при тяжелых формах острого холецистита остается очень высокой и достигает, по данным некоторых авторов, 40-50% (Редькин А. Н. 2012 г; Суздальцев И. В. 2013 г; Фаев А. А. 2014 г). Миниинвазивные вмешательства должны стать методом выбора в лечении пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом.

Продолжающееся старение населения, рост заболеваемости острым холециститом и особенно деструктивных и осложнѐнных форм, сопровождающееся высокой частотой осложнений и летальности, возрастающих с каждым последующим десятилетием жизни, обуславливает актуальность проблемы и стимул к поиску путей еѐ решения.

Цель: улучшить результаты лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста путѐм использования открытой лапароскопической холецистэктомии (ОЛХЭ) .

Материал и методы: В хирургической клинике ГБУЗ ВО «ГКБ СМП», г. Владимира с 2015 по 2025 годы неотложная открытая лапароскопическая холецистэктомия (ОЛХЭ) выполнена у 360 пациентов различных возрастных групп с острым холециститом. Среди всех больных пациенты старшей возрастной группы (60-80лет) составили наибольшую группу - 345 больных. Превалировали женщины 143 (39,7%) против мужчин – 217 (60,2%). Возрастные колебания составили от 61 до 78 лет. До 6 часов от начала заболевания госпитализировали 7 (1,9%) пациентов, в течение 6-12 часов – 12 (3,3%), 12-24 часов – 16 (4,4%), 1-3 суток – 15 (4,1%) и 4-6 суток – 14 (3,8%). Большинство больных поступили спустя 1 сутки – 28 (7,7%). Давность желчнокаменной болезни от 5 до 30 лет была у 37 (10,2%) пациентов, которые ранее безуспешно лечились. Лишь 22 (6,1%) больных поступили с первым приступом острого холецистита. Сопутствующие заболевания в количестве от 2 до 3 диагностированы у 120 (33,3%) пациентов. Превалировали болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем

Диагностику острого холецистита выполняли на основании клинического обследования, данных лабораторно-биохимических исследований, рентгенологического, УЗИ, ЭФГДС, МСКТ.

Результаты и обсуждение: Оперативный доступ к желчному пузырю осуществлѐн из правостороннего продольного трансректального мини-доступа. Катаральная форма острого холецистита диагностирована у 3 (0,8%) пациента, флегмонозная – у 98 (27,2%), гангренозная – у 44 (12,2%) и перфоративная – у 46 (12,7%). Следовательно, превалировали тяжѐлые деструктивные формы заболевания; Высокая частота осложнѐнного течения заболевания – 36 (10%) больных (рыхлый околопузырный инфильтрат-27 и плотный-4, абсцесс-3, местный перитонит-2).. ОЛХЭ выполнена у 360 больных. Расширение мини-доступа выполнили у 8 (2,2%) пациента для прошивания ложа желчного пузыря с целью гемостаза. После операции, на 2 сутки, у 1 (0,2%) больного возникло кровотечение из брюшной стенки у дренажа, остановлено прошиванием. Умерла 1 (0,2%) пациентка 82 лет с острым гангренозным холециститом, перивезикльным абсцессом и исходной тяжѐлой кардиальной патологией от отѐка лѐгких. Оперированные нами больные старшей возрастной группы с выраженными инволютивными изменениями в органах и системах, находящимися на грани декомпенсации, множественные сопутствующие заболевания, особенно после перенесѐнного острого инфаркта миокарда, инсульта, аритмиями, циррозом печени, имели длительный анамнез желчнокаменной болезни, позднюю госпитализацию с острым холециститом, что привело к развитию тяжѐлых деструктивных форм и тяжѐлых локальных осложнений, являлись факторами высокого риска интра- и послеоперационных осложнений, летальности. ОЛХЭ с мини-доступом к желчному пузырю был малотравматичным вмещательством, который минимизировав хирургическую агрессию, улучшил результаты хирургического лечения.

Выводы: 1. Все больные с острым холециститом, оперированные методом ОЛХЭ были лица старше 70 лет составили 3,3%;

2. ОЛХЭ из мини-доступа является малотравматичным вмещательством, что позволило выполнить холецистэктомию при осложнѐнном деструктивном холецистите;

3. Послеоперационный период характеризовался ранней активизацией (8-10 часов), что привело к быстрому восстановлению функций и систем организма, сокращению материальных затрат, госпитального лечения, уменьшению послеоперационных осложнений и летальности;

6. Атензионная герниопластика при ущемленных паховых грыжах

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бабышин В.В., Бутаев Б.К.

Владимир

ГБУЗ ВО «ГКБ СМП»,

Актуальность: Паховая грыжа самый распространенный тип грыж. За последнее столетие для лечения паховых грыж предложено свыше 300 способов и различных модификаций радикальных операций, из которых только немногие нашли широкое применение в хирургической практике. Одним из главных факторов, вызывающее развитие паховых грыж у взрослых является ослабление поперечной фасции в результате коллагеновой недостаточности. Считается, что поперечная фасция обладает слабой внутренней прочностью и сама по себе она является далеко не лучшим материалом для пластики грыжевых ворот. При паховой герниопластике применение этой заведомо ослабленной ткани, особенно с натяжением, совершенно неприемлемо, в то время как полноценное укрепление задней стенки пахового канала с помощью эндопротеза, без натяжения тканей можно считать методом более эффективным (L. L. Lichtenstein,1970; P. K. Amid et al.,1994). Ущемленная грыжа – самое грозное осложнение и требует экстренного оперативного лечения. По нашим данным ущемленные паховые грыжи составили 3,4% от всех паховых грыж, поступивших в стационар.

Цель: Изучить эффективность герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах у 166 больных, находившихся в клинике с 20015 по 2025 г. Гендерная структура: мужчин – 118 (71,0%), женщин – 48 (28,9%). Средний возраст больных составил 55+/- 2,4 года. Первичная грыжа наблюдалась в 138 (83,1%) случаях, рецидивная – 28 (16,8%) Сроки поступления больных в стационар до 6 часов составляли в 64 (38,5%) случаях, от 6 до 12 часов –46 (27,7%), от 12 до 24 часов- 38 (22,8%), свыше 24 часов в 18 (10,8%) случаях. По виду ущемленного органа: ущемление сальника – у 76 (45,7%)больных, кишечника–58 (35%),смешанное–24 (14,4%) По степени перекрытия просвета ущемленного кишечника: полное – 48 (28,9%) больных, неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера -Литтре) – 14 (14 (8,4%) без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток) – 3 (1,8%). В диагностике кроме общепринятых клинических исследований проводили рентген-исследование органов брюшной полости, УЗИ. Больных в случае самопроизвольного вправления в приемном отделении без введения анальгетиков и спазмолитиков, насильственного вправления госпитализировали для динамического наблюдения. Оперативные вмешательства производились под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами или спинальной анестезией. Задача операции при ущемленной грыже заключалась в ликвидации ущемления и освобождении органа путем рассечения ущемляющего кольца, обследовании ущемленного органа и решении вопроса о его жизнеспособности, резекции некротизированного участка, удалении грыжевого мешка и пластике грыжевых ворот. Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган осматривали путем перехода на герниолапаротомию или нижне-срединную лапаротомию, в ряде случаев прибегали к эндовидеолапароскопии, что считаем более перспективным и надежным методом для визуализации соскользнувшего брюшную полость органа. В своей практике мы использовали сетчатый эндопротез из инертного материала - полипропилена. Противопоказаниями к установке сетки являлись ущемленная грыжа с некрозом кишки, флегмона грыжевого мешка и отказ пациента от установки эндопротеза . Основные этапы оперативного вмешательства по Lichtenstein при паховых грыжах – разрез кожи, рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, разделение элементов семенного канатика, выделение грыжевого мешка и его обработка выполнялись по традиционной методике. Перед проведением пластики стандартную сетку моделировали по размерам разрушения задней стенки пахового канала, затем сетку укладывали позади семенного канатика. Фиксацию сетки начинали путем подшивания ее П-образным узловым швом к надкостнице лонной кости полипропиленовой нитью 2/0, затем сетку к пупартовой связке подшивали непрерывным швом. Этап подшивания –к внутренней косой мышце выполняли узловыми швами, чтобы избежать захвата подвздошно - пахового нерва, при этом сетку подшивали как можно выше, где мышца имеет сухожильную часть.

Результаты. Из числа оперированных больных в раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения со стороны послеоперационной раны: инфильтраты в 16 (9,6%) случаях, серомы – 8 (4,8%), нагноение - 2 (1,2%). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В позднем послеоперационном периоде при сроках наблюдения от 3 месяцев до 4 лет выявлялись: сохранение хронического болевого синдрома у 6 (3,6%) пациентов, грубый послеоперационный рубец – 4 (2,4%), рецидив грыжи – 2 (1,2%), невралгия латерального кожного нерва – 2 (1,2%).

Выводы: 1. Методика ненатяжной герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах обладает доступностью, малой травматичностью и значительным уменьшением числа рецидивов;

2. Применение эндовидеолапароскопии для осмотра ускользнувшегося ущемленного органа в брюшную полость является надежным, безопасным и малотравматичным методом.

---

9. Прогностическая значимость уровня аланинаминотрансферазы в оценке восстановления моторной функции кишечника после лапароскопических операций

Кызласов П.С. (1), Коробов А.А. (2)

Москва

1) ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия
2) ФГБУ «ФНКЦ КМиБ» ФМБА России

Актуальность. Послеоперационное повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) традиционно расценивается как маркер гепатоцеллюлярного повреждения, однако его связь с функциональным восстановлением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остается малоизученной. Учитывая общность патогенетических механизмов ишемически-реперфузионного повреждения и системного воспаления, уровень АЛТ может служить интегральным прогностическим показателем течения послеоперационного периода.

Материал и методы. В проспективное исследование включены 60 пациентов, перенесших плановые лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости. Проведен корреляционный анализ между пиковыми уровнями АЛТ, показателями ультразвуковой оценки перистальтики (по балльной шкале на 1–3-и сутки), клиническими сроками восстановления функции ЖКТ и частотой послеоперационных осложнений. ROC-анализ использован для определения прогностического порога АЛТ.

Результаты. Выявлена сильная отрицательная корреляция между пиком АЛТ и балльной оценкой перистальтики на 3-и сутки (ρ = -0,33; p=0,009). Уровень АЛТ на 2-е сутки >12,0 Ед/л (AUC=0,72) ассоциирован с повышением риска развития послеоперационного пареза кишечника в 3,02 раза (p=0,015). В группе пациентов с гиперферментемией выше порогового значения отмечено достоверно более позднее отхождение газов и стула. В подгруппе больных, получавших предоперационную преабилитацию, корреляция между АЛТ и перистальтикой ослабевала и теряла значимость (ρ = -0,18; p=0,340), что свидетельствует о модифицирующем влиянии подготовки на стресс-ответ.

Обсуждение. Полученные данные расширяют представление об АЛТ как о неспецифическом, но чувствительном индикаторе интенсивности хирургического стресса, отражающем не только повреждение печени, но и общую провоспалительную нагрузку, влияющую на моторику кишечника. Найденное пороговое значение (12,0 Ед/л) является простым и доступным инструментом для ранней стратификации риска.

Выводы и рекомендации. Послеоперационный уровень АЛТ может служить доступным прогностическим маркером замедленного восстановления функции ЖКТ. Рекомендуется включение определения АЛТ в рутинный мониторинг для выделения групп риска по развитию пареза кишечника и своевременного применения профилактических мер.

---

10. Использование регионарной анестезии при оперативном лечении огнестрельных переломов длинных трубчатых костей

Шелехов А.В. (1), Исмаилов А.И. (1), Фоменко М.А. (1), Пономарев М.С. (1), Мельцов Д.М. (1), Алимов П.Н. (2), Литвиненко А.И. (2)

1) Чебаркуль
2) Душанбе

1) воинская часть 86000
2) 451 военный госпиталь МО РФ, г. Душанбе, Таджикистан

Актуальность проблемы: Адекватное обезболивание позволяет не только выполнить необходимый объем хирургической помощи, но и подготовить его к следующему этапу медицинской эвакуации, устраняя болевой синдром в период транспортировки. Регионарная анестезия может полноценно использоваться для монтажа отечественного аппарата внешней фиксации «комплект стержневой военно-полевой», а также обеспечивает безболевую эвакуацию раненного

Цель исследования. проанализировать и улучшить результаты анестезиологического обеспечения методом регионарной анестезии, при лечении огнестрельных переломов длинных трубчатых костей аппаратом внешней фиксации «комплект стержневой военно-полевой».

Методы. Период работы составил 16 месяцев. Структура военно-медицинского подразделения представляла собой передовую медицинскую группу (2 уровень), где проводилась сортировка, стабилизация пациента, оперативное лечение и принятие решения о дальнейшем этапе медицинской эвакуации. Установка АВФ КСВП применена 190 пациентам: в 75 (39,5%) случаях при огнестрельных ранения верхней конечности, в 115 (61,5%) – нижней. Время от момента ранения до оказания квалифицированной врачебной помощи в условиях передовой медицинской группы составило от 1 до 8 суток, в среднем 3,4±1,2 суток. По локализации были отобраны только ранения конечностей с огнестрельными переломами трубчатых костей. В 59 (31,1%) – плечевой кости, в 16 (8,4%) случаях – кости предплечья, в 39 (20,5%) случаях показаниями являлись открытые переломы бедренной кости, в 76 (40%) – большеберцовой кости.

Тотальная внутривенная анестезия была выполнена у 28 раненных (14,7%), регионарная анестезия - 162 раненным (85,3%), спинномозговая анестезия - 70 (36,8%) раненных при огнестрельных переломах бедренной и большеберцовой костей.

Результаты. После наложения АВФ КСВП стабилизация переломов трубчатых костей достигнута у 100% прооперированных пациентов. Осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

Все пациенты в сроки от 24 до 48 часов были эвакуированы на следующий этап оказания медицинской помощи. В большинстве наблюдений, а именно, у 119 (62,6%) пациентов при наложении аппарата внешней фиксации потребовался дополнительный модуль интактного, пограничного отдела скелета.

Данное обстоятельство безусловно влияет на качество проводимой анестезии и продолжительность ее действия в послеоперационном периоде, особенно на этапе эвакуации.

Среднее время анестезии при установке аппарата внешней фиксации на верхнюю конечность составили: 44,9 ± 12,3 мин; нижнюю конечность: 52,9 ± 14,6 мин.

При тотальной внутривенной анестезии, сроки восстановления сознания, двигательных и поведенческих реакций, наблюдались в среднем от 20 до 45 минут, сроки обезболивания в послеоперационном периоде составили в среднем 30 минут, далее требовалось дополнительное парентеральное введение обезболивающего препарата.

При проведении регионарной анестезии, как проводниковой, так и спинномозговой, когнитивных нарушений, аналогичных постнаркозному периоду при тотальной внутривенной анестезии, не наблюдалось.

Сроки обезболивания в послеоперационном периоде при проводниковой анестезии в среднем составляли 240 минут, при спинномозговой анестезии 220 минут, что достоверно превышает сроки анальгезии при тотальном внутривенном наркозе (p

---

11. Оптимизация интенсивной терапии абдоминального сепсиса на основе мониторинга внутрибрюшного давления

Назаров Н.С. (1,2), Ясинский Д.Н. (2), Шень Н.П. (1,2), Барадулн А.А. (1,2), Липовой С.В. (2)

Тюмень

1) Тюменский медицинский университет
2) Областная клиническая больница №1

Актуальность. Ведение пациентов с абдоминальным сепсисом (АС) сопряжено с высоким риском развития интраабдоминальной гипертензии (ИАГ), которая ухудшает спланхнический кровоток и ограничивает возможности раннего начала энтерального питания (ЭП). Использование градации внутрибрюшного давления (ВБД) согласно рекомендациям WSACS может повысить безопасность и эффективность лечения, позволяя более объективно устанавливать показания к продленной эпидуральной анальгезии и раннему энтеральному питанию.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 60 пациентов с АС, находившихся на лечении в отделении реанимации ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмени. Диагноз сепсиса верифицирован по критериям Sepsis-3. Пациенты разделены на две группы: основная (n=30), где тактика назначения эпидуральной анестезии для продленного обезболивания (ЭА) и старта энтерального зондового питания определялась на основе динамического мониторинга ВБД (трансвезикальный метод каждые 4–6 ч), и контрольная (n=30), где решение о начале ЭП и ЭА принималось эмпирически, без учета объективных значений ВБД. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести состояния (APACHE II) и причинам сепсиса. В основной группе использовался алгоритм: при ВБД 12–15 мм рт. ст. разрешалось трофическое ЭП; при 16–20 мм рт. ст. ЭП продолжалось под контролем переносимости, ЭА применялась с осторожностью; при 21–25 мм рт. ст. ЭП приостанавливалось и настоятельно рекомендовалась ЭА; при >25 мм рт. ст. ЭП запрещалось, а ЭА проводилась только после декомпрессии. Оценивались сроки начала ЭП, частота его раннего старта (первые 24 часа от постановки диагноза или момента окончания оперативного вмешательства), длительность достижения целевого объема (80% от потребности) и частота ишемических осложнений.

Результаты. В основной группе (с мониторингом ВБД) энтеральное питание в первые 24 ч было начато у 22 (73,3%) пациентов, тогда как в контрольной группе - у 11 (36,7%) (p

---

12. Индивидуализация седации дозы на основе оценки тощей массы тела и фармакокинетических моделей в амбулаторной эндоскопической практике

Назаров Н.С. (1,2), Ясинский Д.Н. (2), Шень Н.П. (1,2), Барадулин А.А. (1,2), Липовой С.В. (2)

Тюмень

1) Тюменский медицинский университет
2) Областная клиническая больница №1

Актуальность. В условиях амбулаторной эндоскопии ключевыми требованиями к анестезии являются быстрое пробуждение, безопасность пациентов с различным метаболическим статусом (в частности, с ожирением) и минимизация расхода анестетика. Использование пропофола методом «титрования по ответу» зачастую приводит либо к избыточному дозированию, либо к недостаточной глубине седации. Расчет дозы на основе тощей массы тела (LBM) и фармакокинетических моделей позволяет индивидуализировать анестезию даже при отсутствии дорогостоящих TCI-насосов.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность методики индивидуализированной тотальной внутривенной анестезии (TIVA) с расчетом болюса и скорости инфузии пропофола по номограммам (с учетом LBM и модифицированной модели Шнайдера) по сравнению со стандартным эмпирическим дозированием у пациентов при амбулаторных эндоскопических исследованиях.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 50 пациентов ASA I-III, подвергшихся амбулаторным эндоскопическим процедурам (гастроскопия, колоноскопия). Методом случайной выборки пациенты разделены на две группы: Основная группа (n=25) - анестезия проводилась по разработанной методике TIVA с использованием номограмм. Расчет тощей массы тела (LBM) выполнялся по формуле Джеймса. Целевая концентрация (Ce) подбиралась индивидуально с поправкой на возраст и вес. Инфузия осуществлялась стандартным перфузором по ступенчатому протоколу, имитирующему фармакокинетику пропофола. Группа сравнения (n=25) - применялась стандартная методика седации пропофолом (эмпирическое титрование bolus-методом по клиническим признакам).

Оценивались: общий расход пропофола (мг/кг фактической массы тела), время выхода из анестезии (от окончания процедуры до открывания глаз по команде), удовлетворенность пациента качеством процедуры по 5-балльной шкале Лайкерта (1 - крайне неудовлетворен, 5 - полностью удовлетворен), частота интраоперационных осложнений (десатурация, гипотензия).

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела. Средняя продолжительность процедур статистически значимо не различалась (p>0,05).

Применение индивидуализированной методики показало следующие преимущества:

Снижение расхода пропофола: в основной группе средний расход пропофола составил 4,8±1,1 мг/кг/час, против группы сравнения - 6,9±1,5 мг/кг/час (p

---

15. Персонализированный миниинвазивный подход в лечении панкреонекроза

Арипова Н.У. (1), Бабаджанов Ж.К. (2)

1) Ташкент,
2) Ургенч

1) EMU University,
2) Ургенчский государственный медицинский институт

Актуальность. Панкреонекроз остаётся наиболее тяжёлой формой острого панкреатита и сопровождается высоким риском инфицирования, сепсиса и полиорганной недостаточности. Традиционная открытая некрэктомия связана с высокой хирургической травмой и значительной частотой осложнений. Современные рекомендации International Association of Pancreatology и American Pancreatic Association акцентируют внимание на поэтапной («step-up») стратегии с приоритетом миниинвазивных вмешательств. В этой связи особую значимость приобретает персонализированный выбор тактики лечения с учётом клинических, лабораторных и морфологических особенностей заболевания.

Цель исследования. Оценить эффективность персонализированного миниинвазивного подхода в лечении пациентов с панкреонекрозом.

Материалы и методы. В основу исследования положен анализ лечения 330 пациентов с острым панкреатитом, находившихся в Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Узбекистан). У 128 (38,8%) больных диагностирован панкреонекроз различной степени распространённости. Тактика лечения определялась индивидуально на основании клинического состояния пациента, уровня маркеров воспаления (СРБ, прокальцитонин), данных контрастной КТ и наличия органной недостаточности.

В качестве первичного этапа применялись чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗИ/КТ-навигацией. При недостаточной эффективности выполнялось эндоскопическое транслюминальное дренирование либо видеоассистированная ретроперитоне-

альная некрэктомия. Открытая хирургия рассматривалась как метод резерва при прогрессировании септического процесса.

Результаты. Персонализированный миниинвазивный подход позволил у 75% пациентов с панкреонекрозом добиться стабилизации состояния без выполнения лапаротомии. Отмечено достоверное снижение выраженности системной воспалительной реакции и частоты полиорганной недостаточности. Частота гнойно-септических осложнений была ниже по сравнению с исторической группой пациентов, леченных открытым методом. Средняя продолжительность госпитализации сократилась, а летальность составила менее 10%.

Заключение. Персонализированный миниинвазивный подход является эффективной стратегией лечения панкреонекроза. Индивидуализация выбора вмешательства на основе клинико-лабораторных и лучевых данных позволяет минимизировать хирургическую агрессию, снизить частоту осложнений и улучшить исходы заболевания. Дальнейшее совершенствование алгоритмов стратификации риска и внедрение современных интервенционных технологий определяют перспективы развития хирургической панкреатологии.

---

16. Осложнения огнестрельной колоректальной травмы

Мусаилов В.А. (1,3), Ким И.Ю. (2), Дмитриев А.В. (1), Самарченко М.Н. (1), Котов О.И. (1)

1) Красногорск
2) Красногорск
3) Москва

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации
2) Филиал №1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий им. А.А. Вишневского» Минобороны России
3) Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

Актуальность. Различные отделы толстой кишки повреждаются примерно у 1 из 10 пострадавших с травмой живота, а летальность достигает 11%. Также установлено, что сформированная колостома у 35–42% больных является источником развития различных осложнений местного и общего характера, которые требуют хирургической коррекции. Общее количество дефектов при проникающих ранениях живота достигает 9,7%. Первоначально неправильный диагноз устанавливается в 2,9%, дефекты оперативного лечения составляют 4,9% случаев. Общее количество дефектов в вооружённых конфликтах на Северном Кавказе (1994–1996; 1999–2002) было больше, чем в Афганистане (1979–1989) – 15,8% и 9,7%, соответственно. Больше было дефектов диагностики – 7,7 и 2,9%, а, соответственно, и техники оперативных вмешательств – 11,4 и 4,9%. Несомненно, что имеющие место дефекты диагностики и хирургического лечения при ранениях толстой кишки, приводят к осложнениям местного и общего характера, что зачастую связано с медико-тактической обстановкой.

Цель исследования. Провести анализ осложнений при проникающих колоректальных ранениях, выявленных на этапе специализированной медицинской помощи.

Материалы и методы. Критерии исключения из исследования: пациенты с неподтвержденными данными ранения толстой кишки, такими как ушиб, гематома. Сравниваемые параметры получали из данных первичных медицинских карточек, переводных эпикризов, протоколов операций, медицинских карт стационарного больного. В результате отбора подверглось анализу 65 клинических случаев пациентов с ранениями различных отделов толстой кишки. Средний возраст раненых составил 37±9,3 лет. Все пациенты были мужского пола. Средний койко-день составил 33,4±7,3 суток.

Результаты. При изучении результатов исследования, установлено, что при поступлении на V этап специализированной хирургической помощи, в 37,8 % у пациентов имели место различные осложнения. Послеоперационная летальность составила 12,2%. Несостоятельность швов отмечены в 22,2% случаев, внутрибрюшные абсцессы в 20,3%, флегмона таза и промежности развились в 20,1%, некроз стомы отмечен в 10,9%, ретракция стомы в 9,3%. При этом у пациентов, имевших осложнения с предыдущих этапов, в 100% имел место перитонит различной степени прогрессирования. В 40,8% случаев выполнялась программная релапаротомия по схеме «Контроля повреждений» и включала в себя наложение межкишечных анастомозов, формирование различных стом, которые не были выполнены на предыдущих этапах, удаление тампонов и гемостатического материала, оставленного с целью остановки внутрибрюшного кровотечения. Релапаротомии по требованию выполнялась в 40,8%, реконструкция стомы – в 9,2%, дренирование пресакрального пространства требовалось в 3,0%, установка параректальных дренажей в 3,3%, чрезбрюшная резекция прямой кишки – в 3,0%, правосторонняя гемиколэктомия – в 5,7%, левосторонняя гемиколэктомия – в 4,3%, прочие операции, связанные с повреждениями других органов (систем) – в 30,7%.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что своевременно диагностированное ранение толстой кишки на передовых этапах медицинской эвакуации и дифференцированная хирургическая тактика, являются залогом успешного лечения пациентов указанной категории, что способствует профилактике и снижению риска осложнений как местного, так и общего характера.

---

18. Актуальные проблемы ампутационной хирургии: рост количества ампутаций и высокая летальность

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

ГКБ № 5

Актуальность: многолетний клинический опыт показал, что количество ампутаций голени и бедра увеличивается. При этом сохраняется высокая послеоперационная летальность.

Цель исследования: провести клинический анализ причин необратимой ишемии нижних конечностей, определить основные причины неблагоприятных исходов.

Клинический материал. Нами проведен мониторинг больших ампутаций за 32 года. Мировой опыт показал, что активизация сосудистой хирургии по лечению хронической артериальной недостаточности, критической ишемии приводит к росту количества высоких ампутаций. Атеросклероз и диабет постоянно прогрессируют, остановить закономерный биологический процесс в настоящее время невозможно. По нашим данным: за 32г высокие ампутации выполнены у 1384 больных. Динамика высоких ампутаций свидетельствует о ежегодном увеличении выполняемых ампутаций. Отмечено, что увеличение больших ампутаций происходит за счет острой артериальной недостаточности 3ст. Ампутаций на уровне бедра выполнено у 982 больных, скончалось 215; на уровне голени - у 364 больных, скончалось 39; экзартикуляций в тазобедренном суставе - у 38 больных, скончалось 18 больных. Реампутаций выполнено у 127 больных. Спрогнозировать исход высоких ампутаций сложно. По клинико-статистисечким показателям мы можем предположить результат ампутации. В 2005г, опираясь на клинический опыт, мы предложили определять прогностический показатель и бальный прогностический показатель исхода ампутации, основываясь на шести показателях - возраст больного, характер основной и сопутствующей патологии, уровень ампутации, группа крови и время госпитализации. Эти исследования носят сугубо исследовательский характер.

Чтобы более четко представить причины неблагоприятных результатов больших ампутаций мы провели анализ летальных исходов за последние 5 лет. За последние пять лет выполнено 225 больших ампутаций, 50 больных скончалось, летальность составила 22%. На уровне бедра прооперировано 170 больных, скончалось 43; на уровне голени - 47, скончалось 3; экзартикуляция в ТБС выполнено 8, 4 скончались, реампутация выполнялась у 6-и больных. Из 50 умерших 23 было мужчин, средний возраст - 68л, женщин - 27, средний возраст - 81г. Тяжесть умерших распределилась следующим образом: больных средней степени тяжести было 11, тяжелых - 25, очень тяжелых - 14. Причинами необратимой ишемии в группе умерших были: ОАН 3ст - у 16 больных, ХАН 4ст - у 15 больных, сочетание СД с атеросклерозом - у 9 больных, СД - у 3 больных, некроз культи - у 3 больных, гнойный талокруралит - у 2 больных, газовая гангрена - у 2 больных. У всех больных имелась разнообразная сопутствующая патология - ИБС, СД, гипертоническая болезнь, ПИКС анемия, пиелонефрит и.т.д. Тяжесть состояния больных подтверждалась и лабораторно. Так, лейкоцитов в крови в среднем составляло 20.9х 10\9\л, креатинин - 149 мкмоль\л. У семи больных накануне высокой ампутации выполнялись операции: тромбэктомия - у 4 больных, подвздошно-бедренное шунтирование - у 1 больного, бифуркационное аорто-бедренное шунтирование - у 1 больного, петлевая сигмостома - у 1 больного. Средний срок лечения в группе умерших составил 13 дней. 15 больных скончалось в первые сутки после операции, в последующие 3-е суток еще 17 больных. Очень сложно выделить основную причину гибели после высокой ампутации. Рационально говорить о доминирующей причине неблагоприятного исхода. По нашим данным из 50-и умерших у 20-и причиной смерти была сердечно-сосудистая недостаточность; раневой сепсис - у 6- больных, пневмония - у 4-х больных, эндотоксический шок - у 5-и больных, прогрессирующая интоксикация с контрлатеральной конечности - у 3-х больных, ОНМК - у 4-х больных, мезентериальный тромбоз - у 2-х больных, язвенное кровотечение - у 2-х больных, острая почечная недостаточность - у 4-х больных.

Мониторинг высоких ампутаций за 32-ух летний период у 1384 больных, подробный анализ 50-и летальных исходов за последние пять лет позволил сделать следующие выводы: 1.Имеет место ежегодное увеличение больных с необратимой ишемией нижних конечностей и отсутствие тенденции к уменьшению летальности. 2. Уровень ампутации определяется распространенностью необратимой ишемии. Доминирующей операцией является ампутация на уровне бедра. Соотношение ампутаций голени и бедра составляет 1:4. 3. Большая летальность в ближайшем послеоперационном периоде свидетельствует о тяжести состояния больных и высоком риске операционного и анестезиологического пособия. 4.Из 50-и умерших за последние 5 лет у 47-и была выполнена ампутация бедра и экзартикуляция в ТБС. Чем выше уровень ампу-

тации, тем тяжелее больной, тем чаще неблагоприятный исход. 5.Причиной гибели больных после ампутации голени были: у двух - прогрессирующая почечная недостаточность, у одного - пневмония. 6.Опыт: при ампутации бедра летальность в среднем составляет 22%, при ампутации голени - 11%. Наблюдается достоверное снижение летальности при ампутации голени за последние пять лет - до 6%.

---

19. Опыт применения амниотической мембраны в лечении пострадавших с обширными ожогами

Умников А.С., Астрелина Т.А., Гречухин Д.А., Копылов А.М.

Москва

ФГБУ ГНЦ «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

Актуальность.

Одной из значимых проблем в лечении пострадавших с обширными глубокими термическими ожогами является выраженный дефицит интактной кожи, пригодной для аутодермопластики. Своевременное удаление ожогового струпа требует решения вопроса закрытия ожоговых ран в кратчайшие сроки для достижения их реэпителизации, либо рубцового замещения, а также восстановления барьерной функции покровных тканей. Формирование негрубых рубцов, особенно в области значимых функциональных зон, позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения при термических поражениях.

Цель

Оценка эффективности применения амниотической мембраны (АМ) при лечении пострадавших с термическими ожогами в условиях выраженного дефицита неповрежденного кожного покрова.

Материалы и методы

В исследование включены 33 пациента с комбинированными термомеханическими поражениями с обширным термическим компонентом более 40% п.т. Пациенты были разделены на 3 группы: первая группа (n=11) — лечение с применением ксенокожи (КК), вторая группа (n=9) — лечение с применением аутодермопластики (АДП), третья группа (n=13) — комбинированное лечение (АДП+АМ). Проведен статистический анализ с использованием критерия Фридмана и корреляционного анализа Спирмена.

Полученные результаты

Медиана времени эпителизации составила: в первой группе — 24 дня [22–29], во второй группе — 21 день [18–24], в третьей группе — 18 дней [16–21]. Выявлены статистически значимые различия между группами по времени эпителизации (p=0,0004). Наилучшие результаты получены в группе комбинированного лечения. Частота осложнений в виде формирования грубых (гипертрофических) рубцов, потребовавших хирургической коррекции в отдаленном периоде, составила: в первой группе — 27,3%, во второй группе — 22,2%, в третьей группе — 7,7%.

Обсуждение и выводы

Использование амниотической мембраны в качестве биологического покрытия, особенно в комбинации с аутодермопластикой имеет статистически значимое преимущество перед применением ксенокожи (p=0,0006). Подтверждена сильная положительная корреляция между площадью ожогов и временем эпителизации (r=0,682; p

---

20. Реперфузионный синдром и лимфорея: опыт послеоперационного ведения пациентов.

Кривощеков Е.П. (1), Яшков М.В. (2), Компаниец В.П. (3), Чекашов А.П. (4)

1) Самара,
2) Ульяновск,
3) Самара,
4) Санкт-Петербург

1) СамГМУ,
2) ГУЗ УОКБ,
3) ГБУЗ СОКБ,
4) ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

Актуальность. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей является одной из ведущих причин снижения качества жизни пациентов. Реконструктивные операции на артериях нередко осложняются развитием реперфузионного синдрома, проявляющегося отеком конечности и лимфореей из послеоперационных ран, что удлиняет сроки госпитализации. В ходе исследования оценивалась эффективность модифицированного подхода к коррекции реперфузионного синдрома и лимфореи у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей после артериальных реконструкций.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 476 пациентов, оперированных по поводу облитерирующего атеросклероза в торакальном отделении Ульяновской областной клинической больницы

за период с 2023 по 2025 год. Лимфорея выявлена у 34 (7,1%) больных. Указанные пациенты были разделены на две группы: I группа – 16 человек (47%), которым проводилось стандартное послеоперационное лечение. II группа 18 (53%) больных – лечились с использованием модифицированного метода лечения реперфузионного синдрома и лимфореи. Модифицированный подход к лечению включал лимфотропное введение препарата лонгидаза в первый межпальцевой промежуток, использование комбинированного медикаментозного лечения (венотоники, антигреганты, антикоагулянты, ангиопротекторы и нейропротекторы), а также эластическую компрессию нижних конечностей и фиксацию нижней конечности в возвышенном положении с помощью шины. Проводились ежедневные перевязки с использованием повязок «Гемосорб» на протяжении всего периода стационарного лечения.

Результаты и обсуждение. По результатам ультразвукового исследования мягких тканей в послеоперационном периоде были установлены следующие особенности: в I группе к седьмым суткам послеоперационного периода фиксировалось нарастание межфасциального отека, в то время как во II группе наблюдалось снижение выраженности межфасциального отека. Средняя продолжительность лимфореи составила: В I группе – 15,1 ± 7,5 суток. Во II группе – 8,1 ± 1,9 суток.

Выводы. Предложенный метод лечения реперфузионного синдрома и лимфореи показал свою клиническую эффективность, что выразилось в уменьшении послеоперационного койко-дня у пациентов с артериальными реконструкциями на нижних конечностях.

---

21. Количественная оценка лимфореи у пациентов после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей.

Кривощеков Е.П. (1), Яшков М.В. (2)

1) Самара,
2) Ульяновск

1) СамГМУ,
2) ГУЗ УОКБ

Актуальность. Лимфорея является частым осложнением реконструктивных операций на артериях нижних конечностей, приводящим к увеличению сроков госпитализации, риску инфицирования и ухудшению качества жизни пациентов. Отсутствие объективного метода оценки объема лимфатического отделяемого затрудняет оценку эффективности проводимой терапии. Разработать и внедрить простой и объективный способ количественной оценки лимфореи для мониторинга течения послеоперационного периода и коррекции лечебной тактики.

Материал и методы. В исследование включено 11 пациентов, оперированных по поводу облитерирующего атеросклероза в хирургическом торакальном отделении Ульяновской областной клинической больницы в 2025 году с лимфореей после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей. Для количественной оценки объема лимфореи использовали метод взвешивания абсорбирующих повязок. Измерения проводили ежедневно в течение всего периода лимфореи. Дополнительно вычисляли индекс лимфореи. Индекс лимфореи повышает достоверность измерений и нивелирует влияние системной гидратации пациента. Оценивали эффективность лечения лимфореи по уменьшению или увеличению индекса лимфореи.

Результаты и обсуждение. На фоне проводимого послеоперационного лечения у 9 (82%) пациентов отмечалось закономерное снижение индекса лимфореи, что объективно подтверждало эффективность лечения. У 2 (18%) пациентов индекс лимфореи не изменялся в течение 7 дней, отмечалась низкая эффективность лечения лимфореи из послеоперационных ран. После смены метода лечения с 8-го дня отмечалось снижение индекса лимфореи и удовлетворительная эффективность лечения. Применение количественного метода позволило объективно оценивать эффективность лечения лимфореи в период стационарного лечения. Метод позволяет проводить индивидуализированное, комплексное послеоперационное лечение больных и в короткие сроки менять тактику лечения лимфореи. При использовании данного способа диагностики ятрогенных осложнений не было.

Выводы и рекомендации. Предлагаемый способ может быть использован в клинической практике для диагностики и лечения больных с лимфореей после реконструктивных оперативных вмешательств на артериях нижних конечностей в условиях стационара.

---

22. Современный подход к оказанию помощи при огнестрельных торакоабдоминальных ранении с повреждением сердца и/или перикарда

Чуприна А.П. (1), Казаков А.Д. (2), Кузнецов И.М. (3), Кучеренко А.Д. (3), Кудрявцева О.А. (1)

1) Москва,
2) Ростов-на-Дону,
3) Санкт-Петербург

1) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в г. Москве,
2) ФГКУ «1602 ВКГ»,
3) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Оказание медицинской помощи при огнестрельных ранениях сердца и/или перикарда остается наиболее сложной задачей как мирного, так и военного времени. Данные ранения в большинстве случаев является фатальными и сопровождаются высокой смертностью на догоспитальном этапе. Помощь данной тяжелой группе пациентов на передовых этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ) в подавляющем большинстве оказывается общехирургической бригадой в условиях ограниченности ресурсов. Учитывая высокую частоту сочетанных ранений, характеристику поражающих элементов современного вооружения актуальным является анализ результатов медицинской помощи при торакоабдоминальных ранениях (ТАР) с повреждением сердца и/или перикарда.

Цель. Проанализировать результаты оказания медицинской помощи при торакоабдоминальных ранениях с повреждением сердца и перикарда.

Материалы и методы. Проанализировали материалы медицинской документации 466 пациентов с огнестрельными ТАР. Всем пациентам при поступлении на этап квалифицированной хирургической помощи (КХП) выполнялось рентгенологическое исследование груди в 2-х проекциях. Для уточнения данных рентгенографии, исключения гемоторакса и гемоперикарда выполнялось скрининговое ультразвуковое исследование (СУЗИ) плевральных синусов, перикарда. При гемодинамической нестабильности с ультразвуковой картиной гемоперикарда, клинической картине тампонады сердца выполнялось экстренное оперативное вмешательство: продольная стернотомия (ПС), передне-боковая торакотомия слева (ПБТТ), билатеральная торакотомия с поперечным пересечением грудины (clamshell), ревизия полости перикарда. При относительно стабильной гемодинамике (отсутствие потребности в вазопрессорных препаратах, ясное сознание, ЧСС100 мм. рт.ст), гемоперикарде с расхождением листков более 10 мм выполнялась фенестрация перикарда, дренирование полости перикарда с активным наблюдением за темпом поступления крови. При стабильной гемодинамике, гемоперикарде с расхождением листков менее 10 мм по данным СУЗИ была выбрана тактика «активного наблюдения». Показанием к выполнению лапаротомии явились абсолютные признаки проникающего ранения живота, клиническая картина перитонита, свободная жидкость в брюшной полости по данным СУЗИ.

Результаты. Повреждение сердца и/или перикарда при ТАР диагностировано у 12 раненых (2,6%). Показаниями к торакотомии у данных пациентов на этапе квалифицированной хирургической помощи (КХП) в 4-х наблюдениях стала тампонада сердца, у 1 – продолжающееся внутриплевральное кровотечение. Фенестрация перикарда, дренирование его полости с оценкой отделяемого по дренажу выполнено в 2 случаях. У одного пациента в связи с продолжающимся кровотечением по дренажу выполнена торакотомия. Нарастание гемоперикарда в динамике по данным СУЗИ после стабилизации состояния явилось показанием для выполнения торакотомии у 1 пациента. Тактика «активного наблюдения» с оценкой объема крови в полости перикарда в динамике по данным УЗИ успешно реализована у 6 пациентов. Всем пациентам на этапе КХП выполнена лапаротомия, устранение повреждений внутрибрюшных органов. Десяти пациентам на следующих ЭМЭ выполнено удаление инородных тел миокарда и перикарда, в том числе, в условиях искусственного кровообращения. Летальность в данной группе раненых составила 8,3%.

Выводы и рекомендации. Небольшие размеры инородного тела, обнадеживающие результаты клинического осмотра и инструментальной диагностики в совокупности со временем, прошедшим с момента ранения, создают трудности при принятии решения об оперативном вмешательстве при повреждении сердца и/или перикарда у пациентов с ТАР. В связи с этим у данной группы раненых имеются предпосылки к определению критериев выбора тактики «активного наблюдения» и скорейшей их эвакуации на этап специализированной (кардиохирургической) помощи. Представленный в данной работе лечебно-диагностический подход может в дальнейшем уменьшить частоту напрасных торакотомий и летальность на этапах медицинской эвакуации.

23. Лечебно-диагностическая тактика при правосторонних осколочных торакоабдоминальных ранениях

Казаков А.Д. (1), Чуприна А.П. (2), Кузнецов И.М. (3), Кучеренко А.Д. (3), Кудрявцева О.А. (2)

1) Ростов-на-Дону,
2) Москва,
3) Санкт-Петербург

1) ФГКУ «1602 ВКГ»,
2) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в г. Москве,
3) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Частота диагностических лапаротомий и вмешательств, не требующих оперативного приема на органах брюшной полости, на передовых этапах медицинской эвакуации в современном вооруженном конфликте, а также в конфликтах на территории Северного Кавказа и Демократической Республики Афганистан составила от 9 до 19% (Алисов П.Г., Самохвалов И.М., 2018; Ахмедов А.М., 2025). Подобные вмешательства, как и любая лапаротомия, закономерно сопровождаются послеоперационными осложнениями у 5,9% - 25,9% раненых. Определение показаний для тактики «динамического наблюдения» с этапа квалифицированной хирургической помощи (КХП) может привести к уменьшению количества осложнений и продолжительности лечения пациентов.

Цель. Оценить результаты применения дифференцированной лечебно-диагностической тактики в оказании помощи при осколочных правосторонних торакоабдоминальных ранениях.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 466 пациентов, получивших огнестрельное ТАР. Правостороннее осколочное слепое ТАР без клинической картины перитонита, а также гемоперитонеума по данным ультразвукового исследования (УЗИ) с визуализируемым инородным телом изолированно в паренхиме печени по данным рентгенографии, УЗИ установлено на этапе КХП у 54 (11,6%) раненых. Данные пациенты составили основную (группа I) и контрольную (группа II) исследования. В I группе 22 пациентам либо выполнялась видеолапароскопия (ВЛС) с предварительным дренированием плевральной полости на стороне поражения, либо была выбрана тактика «динамического наблюдения» с этапа КХП. В II группу вошли 32 пациента, которым выполнялась срединная лапаротомия. Тактика «динамического наблюдения» включала постельный режим, отказ от воды и пищи, введение препаратов, повышающих свертываемость крови, инфузионная терапия в необходимом объеме, мониторинг физиологических показателей, выполнение УЗИ в динамике.

Для сравнения групп применялись t-критерий Стъюдента, критерий Манна-Уитни, критерий Фишера. Для бинарных исходов также рассчитывались RD (разность рисков), RR (отношение рисков) и OR (отношение шансов).

Результаты. У 26 пациентов II группы при лапаротомии выявлено изолированное ранение печени. Гемостаз при незначительном подтекании крови достигнут коагуляцией у 12 из них, у 14 раненых визуализирована рана печени без продолжающегося кровотечения. Еще у 6 пациентов повреждение печени не визуализировано, лапаротомия носила диагностический характер. Повреждение диафрагмы до 1,0 см в диаметре визуализировано у 28 раненых, выполнено его ушивание. ВЛС в I группе на этапе КХП выполнена 6 пациентам. У всех пациентов выявлено изолированное ранение печени. Гемостаз раны у 3 пациентов достигнут коагуляцией, в 1 случае - коагуляцией с применением гемостатической рассасывающейся губки. Во всех 4 наблюдениях удалось ушить повреждение диафрагмы. У двух пациентов на этапе КХП выполнена конверсия, коагуляция раны печени, ушивание раны диафрагмы, санация брюшной полости и ушивание брюшной стенки. На следующем ЭМЭ у 1 раненого I группы выполнена ВЛС, ушивание раны диафрагмы, еще у одного – срединная лапаротомия, санация брюшной полости, ушивание раны диафрагмы. Данных за продолжающееся кровотечение из раны печени не получено. Тактика «динамического наблюдения» реализована с этапа КХП до выписки из стационара у 14 пациентов I группы.

Установлено, что I и II группы не отличались по возрасту, сроку доставки до КХП, тяжести повреждения по шкале ВПХ-ОР. Пациенты II группы в среднем длительнее находились на лечении до выписки из стационара (31,0 койко-день и 21,0 койко-день, р

---

24. Патриарх гнойной хирургии и Святитель Лука – единое и неделимое

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

ГКБ № 5

В 2027г хирургическая общественность отметит 150л со дня рождения патриарха гнойной хирургии В.Ф.Войно-Ясенецкого и 66-у годовщину со дня его преставления. О нем знают хирурги, анестезиологи, православные, вся общественность, к его мощам идут поклониться больные, немощные, убогие, бедные и богатые. Сказать о нем коротко можно: с отличием закончил медицинский факультет, работал в уездных больницах, у проф. Дьяко-

нова, женился, имел четырех детей, в 1916г по монографии защитил докторскую диссертацию, 1921г стал служителем православной церкви, а через два года состоялась хиротония во епископы, 11 лет отсидел в тюрьмах, в 1934г написал «Очерки гнойной хирургии», в 1947г - «Дух, душа и тело», полторы тысячи проповедей, в сане архиепископа 11 июня 1961г скончался. Фундаментальный труд по гнойной хирургии до настоящего времени не потерял своей значимости. Что дало возможность написать «Очерки»: великолепное знание топографической анатомии, блестящие художественные навыки, знание состояния хирургии в Европе и Америке, владение иностранными языками и, конечно, свой хирургический опыт, который он приобрел, работая круглосуточно на селе и в городе, на преподавательской должности. Автором представлено 370 клинических наблюдений, в 39-и главах описана гнойная патология от макушки до пяток. При всем, что у профессора не было ни КТ, ни УЗИ, ни МРТ. В работе Войно-Ясенецкий ставит ряд вопросов, на которые и до сих пор нет ответов - почему при яркой клинике тромбоза кавернозного синуса на аутопсии не обнаруживается самого тромбоза, почему не создан институт гнойной хирургии? Мы не наблюдаем в настоящее время каких-либо комментарий научного сообщества по клиническим наблюдениям Валентина Феликсовича с учетом современных достижений науки, в частности использования высокоинформативных методов диагностики. Личный опыт в гнойной хирургии на протяжении 39 лет показал, что труд по гнойной хирургии Войно-Ясенецкого В.Ф. остается востребованным, является настольной книгой и имеет непревзойденный научно-практический интерес. Что расстраивает? То, что отделения гнойной хирургии становятся похожи на шагреневую кожу, «тают» на глазах, уменьшается их коечность, а порой отделения и вовсе закрываются. И больные с гнойной патологией рассеиваются в отделения общехирургического профиля.

В год издания «Очерков» Войно-Ясенецкий служил в сане епископа Луки. Он совмещал работу хирурга, профессора-лектора и служителя церкви, несшего свет Истины в мир тьмы, безбожия, атеизма новорожденного государства. Жизнь устроена тоньше и проще. Главный труд архиепископа Луки давно зародился. Что могло быть объемнее, а главное значимее»Очерков»? Как могло быть большим то, что написано епископом Лукой в 70 лет того, что было написано епископом в 57 лет? Родственникам он признавался, что вершиной его творчества является трактат «Дух, душа и тело», на писанная в 1947-1948гг. Это труд по апологетике, защиты веры православной. В девяти главах автор по полочкам, методично, не навязывая, смиренно, опираясь на достижения науки, реалии мирской жизни в прошлом т настоящем, учения Святых Отцов, на свой опыт гнойного хирурга, показал и напомнил: жизнь земная скоротечна, есть то, что называется вечностью. Суть небольшого по объему труда в следующем: 1.Наука и религия не враждебны друг другу. 2. Наряду со многими видами энергии существует духовная энергия - всеобъемлющая энергия Божественной любви. 3.Бессмертие есть необходимый постулат нашего ума, другие важные положения. Так какой же труд главнее? Мы обязаны прислушаться к В.Ф.Войно-Ясенецкому, что его нельзя разделять на хирурга и епископа, это единое и неделимое. А что важнее? Безусловно - духовное и вечное.

Хотелось бы заметить, что в биографию Святителя Луки необоснованно приписывают то, чего и не было. Например хвалебные слова, сказанные Святителем Лукой о генералиссимусе; ему приписывают научную степень доктора богословия, которой он и не имел. Важно сохранить чистоту его биографии.

---

27. Современные методы лечения синдрома диабетической стопы

Федотова Е.В. (2), Полунина В.Н. (1), Штыкова О.В. (1), Пономарёв А.Е. (1), Евдокимов С.А. (1).

1) Северодвинск,
2) Архангельск

1) ГБУЗ АО « СГКБ №2 СМП»
2) ФГБОУ ВО « СГМУ» (Архангельск) МЗ РФ

Актуальность

Сахарный диабет (СД) является заболеванием, приводящим к ранней инвалидизации людей трудоспособного возраста, влечет за собой высокую смертность, занимающую третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается свыше 194 млн больных сахарным диабетом, а к 2035 г. эта цифра составит 334 млн человек. Синдром диабетической стопы (СДС) является наиболее тяжелым осложнением сахарного диабета, приводящим к развитию гнойно-некротических процессов в нижних конечностях. До 70% всех нетравматических ампутаций в мире выполняются по поводу СДС, что ведет к стойкой инвалидизации и высокой летальности пациентов. Традиционные методы хирургического лечения не всегда позволяют предотвратить высокие ампутации, что диктует необходимость поиска и внедрения новых технологий, направленных на сохранение опороспособности конечности.

Материалы и методы

Электронные истории болезни в МИС «Ариадна» пациентов с СДС, проходивших лечение в ГБУЗ АО «Северодвин-

ская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи» (ГБУЗ АО «СГКБ №2 СМП»), данные регистра СД данного учреждения. Критерии включения пациентов в исследование: пациенты с СДС 3-4 степени по классификации WAGNER, получавшие хирургическое лечение с применением изучаемых методик. Статистическая обработка данных включала вычисление средних значений, медианы, стандартного отклонения и точного критерия Фишера.

Полученные результаты

В исследование было включено 30 пациентов с осложненными формами СДС (3-4 степень по Wagner), проходивших лечение в отделении гнойной хирургии ГБУЗ АО «СГКБ №2 СМП». Среди пациентов с СДС преобладали женщины - 21 человек (70%). Средний возраст пациентов составил 62,5±13 лет (наименьшее значение 21,0 год, наибольшее – 85,0 лет), Me=63,5, Q25-75=55,0-72,0. Большинство пациентов с СД, это СД 2 типа – 93% (28 пациентов). Средняя длительность заболевания (сахарного диабета) составила 13±7,5 лет (наименьшее значение 3,0, наибольшее – 28,0), Me=15,0, Q25-75=8,0-18,0. Выявлена высокая коморбидность пациентов с СДС: 97% (29 больных) страдали гипертонической болезнью (ГБ,) мультифокальным атеросклерозом, ожирением, у 53% (16 больных) диагностирована хроническая болезнь почек (ХБП), у 17% (5 больных) диабетическая ретинопатия.

Выполнено 166 хирургических вмешательств, включавших этапные некрэктомии (в среднем 3±2,1 некрэктомии у одного пациента), хирургическую обработку гнойного очага, ампутации пальцев, стоп, ампутации на уровне бедра. Некрэктомии с использованием УЗ-скальпеля выполнены у 26 пациентов (87%) и 15 (50,0%) больных применена терапия отрицательным давлением. Применение УЗ-скальпеля и NPWT-систем позволило снизить количество высоких ампутаций до 13% (4 больных), успешная кожная пластика проведена 5 пациентам (17%).

Обсуждение

Полученные результаты демонстрируют, что комбинированное применение гидрохирургического скальпеля и NPWT-терапии является патогенетически обоснованным подходом. УЗ-скальпель позволяет селективно и атравматично удалять некротические ткани, а вакуум-терапия способствует быстрому очищению раны, снижению микробной нагрузки и стимуляции грануляций. Частота высоких ампутаций (13,3%) в исследуемой группе значительно ниже общемировых показателей (50-85%), что подтверждает эффективность методики в сохранении конечности. Наличие тяжелой сопутствующей патологии требует мультидисциплинарного подхода.

Выводы и рекомендации

1. Комбинированное применение гидрохирургического скальпеля и NPWT-терапии позволяет статистически значимо снизить частоту высоких ампутаций у пациентов с тяжелыми формами СДС.

2. Лечение пациентов с СДС должно проводиться мультидисциплинарной командой (хирург, эндокринолог, сосудистый хирург, нефролог).

---

28. Лапароскопическая операция Фрея: отдаленные результаты.

Андрианов А.В., Израилов Р.Е., Цвиркун В.В., Васнев О.С., Тютюнник П.С., Байчоров М.Э., Михневич М.В.

Москва

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова

Актуальность. Операция Фрея является наиболее часто применяемой операцией при хроническом калькулезном панкреатите. Внедрение лапароскопического подхода обеспечивает все стандартные преимущества метода, однако данные о долгосрочных результатах весьма ограничены. Представлен анализ десятилетнего опыта выполнения лапароскопической операции Фрея.

Материалы и методы. С 2012 г. по 2025 г. лапароскопическая операция Фрея была выполнена 72 пациентам (49 (72%) мужчин, 23 (28%) женщины) с хроническим калькулезным панкреатитом. Оценивали дооперационные (возраст, индекс массы тела, расширение главного панкреатического протока, объем головки поджелудочной железы, предшествующие операции), интраоперационные (время операции, кровопотеря, частота конверсии доступа) и послеоперационные (осложнения по классификации Clavien–Dindo, длительность госпитализации) показатели, а также отдалённые результаты (прогрессирование экзо- и эндокринной недостаточности, качество жизни, рецидив болевого синдрома).

Результаты. Лапароскопическая операция Фрея выполнена у 64 (88.9 %) пациентов. Конверсия потребовалась в 5 случаях (6.9%). В двух случаях (2.8%) объем операции был изменен на лапароскопическое формирование продольного панкреатоеюноанастомоза, в 1 (1.4%) – на лапароскопическую операцию Бегера. Время операции — 390 (290-501) мин, кровопотеря — 100 (30-700) мл. Общая частота осложнений — 15.3% (11 пациентов), тяжёлые осложнения (Clavien–Dindo III–IV) — 4.2% (3 пациента). Летальность — 0%. Медиана послеоперационного койко-дня — 6 (3-25) дней. Полное купирование или значительное уменьшение болевого синдрома через 5 лет сохранялся у 89% пациентов.

Выводы. Десятилетний опыт применения лапароскопического метода выполнения операции Фрея демонстрирует, что данная методика является безопасной и эффективной альтернативой открытому вмешательству при хроническом калькулезном панкреатите. Лапароскопическая операция Фрея позволяет добиться эффективного и длительного обезболивающего эффекта и улучшения качества жизни.

---

29. Сравнительная оценка методов хирургического лечения диастаза прямых мышц живота в сочетании с птозом передней брюшной стенки

Петрушко С.И., Теплякова О.В., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В.

Красноярск

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Актуальность. Диастаз прямых мышц живота в сочетании с птозом мягких тканей передней брюшной стенки остается актуальной проблемой реконструктивной хирургии. Несмотря на большое число способов хирургической коррекции, сохраняется потребность в методиках, позволяющих снизить травматичность вмешательства, уменьшить число послеоперационных осложнений и обеспечить стойкий функциональный и эстетический результат.

Материал и методы. В клинической части участвовали 97 женщин 21–65 лет с диастазом прямых мышц живота I–II степени и птозом передней брюшной стенки II–IV степени. Пациентки были разделены на 3 группы: 1-я — ушивание диастаза обвивным швом и дермолипэктомия; 2-я — пластика с традиционной фиксацией сетчатого эндопротеза и дермолипэктомия; 3-я — оригинальная методика с межапоневротической установкой эндопротеза без фиксации и дермолипэктомия. До и после операции выполняли УЗИ, электромиографию и сравнительный анализ послеоперационных исходов.

Полученные результаты. По данным ультразвукового исследования после операции во всех трех группах зарегистрировано статистически значимое уменьшение расстояния между прямыми мышцами живота на всех контрольных уровнях: на 3 см выше пупка, на уровне пупка и на 2 см ниже пупка (во всех случаях роренность эстетическим результатом зарегистрирована в 3-й группе: 9 [9;10] баллов против 7 [6;8] во 2-й и 6 [6;7] в 1-й группе.

Обсуждение. Полученные данные показывают, что межапоневротическое расположение сетчатого эндопротеза без дополнительной фиксации обеспечивает механическую состоятельность реконструкции и позволяет избежать увеличения операционной травмы, связанной с фиксацией сетки. Методика сочетает надежность устранения диастаза, снижение частоты локальных осложнений и высокий уровень удовлетворенности пациенток эстетическим результатом.

Выводы и рекомендации. Разработанный способ абдоминопластики является эффективным вариантом хирургического лечения диастаза прямых мышц живота в сочетании с панникулусом. Метод может быть рекомендован для клинического применения у пациенток с ДПМЖ I–II степени, поскольку позволяет уменьшить продолжительность операции по сравнению с традиционной фиксацией эндопротеза, снизить частоту длительной раневой экссудации и обеспечить хорошие функциональные и эстетические результаты.

---

30. Нейроэндокринные опухоли толстой кишки в популяции жителей Архангельской области

Прилуцкий В.О. (1), Поздеев В.Н. (1), Тарабукин А.В. (2), Нечаева М.Н. (1,3), Петрова Л.Л. (1), Федотова Е.В. (1,3), Вальков М.Ю. (3)

1) Северодвинск,
2) Архангельск

1) ГБУЗ АО «СГКБ №2 СМП»,
2) ГУЗ АО «АОКБ»,
3) ФГБОУ ВО «СГМУ» (Архангельск) МЗ РФ

Актуальность: Нейроэндокринные опухоли (НЭО) – это редкие, медленно растущие новообразования, происходящие из энтерохромаффинных клеток (чаще всего ЕС-клеток), способных секретировать биологически активные вещества (серотонин, гистамин, др.). На начальных стадиях течение бессимптомное, но при прогрессировании может развиваться карциноидный синдром, а также симптомы обструкции. На момент установления диагноза у 50% пациентов выявляют локорегиональные или отдаленные метастазы. Толстая кишка (ТК) редко поражается НЭО. Данные о распространенности и динамике заболеваемости НЭО мало информативны. Популяционный регистр рака Архангельской области и Ненецкого автономного округа (ПРР АО и НАО) осуществляет прослеживание всех случаев рака с 2000 г., качество его данных подтверждено многочисленными международными и отечественными аудитами.

Цель: оценить динамику заболеваемости НЭО ТК в Архан-

гельской области (АО) и Ненецкого автономного округа (НАО) за 20-летний период и сравнить популяцию больных НЭО с другими ЗНО ТК по исходным характеристикам и выживаемости на основе данных ПРР АО и НАО.

Материалы и методы: Записи о пациентах с ЗНО ТК, в том числе НЭО ТК выявленные в период с 2005 по 2025 г. извлечены и базы данных ПРР АО и НАО. Для изучения заболеваемости сведения о численности населения АО в этот период получали из Архангельского отделения Росстата. Распределения между подгруппами больных оценивали с помощью теста хи-квадрат, опухолеспецифическую выживаемость – методом Каплана-Майера.

Результаты:

Всего за изучаемый период зарегистрировано 15 133 пациентов с аденокарциномой различной степени злокачественности (99,1%) и 136 пациентов с нейроэндокринными опухолями колоректальной локализации (0,9%). Больные НЭО ТК в гендерном плане не отличались от больных с аденокарциномой ТК, доля мужчин с НЭО ТК варьировала в пределах 45,45%, (p=0,86), при аденокарциноме ТК 40,26% (p=0,868). Среди пациентов с НЭО колоректальной локализации группа пациентов в возрасте менее 40 лет составила 22,06% против 1,82% в группе аденокарциномы, а в возрасте 40–59 лет — 35,29% против 22,25% соответственно. Среди пациентов 80 лет и старше доля пациентов с НЭО 2,94% против 13,24%.

Стадия I была установлена при первичной диагностике 27,27% против 12,26%, стадия IV – 34,55% против 26,75% больных аденокарциномой и прочих ЗНО, соответственно, P=0,037. Радикальное лечение у пациентов с НОЭ ТК 60,0%, при аденокарциноме ТК 53,56% (Pearson chi2(1)=0,907 Pr=0,341) Пятилетняя выживаемость больных НЭО толстой кишки составила 59,94%, при аденокарциноме толстой кишки 44,12% (chi2(1)=8.127,P=0,004)

Заключение

НЭО толстой кишки являются редкими опухолями, однако их распространенность увеличивается. Пациенты с НЭО ТК моложе больных аденокарциномой, чаще подлежат радикальному лечению и имеют, при своевременно начатом радикальном лечении, благоприятный прогноз.

---

31. Непосредственные результаты после резекционных и восстановительных вмешательств на толстой кишке

Рузибойзода К.Р., Гулов М.К., Нурзода З.М., Гулов А.А.

Душанбе, Таджикистан

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Проанализировать непосредственные результаты после резекционных и восстановительных вмешательств на толстой кишке.

Материал и методы. Располагаем опытом комплексной лечении 547 пациентов, которые подвергались различным по объёму и характеру как резекционных (n=469), так и восстановительных (n=78) вмешательств на толстой кишке по поводу доброкачественных патологий. Следует отметит все резекционные вмешательства с наложением различные вариантов толсто-толстокишечных анастомоз (n=469) были выполнены по поводу различные по характеру и степени тяжести хронического толстокишечного стаза (долихосигма, долихоколон, мегадолихосигма, мегадолихоколон, синдром Пайра, трансверзоптоз), а восстановительных вмешательства (n=78) были проведены для ликвидации колостомы, трансверзостомы и тд.

Результаты. При анализе непосредственных результатов после проведения различных вариантов по объёму и характера в раннем послеоперационном периоде развились следующие ранние послеоперационные осложнение: нагноение послеоперационной раны в 23 случаях (4,2%), которые успешно поддались местному консервативному лечению. Несостоятельность швов сформированных межкишечных анастомозов произошла у 16 (2,9%) пациентов, представляя собой одно из наиболее серьезных ранних послеоперационных осложнений. В 5 (1,0%) случаях зажило и ликвидировано после проведение комплексной консервативной терапии. В остальных случаях была проведена релапаротомия: при частичной несостоятельности швов (n=4) дополнительно были наложены узловые швы, в то время как в 7 (1,2%) случаях на фоне разлитого перитонита потребовалось наружное выведение толстого кишечника, т.е. наложение колостомы. Острая ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась в 13 (2,4%) случаях, из которых в 6 (1,1%) случаях была успешно устранена на фоне проведения комплексной консервативной терапии, а в остальных 7 (1,2%) наблюдениях потребовалась релапаротомия с адгезиолизисом, при этом в трёх из этих случаев было необходимо формирование колостомы. Выделение крови из страховочного дренажа, вызванное внутрибрюшным кровотечением, было зарегистрировано в 4 (0,6%) случаях, где потребовалась релапаротомия и ушивание кровоточащего сосуда в брыжейке толстого кишечника. Развитие послеоперационного абсцесса брюшной полости наблюдалось в 7 слу-

чаях, где в двух из них была проведена релапаротомия с вскрытием и дренированием межкишечных абсцессов, а в остальных случаях - миниинвазивное вмешательство под ультразвуковым контролем для вскрытия и дренирования абсцесса в левой подвздошной области. В 7 (1,2%) случаях послеоперационный период осложнился нарастанием и прогрессированием выраженной интоксикации и полиорганной недостаточности, что привело к летальному исходу.

Заключение. Таким образом, несмотря на развитии хирургической колопроктологии и применение современных шовных материалов и технологии в хирургии толстого кишечника всё таки ещё не лишены развитии ранних послеоперационных осложнений, для коррекции и ликвидации которых в большинство случаев потребуется проведение дополнительных повторных хирургических вмешательств.

---

32. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении диабетических язв

Павлов Ю.И., Холопов А.А., Анфимова И.А., Светлакова И.А., Кокшарова Е.А., Грицань И.И., Кульдеева А.Б., Сумишевская Е.В.

Челябинск

«Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)

АКТУАЛЬНОСТЬ. Диабетические язвы на нижних конечностях представляют собой серьезную клиническую проблему. Однако существующие методы лечения диабетической стопы, по-прежнему, не удовлетворяют ни пациентов, ни врачей, и нуждаются в радикальном улучшении. В последние годы было проведено множество исследований, посвященных анализу эффективности PRP-терапии при лечении диабетической стопы, но они ограничивались лишь несколькими показателями, и их результаты противоречат друг другу. Показатели эффективности включали в себя процент полного заживления язв, процент уменьшения площади язв, время, необходимое для заживления язв. Однако исследования, посвященные анализу механизма действия PRP-терапии на заживление хронических язв весьма немногочисленны.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 18 первичных больных с нейропатической формой синдрома диабетической стопы (Wagner 1-2) в трех поликлиниках города Челябинска в течение 3 месяцев. В качестве критериев эффективности лечения необходимо использовать не столько клинические результаты, сколько морфологические и лабораторные показатели. В комплексе исследования мы использовали цитологическое исследование методом «поверхностной биопсии» раны по М.Ф.Камаеву (1970) на 1, 7, 14 сутки с момента первого использования активированной плазмы. Анализ и количественная оценка цитограмм осуществлялась по методу Д.М.Штейнберга (1948). Цитологическое исследование ран позволяет судить о динамике течения процесса репаративной регенерации.

Накладывали традиционные антисептические повязки (бетадин, левосин, офламелид), стерильные раневые покрытия – Воскопран с мазью Повидон-йод, Парапран с химотрипсином, а также инновационные перевязочные средства, содержащие альгинаты и хитозан (Гелехит, Альгипран). Все манипуляции на стопе проводили в комплексе с медикаментозной терапией, включающей антибиотикотерапию, препараты α-липоевой кислоты, нейротропные витамины.

Для получения аутологичной PRP проводили забор периферической крови из вены в специальную вакуумную пробирку с натрий-гепарином в объеме 9 мл, которая затем центрифугировалась со скоростью 3500 об. в течение 5 минут. Кровь при этом разделялась на 3 слоя: плазма, лейкоцитарная пленка и эритроциты. Плазма субульцерозно, под язву, вводилась с помощью шприца из 4 точек. Лейкоцитарная пленка укладывалась на язву и закрывалась повязкой. Процедура выполнялась еженедельно.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. У 9 из 10 пациентов с острой язвой произошло ее закрытие. У 6 из 8 пациентов с хронической язвой, продолжительностью 6 месяцев или более, размер язвы через 2 месяца сократился более чем в 3 раза. Сроки заживления нейропатических язв составили в среднем 37,9±3,6 суток.

ОБСУЖДЕНИЕ. Цитологическое исследование ран позволяет судить о динамике течения процесса репаративной регенерации и широко используется для анализа хода заживления ран. Через 7 суток после применения активированной обогащенной тромбоцитами плазмы, на поверхности язвы увеличивается количество нейтрофильных гранулоцитов. В эти же сроки отмечено также увеличение содержания макрофагоцитов и полибластов. По нашему мнению, возрастание на поверхности язвы числа макрофагоцитов и нейтрофильных гранулоцитов, обеспечивающих фагоцитоз микроорганизмов, секрецию кислых лизосомальных гидролаз, коллагеназы и эластазы, способствует ускорению некролиза и, тем самым, подготавливает условия для репарации. Мы выяснили, что по сравнению с традиционными методами лечения использование обогащенной тромбоцитами плазмы при лечении диабетических язв сокращает время их заживления.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ. Таким образом, примене-

ние PRP позволяет увеличить частоту успешного заживления диабетических язв в меньший период времени в сравнении со стандартным подходом. Используемая нами технология не вызывает каких либо отрицательных реакций у пациентов с хроническими диабетическими язвами и может быть включена в комплекс лечебных мероприятий.

---

33. Эндоскопические вмешательства у больных с синдромом проксимальной билиарной обструкции.

Маринова Л.А., Ибрагимов А.С., Макатова Б.И., Горленко К.Л., Гурмиков Б.Н.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России

Актуальность:

Проксимальная обструкция внепеченочных желчных протоков является одним из наиболее сложных для лечения синдромов. При злокачественных заболеваниях эндоскопический метод может выполнять роль предоперационной или паллиативной билиарной декомпрессии. При доброкачественных поражениях ретроградные вмешательства в большинстве случаев становятся радикальными.

Цели исследования:

Изучить возможности эндоскопического метода при проксимальных поражениях внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы:

С 04.2017г. по 04.2026г. в группе интервенционной эндоскопии НМИЦ хирургии им.А.В.Вишневского было выполнено 736 эндоскопических вмешательств у 284 больных с проксимальными поражениями желчных протоков:
- различные виды билиарного стентирования – 461
- различные виды назобилиарного дренирования – 92
- внутрипротоковая литотрипсия – 74
- литоэкстракция – 93
- другие – 16

Распределение по нозологиям:
Злокачественные поражения:
- опухоль Клацкина – 41
- метастатическое поражение ворот печени – 51
- рак желчного пузыря – 16
- внутрипеченочная холангиокарцинома – 5

Доброкачественные поражения:
- множественный крупный холедохолитиаз – 43
- гепатиколитиаз – 38
- послеоперационные рубцовые стриктуры – 53
- первичный склерозирующий холангит – 7

Паразитарные поражения:
- альвеококкоз – 24
- эхинококкоз – 6

Результаты:

Ретроградное вмешательство предпринято у 284 пациентов с поражениями проксимальных желчных протоков. У 268 пациентов эндоскопическое лечение выполнено в запланированном объеме. Причинами технической неудачи у 13 пациентов были: 6 – полная облитерация доброкачественной стриктуры после ранее выполненного наружного дренирования, 5 – фиксированная на протоке клипса, 1 – выраженная деформация и ангуляция хода протока, 1 – выраженная деформация 12-перстной кишки после ранее перенесенной резекции печени. Таким образом, технический успех составил 94,4%. Клинический успех в группе технически успешных вмешательств достигнут у 252 (94%) пациентов.

Осложнения развились у 36 (12,7%) пациентов: панкреатит легкой степени – 17 (6%), панкреатит средней степени – 2 (0,7%), холангит легкой степени – 12 (4,2%), холангит средней степени – 3 (1%), перфорация ЖКТ – 2 (0,7%).

После вмешательства умерло 7 пациентов, таким образом, летальность составила 2,5% (6 пациентов со злокачественным заболеванием 4-ой стадии – от прогрессирующей печеночной недостаточности и 1 – с распространенным альвеококкозом).

Обсуждение: в настоящее время не существует единого лечебно-диагностического алгоритма при проксимальной билиарной обструкции, однако последние годы эндоскопический метод занимает всё более значимые позиции в лечении данных заболеваний благодаря таким неоспоримым достоинствам как миниинвазивность и физиологичность. Тем не менее, следует отметить такие его недостатки, как техническую сложность, необходимость дорогостоящего оборудования и опыта оператора, а также нередкую этапность лечения.

Выводы: эндоскопические вмешательства являются эффективным способом радикального и паллиативного лечения заболеваний проксимальных внепеченочных желчных протоков. Данный метод позволяет достичь технического успеха в 94,4%, клинического успеха в 94% случаев и сопровождается низким количеством серьезных осложнений. Тем не менее, требуется дальнейшее изучение и накопление опыта применения методики у данной категории пациентов.

Рекомендации:
-выбор метода лечения пациентов с синдромом проксимальной билиарной обструкции должен осуществляться

на междисциплинарном консилиуме;
-во избежание дискредитации методики следует адекватно оценивать техническое обеспечение и опыт эндоскопической бригады;
-в случае необходимости этапного лечения следует убедиться в настроенности пациента на применение эндоскопического метода.

---

34. Лапароскопическая продольная резекция желудка и лапароскопическое минигастрошунтирование у пациентов с морбидным ожирением. Сравнительная характеристика осложнений.

Дворянкин Д.В., Кочетков А.В., Рафиков Б.Р., Дворянкин М.Д.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России

Актуальность. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) и лапароскопическое минигастрошунтирование (ЛМГШ) яв-ляются самыми распространенными бариатрическими операциями. Обе операции демонстрируют хорошие результаты в отношении поте-ри веса и улучшения связанных с ожирением сопутствующих заболе-ваний. Сравнительный анализ послеоперационных осложнений явля-ется актуальной задачей, что может помочь при выборе операции.

Цель. Оценка послеоперационных осложнений у двух видов бариатрических вмешательств (ЛПРЖ и ЛМГШ).

Материалы и методы. С сентября 2022 г. по октябрь 2025 г. в клинике №2 ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова МЧС России по поводу морбидного ожирения получили хирургическое лечение 312 больных, из них 173 больным выполнена ЛПРЖ, остальным ЛМГШ. В рамках нашего исследования, проведен анализ частых послеоперационных осложнений (кровотечение, стеноз и несостоятельность шва или анастомоза). Для анализа использован точный критерий Фишера ввиду малых ожидаемых частот. Дополнительно рассчитаны отношения шансов с 95% доверительными интервалами, что позволяет оценить клиническую значимость выявленных различий.

Результаты исследования. Отмечено статистически значимое увеличение риска несостоятельности и стенозов при минигастрошунтировании. В группе пациентов, перенесших минигастрошунтирование, вероятность развития кровотечения была в 1,491 раза выше, чем в когорте, где выполнялась продольная резекция желудка. Данная разница в рис-ках статистической значимости не достигла (95% ДИ: 0,151 – 14,731). Риск несостоятельности швов или анастомоза после минигастрошунтирования оказался выше в 3 раза в сравнении с группой рукавной гастрэктомии, и это отличие было статистически значимым (95% ДИ: 1,149 – 44,192). Аналогично, вероятность формирования стенозов желудка или анастомоза в группе минигастрошунтирования превышала таковую в группе продольных резекций в 2,125 раза, что также являлось статистически значимым результатом.

Обсуждение результатов. Результаты показывают, что минигастрошунтирование связано с более высоким риском ряда осложнений по сравнению с продольной резекцией желудка. Хотя увеличение риска кровотечений не было статистически значимым, риск несостоятельности швов и стенозов оказался достоверно выше. Это указывает на необходимость осторожного выбора метода операции с учетом возможных осложнений.

Выводы. Таким образом, ЛПРЖ и ЛМГШ сопоставимы по послеоперационным осложнениям. Необходимы дальнейшие исследования с многофакторным анализом для разработки алгоритма выбора оптимальной бариатрической операции.

---

35. Сравнительный анализ лапароскопических герниопластик вентральных грыж (eTEP RS и IPOM+) у больных с ожирением

Дворянкин Д.В., Кочетков А.В., Рафиков Б.Р., Дворянкин М.Д.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России

Актуальность. Многочисленные научные работы указывают на взаи-мосвязь высокого индекса массы тела (ИМТ) с риском развития после-операционных осложнений при герниопластике. Внедрение лапаро-скопических методов герниопластики вентральных грыж, в частности методик eTEP RS и IPOM+, приобретает все большую значимость, в связи с чем, анализ осложнений после данных операций являются важной задачей.

Цель. Оценка послеоперационных осложнений у двух видов лапаро-сокпических герниопластик при вентральных грыжах (eTEP RS и IP-OM+).

Материалы и методы. С сентября 2018 г. по октябрь 2025 г. в клинике №2 ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова МЧС России по поводу срединных грыж брюшной стенки получили хирургическое лечение 212 больных с ожирением. IPOM+ пластика выполнена у 82 больных, 130 больным выполнена eTEP RS. В рамках нашего иссле-

дования, проведен анализ послеоперационных осложнений, классифицированных по Clavien-Dindo (CD). Для анализа использован точный критерий Фишера ввиду малых ожидаемых частот. Дополнительно рассчитаны отношения шансов с 95% доверительными интервалами, что позволяет оценить клиническую значимость выявленных различий.

Результаты исследования. Было выполнено исследование послеопера-ционных осложнений в зависимости от выполненной пластики вентральной грыжи. При сравнении частоты раневых осложнений (серома, гематома, инфекция), класса CD, случаев рабдомиолиза и ком-партмент-синдрома между типами операций статистически достовер-ных различий выявлено не было (p = 0,085, p = 0,474, p = 0,355, p = 1,000, p = 0,387, p = 0,285, p = 1,000, p = 1,000 соответственно). Отно-шение шансов возникновения раневой инфекции в группе eTEP RS оказалось в 4,068 раза выше, чем в группе IPOM+, однако эта разница не достигла статистической значимости (95% ДИ: 0,886 – 18,666). Шансы развития рабдомиолиза при методике eTEP RS были в 1,778 ра-за выше по сравнению с IPOM+, что также не было статистически зна-чимым (95% ДИ: 0,666 – 4,747). Отношение шансов для компартмент-синдрома в группе eTEP RS превышало таковое в группе IPOM+ в 1,911 раза, без статистической достоверности (95% ДИ: 0,077 – 47,476). Также был выполнен анализ частоты рецидива грыжи в двух-летнем периоде в зависимости от использованной техники пластики. При оценке зависимости рецидива от вида герниопластики статистически значимых различий обнаружить не удалось (p = 0,709), при этом больше рецидива наблюдалось в группе IPOM+ (12,8% против 3,8%).

Обсуждение результатов. В исследовании не выявлено статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений между методиками eTEP RS и IPOM+, что свидетельствует об их сопоставимой безопасности. Несмотря на отсутствие значимости, в группе eTEP RS отмечалась тенденция к более высоким шансам раневой инфекции и редких осложнений, однако широкие доверительные интервалы указывают на ограниченную мощность выборки. При анализе рецидивов также не получено достоверных различий, однако клинически наблюдалась тенденция к меньшей частоте рецидива при eTEP RS (3,8% про-тив 12,8%). Полученные данные требуют подтверждения в более круп-ных исследованиях.

Выводы. Таким образом, eTEP RS и IPOM+ демонстрируют сравнимую эффективность и безопасность.

---

36. Возможности диагностики и хирургического лечения рубцовых стриктур внепечёночных жёлчных протоков

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Шаталов С.А.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Актуальность. Рубцовые стриктуры жёлчных протоков (РСЖП) являются серьёзной медицинской и социально значимой проблемой в абдоминальной хирургии. При лапаротомной холецистэктомии (ХЭ) частота повреждений жёлчных протоков составляет 0,1-1,1%, при лапароскопической ХЭ – 0,2-7,1%. После повторных операций частота разных осложнений составляет 7-48%, а летальность – 3,8-31,4%. Разработка и совершенствование методов диагностики и хирургического лечения рубцовых стриктур жёлчных протоков является актуальной задачей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 102 пациентов с рубцовыми стриктурами жёлчных протоков, оперированных в хирургическом отделении №1 РКБ им. М.И. Калинина г. Донецка за последние 18 лет. Женщин было 74 (73,0%), мужчин – 28 (27,0%). Средний возраст составил 48,1±5,4 лет. Все пациенты прошли клинико-лабораторное обследование, УЗИ, мультисрезовую компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), чрезкожную чрезпечёночную холангиографию, интраоперационную холангиографию, разработанный в клинике способ (патент №142564 от 10.06.2020г.). Пациенты были разделены на 2 группы. В I-ю группу с высоким блоком вошли 43 больных, во II-ю группу с низким блоком – 59. Выделены также 2 подгруппы, в зависимости от хирургической тактики. В Iа подгруппу вошли 23 чел., у которых были применены современные методики. В Iб подгруппе было 20 пациентов с формированием гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) с применением каркасного дренирования по Прадери-Смиту. Во IIа подгруппе было 37 чел., у которых применен разработанный новый способ анастомоза (патент №65791 от 12.12.2011г.). IIб подгруппу составили 22 пациента, у которых использованы традиционные способы билиодигестивных анастомозов.

Полученные результаты. В I группе различные осложнения после операций отмечены у 39,5% больных, рецидивы стриктуры – у 35,0%. У пациентов II группы успешное восстановление жёлчеоттока было в 89% случаев. Частота успешных операций в Iа и IIа подгруппах составила 83%. Послеоперационные осложнения были в 16,4% случаев. Во IIа и IIб подгруппах частота восстановления жёлчеоттока составила 55%, осложнения были у 44,7% больных. Умерли 3 (7,1%) пациента. Осложнения в I группе были менее частыми и менее выраженными, чем во II группе ($p<0,05$).

Обсуждение. Среди факторов риска развития послеоперационных осложнений большое значение имеют: возраст старше 60 лет, длительность заболевания выше 5 лет, желтуха свыше 1 месяца, сопутствующие заболевания (сахарный диабет и др.). Современные методики, включающие более щадящую диссекцию, использование микрохирургических техник позволили добиться более успешного результата. Тем не менее, даже при таких подходах, у 22% пациентов сохранялись те или иные проблемы, требующие дальнейшего наблюдения или коррекции. Полученные результаты подчёркивают преимущества современных подходов, которые включают более точную визуализацию, использование микрохирургических инструментов, современного шовного материала и, при необходимости, эндоскопическую поддержку.

Выводы и рекомендации. Чтобы исключить ятрогенные повреждения жёлчных протоков при холецистэктомии, к выполнению операций следует привлекать наиболее опытных хирургов. Высокий блок жёлчных протоков является более сложной для хирургического лечения проблемой, чем низкий блок. У больных с осложнёнными рубцовыми стриктурами протоков целесообразно проводить двухэтапный метод лечения. При высоком блоке методом выбора следует считать иссечение рубцовой ткани в зоне повреждения и наложение гепатикоеюноанастомоза по Ру на выключенной петле тощей кишки, при низком блоке – применять разработанный в клинике способ билиодигестивного анастомоза.

---

37. Опыт применения ультразвукового исследования в диагностике повреждений диафрагмы

Шаталов А.Д., Зубов А.Д., Плахотников И.А., Вегнер Д.В., Фоминов В.М.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Актуальность. У пациентов с травмами груди и/или живота своевременное выявление повреждения диафрагмы (ПД) является одной из главных и актуальных задач. Ультразвуковое исследование (УЗИ) при этом имеет несомненные преимущества: неинвазивность, доступность, визуализация в реальном времени и оценка патологии в динамике, возможность многократного применения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов УЗИ у 73 пациентов с открытыми (38) и закрытыми (35) травмами груди/живота, которые лечились в I торакальном и I хирургическом отделениях РКБ им. М.И. Калинина за последние 10 лет. Женщин было 21 (28,2%), мужчин – 52 (71,2%) в возрасте от 29 до 76 лет. Применяли УЗ-сканеры различного класса с конвексными датчиками частотой 2,5 и 5 МГц.

Полученные результаты. При УЗИ в норме диафрагма представлена в виде эхопозитивного непрерывного дугообразного образования толщиной 2-4 мм. При ПД отмечены: высокое стояние купола диафрагмы, прерывистость её линии, снижение подвижности купола при дыхании, визуализация заполненной газом петли кишки или желудка в плевральной полости, возможное наличие инородного тела. Специфическими признаками ПД явились: наличие раневого канала в паренхиме печени или селезёнки, наличие сальника в плевральной полости. Лучшие результаты эхографии были: при вклинении печени в тотальный разрыв правого купола диафрагмы (4,8%), петли кишки (12,1%), большого сальника (4,9%). При этом достоверно визуализировались дефекты, не выявляемые при рентгенологическом исследовании. Всего при эхографии ПД выявлены у 25 (65,8%) пациентов с проникающими ранениями груди, у 25 (71,5%) – с тупыми травмами. При открытой травме чувствительность УЗИ в выявлении ПД составила 64,5%, специфичность – 100,0%, точность – 78,4%; при закрытой травме – 71,5%, 100,0% и 91,0% соответственно ($p<0,05$).

Обсуждение. Целесообразно проводить УЗИ в разных плоскостях на грудной стенке, брюшной стенке, в поясничной области, чтобы выявить и другие повреждения – печени (9,4%), селезёнки (6,8%), почек (2,4%), забрюшинную гематому (4,5%), жидкость в брюшной полости (13,8%). Препятствиями к УЗ-визуализации являются ткань лёгких, заполненные газом петли кишечника, особенно при травматическом парезе. УЗИ при подкожной эмфиземе было неинформативным в 13,7% случаев.

Выводы и рекомендации. Эхография может широко применяться при открытых и закрытых травмах груди/живота, вследствие доступности и быстроты выполнения, для выявления ПД и других органов в остром периоде и в динамике.

---

38. Опыт диагностики и эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении механической желтухи и холангита

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Шаталов С.А., Коссе Д.М., Фоминов В.М.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Актуальность. За последние годы число больных с осложнённой жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ) непрерывно увеличивается. Современные методы исследования играют важную роль в уточнении диагноза. У таких пациентов в послеоперационном периоде отмечают 7-38% различных осложнений, летальность составляет 3-32%. В последние годы всё шире применяются современные малоинвазивные методы лечения со значительным улучшением результатов. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является основным методом лечения при холедохолитиазе, несмотря на значительное число осложнений (5,2-17,8%) и летальность – 0,9-1,8%.

Материал и методы. За последние 15 лет в хирургическом отделении №1 РКБ им. М.И. Калинина оперированы 782 пациента с ЖКБ. С механической желтухой (МЖ) было 520 чел. и холангитом – 262. Женщин было 62,5%, мужчин – 37,5%. Сопутствующая патология выявлена у 71,6% больных. Длительность желтухи составила от 2 до 28 дней. Больным применили методы исследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), интраоперационную холангиографию, биохимические, статистические. Больным были выполнены одномоментные или двухэтапные операции после предоперационной подготовки.

Полученные результаты. В клинике МЖ и холангита отмечены желтушность кожи и склер, зуд кожи, светлый кал, тёмная моча, боли в правом подреберье, ознобы, повышение температуры тела до 39°С.

Диагностическая точность УЗИ при холедохолитиазе составила 75,8%. Точность ЭРХПГ составила 87,7%. Не удалось выполнить это исследование в 5 случаях, когда фатеров сосочек находился в глубине дивертикула двенадцатиперстной кишки. В 81,7% случаев холангиолитиаз был первичным, в 18,3% - резидуальным. 6 (0,76%) пациентов пожилого и старческого возраста после ЭПСТ отказались от дальнейшего оперативного лечения – I-я группа больных. II-ю группу пациентов составили 576 (74,2%) больных, которым выполнена ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) – через 3-5 дней. III-ю группу составили 200 (25,04%) чел., у которых ЭПСТ была неэффективна и выполнена открытая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха у 14 чел. и у 9 – с холедоходуоденоанастомозом.

Различные осложнения после ЭПСТ наблюдали у 32 (5,5%) чел. Летальность составила 3 (0,5%) чел. После двухэтапного оперативного лечения осложнения были у 4 (0,69%) пациентов, летальных исходов не было.

Обсуждение. Чтобы предупредить осложнения, в премедикацию включали холинолитики, ганглиоблокаторы, антибиотики, седативные препараты, сандостатин. В клинике разработаны 3 усовершенствованных способа для профилактики и лечения холангита (патенты UA 35896A, UA 71226A и UA 68123A), что позволило за последние 2 года снизить число осложнений на 2,6%. По нашим данным, двухэтапное лечение является более эффективным, чем применение открытых операций, со снижением количества осложнений на 7,6% ($p<0,05$).

Выводы и рекомендации. У пациента с осложнённым холангиолитиазом наиболее информативными методами диагностики являются УЗИ, КТ и ЭРХПГ. ЭПСТ даёт возможность устранить явления желтухи и холангита у 79,3% пациентов, чтобы подготовить их к плановой операции. ЭПСТ особенно показано применять у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией. Двухэтапное лечение и применение усовершенствованных способов лечения уменьшили число осложнений и летальность. Рекомендовано шире применять по показаниям ЭПСТ, лучше в специализированных хирургических отделениях.

---

39. Современная концепция гибридных вмешательств при неотложной абдоминальной патологии

Рогаль М.М., Ярцев П.А., Рогаль М.Л., Стинская Н.А., Тетерин Ю.С., Елоховский Р.В., Спасский А.А.

Москва

ГБУЗ «НИИ СП им Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность. В условиях активного внедрения новых технологических решений и перехода к концепции персонифицированной медицины, с целью улучшения результатов лечения пациентов с ургентной патологией, сведения к минимуму послеоперационных осложнений и ускорения реабилитации, важное значение приобретает выбор доступа и объем оперативного вмешательства. В связи с чем продолжается поиск наиболее эффективных протоколов лечения, в частности протоколов гибридной хирургии. Материал и методы. В исследование вошло 120 пациентов (возраст 18–89 лет, острый калькулезный холецистит с холедохолитиазом (ОКХиХ), острое нарушение мезентериального кровообращения

(ОНМК), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (ПЯДпК), язвенное гастродуоденальное кровотечение (ЯГДК)) за период с 2023 по 2025 гг. включительно. Критерии невключения: состояние на момент поступления V по ASA; пациенты, переведенные из других лечебных учреждений; онкологические заболевания и их осложнения; МИП выше I степени; индекс CCI выше 6. Пациенты были разделены на две группы: этапное лечение по стандартным алгоритмам (Группа 1, n=68) и клиническая апробация гибридных одномоментных вмешательств (Группа 2, n=52). Каждая группа была поделена на подгруппы по виду заболевания. Таким образом, в Группах 1 и 2 было по 4 подгруппы [(ОКХиХ, n1=18; ОНМК, n2=16; ПЯДпК, n3=16; ЯГДК, n4=18), (ОКХиХ, n1=12; ОНМК, n2=14; ПЯДпК, n3=12; ЯГДК, n4=14) соответственно]. Одноименные подгруппы сравнивались между собой (Statistica 10.0.). Полученные результаты. При сравнении подгрупп ОКХиХ в Группе 2 по сравнению с Группой 1 отмечается снижение количества послеоперационных осложнений на 13,9% (p=0,001), койко-дня – на 8,0% (p=0,0031). Летальных исходов в обеих группах не было. При сравнении подгрупп ОНМК в Группе 2 по сравнению с Группой 1 значимого снижения послеоперационных осложнений не было. В Группе 1 умерло 12 (75%) пациентов, в Группе 2 – 9 (64,3%). Высокий уровень смертности связан с исходно тяжелым состоянием всех пациентов с данным заболеванием, несвоевременностью диагностики и прогрессивным ухудшением соматического статуса за счет интоксикационного синдрома. При сравнении подгрупп ПЯДпК в Группе 2 по сравнению с Группой 1 отмечается снижение количества послеоперационных осложнений на 10,4% (p=0,004), койко-дня – на 25% (p

---

40. Стратегия «watch & wait» активное динамическое наблюдение в лечении рака прямой кишки

Алиев В.А., Глебовская В.В., Матвеев И.В., Исмаилова Н.А., Нотов А.А., Данилов М.А.

Москва

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы»
(Новогиреевская улица, д.1,
г. Москва, 111123, Россия)

АННОТАЦИЯ

Хирургическое лечение рака прямой кишки, особенно при низком расположении опухоли, нередко сопровождается выраженными функциональными нарушениями, включая расстройства аноректальной и мочеполовой функции. В ряде случаев возникает необходимость формирования постоянной коло-; илеостомы, что оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов. В этой связи в последние годы активно развивается стратегия «Watch & Wait», предполагающая отказ от немедленного хирургического вмешательства у больных с полным клиническим ответом на курс неоадъювантной химиолучевой терапии. Данный метод основан на регулярном клинико-инструментальном мониторинге состояния пациента с возможностью выполнения отсроченной операции в случае местного рецидива. Реализация данной стратегии позволяет избежать операции, избавиться от риска послеоперационных осложнений, формирования постоянной колостомы и связанных с ней функциональных и психоэмоциональных ограничений, а также поддерживать высокий уровень качества жизни при сохранении сопоставимой онкологической эффективности.

Цель:

Оценить ранние онкологические и функциональные результаты у пациентов с полным клиническим ответом после неоадъювантной химиолучевой терапии, наблюдаемых в рамках стратегии «Watch & Wait», с применением стандартизированного протокола клинико-инструментального мониторинга с интервалом 3 месяца в течение первого года.

Материалы и методы:

В проспективное наблюдение, проводившееся в МКНЦ имени А.С. Логинова в период 2022–2025 гг., были включены 29 пациентов с гистологически верифицированным раком прямой кишки клинической стадии II–III (cT2–4 cN0–2 cM0). Возраст больных составлял 33–84 года (медиана 64 года); мужчин — 17 (58,6 %), женщин — 12 (41,4 %). Нижний полюс опухоли располагался на 1–10 см от анального края по данным пальцевого исследования и жесткой ректоскопии.

Всем пациентам выполнена пролонгированная лучевая терапия суммарной дозой 50–54 Гр (1,8–2 Гр/фракция) в сочетании с пероральным капецитабином. В период максимального действия лучевой терапии проводилась консолидирующая химиотерапия: 25 (86,2 %) больным - по схеме XELOX, медиана количества курсов составила 4,55 (1-11). 3 (10,3 %) — капецитабин в монорежиме; одному пациенту (3,5%) проводилась индукционная терапия 4 курса по схеме XELOX. Через 12–14 недель после окончания лучевой терапии выполнена комплексная оценка ответа, включавшая МРТ малого таза, видеоректоскопию с биопсией, пальцевое ректальное исследование, определение уровня РЭА и СА 19-9 и, по показаниям, ПЭТ/КТ. Пациенты, у которых выявлен полный клинический ответ (отсутствие опухолевого компонента по данным МРТ и эндоскопии, отрицательные результаты биопсии, нормализация/отсутствие повышения опухолевых маркеров), были включены в программу наблюдения

«watch & wait». В первые 12 месяцев от включения пациента в программу, клинико-инструментальный и лабораторный контроль осуществлялся каждые 3 месяца.

Первичной конечной точкой являлось появление локального рецидива (регросс опухоли). Вторичными — динамика опухолевых маркеров, эндоскопическая картина (рубец, язвенный дефект, оценка эпителизации), а также наличие осложнений, связанных с проведённой химиолучевой терапией. Всем пациентам в качестве дополнительной оценки подтверждения полного клинического ответа (cCR) проводилось ПЭТ-КТ.

Результаты:

Все 28 пациента (96,5%) завершили неоадъювантную химиолучевую и химиотерапию в полном объёме. У одного пациента (3,5%) в исследуемой группе отмечено тяжёлая токсическая реакция на химиотерапию, что потребовало отмены терапии. По результатам контрольного обследования через 12–16 недель от окончания неоадъювантного лечения у всех больных был зарегистрирован полный клинический ответ.

Медиана наблюдения составила 7 месяцев [3–18]. В наблюдаемой группе локальный рецидив выявлен у 3 больных (10,3%) через 3, 6 и 18 месяцев соответственно; по данным колоноскопии и МРТ отмечен рост опухоли в зоне ранее определяемого очага без проявлений отдалённого метастазирования. При этом один пациент не оперировался – отказался от хирургического лечения категорически. Остальным выполнены вмешательства в объеме низкой передней резекции и экстирпация прямой кишки. Во всех случаях, по результатам патоморфологической оценки операционного материала, выполнено радикальное хирургическое лечение (R0). Отдаленное метастазирование (метастатическое поражение легкого в отсутствие локального рецидива) констатирована лишь у одного наблюдаемого.

У оставшихся 25 пациентов (86,2 %) признаков рецидива или прогрессирования на момент анализа не выявлено. При видеоэндоскопии у 16 пациентов наблюдался фиброзный рубец, у 7 — хронический язвенный дефект, у 2 – постлучевой проктит, и у 4 — гладкая интактная слизистая. Постоянная колостома потребовалась лишь одному пациенту. Поздних функциональных нарушений аноректальной или мочеполовой систем не зафиксировано. Полученная частота локального рецидива (регросса) (25 %) сопоставима с данными международных исследований, где данный показатель после cCR составляет 15–30%

Заключение:

Первые результаты проспективного наблюдения свидетельствуют о безопасности и потенциальной эффективности стратегии «watch & wait» у пациентов с cCR после неоадъювантной ХЛТ. Отказ от немедленного хирургического вмешательства позволяет избежать риска тяжёлых послеоперационных осложнений, синдрома низкой передней резекции и формирования постоянной коло-; илеостомы, что обеспечивает сохранение высокого качества жизни. При соблюдении стандартизированного протокола наблюдения локальный рецидив выявляется на раннем этапе и успешно поддается хирургическому лечению, без значимого риска отдаленного метастазирования. Полученные данные подтверждают соответствие результатов международным публикациям и подчёркивают необходимость расширения выборки и увеличения срока наблюдения для окончательной оценки онкологической эффективности стратегии «watch & wai

---

41. Сравнение способов обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии. Рандомизированное контролируемое исследование и данные реальной клинической практики в рамках одного исследования

Панкратов А.А. (1,3), Куликов И.И. (2), Матков И.В. (2), Кривоносов К.В. (3), Хатьков И.Е. (1,4), Косьяненко В.В. (1)

Москва

1) РосУниМед,
2) ГКБ им. В.П. Демихова,
3) ГКБ №15 им. О.М. Филатова,
4) МКНЦ им. А.С. Логинова

Актуальность. Острый аппендицит сохраняет лидирующие позиции в структуре экстренной абдоминальной хирургии. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) сегодня является общепризнанным стандартом лечения, демонстрируя неоспоримые преимущества перед открытой операцией в виде снижения частоты раневых инфекций, менее выраженного болевого синдрома и сокращения сроков госпитализации. Однако, несмотря на широкое распространение метода, результаты метаанализов указывают на парадоксальную тенденцию: лапароскопический доступ ассоциирован с более высоким риском развития внутрибрюшных осложнений (абсцессов и инфильтратов) по сравнению с открытой операцией. Ключевое техническое отличие лапароскопической аппендэктомии от открытой заключается в способе обработки культи червеобразного отростка. Именно этот этап большинство исследователей рассматривают как наиболее вероятную причину увеличения частоты внутрибрюшных осложнений при лапароскопическом доступе. В современной клинической практике применяются три принципиально отличающихся метода: лигатурный (с использованием эндопетель), погружной

(с инвагинацией культи в кисетный шов) и аппаратный (с применением линейного эндостеплера). Анализ литературных данных об эффективности указанных способов демонстрирует выраженную противоречивость результатов. Особое внимание вызывает критический дефицит проспективных рандомизированных исследований, непосредственно сравнивающих все три метода в одном исследовании. Поиск в ведущих мировых электронных базах данных за период 2017–2025 гг. выявил лишь единичные работы, соответствующие вышеуказанным критериям. Более того, большинство существующих исследований либо ограничены сравнением двух методов, либо страдают от недостаточной статистической мощности для оценки сравнительно редких, но клинически значимых осложнений, таких как внутрибрюшной абсцесс. Таким образом, проблема выбора оптимального способа обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии остается нерешенной. Ни преимущества одного способа обработки культи червеобразного отростка над другим, ни их отсутствие, ни само по себе влияние данного аспекта на развитие внутрибрюшных осложнений или отсутствие такового на сегодняшний день не доказано. Противоречивость литературных данных и дефицит качественных проспективных исследований диктуют необходимость проведения дальнейших работ высокого уровня в этой области.

Цель. Определить оптимальный способ обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы. Период: сентябрь 2019 – декабрь 2024 гг.Место: ГКБ им. В.П. Демихова ДЗМ. Исследование состоит из 2 частей. Первая часть — одноцентровое проспективное контролируемое исследование.

Метод рандомизации: блочная. Для выполнения исследования сформирована группа хирургов с опытом не менее 10 лет, уверенно владеющих лапароскопическим интракорпоральным швом. Включено 129 пациентов (66 женщин, 63 мужчины, средний возраст 34,9±12,3 лет), распределенных на три группы: погружной, лигатурный и аппаратный способы обработки культи.

Критерии включения: все лапароскопические аппендэктомии, выполненные по протоколу выбранными для исследования хирургами за указанный период. Критерии невключения: невозможность выполнить лапароскопическую аппендэктомию одним из изучаемых способов (например, перфорация в области основания отростка, тифлит). Критерии сравнения: частота интраоперационных и послеоперационных осложнений (абсцесс, инфильтрат, несостоятельность культи аппендикса, кишечный свищ, ранняя спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение), длительность операции, стоимость лечения, техническая сложность. Вторая часть — анализ данных реальной клинической практики за тот же период. Включены 1722 пациентов, перенесших ЛАЭ (786 женщин, 936 мужчин, возраст 18–87 лет) без отбора по клинической ситуации и оперирующему хирургу. Распределение по группам: погружной (n=42), лигатурный (n=847), аппаратный (n=833) способы. Критерии включения: все пациенты, перенесшие ЛАЭ в клинике за указанный период, за исключением плановых оперативных вмешательств. Критерии невключения: пациенты, которым была выполнена открытая аппендэктомия; малоинвазивное вмешательство под контролем УЗИ. Критерии сравнения аналогичны первой части.

Полученные результаты. В первой части интраоперационных осложнений не отмечено. Легкие послеоперационные осложнения выявлены у 6 (4,8%) пациентов: 1 (0,8%) нагноение раны, 2 (1,6%) бессимптомных инфильтрата, 1 (0,8%) гематома брюшной полости, не требовавшая повторного вмешательства, 2 (1,6%) случая длительной гипертермии без выявленной причины. Не зарегистрировано ни одного случая развития осложнения, выбранного в качестве критерия сравнения. Наибольшее время операции отмечено при погружном способе (53,5±14,5 мин) (p0,05) и аппаратном (46,2±18,1) (p>0,05). Аппаратный метод оказался наиболее затратным (46 500 руб.) (p 0,05). Лигатурный метод отличался технической простотой.

Во второй части исследования интраоперационных осложнений не было выявлено, а частота послеоперационных осложнений оказалась выше. Легкие осложнения (серомы, нагноения ран, бессимптомные инфильтраты) зафиксированы у 21 (1,2%) пациента. Осложнения, выбранные в качестве критериев сравнения, развились в 16 (0,9%) случаях: абсцессы брюшной полости (n=9) (0,5%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (n=4) (0,2%), несостоятельность культи (n=1) (0,06%), клинически значимый инфильтрат (n=1) (0,06%), внутрибрюшное кровотечение (n=1) (0,06%). На аппаратный способ пришлось 17 (1%) осложнений, на лигатурный — 18 (1,05%), на погружной — 2 (0,1%) (p>0,05). Наименьшее время операции зафиксировано при аппаратном (33,5 мин) и лигатурном (35,4 мин) методах (p>0,05), наибольшее — при погружном (58,7 мин) (раппаратным методом по стоимости при сопоставимом уровне безопасности.

70. Факторы риска необходимости выполнения высоких ампутаций нижних конечностей при хирургическом лечении синдрома диабетической стопы

Ладик Ю.С., Ермашкевич С.Н.

Витебск

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. При синдроме диабетической стопы (СДС) риск выполнения высоких ампутаций нижних конечностей (ВАНК) выше в 5-45 раз общепопуляционного.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных обо всех 452 пациентах с СДС, находившихся на обследовании в гнойном хирургическом отделении учреждения здравоохранения «Витебская областная клиническая больница» в период 2020-2022 гг. Пациенты были разделены на 6 групп сравнения: I – 181 (40,0%) пациент, которым проводили только консервативную терапию и местное лечение (без учета вмешательств на сосудах нижних конечностей); II – 172 (38,1%) пациента, которым выполнено успешное локальное хирургическое вмешательство на стопе; III – 32 (7,1%) пациента, которым выполнено локальное хирургическое вмешательство, после чего требовалось выполнение дополнительных локальных операций на стопе по поводу местных осложнений; IV – 14 (3,1%) пациентов, которым исходно выполнено локальное вмешательство на стопе, а затем в связи с его неэффективностью или развитием местных осложнений произведена ВАНК; V – 39 (8,6%) пациентов, которым произведена первичная ВАНК, а послеоперационный период протекал без местных осложнений; VI – 14 (3,1%) пациентов, у которых после выполнения ВАНК выполнены дополнительные оперативные вмешательства. Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу с использованием программ Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, США), STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США), MedCalc 23.0.6 (MedCalc Software Ltd, Бельгия). Уровень значимости «p» принимали равным 0,05.

Полученные результаты. Анамнестическими факторами риска выполнения ВАНК в процессе лечения являются: возраст >61 года (p12,50×109/л – риск выше в 3 раза (p=0,0000); нейтрофильно-лейкоцитарный индекс >4,24 ед. – риск выше в 2,3 раз (p=0,0001); лейкоцитарный индекс интоксикации >1,81 ед. – риск выше в 2,5 раз (p=0,0000); индекс сдвига лейкоцитов >0,10 ед. – риск выше в 2,1 раз (p=0,0005); ИИ ≤0,23 ед. – риск выше в 3,2 раз (p=0,0000). Биохимическими и гемостазиологическими факторами риска необходимости выполнения ВАНК в процессе лечения являются: мочевина >6,3 ммоль/л – риск выше в 2,1 раз (p=0,0015); С-реактивный белок >53 мг/л – риск в 3,5 раза выше (p=0,0000); протромбиновое время >11,4 сек. – риск выше в 5,9 раз (p=0,0017); фибриноген >7,55 г/л – риск выше в 1,7 раз (p=0,02). Факторами риска необходимости выполнения ВАНК в процессе лечения являются: наличие поражений подвздошно-бедренного сегмента (риск выше в 12 раз, p=0,0003), бедренно-подколенного сегмента (риск выше в 5 раз, p=0,0000), артерий голени (риск выше в 5 раз, p=0,0297). После выполнения реконструктивно-восстановительных операций риск ниже в 2,4 раза (p=0,0000) для доли оперированных пациентов с исходными гемодинамически значимыми нарушениями магистрального кровотока.

Обсуждение. Имеющиеся в литературе данные весьма вариативны, при этом четкие и многофакторные данные для прогноза риска ВАНК при хирургическом лечении СДС отсутствуют.

Выводы и рекомендации. Полученные сведения могут быть использованы для прогнозирования результатов, определения и коррекции рациональной индивидуальной тактики хирургического лечения пациентов с СДС.

---

72. Факторы риска неблагоприятных исходов при закрытой травме живота, осложненной распространенным перитонитом: предикторы

Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Бирюлев Д.С.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Предикторы неблагоприятных исходов у пациентов с закрытой травмой живота (ЗТЖ), осложненной распространенным перитонитом (РП) являются маркерами риска летального исхода и имеют большое значение для своевременного прогнозирования и профилактики фатальных осложнений.

Цель: выявить и оценить значение предикторов неблагоприятных исходов лечения пациентов с ЗТЖ и РП.

Материал и методы. В ретроспективное когортное исследование включено 63 пациента с ЗТЖ и РП (4 группы): 1 - (16) - пациенты с ЗТЖ и РП с однократной лапаротомии, после которой наступило излечение РП или летальный исход; 2 - (17) – релапаротомии (РЛТ) «по требованию» вследствие развития внутрибрюшных осложнений или некупированного РП; 3 - (13) - РЛТ «по требованию» вследствие развития внутрибрюшных осложнений или некупированного РП, которым для купирования РП потребовался переход на программированные РЛТ; 4

группа (17) - пациенты, которым во время первичной операции был выбран режим программированных РЛТ, в т.ч. с тактикой «damage control surgery».

Исследование выполнено по этическим стандартам в соответствии с Хельсинкской декларацией и одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России (№ 2023/178 от 27.03.2023).

Все пациенты оперированы в ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда – травмоцентра 3-го уровня в период 2005-2025 гг.

Определяли прокальцитонин, лактат, дефицит буферных оснований (BE) в динамике до 7-х суток.

Статистическую обработку и анализ результатов проводили методами непараметрической статистики с использованием программ Microsoft Excel 2019 и SPSS Statistics 26.

Результаты. Летальность: в I группе — 18,8% (3 из 16), во II — 41,2% (7 из 17), в III — 46,2% (6 из 13), в IV — 47,1% (8 из 17). Статистически значимых различий при попарном сравнении групп не выявлено (χ^2=3,66; p=0,301).

Выявлены факторы, влияющие на летальность: непроведение нутритивной поддержки с ранним энтеральным питанием в первые 3-4 суток (ОШ=3,470 (95% ДИ 1,791–6,722); p=0,0001), и невведение транексамовой кислоты (вторая инфузия оптимально – 1 г в течение 8 ч от момента травмы при кровотечениеях) (ОШ 2,547 (95% ДИ 1,464-4,432), p=0,001).

Анализируя динамику лабораторных показателей, в качестве предикторов выделены прокальцитонин, лактат и дефицит буферных оснований.

Прокальцитонин (ПКТ): у умерших исходный ПКТ 8,0 [6,9; 9,2] нг/мл, у пациентов с малыми осложнениями — 5,0 [4,0; 6,2] нг/мл. К 7-м суткам у выживших ПКТ - 2,4 [2,0; 3,0] нг/мл, у умерших - 4,8 [3,9; 6,0] нг/мл. (p

---

73. Факторы риска неблагоприятных исходов при закрытой травме живота, осложненной распространенным перитонитом: гемодинамическая нестабильность

Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Бирюлев Д.С.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Гемодинамическая нестабильность (ГнС) как фактора риска летального исхода у пациентов с закрытой травмой живота (ЗТЖ) имеет важное значение, однако ее роль при посттравматическом распространенном перитоните (РП) требует дальнейшего изучения.

Цель: определить значение ГнС как фактора риска неблагоприятных исходов лечения пациентов с ЗТЖ и РП, перенесших лапаротомию (ЛТ) и релапаротомию (РЛТ).

Материал и методы. В ретроспективное когортное исследование включено 63 пациента с ЗТЖ и РП (4 группы): 1 - (16) - пациенты с ЗТЖ и РП с однократной ЛТ, после которой наступило излечение РП или летальный исход; 2 - (17) – РЛТ «по требованию» вследствие внутрибрюшных осложнений или некупированного РП; 3 - (13) - РЛТ «по требованию» вследствие внутрибрюшных осложнений или некупированного РП, которым для купирования РП потребовался переход на программированные РЛТ; 4 группа (17) - во время первичной операции выбран режим программированных РЛТ, в т.ч. с «damage control surgery».

По гемодинамическому статусу группы сопоставимы (p>0,05). Отмечена тенденция (p близок к 0,05): в IV группе доля ГнС пациентов (70,6%) выше, чем во II и III группах (35,3% и 38,5%).

Исследование выполнено по этическим стандартам в соответствии с Хельсинкской декларацией и одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России (№2023/178 от 27.03.2023). Пациенты оперированы в ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда – травмоцентре 3-го уров-ня в период 2005-2025 гг.

Статистическую обработку и анализ результатов проводили методами непараметрической статистики - программы Microsoft Excel 2019 и SPSS Statistics 26.

Результаты. Летальность: в I группе - 18,8% (3 из 16), во II - 41,2% (7 из 17), в III - 46,2% (6 из 13), в IV - 47,1% (8 из 17). При попарном сравнении групп (χ^2=3,66; p=0,301).

При стратифицированном анализе с учетом гемодинамического статуса среди ГС пациентов летальность от 0% в I группе до 40% в IV группе (p=0,245); среди ГнС пациентов — от 33,3% в I группе до 80% в III (p=0,277).

В I группе летальность среди ГС пациентов 0% (95% ДИ 0,0–41,0%), ГнС - 33,3% (95% ДИ 7,5–70,1%), II — 27,3% (95% ДИ 6,0–61,0%) и 66,7% (95% ДИ 22,3–95,7%), в III — 25,0% (95% ДИ 3,2–65,1%) и 80,0% (95% ДИ 28,4–99,5%), в IV - 40,0% (95% ДИ 5,3–85,3%) и 50,0% (95% ДИ 21,1–78,9%) соответственно (метод Клоппера–Пирсона (точный биномиальный).

В каждой из когорт пациентов различия в летальности в зависимости от выбранной тактики статистически не значимы (p=0,245, точный критерий Фишера) и (Хи-квадрат Пирсона χ^2=3,86; df=3; p=0,277, точный критерий Фишера p=0,312). Различий в летальности между группами с поправкой на гемодинамический статус также не выявлено (глобальный тест Мантеля–Хензеля, χ^2=1,31, df=3, p=0,73). При попарном сравнении групп с поправкой Бонферрони и оценки со взаимодействием (группа/вариант лечения*гемодинамика) p>0,05. При сравнении когорт ГС и ГнС пациентов между собой (суммарно по всем группам) получено, что ГнС является независимым фактором риска летальности (однофакторный анализ, ОШ=4,32, p=0,005).

Обсуждение. При многофакторном анализе исхода лечения при ЗТЖ и РП выявлено, что одним из значимых факторов является ГнС при поступлении (p=0,036), наряду с возрастом > 60 лет (p 6 часов (p=0,002) и тяжестью РП по Мангеймскому перитонеальному индексу (MPI) на момент первичной операции (p=0,001).

Выводы. ГнС - независимый фактор риска летальности (ОШ=4,32, p=0,005) при ЗТЖ и РП. Доказана статистически значимая ассоциация ГнС с летальным исходом: 79,2% всех умерших - это пациенты с исходным шоком (p=0,015); ОШ развития жизнеугрожающих осложнений (IV-V класс по Clavien-Dindo) у ГнС пациентов 2,84 (95% ДИ 1,18-6,82; p=0,019).

Рекомендации. У ГнС пациентов изначально необходимы противошоковые мероприятия. Гемодинамический статус влияет на выбор объема операции и у ГнС пациентов предпочтительно сокращение объема первичной операции с последующей программированной РЛТ.

---

74. Сравнение инвагинационного панкреатоеюноанастомоза и модифицированного анастомоза по Blumgart после панкреатодуоденальной резекции: ретроспективное исследование

Вервекин И.В. (1), Трушин А.А. (1), Курсенко Р.В. (1), Дадашева З.Н. (1), Захаренко А.А. (1)

1) Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) остаётся одним из наиболее травматичных и технически сложных вмешательств в абдоминальной хирургии. Частота клинически значимой послеоперационной панкреатической фистулы (ПОПФ) составляет 5–20%, а при наличии мягкой паренхимы поджелудочной железы и узкого главного панкреатического протока (ГПП) достигает 30–40%, послеоперационная летальность — 3–5%. В литературе описано более 20 различных типов панкреатических анастомозов, однако единый стандарт реконструктивного этапа отсутствует.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 154 ПДР (операции Whipple, лапаротомный доступ, реконструкция по Child) за период 2020–2026 гг. Пациенты разделены на две группы: инвагинационный панкреатоеюноанастомоз (n=78) и модифицированный анастомоз по Blumgart (mBlumgart, n=76). Модификация анастомоза по Blumgart заключалась в отсутствии отдельных швов проток-слизистая. Группы были сопоставимы по основным характеристикам, включая возраст (63,5 vs 62 года, p=0,66), ИМТ (24,1 vs 24,3 кг/м², p=0,58), диаметр главного панкреатического протока (3 vs 3 мм, p=0,12) и шкалу риска фистулы (3 vs 3, p=0,68). Частота мягкой поджелудочной железы составила 32,1% в группе инвагинации и 43,4% в группе mBlumgart.

Результаты. Общая частота клинически значимой ПОПФ (степени B+C) была достоверно ниже в группе mBlumgart и составила 27,6% (21 из 76) против 43,6% (34 из 78) в группе инвагинационного анастомоза (p=0,02). Аналогичная тенденция отмечена и в подгруппе пациентов с мягкой паренхимой поджелудочной железы: ПОПФ развилась у 18,4% (14 из 76) при использовании mBlumgart и у 29,5% (23 из 78) при инвагинации (p=0,01). Частота ПОБФ оказалась ниже в группе mBlumgart — 7,9% против 17,9% (p=0,05). Лабораторные данные также свидетельствовали в пользу модифицированного анастомоза: максимальный уровень СРБ (157,5 vs 195 ЕД/мл, p=0,01), максимальный уровень амилазы крови (89 vs 123 ЕД/мл, p=0,03) и максимальный уровень амилазы в дренажной жидкости (382 vs 1289 ЕД/мл, p=0,01) были значимо ниже в группе mBlumgart. При многофакторном анализе инвагинационный тип анастомоза выступил независимым фактором риска развития ПОПФ (HR 1,76; 95% ДИ 1,24–2,51; p

75. Качество жизни и социальная адаптация в отдалённом периоде после программного эндоскопического гемостаза у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А., Жуликова С.В., Телешов В.С., Ногина А.А., Алтурки.Л.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Язвенные гастродуоденальные кровотечения существенно влияют не только на ближайшие, но и на отдалённые результаты лечения, оказывая негативное воздействие на физическое самочувствие, психологическое состояние, социальную активность и общее качество жизни пациентов. Несмотря на совершенствование эндоскопических методов остановки кровотечения, данные о влиянии программного эндоскопического гемостаза на качество жизни в отдаленном периоде остаются недостаточно изученными. В связи с этим оценка качества жизни пациентов после применения данного метода представляет важную научную и практическую задачу.

На базе клиники хирургических болезней №1 Института НМФО ВолгГМУ и ГУЗ «КБСМП №15» г. Волгограда в 2022–2025 гг. проведена оценка качества жизни 142 пациентов, перенесших программный эндоскопический гемостаз по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Качество жизни и уровень социальной адаптации оценивали через 3 года после лечения с помощью специально разработанного опросника, включающего 24 пункта и охватывающего четыре основных домена: физическое функционирование и симптомы, психологическое благополучие и тревога, социальное функционирование и адаптация, а также общую удовлетворённость жизнью и лечением. Каждый пункт оценивался по 5-балльной шкале.

Полученные результаты: Через 3 года после программного эндоскопического гемостаза средний суммарный балл по разработанному опроснику составил 84,7 ± 7,2 балла (из 120 возможных). Наиболее высокие показатели отмечены в домене «психологическое благополучие и тревога» (средний балл 4,2 ± 0,4) и «общая удовлетворённость жизнью и лечением» (4,4 ± 0,5). В домене «физическое функционирование и симптомы» средний балл составил 3,9 ± 0,5, а в домене «социальное функционирование и адаптация» — 4,0 ± 0,5.

Высокий уровень качества жизни (более 90 баллов) зарегистрирован у 89 (62,7 %) пациентов. Умеренные нарушения, преимущественно в физической и социальной сферах, сохранялись у 53 (37,3 %) больных.

Обсуждение: Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высоком уровне качества жизни пациентов через 3 года после программного эндоскопического гемостаза. Применение этапного подхода способствует не только эффективному контролю кровотечения, но и благоприятному восстановлению физического, психологического и социального статуса больных. Высокие баллы по шкалам психологического благополучия и общей удовлетворённости лечением указывают на хорошую переносимость метода и снижение уровня тревоги, связанной с перенесённым ургентным состоянием. Вместе с тем у части пациентов сохраняются отдельные ограничения в физической активности и социальной адаптации, что подчёркивает необходимость дальнейшего динамического наблюдения и индивидуальных реабилитационных мероприятий.

Выводы и рекомендации: Программный эндоскопический гемостаз оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями даже через 3 года после лечения. По данным специально разработанного опросника средний уровень качества жизни расценивается как хороший, а высокий уровень зарегистрирован у 62,7 % пациентов. Полученные данные обосновывают целесообразность дальнейшего изучения качества жизни в более отдалённые сроки и внедрения данного метода в клиническую практику с обязательным психосоциальным мониторингом.

---

76. Влияние возраста пациентов на качество жизни в раннем периоде после программного эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А., Жуликова С.В., Телешов В.С., Ногина А.А., Алтурки.Л.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Возраст пациентов является одним из ключевых факторов, определяющих характер восстановления качества жизни после перенесённого язвенного гастродуоденального кровотечения. Пожилые пациенты чаще имеют сопутствующую патологию, сниженные компенсаторные возможности и более высокий уровень тревоги, что может замедлять реабилитацию даже при успешном программном эндоскопическом гемостазе. Изучение влияния возраста на динамику качества жизни представляет особую научную и практическую значимость.

Материалы и методы. В исследование включены 53 пациента, которым в 2025–2026 гг. на базе ГУЗ «КБСМП №15» г. Волгограда выполнялся программный эндоскопический гемостаз по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Качество жизни оценивали через 6 месяцев после лечения с помощью специально разработанного опросника, состоящего из 24 вопросов и охватывающего четыре домена: физическое функционирование и симптомы, психологическое благополучие, социальное функционирование и общую удовлетворённость жизнью и лечением. Пациенты были разделены на две группы: до 65 лет и 65 лет и старше.

Полученные результаты. Через 6 месяцев после программного эндоскопического гемостаза качество жизни пациентов старше 65 лет было заметно ниже, чем у пациентов младше 65 лет. Полное восстановление качества жизни отмечено только у 75 % пациентов младше 65 лет и лишь у 32 % пациентов старше 65 лет. Наиболее выраженные различия наблюдались в физическом и социальном функционировании. В психологическом домене пожилые пациенты чаще сохраняли повышенный уровень тревоги и страха повторного кровотечения.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что возраст старше 65 лет является значимым негативным фактором, существенно влияющим на восстановление качества жизни после программного эндоскопического гемостаза. Пожилые пациенты хуже восстанавливают физическую активность и социальные связи, а также дольше сохраняют повышенный уровень тревожности. Это связано с большей частотой сопутствующих заболеваний, сниженной адаптационной способностью и более выраженным психологическим воздействием перенесённого ургентного состояния. Выявленные возрастные особенности требуют разработки дифференцированных подходов к реабилитации данной категории больных.

Выводы рекомендации: Возраст пациентов оказывает существенное влияние на качество жизни в раннем периоде после программного эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. У пациентов старше 65 лет восстановление качества жизни происходит значительно медленнее и менее полно по сравнению с более молодыми больными. Полученные результаты обосновывают необходимость активного психосоциального мониторинга и разработки специальных реабилитационных программ, ориентированных именно на пожилых пациентов.

---

77. Непосредственные результаты лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки: операция Kimura vs Warshaw.

Вервекин И.В. (1), Трушин А.А. (1), Курсенко Р.В. (1), Захаренко А.А. (1)

1) Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Введение. Дистальная резекция поджелудочной железы (ПЖ) является стандартом лечения при новообразованиях тела и хвоста ПЖ. При доброкачественных опухолях и метастатическом поражении предпочтительно выполнение спленосохранной резекции, поскольку спленэктомия ассоциирована с риском инфекционных осложнений, тромбоэмболий. Для сохранения селезенки применяются две основные методики: операция Kimura (КТ) с сохранением селезеночных сосудов и операция Warshaw (WT) с их пересечением и сохранением кровоснабжения за счет коротких сосудов желудка. Дискуссия о преимуществах каждого метода остается открытой. Цель исследования — сравнительный анализ непосредственных результатов лапароскопической дистальной спленосохранной резекции поджелудочной железы при использовании методик Kimura и Warshaw.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное нерандомизированное исследование, включившее 45 пациентов с доброкачественными образованиями и метастазами светлоклеточного рака почки в тело/хвост поджелудочной железы, оперированных в ПСПБГМУ им. И.П. Павлова. Пациенты разделены на две группы: группа Kimura (n=27) и группа Warshaw (n=18). Оценивались следующие показатели: продолжительность операции, объем кровопотери, послеоперационный койко-день, частота конверсий в лапаротомию, спленэктомий, повторных операций, послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo и частота панкреатических фистул (POPF B-C по ISGPS).

Результаты. Группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. В обеих группах преобладали женщины (81,5% в КТ и 88,9% в WT). Средний возраст составил 47,5 года в группе КТ и 56,8 года в группе WT (p=0,165). В группе WT опухоли были бОльших размеров: 4,7 см против 2,9 см в группе КТ (p=0,026). Средняя продолжительность операции в группе WT была значимо меньше: 197,3 ± 42,1 мин. против 269,1 ± 70,9 мин. в группе КТ (p=0,006). Медиана кровопотери составила 300 мл в группе WT и 150 мл в группе КТ (p=0,055). Частота конверсий в лапаротомию (11,1% vs 22,2%, p=0,618), спленэктомий (0% vs 11,1%, p=0,499) и повторных операций (0% vs 14,8%, p=0,248) значимо не различалась. Медиана послеоперационного койко-дня составила 7 дней в группе WT и 10 дней в группе КТ (p=0,081).

Клинически значимые панкреатические фистулы (ПОПФ типа B и C) чаще наблюдались в группе Kimura: 63,0% (17 пациентов) против 44,4% (8 пациентов) в группе Warshaw (p=0,028). Частота тяжелых осложнений (Clavien-Dindo ≥ III) в группе КТ составила 18,5%, в группе WT — 5,6% (p=0,333). Инфарктов селезенки и летальных исходов не зарегистрировано ни в одной группе.

Обсуждение. Частота POPF B-C в группе Kimura (63,0%) оказалась выше литературных данных (30-50%), тогда как в группе Warshaw (44,4%) сопоставима с ними. Отсутствие инфарктов селезенки подтверждает адекватность коллатерального кровотока через короткие сосуды желудка при методике Warshaw. Ограничения исследования: ретроспективный дизайн, малая выборка, возможная селекционная ошибка (более крупные опухоли в группе Warshaw). Несмотря на это, методика Warshaw демонстрирует сопоставимую безопасность и преимущества по длительности операции и частоте POPF.

Выводы. Лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки является безопасным и эффективным методом лечения доброкачественных новообразований тела и хвоста поджелудочной железы. Обе методики (Kimura и Warshaw) демонстрируют сопоставимые результаты по частоте тяжелых осложнений, кровопотере и длительности госпитализации. Методика Warshaw, даже при использовании у пациентов с более крупными опухолями, характеризуется меньшей продолжительностью операции и более низкой частотой клинически значимых ПОПФ, что позволяет рассматривать ее как предпочтительную с точки зрения оптимизации использования операционных ресурсов без ущерба для безопасности пациента.

---

78. Индивидуализированная тактика профилактики гастроэзофагеального рефлюкса после рукавной резекции желудка

Черкасов Д.М., Чаплыгина Е.В., Ендоренко К.В., Меликова С.Г., Черкасов М.Ф.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ

Актуальность. Рукавная резекция желудка является одним из самых часто выполняемых бариатрических вмешательств. Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) относится к числу специфических осложнений данной операции, частота которого составляет 23% и более. Дифференцированный учёт анатомо-морфологических характеристик пищеводно-желудочного перехода (ПЖП) у пациентов с различными соматотипами позволяет минимизировать риск развития данного осложнения. Цель исследования заключалась в разработке индивидуализированной тактики профилактики ГЭР после рукавной резекции желудка, основанного на данных морфологического анализа.

Материалы и методы исследования. Проведено двухэтапное исследование, включавшее анатомо-эндоскопический и клинический разделы. На первом этапе выполнен анализ данных видеоэзофагогастродуоденоскопии у 80 пациентов, обследованных в клинике РостГМУ. Установлено, что пациенты брахиморфного соматотипа, а также лица с расширяющейся вверх формой живота, характеризуются сниженным компенсаторным резервом структур ПЖП. На втором этапе в клиническое исследование включено 45 пациентов с морбидным ожирением, прооперированных в период 2020-2025 гг. На основании результатов анатомического этапа сформированы две группы: основная группа (пациенты брахиморфного типа и мезоморфного типа с расширяющейся вверх формой живота; n=19), в которой рукавная резекция желудка дополнялась формированием антирефлюксного клапана по оригинальной методике, и группа сравнения (пациенты с иными соматотипологическими характеристиками; n=26), где выполнялась стандартная лапароскопическая рукавная резекция желудка. Критериями оценки служили длительность госпитализации, процент потери общей массы тела (TWL%), частота и спектр послеоперационных осложнений. Динамику рефлюкс-синдрома оценивали с помощью опросника GERD-HRQL в нескольких контрольных точках и данных контрольной видеоэндоскопии; степень рефлюкс-эзофагита классифицировали согласно Лос-Анджелесской системе. Статистический анализ выполнен с применением пакетов Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение. По основным параметрам бариатрического вмешательства значимых межгрупповых отличий обнаружено не было. Длительность госпитализации составила 3,6±1,5 (Me=3,0) койко-дней в основной группе и 4,2±1,9 (Me=3,5) в группе сравнения. Процент потери общей массы тела (TWL%) через 12 мес. послеоперационного наблюдения был сопоставим: 29,3±4,2 (Me=28,8) против 27,8±3,1 (Me=28,0). Частота послеоперационных осложнений в обеих когортах достоверно не различалась. Динамика рефлюкс-симптоматики по опроснику GERD-HRQL продемонстрировала статистически значимое снижение средних и медианных значений в основной группе, указывающее на устойчивый регресс проявлений ГЭР до конца периода наблюдения. В группе сравнения, напротив, отмечалось возобновление симптомов: разница средних баллов оставалась статистически значимой во всех контрольных точках. Эндоскопический контроль на 6 месяце выявил, что в основной группе рефлюкс-эзофагит диагностировался только степени А у 26,09% (n=6) пациентов и протекал бессимптомно. В группе сравнения частота степени А составила уже 34,78% (n=8), дополнительно регистри-

ровались случаи рефлюкс-эзофагита степени B (26,09%, n=6) и C (13,04%, n=3), потребовавшие медикаментозной коррекции. Разработанный хирургический подход к профилактике ГЭР после рукавной резекции желудка является патогенетически обоснованным: формирование дополнительного искусственного клапанного механизма в зоне ПЖП компенсирует относительную недостаточность естественного антирефлюксного барьера, эффективно препятствуя ретроградному забросу желудочного содержимого.

Выводы. Индивидуализированная тактика, интегрирующая соматотипологические особенности пациентов, при выборе методики рукавной резекции желудка позволяет снизить частоту развития ГЭР, что сопровождается улучшением функциональных исходов операции и достоверным повышением качества жизни.

---

79. Особенности комплексного ведения пациентов с ожирением на фоне сопутствующих расстройств на примере ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Краснодара

Гладкий Е.Ю. (1,2), Боровко Д.А. (1,2), Романцов В.В. (1,2), Медведева Т.А. (1), Гуменюк С.Е. (1,2)

Краснодар

1) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Краснодар»
2) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Проблема ожирения остается одной из главных проблем медицины. Современные принципы лечения пациентов с лишним весом предполагают комплексный междисциплинарный подход. Особого внимания требуют пациенты с суперморбидным ожирением и морбидным ожирением с выраженной сопутствующей патологией. В «Бариатрическом центре» ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Краснодар» за 20 лет осуществлено 1217 бариатрических операций, из них 17,6% при суперожирении.

Один из основных методов подготовки пациентов к оперативному вмешательству – установка интрагастрального баллона. С 2005 г. в центре было установлено 202 баллона: 38 – самостоятельный вид лечения; 116 – подготовительный этап к операции. Наилучшие результаты достигнуты у пациентов с ИМТ до 35 кг/м2: снижение веса до 40%. Менее эффективна баллонотерапия у лиц с ИМТ 35-45 кг/м2: потеря веса ≈8%, высокая частота рецидивов ожирения без последующего лечения.

Важным этапом подготовки к операции являлось наблюдение профильными специалистами и коррекция сопутствующих патологий. В зависимости от возраста пациентов подходы отличаются. У лиц младшей возрастной группы рационально применение 2-х вариантов подготовки: на фоне баллонотерапии назначаются препараты орлистата в малых дозах, (основная терапия), или орлистата в низких дозах без баллонотерапии. Учитывая коморбидность при суперморбидном ожирении, подход к терапии должен включать все известные точки приложения патогенеза и быть более агрессивным на этапе дооперативного лечения.

В нашей практике препараты применялись в низкотерапевтических дозировках для нивелирования побочных эффектов. У молодых пациентов отмечается тенденция к менее гладкому течению раннего послеоперационного периода, чем у пациентов старшего возраста. Сохраняется стойкая артериальная гипертензия, дефицит витамина B1, водно-электролитные нарушения, диспепсии.

Для пациентов старшего возраста применимо, как чисто медикаментозное лечение, так и установка баллона на фоне проводимой терапии в начальных дозах. Итогом является снижение массы тела на 24% с компенсацией или субкомпенсацией ассоциированных расстройств.

Особого внимания требует подготовка лиц с декомпенсированным СД. Особенностью инсулинотерапии является перевод на базис-болюсную схему. Снижение дозы инсулина накануне операции на 30-50%. После операции – короткий инсулин в малых дозах и продленный инсулин 1 ≈ЕД/час. У пациентов, использующих системы помповой подачи инсулина: так же уменьшение скорости введения на 30-50% (подача на время оперативного лечения не отключалась).

Для пациентов с СД 1 и 2 типа характерны патоморфологические изменения: артериальная гипертензия и изменения почек. Гипертония у морбидных пациентов требует лечения по принципам ведения при ХСН (даже без нее). Важно, что диуретики в раннем послеоперационном периоде отменяют из-за риска дегидратации, потери витаминов и электролитов. При 2 типе СД, перечисленные проблемы могут устранять ингибиторы SGLT2. Назначение этой группы препаратов на этапе подготовки к оперативному лечению и в раннем послеоперационном периоде, обязательно на фоне инфузионной терапии, широко используется нами, как для монотерапии, так и комбинированной терапии с инсулином длительного действия.

Важным аспектом подготовки на дооперационном этапе является и психолого-психиатрическое сопровождение, учитывая высокую распространенность у лиц с ожирением тревоги, расстройств адаптации, психогенного переедания и синдрома пищевых эксцессов. При этом важным является рациональный подбор психофармакотерапии с учётом возможных побочных эффектов, а

также проведение психотерапии, направленной на улучшение самочувствия и выработку навыков самоконтроля и аутотренинга. Данный аспект особенно важен в рамках профилактики послеоперационных осложнений на фоне нарушения диеты и режима.

Результатом внедрения этапной подготовки стала возможность безопасно оперировать сложную когорту пациентов с суперожирением, а также достижение у не оперированных пациентов положительной динамики по весу и соматическому статусу.

---

81. Применение гибридных технологий в хирургии острого холецистита, осложненного механической желтухой и холангитом

Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Красенков Ю.В., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Острый холецистит остается одной из самых частых ургентных патологий в абдоминальной хирургии. Наличие механической желтухи значительно ухудшает прогноз: риск послеоперационных осложнений и летальности остается высоким, несмотря на внедрение современных диагностических методов. Традиционная двухэтапная тактика (декомпрессия желчных путей с последующей холецистэктомией) сопряжена с длительным стационарным лечением. В связи с этим поиск оптимальных одноэтапных малоинвазивных вмешательств, сочетающих лапароскопические и эндоскопические технологии, является актуальной задачей.

Материал и методы. Работа основана на анализе лечения 580 пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой, в ГБСМП г. Ростова-на-Дону. Возраст больных колебался от 27 до 86 лет (средний 49 лет). У 504 пациентов выполнены оперативные вмешательства. Среди них гибридные вмешательства (лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией и папиллосфинктеротомией) проведены у 51 пациента (10,1%). Критериями исключения служили абсолютные противопоказания к лапароскопии (тяжелая кардиореспираторная недостаточность, распространенные грыжи, разлитой перитонит).

Полученные результаты. Из 580 пациентов с острым холециститом, осложнённым механической желтухой, показания к экстренной/срочной операции имели 86,9% (n=504). Консервативное лечение с последующей плановой операцией проведено у 13,1% (n=76). Среди оперированных у 6,3% (n=32) с тяжёлой сопутствующей патологией выполнена чрескожная холецистостомия; остальным (n=472) – холецистэктомия. Лапаротомный доступ применён у 7,2% (n=34) из-за противопоказаний к лапароскопии. В 92,8% (n=438) операцию начинали с диагностической лапароскопии. У 91,8% (n=402) лапароскопическая холецистэктомия дополнена наружным дренированием желчных протоков по Холстеду-Пиковскому. У 8,2% (n=36) технически не удалось выполнить лапароскопическое дренирование (облитерация, аномалии, инфильтрат) – потребовалось гибридное вмешательство (ЭРХПГ + ЭПСТ). При ЭРХПГ наиболее часто выявляли стриктуры терминального отдела холедоха и папиллостеноз (n=31) и холедохолитиаз (n=23). Камни удаляли корзинкой Дормиа или механическим литотриптором. Ещё у 15 из 402 пациентов (3,7%) с признаками вклинения конкремента в БДС также применены гибридные технологии. В послеоперационном периоде МРТ выявило резидуальный конкремент у одного пациента - выполнена повторная литоэкстракция. Острый панкреатит развился также у одного пациента, который купирован консервативно. Средний койко-день при гибридном подходе составил 5 суток против 8 при двухэтапной тактике. По данным опросника SF-36, качество жизни пациентов через 3–6 месяцев после гибридных вмешательств достигало нормальных показателей.

Обсуждение. Гибридные технологии позволяют выполнить одноэтапную санацию желчевыводящих путей и удалить желчный пузырь под одной анестезией. Интраоперационное применение эндоскопической папиллотомии устраняет обструкцию дистального отдела холедоха и снижает риск панкреатита. Сокращение длительности госпитализации и низкая частота осложнений подтверждают данные метаанализов о преимуществах гибридных технологий.

Выводы. Гибридные операции при остром холецистите, осложненном механической желтухой, демонстрируют высокую эффективность: они позволяют малоинвазивно ликвидировать желчную гипертензию, удалить конкременты и выполнить холецистэктомию за один этап. Метод сокращает послеоперационный койко-день и улучшает качество жизни пациентов. Рекомендуется к внедрению в стационарах с соответствующей технической базой и подготовленным персоналом.

---

82. Возможности лапароскопического интраоперационного УЗИ в профилактике повреждений трубчатых структур гепатодуоденальной связки при холецистэктомии: 12-летний опыт

Возлюбленный Д.Е., Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Галашокян К.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Травма желчно-выводящих протоков и сосудов гепатодуоденальной связки при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) является тяжёлым ятрогенным осложнением с частотой 0,3–0,5%. Дооперационные методы визуализации — трансабдоминальное УЗИ, СКТ, МРХПГ — не позволяют в полной мере оценить индивидуальную топографическую анатомию в условиях воспаления и спаечного процесса. Критерии «высокорисковой» операции остаются недостаточно стандартизированными, что поддерживает дефицит навигационной информации в момент диссекции. Сочетание вариантной анатомии с тактической ошибкой при ограниченной лапароскопической визуализации создаёт условия для повреждения. Лапароскопическое интраоперационное ультразвуковое исследование (ЛУЗИ/ИОУЗИ) рассматривается как метод навигации в реальном времени, способный решить задачу. Цель исследования: анализ применения ЛУЗИ для профилактики повреждения анатомических структур гепатодуоденальной связки при ЛХЭ.

Материал и методы. Представлены результаты 12-летнего опыта использования ИОУЗИ при ЛХЭ в условиях многопрофильного хирургического стационара (n=455; женщины — 83,1%, мужчины — 16,9%; возраст 25–79 лет). Среднее время выполнения ЛУЗИ составило около 4 минут. Исследование выполнялось с целью уточнения топографии протоков, оценки сосудистых взаимоотношений и выявления конкрементов или сладжа пузырного протока.

Результаты. ЛУЗИ обеспечило индивидуальную оценку топографии треугольника Calot в каждом наблюдении. Топографическая анатомия пузырного протока: короткий проток (до 3 см) с впадением в латеральную стенку общего печёночного протока — 69,6%; длинный проток вдоль либо в толще гепатодуоденальной связки — 30,1%; супрадуоденальное впадение по латеральной стенке — 20,2%; впадение в медиальную стенку — 0,44%, в вентральную — 7,0%, в дорсальную — 2,2%. Топографическая анатомия сосудистых структур: пузырная артерия по медиальной стороне — 76%, по латеральной — 9,7%, с обеих сторон — 14,3%. В 6,8% наблюдений правая печёночная артерия или её добавочная ветвь огибала общий желчный проток дорсально с тесным прилежанием к пузырному протоку; в 10,1% — вентрально; мелкие ветви вдоль стенок общего желчного протока выявлены в 4,2%. ЛУЗИ позволило выявить клинически «немые» конкременты и сладж пузырного протока, невидимые при лапароскопии, что дало возможность скорректировать уровень пересечения протока и избежать ошибочной трактовки находок как холедохолитиаза. Повреждений желчевыводящих путей и сосудов не зафиксировано.

Обсуждение. Полученные данные демонстрируют высокую вариабельность анатомии треугольника Кало и гепатодуоденальной связки, не предсказуемую дооперационно. ЛУЗИ уменьшает субъективность интраоперационных рисков, позволяет вовремя диагностировать опасную анатомическую ситуацию и скорректировать тактику до выполнения необратимых действий. Среднее время исследования около 4 минут делает метод практически незначимым с точки зрения увеличения продолжительности операции. Накопленный 12-летний личный опыт подтверждает воспроизводимость метода в условиях регионального стационара без привлечения специалиста УЗД. Переход автора в условия частной хирургической практики с тщательным отбором пациентов не только не отменил применение ЛУЗИ, но расширил показания к нему — поскольку в условиях высокой индивидуальной ответственности метод рассматривается как инструмент управления риском, а не как реакция на очевидные показания.

Выводы. ЛУЗИ при ЛХЭ является эффективным инструментом интраоперационной навигации, обеспечивающим индивидуальную оценку топографии желчных протоков и сосудов в зоне диссекции. Высокая вариабельность анатомических взаимоотношений, выявленная в серии 455 наблюдений за 12 лет, обосновывает целесообразность рассмотрения ЛУЗИ как самостоятельного этапа ЛХЭ при прогнозируемой анатомической неопределённости и обосновывает его включение в стандарт интраоперационной навигации.

---

83. Вакуумная терапия в комплексном подходе к лечению раневых осложнений в хирургии

Галашокян К.М., Черкасов Д.М., Меликова С.Г., Наматян А.Б., Черкасов М.Ф.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Раневая инфекция является актуальной проблемой во всех областях современной хирургии. В поисках эффективных методов лечения раневых осложнений в 90-х годах разработан способ терапии контролируемым отрицательным давлением или вакуум-

ная терапия. По мере накопления опыта ее применения, отмечено положительные эффекты в различных областях хирургии и из дополнительного метода лечения данный вид физического воздействия был включен в стандарты и клинические протоколы лечения различного спектра ран.

Материалы и методы исследования. Вакуумная терапия или терапия отрицательным давлением (VAC, NPWT) внедрена у нас в клинике Ростовского государственного медицинского университета в различных хирургических отделениях. На сегодняшний день мы обладаем опытом лечения 130 пациентов с раневой инфекцией различного происхождения, которым в качестве лечения применяли данный вид физического воздействия на раны. Гендерный состав включал 93 мужчину (71,5%), а также 37 женщин (28,5%) со средним возрастом 49,5±1,7. В исследование включены раны после иссечения пилонидального синуса (n=40, 30,8%), осложненные раны в абдоминальной хирургии (лапаротомия, герниопластика, абдоминопластика) составили 39 (30%) случаев, послеоперационные раневые осложнения в кардиохирургии – стернотомия и МИКС (n=34, 26,2%), раны после протезирования суставов (n= 6, 4,6%), послеоперационный медиастинит и пищеводные свищи (n=6, 4,6%); пролежни (n=3, 2,3%), раневые осложнения после пластических операций (n=2, 1,5%).

Полученные результаты.

Длительность физического воздействие контролируемым отрицательным давлением составила 22±1,3 дня, смена вакуумных повязок осуществлялась один раз в 48–72 часов. К 4-му дню воспалительный раневой процесс отмечался у 29% пациентов, к 8 суткам рост грануляционной ткани установлен в 76,8% случаях, а на 12-е сутки 3 фаза раневого процесса регистрирована у 64% больных. Спустя 32 дня лечения полная регенерация наблюдалась у 78,4% пациентов. Скорость заживления раневых дефектов составила — 2,9±1,8 см²/сутки, а раневая контракция на ½ в течение 16 дней отмечалась у 63% пациентов. Повторные оперативная пособия не потребовались ни в одном наблюдении, протезы сохранены во всех наблюдениях, средний срок репаративной регенерации составил 28,6±1,9 дней.

Обсуждение. Анализ собранных данных и обзор научной литературы подтверждают на ускорение снижения воспалительных проявлений в ране и положительную динамику уменьшения её размеров. Вакуумная терапия эффективно стимулирует репаративные процессы при лечении ран различной этиологии.

Выводы и рекомендации. Применение вакуумной терапии позволило улучшить результаты лечения инфекции области хирургического вмешательства. Отмечены положительные результаты в таких показателях как: время полного рубцевания раневого дефекта, сохранение протезов в реконструктивно-пластической хирургии, уменьшение нахождения пациентов в больнице, ускорение восстановления работоспособности.

---

84. Хирургическая тактика ведения пациентов с распространённым перитонитом: сравнительный анализ традиционной лапаростомии и вакуум-ассистированной системы отрицательного давления.

Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Орешкин А.Ю., Назарук А.С., Кучин Д.А.

Волгоград

ВолгГМУ кафедра хирургических болезней №1 ИНМФО

Актуальность. Ведение распространённого гнойного перитонита по тактике «открытого живота» сопровождается высокой степенью летальности, инфекционных осложнений и возникновением кишечных свищей.

Цель. Оценить клиническую эффективность вакуум-ассистированной системы отрицательного давления в сравнении с традиционной лапаростомией у пациентов с распространённым гнойным перитонитом.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование. Включено 45 пациентов с распространённым гнойным перитонитом, у которых после лапаротомии применялась тактика «открытого живота» (23 - вакуум-ассистированная система отрицательного давления, 22 - традиционная лапаростомия). В основной группе использовалась система с непрерывной аспирацией - 125 мм рт. ст., в контрольной - пассивное дренирование брюшной полости. Оценивали частоту возникновения кишечных свищей, количество релапаротомий, частоту возникновения внутрибрюшных абсцессов, возможность фасциального закрытия послеоперационной раны и летальность.

Результаты. Применение вакуум-ассистированной системы отрицательного давления приводит к снижению госпитальной летальности (с 50% до 21,7%; p = 0,04), снижению частоты внутрибрюшных абсцессов (с 39,3% до 9,3%; p = 0,001) и сокращению количества релапаротомий (2,27 ± 1,03 против 4,78 ± 4,74; p 0,0001). Доля успеха фасциального закрытия была значительно выше в группе вакуум-терапии (62,8% против 12,5%; p 0,05.

Выводы. Вакуум-ассистированная система отрицательного давления при лечении пациентов с распространённым гнойным перитонитом и «открытым животом» приводит к снижению летальности и количества инфекционных осложнений, снижает количество релапаротомий по сравнению с классической лапаростомией.

---

86. Влияние промывных растворов на активность ферментов в отделяемом панкреатических свищей.

Чикаев В.Ф. (1,2), Петухов Д.М. (1), Абдуллина Р.Р. (2)

Казань

1)ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,
2) ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М. Н. Садыкова»

Острые деструктивные панкреатиты сопровождаются повреждением целостности протокой системы поджелудочной железы, агрессивным воздействием панкреатического сока на окружающие ткани и длительным воспалительным процессом. При этом часто формируются внутренние панкреатические свищи в виде ложных кист, которые в большинстве случаев мы дренируем миниинвазивно под УЗИ навигацией. При панкреонекрозах с формированием секвестров с целью ревизии и их удаления мы выполняем лапаротомии или лапароскопии. После данных вмешательств длительное истечение агрессивного панкреатического отделяемого может достигать 90% случаев. Также нередки случаи формирования панкреатических свищей и при резекциях поджелудочной железы.

Нами был проведен анализ активности амилазы раневого отделяемого после вмешательств при панкреонекрозе. Активность амилазы колебалась от 26961 до 95859 ЕД/л, составляя в-среднем 45538 Ед\л, что свидетельствует о формировании панкреатического свища.

Для снижения агрессивного воздействия на окружающие ткани панкреатического сока ключевыми мы считаем снижение гипертензии в панкреатическом протоке и снижение активности ферментов самого панкреатического сока.

В отношении протоковой гипертензии опыт нашей клиники согласуется с актуальными мировыми подходами: мы проводим раннее эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока. Также продолжают применяться синтетические аналоги соматостатина.

Для санации и снижения ферментативной агрессии применяются промывание и проточно-промывное дренирование. При этом в литературе практически отсутствуют данные о сравнении применяемых растворов в качестве промывных агентов, либо есть несравнительные сообщения, например Horiuchi с соавторами (2010) сообщили об опыте применения ингибитора протеаз в качестве дополнения к промывному раствору.

Было проведено исследование влияния на активность амилазы отделяемого панкреатических свищей физиологического раствора и двух растворов, используемых в нашей клинике для их промывания: водного раствора хлоргексидина 0,05% и электрохимически-активированного раствора – анолита (ЭХАР). ЭХАР- антисептический раствор для местного применения и промывания полостей, получаемый путем электролиза раствора натрия и калия хлоридов, разработанный совместно учеными КГМУ и КХТИ и одобренный для медицинского применения в 1990 году. (раствор имеет кислую реакцию pH 2,5, окислительно-восстановительный потенциал +1150 мВ, содержание активного хлора 200 мг/л и активные формы кислорода)

Исследование одобрено этическим комитетом ГАУЗ ГКБ№7 им. М. Н. Садыкова. г. Казань. Для оценки активности амилазы была отобрана серия из 10 проб отделяемого панкреатических свищей, взятых от 10 пациентов.

Проведено исследование активности панкреатической амилазы при разведении 1 мл отделяемого указанными растворами в соотношении 1:1, 1:2, 1:3, 1:4. Исследование проводилось на биохимическом анализаторе Beckman Coulter AU5800.

Снижение активности амилазы при добавлении растворов в различных соотношениях составило:

- Для 0.9% физиологического раствора (контроль) 1:1- 35%, 1:2-66%, 1:3-75% 1:4-83%

- Для 0.05% водного раствора хлоргексидина: 1:1- 55%, 1:2-68%, 1:3-78% 1:4-90%

- Для раствора ЭХАР-анолита 1:1- 90%, 1:2-97%, 1:3-99% 1:4-99,9%

Таким образом, раствор ЭХАР-анолита продемонстрировал выраженное ингибирующее влияние на активность амилазы в отделяемом панкреатических свищей даже в малых разведениях по сравнению с физиологическим раствором и водным раствором хлоргексидина, где активность снижалась в большей мере из-за механической дилюции.

Для проверки гипотезы положительного влияния ЭХАР-анолита на исходы клинического течения панкреатических свищей запланировано пилотное сравнительное исследование эффективности промывания постнекротических панкреатических свищей растворами водного хлоргексидина и ЭХАР-анолита.

87. Опыт использования шовного материала абакталат в условиях центральной районной больниц.

Трофимов В.А. (1), Плечев В.В. (2), Плечева Д.В. (2)

Месягутово(1), Уфа(2), Уфа(2)

1) ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
2) Башкирской Государственный медицинский университет

Актуальным остается вопрос профилактики гнойно—септических осложнений в хирургии.

Цель исследования: провести анализ данных гнойно—септических осложнений в хирургическом отделении и перинатальном центре Месягутовской Центральной районной больнице.

Материалы и методы: С 2015—2025 г. пролечено 11452 пациента с диагнозами: острый аппендицит, ущемленная грыжа, острый холецистит, острый панкреатит, кишечная непроходимость, прободная язва, кровотечение различных локализаций, грыжи брюшной стенки различных локализаций, в том числе послеоперационные грыжи, ампутация конечностей при гнойносептических заболеваниях, беременность в обычные сроки, операция кесарево сечение не более 27%. Операции кесарево сечение. Гинекологические операции 1414 на органах малого таза.

Межмуниципальный центр Месягутовской ЦРБ построился и открылся в апреле 2014 года. Первым открыт 3 блок — перинатальный центр, затем в течении 1,5 лет постепенно поэтажно и по отделениям открылись другие подразделения в 1 и 2 блоках, гинекологические койки входят в состав хирургического отделения Принято на работу 138 человек дополнительно персонал (врачи и медицинские сестры).

В данной работе будет представлен только анализ осложнений при операциях на органах брюшной полости в хирургическом отделении и перинатальном центре. За последние 10 лет с 2015 по 2025 годы. В Месягутовской ЦРБ было проведено 5211 операций на органах брюшной полости. При всех вмешательствах применялся шовный материал «абакталат».

Материал представляет собой хирургическую нить на основе капрона импрегнированного насыщенным спиртовым раствором эритромицина, с закреплением антибиотика в структуре нити с помощью оболочки из биосовместимого биодеструктируемого полимера, обладающего собственными антимикробными свойствами. Полимерная оболочка постепенно фрагментируется и разрушается клеточными элементами, обеспечивая длительное, порционное высвобождение антибиотика и поддерживая местную концентрацию антимикробного агента на менее 1000 ед/мг ткани в течение не менее 12 суток; содержание эритромицина в нити составляет не менее 25% от её массы.

До 2014 года все полостные операции выполнялись в здании постройки 70-х годов в 2 операционных. Новое современное здание располагает 7 операционными различного предназначения. Было принято решение о проведении операций на современном оборудовании с качественными материалами в том числе «абакталат» с целью снижения послеоперационных осложнений в виде сером и нагноений послеоперационной раны. Процент осложнений до применения шовного материала «абакталат» составлял 12,8 %

Клиническое использование нитей «абакталат» при повторных операциях (в условиях «дремлющей» лигатурной инфекции) и при экстренной хирургической патологии органов брюшной полости позволило снизить количество гнойно—раневых инфекций в 8—10 раз

С учетом вида оперативного лечения и диагнозов наш опыт использования данного шовного материала позволил:

Повысить качество и безопасность хирургической помощи.

Сократить затраты системы здравоохранения за счёт уменьшения числа осложнений и сроков госпитализации.

---

88. Особенности применения механических методов профилактики ВТЭО у раненых в современных вооруженных конфликтах

Николаев К.Н. (1), Акимов А.В. (1), Голубов Е.А. (1), Мишагин В.В. (1), Чевычелов С.В. (1,2), Зубрицкий В.Ф. (2), Варданян А.В. (3)

Москва

1) ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»
2) ФГБОУ ВО МИНО «Росбиотех»
3) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у раненых в современных вооружённых конфликтах достигает 28%, что требует проведения комплекса мероприятий по прогнозированию их развития и профилактике.

Цель исследования: изучить результаты и особенности применения механических методов профилактики ВТЭО у раненых в современном вооружённом конфликте.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 2143 раненых, находившихся на лечении в ФГКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии» в период с 2020 г. по 2026 г. Возраст пострадавших варьировал от 22 до 55 лет (средний возраст – 30,7±3,1 лет), тяжесть повреждений по шкале ISS – от 3 до 48 баллов (средняя – 20,1±2,7 баллов), по шкале ВПХ(ОР) – от 0,8 до 23,8 баллов (средняя – 8,1±2,3 баллов).

В зависимости от применения во время лечения механических методов профилактики ВТЭО (эластичного бинтования, перемежающейся пневмокомпрессии, компрессионного трикотажа, имплантации кава-фильтра в инфраренальный отдел нижней полой вены (НПВ), электромиостимуляции) раненые были разделены на 2 группы. В I группу вошло 1280 (59,7%) пациентов, у которых механические методы профилактики ВТЭО не применялись, во II группу – 863 (40,3%), которым они были показаны и применялись.

Результаты. Проведённый анализ показал, что тяжесть повреждений по шкале ISS > 6 была у 19 (1,5%) раненых I группы и 857 (99,3%) – II группы (p=0,0001). Тромбоз глубоких вен нижних конечностей был выявлен у 17 (1,3%) пациентов I группы и 151 (17,5%) – II группы (p=0,0001).

Эластичные бинты применялись у 125 (14,5%) раненых II группы, перемежающаяся пневмокомпрессия – у 111 (12,9%), компрессионный трикотаж – у 70 (8,1%), электромиостимуляция – у 83 (9,6%) раненого соответственно. Съёмный кава-фильтр был имплантирован 54 (6,3%) пациентам II группы. В некоторых случаях одному раненому назначалось несколько механических методов профилактики ВТЭО.

У 35 (64,8%) кава-фильтр был установлен в связи с выявлением эмболоопасного тромбоза в системе НПВ, у 19 (35,2%) – при наличии острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – перед срочным оперативным вмешательством.

У 547 (63,4%) раненых II группы, у которых отсутствовали показания к имплантации кава-фильтра, другие механические методы профилактики ВТЭО не применялись в связи с наличием обширных ран голеней и/или наложенных аппаратов внешней фиксации (АВФ).

Выводы. Особенностями применения механических методов профилактики ВТЭО у раненых являются:

1. Назначение профилактики осуществляется при тяжести полученных повреждений по шкале ISS > 6 (p=0,0001).

2. Невозможность эффективного применения механических методов профилактики ВТЭО у 63,4% раненых вследствие наличия повреждений нижних конечностей (огнестрельные раны, открытые переломы, повреждение кожного покрова) и АВФ.

3. Необходимость в 35,2% случаев имплантации временного кава-фильтра у раненых с острым ТГВНК при необходимости срочного оперативного вмешательства с его последующим удалением в срок до 2 месяцев.

---

89. Эффективность чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств при панкреатогенном асците в ранней фазе панкреонекроза

Сталева К.В., Новиков С.В., Ярцев П.А.

Москва

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗМ

Актуальность. Острый панкреатит занимает лидирующие позиции в структуре ургентной хирургии, входя в тройку наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости в РФ. Панкреонекроз развивается у 20–25% пациентов. Внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) возникает у 60–80% пациентов с тяжелой формой заболевания и является ключевым звеном патогенеза полиорганной недостаточности, при этом ВБГ может быть связана с наличием панкреатогенного выпота в брюшной полости. Современная хирургическая тактика базируется на минимизации ранних инвазивных вмешательств (НКР, приказ №150 ДЗМ). В связи с этим проведено исследование, направленное на оценку влияния чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвуковым (УЗ) наведением на ВБГ и эффективность эвакуации панкреатогенного выпота.

Цель. Провести анализ эффективности применения чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств при наличии панкреатогенного асцита и внутрибрюшной гипертензии в ранней фазе панкреонекроза

Материалы и методы. Исследование проведено на базе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2018-2024 гг. Проанализированы результаты лечения 88 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести, которым выполнялись вмешательства при наличии панкреатогенного асцита в ранней фазе заболевания. Пациенты были разделены на 2 группы: группа сравнения (n=34) – ретроспективная. Данным пациентам применялись видеолапароскопические вмешательства (ВЛС) и пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ наведением с целью санации брюшной полости, и основная группа (n=54) – проспективная. В данной группе применяли пункционно-дренирующие вмешательства как альтернативу ВЛС. Средний возраст больных в основной группе составил 47 [37; 58] лет, в группе сравнения – 43 [36; 53] года. Степень тяжести: средняя – у 31%, тяжелая – у 69%. Статистически значимых различий по полу,

возрасту, тяжести и этиологии между группами не было (p>0,01).

Лечение пациентов проводилось по стандартным протоколам ведения пациентов с острым панкреатитом (НКР по острому панкреатиту от 2024 года, приказ №150 от 21.02.2023 ДЗМ г. Москва).

Результаты. В группе сравнения выполнены: ВЛС – у 14 (41,2%) пациентов, чрескожное дренирование под УЗИ – у 20 (58,8%). Длительность чрескожного дренирования была значимо меньше, чем лапароскопии (10,0 [10; 10] мин против 47,5 [36,3; 58,8] мин; p

---

90. Морфологические характеристики кровоточащей язвы как предикторы рецидива после эндоскопического гемостаза

Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А., Жуликова С.В., Телешов В.С., Ногина А.А., Алтурки. Л.

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. Рецидив язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК) после успешного эндоскопического гемостаза остаётся одной из серьёзных проблем в хирургической практике. Несмотря на значительный прогресс в методах эндоскопического лечения, частота рецидива достигает 10-20%, а летальность при этом возрастает до 30-70%. Одним из ключевых факторов, определяющих риск повторного кровотечения, являются морфологические характеристики язвы: размер язвы, глубина дефекта, состояние дна, наличие признаков активного кровотечения или состоявшегося кровотечения. Выявление наиболее значимых предикторов рецидива способствует оптимизации тактики ведения пациентов и снижению количества рецидивов кровотечений.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ данных 345 пациентов с ЯГДК, госпитализированных в клинику хирургических болезней №1 Института НМФО ВолгГМУ на базе ГУЗ «КБСМП №15» г. Волгограда в период с 2018 по 2025 гг. Всем пациентам выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с оценкой морфологических характеристик язвы по классификации Forrest, размеру (диаметр >10 мм), глубине, наличию видимого сосуда, сгустка крови, фибрина на дне язвы. Кроме морфологических характеристик оценивали локализацию, методы эндоскопического гемостаза, уровень гемоглобина при поступлении, количество рецидивов. Данные обрабатывались с использованием базы MS Access 2010, статистический анализ - с применением методов χ^2 и бинарной логистической регрессии (p 10 мм ассоциирован с рецидивом у 28 из 142 (19,7%) против 4 из 203 (2,0%) при меньшем размере (p 10 мм, видимый сосуд, отсутствие фибрина на дне, трансмуральное поражение и принадлежность к группам Forrest Ia–IIb. Рекомендуется включение этих критериев в протоколы оценки риска рецидива. Пациентам с двумя и более неблагоприятными признаками показаны: ранняя контрольная ЭГДС (в первые 24–48 ч), усиленная инфузионная терапия, высокие дозы ингибиторов протонной помпы, а при возможности - эндоскопический пересмотр. Это позволит снизить частоту рецидивов и улучшить исходы лечения ЯГДК.

---

91. ICG-навигация при лапароскопической холецистэктомии: первый опыт и безопасность метода

Носков И.Г. (1,2), Гилаева Д.И. (2)

Красноярск

1) ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – «золотой стандарт» лечения ЖКБ, однако частота ятрогенных повреждений внепечёночных желчных протоков сохраняется на уровне 0,2-0,7%, а при остром воспалении или анатомических аномалиях достигает 1,5%. До 97% билиарных травм связаны с ошибочной идентификацией структур в треугольнике Кало. Концепция «критического взгляда на безопасность» (Critical View of Safety, CVS) снижает риск, но в реальной практике её достижение варьирует от 9,8% до 69,6% в зависимости от воспаления и опыта хирурга. Интраоперационная флуоресцентная холангиография с индоцианином зелёным (ICG-навигация) позволяет визуализировать билиарное дерево в реальном времени. В России опыт метода фрагментарен, что определяет актуальность данного исследования.

Материал и методы. Проведено одноцентровое проспективное обсервационное исследование (июнь 2023 – июнь 2025, n=25). Критерии включения: хронический калькулёзный холецистит, плановая ЛХЭ. Исключение: аллергия на ICG или йод, печёночная недостаточность, беременность. ICG вводили внутривенно болюсно за 2-3 часа до операции в дозе 0,25 мг/кг. Использовали систему Karl Storz IMAGE1 S Rubina (NIR-режим, 780-810 нм). Оценивали: демографию, качество визуализации протоков (пузырный, общий желчный, общий печёноч-

ный), выявление анатомических вариантов, достижение CVS, длительность операции, кровопотерю, конверсию, осложнения, длительность госпитализации. Статистика: медиана (Q1;Q3), категориальные признаки – абсолютные числа и проценты.

Полученные результаты. Включено 25 пациентов (68% женщин, медиана возраста 60 лет, медиана ИМТ 32,1 кг/м², ожирение – у 60%). Визуализация пузырного протока достигнута в 100% случаев, общего желчного – у 92%, общего печёночного – у 76%. Анатомические варианты выявлены у 16% (низкое впадение пузырного протока – 12%, протоки Люшка – 4%). Критерии CVS достигнуты у всех 100% пациентов. Медиана длительности операции – 48 мин, кровопотери – 25 мл. Конверсия в лапаротомию – 4% (один пациент со спаечной болезнью). Послеоперационные осложнения – 4% (раневая инфекция после конверсии). Летальности нет. Медиана госпитализации – 3 суток.

Обсуждение. Наше исследование показало, что ICG-навигация обеспечивает 100% визуализацию пузырного протока и достижение CVS даже у пациентов с ожирением (60%) и анатомическими вариантами (24%). Частота выявления вариантов (24%) согласуется с литературными данными (15-30%) и позволяет адаптировать тактику до начала диссекции. Достижение CVS в 100% случаев значительно превышает показатели при стандартной белосветовой лапароскопии (до 70% у опытных хирургов). Осложнения (4%) сопоставимы с рутинной ЛХЭ и не связаны с ICG. Доза 0,25 мг/кг за 2-3 часа обеспечила «холангиографический» режим без избыточного фонового свечения печени. Ограничения: недостаточная мощность (малая выборка) для оценки редких билиарных травм. Тем не менее, метод показал высокую безопасность и потенциал для сложных клинических ситуаций.

Выводы и рекомендации. ICG-навигация обеспечивает надёжную визуализацию внепечёночных желчных протоков (пузырный проток – 100%, общий желчный – 92%, общий печёночный – 76%) при плановой ЛХЭ. Достижение критериев CVS возможно в 100% случаев у обученной бригады, что значительно выше, чем при стандартной визуализации. Метод эффективен для выявления анатомических вариантов (16% в когорте), позволяя предотвратить ятрогенные повреждения. Рекомендуется рутинное применение ICG-навигации у пациентов с ожирением, перивезикальным фиброзом, подозрением на аномалии. Необходимы многоцентровые рандомизированные контролируемые исследования для подтверждения преимущества ICG перед стандартной лапароскопией в снижении частоты билиарных травм.

---

92. Веб-приложение для выбора тактики лечения акушерского перитонита: хирург и/или гинеколог?

Черданцев Д.В., Макаренко Т.А., Чурина Д.Е., Носков И.Г.

Красноярск

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Актуальность. Акушерский перитонит – мультидисциплинарная проблема, требующая быстрого, но персонифицированного подхода. Высокий риск экстирпации матки диктует необходимость стандартизации решений, включая применение вакуум-ассистированной лапаростомии.

Цель. Создать бесплатный онлайн-инструмент, пошагово ведущий врача от диагностики до выбора объёма операции: метропластика (сохранение матки) либо экстирпация, с чёткими показаниями и противопоказаниями к лапаростомии.

Содержание алгоритма. Приложение реализует клинический маршрут: 1) подтверждение перитонита, предоперационная подготовка; 2) оценка противопоказаний к лапароскопии; 3) выбор доступа (лапаротомия/лапароскопия); 4) ключевое ветвление по условиям органосохранения; 5) отдельные блоки – показания для ВАЛ (диффузный гнойный перитонит, синдром интраабдоминальной гипертензии, септический шок, анаэробная инфекция) и противопоказания (недренированные абсцессы, кишечные свищи). Встроенный справочник содержит критерии фаз перитонита, шкалу qSOFA, условия для ВАЛ.

Техническая реализация и доступность. Приложение выполнено как адаптивный веб-сайт (HTML5, CSS3, JavaScript), работает на любых устройствах, не требует установки. Размещено на официальном сервере КрасГМУ и доступно по постоянной ссылке https://krasgmu.ru/peritinitis без регистрации и оплаты. Современный дизайн, интуитивный таб-бар, прогресс-бар и кнопка возврата обеспечивают простоту использования в экстренных ситуациях.

Регистрация программы. Приложение «Акушерский перитонит: стратегия сохранения матки» зарегистрировано в Роспатенте – свидетельство № 2026619787 от 07.04.2026, что подтверждает его оригинальность и научную значимость.

Практическая значимость. Инструмент особенно полезен для акушеров-гинекологов и хирургов. Чёткие показания к вакуум-ассистированной лапаростомии и критерии сохранения матки снижают число необоснованных экстирпаций. Возможность быстрого перехода к шкалам и алгоритму способствует принятию верного решения в

условиях дефицита времени. Приложение может использоваться в работе перинатальных центров и крупных многопрофильных больниц 3 уровня.

Заключение. Разработанное веб-приложение с государственной регистрацией обеспечивает бесплатный, удобный и современный доступ к клиническому алгоритму ведения акушерского перитонита, объединяя междисциплинарные знания для сохранения репродуктивного здоровья женщин.

---

93. Хронические посттравматические диафрагмальные грыжи: эра торакоскопической реконструкции

Топольницкий Е.Б.

Томск

Сибирский государственный медицинский университет, Томская областная клиническая больница

Актуальность. Хронические посттравматические диафрагмальные грыжи (ХПДГ) являются редким, но клинически значимым исходом торакоабдоминальной травмы и нередко диагностируются через годы после повреждения. Наиболее часто поражаются пациенты среднего возраста, преимущественно мужчины, с преобладанием левосторонних грыж вследствие «защитной» роли печени справа. Задержка диагностики повышает риск тяжёлых осложнений (ущемление, дыхательная недостаточность), что подчёркивает необходимость оптимизации хирургической тактики и оценки роли малоинвазивных торакоскопических вмешательств.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование 17 пациентов с ХПДГ, оперированных в 2010–2025 гг. в региональном торакальном центре. Включены больные старше 18 лет с давностью травмы более 30 суток и планируемым торакальным доступом; исключены пациенты моложе 18 лет, с ущемлённой грыжей, лапаротомическим доступом или неполной документацией. Оценивали демографические показатели, клинику, сопутствующие заболевания, этиологию травмы, интервал «травма–диагноз», размеры дефекта диафрагмы, состав грыжевого содержимого и технику пластики. Выполнялись открытые вмешательства (торакотомия, стернотомия) до 2017 г. и видеоассистированная торакоскопия (ВАТС). Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев Вилкоксона и Фишера, значимость рение кровопотери и сроков стационарного лечения при адекватной визуализации и возможности одномоментной коррекции сопутствующей патологии.

Выводы и рекомендации. Торакоскопическая коррекция ХПДГ с двухпортовым доступом является безопасной и эффективной альтернативой открытым операциям у тщательно отобранных пациентов, позволяя снизить кровопотерю и сократить сроки дренирования и госпитализации при отсутствии рецидивов. Выбор хирургической тактики должен основываться на размерах дефекта, объёме грыжевого содержимого, давности травмы и коморбидности, с обязательной возможностью конверсии при выраженных спаечных изменениях. Рекомендуется широкое использование КТ с мультиплоскостной реконструкцией у пациентов с анамнезом торакоабдоминальной травмы и неспецифическими жалобами для раннего выявления ХПДГ. Целесообразно внедрение стандартизированного торакоскопического алгоритма с поэтапной оценкой анатомии, мобилизацией органов и дифференцированным выбором метода реконструкции диафрагмы.

---

94. Результаты радикальных операций при множественном эхинококкозе печени

Рахмедов А.А

Ашхабад

Центр неотложной скорой помощи

Актуальность темы: Множественный эхинококкоз печени является часто встречаемым заболеванием в Туркменистане и оказывает огромный социально-экономический ущерб для страны. Частота встречаемости данного заболевания объясняется развитием животноводства в стране и наличием сухого и жаркого климата. В настоящее время несмотря на достигнутые успехи в научной и практической хирургии, диагностика множестенного эхинококкоза печени, результаты хирургического лечения, его ранние и поздние осложнения указавают на то, чтобы к решению данной проблемы необходим многосторонний и новый подход.

Цель работы: усовершенствование методов хирургического лечения множественного эхинококкоза печени и профилактика его рецидивов.

Цель совершенствование хирургических методов лечения множественного эхинококкоза печени и предупреждение рецидивов эхинококкоза.

Материалы и методы: Исследование проведено в 2014–2026 годах в хирургических отделениях Центр неотложной скорой помощи, где стационарное лечение получили 208 пациентов с множественным эхинококкозом печени.

Пациенты были разделены на основную (108 пациентов) и сравнительную (100 пациентов) группы. Было изучено распределение пациентов по возрасту и полу. Установлено, что женщины болеют чаще:

В основной группе - 65 (60,2%) женщин и 43 (39,8%) мужчин,

В сравнительной группе - 59 (59%) женщин и 41 (41%) мужчин.

По возрасту чаще болеют лица от 15 до 60 лет, что соответствует трудоспособному возрасту.

Всем пациентам до и после операции проводились общеклинические, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерная томография, УЗИ, ЭКГ, ЭХОКГ, ФЭГДС.

При множественном эхинококкозе печени применено 5 видов операций:

В основной группе:

Открытым способом - 25 (23,1%); радикальные операции открытым и закрытым способом - 58 (53,8%); радикальные операции при сочетании с другими органами - 16 (14,9%); при возникновении осложнений - 5 (4,6%); по причине других заболеваний - 4 (3,7%).

В сравнительной группе:

Открытым способом - 54 (54%); радикальные операции - 14 (14%); при сочетании с другими органами - 27 (27%); при осложнениях - 2 (2%); по причине других заболеваний - 3 (3%).

В основной группе в раннем послеоперационном периоде возникли осложнения:

Сердечно-сосудистая недостаточность - 1 (0,9%), печёночная недостаточность - 1 (0,9%), реактивный плеврит - 2 (1,9%), нагноение остаточной полости - 2 (1,9%), гнойно-желчные свищи - 1 (0,9%), нагноение раны - 2 (1,9%), холангит - 1 (0,9%), лихорадка - 3 (2,7%).

в сравнительной группе:

Сердечно-сосудистая недостаточность - 1 (1%), печёночная недостаточность - 1 (1%), реактивный плеврит - 3 (3%), нагноение остаточной полости - 6 (6%), гнойно-желчные свищи - 2 (2%), нагноение раны - 5 (5%), холангит - 1 (1%), лихорадка - 4 (4%).

Всего осложнения наблюдались в основной группе у 13 (12%) пациентов (р

---

95. Эмпирическая антибиотикотерапия при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы: баланс между спасением конечности и глобальной угрозой антибиотикорезистентности

Калинина А.А., Сапронова Н.Г., Трандофилов А.М., Набока Ю.Л., Гудима И.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность

Синдром диабетической стопы (СДС) остается ведущей причиной нетравматических ампутаций нижних конечностей. Страх потери конечности пациента часто толкает хирургов на агрессивную тактику — немедленное и необоснованное назначение эмпирической антибиотикотерапии (АБТ) широкого спектра. Однако рутинное применение антибиотиков при длительно существующих хронических язвах, не сопровождающихся признаками активного воспаления, не только не улучшает клинические исходы, но и вносит колоссальный вклад в развитие глобальной проблемы антимикробной резистентности (АМР). Найти баланс между спасением конечности и сохранением эффективности антибиотиков — критическая задача современной хирургии и эндокринологии.

Материалы и методы

Проведено проспективное рандомизированное исследование, в которое вошли 30 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями СДС (нейроишемическая форма, стадия по Wagner II-III). Критерий включения: наличие длительно незаживающей трофической язвы (от 21 дня и более) на фоне адекватно проведенной реваскуляризации артерий нижней конечности, но без признаков системного воспалительного ответа (нормальный уровень лейкоцитов, нейтрофилов, СРБ 0,05). Случаев высоких ампутаций не зафиксировано ни в одной из когорт. Однако в 1-й группе эмпирическая АБТ оказалась неадекватной у 46% (7/15) пациентов — по пришедшим результатам посева выявлялись полирезистентные штаммы и грамотрицательные «супербактерии» (MRSA - метициллин-резистентный золотистый стафилококк, ESBL - бета-лактамазы расширенного спектра, VRSA+VRE - Ванкомицин резистентные стафилококки и энтерококки, CRAE - Карбапенем резистентные стафилококки и энтерококки, полирезистентная и экстремально резистентная Pseudomonas aeruginosa и полирезистентный Proteus vulgaris), не чувствительные к стартовым препаратам, что потребовало экстренной смены антибиотика. Кроме того, у 3 пациентов 1-й группы развилась антибиотикассоциированная диарея.

Во 2-й группе период ожидания посева (4-5 дней без антибиотиков) ни у одного пациента не привел к генерализации инфекции или ухудшению локального статуса.

Последующая таргетная АБТ обеспечила 100% попадание в чувствительность возбудителя без токсической перегрузки организма.

Обсуждение

Хроническая трофическая язва при СДС всегда колонизирована бактериальными агентами. Если язва существует длительно и клинически «холодная» (нет эритемы, отека, системной реакции), это свидетельствует о достигнутом хрупком равновесии между микрофлорой раны и иммунитетом. Эмпирическое назначение антибиотиков в этой ситуации бьет «вслепую». Оно не ускоряет заживление, так как главная проблема кроется в нарушении микроциркуляции и нейропатии, но при этом уничтожает нормальную флору и селекционирует резистентные штаммы. Наше исследование доказывает, что при отсутствии острого воспаления отсрочка системной терапии на несколько дней абсолютно безопасна для конечности.

Выводы

Если трофическая язва при СДС существует долгий период времени и не вызывает системных и локальных воспалительных изменений, рутинное назначение эмпирической антибактериальной терапии не имеет клинического смысла. Выжидательная тактика до получения результатов бактериологического посева не повышает риск ампутации, но достоверно снижает частоту побочных эффектов и предотвращает развитие полирезистентности.

---

96. Эндоскопические ретроградные вмешательства в панкреатических протоках через малый дуоденальный сосочек у пациентов с хроническим панкреатитом: ретроспективное одноцентровое исследование.

Будзинский С.А., Шаповальянц С.Г., Супряга И.В., Платонова Е.Н., Фёдоров Е.Д.

Москва

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» (Пироговский Университет) Минздрава России
ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

Актуальность. Ретроградный доступ к протокам поджелудочной железы через большой дуоденальный сосочек (БДС) при протоковых осложнениях хронического панкреатита может быть технически невозможен, особенно с учётом анатомических вариантов (включая pancreas divisum) и выраженных патологических протоковых изменений. В таких ситуациях доступ через малый дуоденальный сосочек (МДС) рассматривается как альтернативный метод. Целью работы является оценка эффективности и безопасности вмешательств на панкреатическом протоке, а также осуществимости панкреатикоскопии через МДС.

Материалы и методы.

В исследование включены 20 пациентов (из которых 75% мужчин) в возрасте от 25 до 73 лет, которым выполнено 45 вмешательств через МДС из общего количества проведенных 4391 ЭРХПГ (2021–2026 гг.) при невозможности канюляции панкреатического протока через БДС. Pancreas divisum выявлен у 7 из 20 (35%) пациентов: полный — у 1, неполный — у 6. Показаниями к вмешательствам являлись стриктуры (n=2), конкременты (n=7), панкреатические свищи (n=2), сочетание стриктур и конкрементов (n=9).

Полученные результаты.

Доступ к панкреатическому протоку через МДС достигнут в 10 из 20 (50%) случаев, при этом запланированное лечебное вмешательство выполнено у 7 из 20 (35%) пациентов. Предварительная сфинктеротомия МДС выполнена у 18 из 20 (90%) пациентов, преимущественно с использованием надсекающей / pre-cut методики (11/18; 61,1%). Этапное лечение проходили 6 пациентов.

Выполнены следующие вмешательства: бужирование (n=6), баллонная дилатация зоны сфинктеротомии и стриктур (n=6), панкреатическое стентирование (n=7), экстракция конкрементов (n=6). Стентирование одним, двумя и тремя пластиковыми протезами выполнено у 2, 4 и 1 пациента соответственно. Экстракция конкрементов под рентгенологическим контролем выполнена в 1 случае.

Пероральная транспапиллярная панкреатикоскопия потребовалась 5 пациентам для выполнения таргетных вмешательств, включая экстракцию конкрементов под визуальным контролем (n=2) и контактную литотрипсию (n=3: электрогидравлической установкой, тулиевым лазером и комбинированным способом).

Пациенты, у которых ретроградный доступ к протокам поджелудочной железы не был достигнут, направлены на хирургическое лечение, тогда как остальные продолжают этапное эндоскопическое лечение.

Всего зарегистрировано 4 нежелательных явления из 45 вмешательств у 3 (20%) пациентов, среди которых: 3 случая внутрипротоковой миграции панкреатических стентов (все успешно извлечены под рентгенологическим контролем) и 1 случай вклинения корзинки для экстракции конкремента, разрешённый эндоскопически с использованием панкреатикоскопии при помощи электрогидравлической литотрипсии.

Обсуждение.

Доступ к протоковой системе поджелудочной железы через МДС представляет собой технически сложный, но клинически значимый альтернативный подход при невозможности канюляции через БДС.

Использование панкреатикоскопии расширяет возможности метода за счёт выполнения прицельных внутрипротоковых вмешательств, включая контактную литотрипсию и экстракцию конкрементов под визуальным контролем.

Выводы и рекомендации.

Эндоскопические вмешательства в панкреатических протоках через МДС являются эффективной резервной опцией при неудаче доступа через БДС. Несмотря на умеренный технический успех, метод позволяет реализовать малоинвазивную тактику лечения. Применение панкреатикоскопии обеспечивает возможность выполнения прицельных внутрипротоковых вмешательств. Профиль безопасности является приемлемым, осложнения поддаются эндоскопической коррекции. Требуются дальнейшие исследования.

---

97. Осложнения лапароскопической холецистэктомии у детей

Акопян М.К. (2), Донской Д.В. (1), Ефременков А.М. (1), Ахматов Р.А. (1), Соколов Ю.Ю. (1)

Москва

1) РМАНПО,
2) ДГКБ святого Владимира ДЗМ

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время признана стандартом хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) в педиатрической практике. Несмотря на доказанную эффективность и малую инвазивность метода, существует вероятность возникновения послеоперационных осложнений, спектр и частота которых у детей могут отличаться от таковых у взрослых в силу более частой ассоциации холецистолитиаза с врожденными аномалиями желчевыводящих путей.

Цель исследования. Оценка частоты, структуры и предикторов развития осложнений после лапароскопической холецистэктомии у детей, а также разработка алгоритма хирургической коррекции выявленных осложнений.

Материалы и методы. Проанализирован собственный опыт лапароскопических холецистэктомий у детей с 1997 по 2024 гг. Проведен ретроспективный анализ собственных клинических наблюдений (n=383).

Результаты. Суммарная частота осложнений в анализируемой выборке составила 4,7%. Наиболее часто регистрировались повреждения желчных протоков (1,82%). Достоверными факторами риска признаны воспалительная инфильтрация стенки желчного пузыря, младший возраст пациентов и отклонения от стандартизированной техники выполнения ЛХЭ. Статистически значимого влияния на частоту осложнений со стороны опыта хирурга, анатомических вариантов билиарного тракта и индекса массы тела не выявлено (p>0,05).

Заключение. Лапароскопическая холецистэктомия у детей может рассматриваться как безопасное вмешательство при условии персонализированного предоперационного планирования, включающего комплексную инструментальную визуализацию желчевыводящих путей, и неукоснительного соблюдения технических этапов операции. В случае возникновения осложнений показано следование алгоритму, разработанному на основании мета-анализа данных хирургии взрослых и педиатрической практики. Реконструктивно-восстановительные вмешательства на желчных протоках целесообразно выполнять этапно в специализированных центрах с высоким уровнем экспертизы в билиарной хирургии.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационные осложнения, ятрогенное повреждение желчных протоков, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, детская хирургия.

---

98. Муцинозная кистозная опухоль печени: диагностика и лечение. Опыт одного центра

Гурмиков Б.Н., Трифонов С.А., Синяева Ю.А., Сковородина А.А., Макарчев А.Д.

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Цель исследования: оценить ранние и отдаленные результаты хирургического лечения 60 пациентов с муцинозными кистозными опухолями печени.

Материал и методы:

На базе онкологического отделения хирургических методов лечения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России 60 пациентам было выполнено оперативное лечение различного объема. В исследовании оценивались макроскопическая и гистологическая характеристики удаленного препарата, анализ бли-

жайших и отдаленных хирургического лечения. Группа набрана ретроспективно. Для статистической обработки материала использовалось программное обеспечение STATISTICA

Результаты:

Клинико-морфологическая характеристика пациентов и удаленных препаратов:

Среди 60 прооперированных пациентов преобладали женщины (n=58, 98%). Средний возраст составил 63±2,3 лет. По данным гистологического исследования, у 57 пациентов (95%) верифицирована муцинозная кистозная опухоль печени (цистаденома), у 3 (5%) на фоне муцинозной кистозной опухоли отмечалась малигнизация (муцинозная цистаденокарцинома). Характерно поражение левой доли (44%), преимущественно S4. Постановка диагноза муцинозной кистозной опухоли печени была сопряжена с определенными трудностями в связи с отсутствием специфической клинической картины и четких критериев лабораторно-инструментальной диагностики. При этом за кистозную опухоль печени, как правило, принимались простые билиарные и эхинококковые кисты. Ошибки диагностики составили 25% случаев.

Хирургическое лечение:

Основными видами операций были анатомические резекции у 30 больных (50%), из них бисегментэктомия (n=14, 23%), левосторонняя гемигепатэктомия (n=9, 16%), правосторонняя гемигепатэктомия (n=7, 12%); атипичные резекции у 29 (48,3%) пациентов. В 1 (1,7%) случае выполнено пункционно-дренажное лечение. Для разделения паренхимы печени применялся российский ультразвуковой хирургический кавитационный аппарат ACTITON-AB. Послеоперационные осложнения (по классификации Clavien-Dindo) наблюдались у пациентов 12(21%). Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 0%. Медиана наблюдения составила 35 месяцев. Общая 5-летняя выживаемость 95%. Рецидив заболевания в сроки от 2 до 39 месяцев выявлен у 14 пациентов (23%). Установлено, что факторами риска рецидива являлся резидуальный участок стенки кистозного образования с овариоподобной стромой.

Выводы и обсуждение:

Муцинозные кистозные опухоли печени относятся к категории редких новообразований, что часто приводит к диагностическим ошибкам на дооперационном этапе. Наличие овариоподобной стромы остается важным прогностическим признаком, характерным преимущественно для женщин, что также нашло подтверждение в нашем материале. Одной из ключевых особенностей данных образований является их склонность к малигнизации (5-15%) и высокий риск рецидивирования при неполном удалении стенки кисты. В нашем исследовании малигнизация отмечалась в 5 % случаев. Анализ 60 клинических случаев подтвердил высокую значимость радикального хирургического лечения. Полученные нами данные коррелируют с результатами зарубежных работ. Выполнение резекции печени в объеме R0 позволяет достичь благоприятных показателей отдаленной выживаемости. В то же время выявленные случаи рецидивов в исследуемой группе связаны с неполным иссечением цистаденомы. Энуклеации может показаться перспективным паренхимосохраняющим вмешательством. Вопрос о разработке критериев подбора оптимальной хирургической тактики остается до сих пор открытым.

---

99. 15-летний опыт лечения острого панкреатита в многопрофильной клинике МЧС России, на основе общепринятых клинических рекомендаций, с максимальным использованием современных миниинвазивных технологий

Кочетков А.В., Дворянкин Д.В., Растегаев А.В., Позднякова А.В.

Санкт-Петербург

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ИМЕНИ А.М. НИКИФОРОВА» МИНИСТЕРСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

Актуальность острого панкреатита (ОП) обусловлена распространенностью и высокой летальностью. В России ежегодно госпитализируется более 144 тысяч пациентов с диагнозом ОП, с общей летальностью от 5 до 15%, при деструктивных формах 20–45%, при септических осложнениях до 80% и более. Послеоперационная летальность от 17,4% до 19,7%. Результаты лечения зависят от тяжести ОП, коморбидых состояний и выбранной тактики лечения. Мы проанализировали результаты лечения больных с ОП в клинике №2 ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова» МЧС России за 2012-2026 гг.

Материал и методы:

В исследование включено 772 пациента с установленным ОП в возрасте от 19 до 90 лет, средний возраст 49,2 ±1,1; из них женщин - 356 (46,1%), мужчин - 416 (53,9). 707 (92%) пролечены консервативно, 63 (8%) оперированы. Степень тяжести ОП оценивалась по шкале НИИ СП им. И.И.Джанелидзе: 65,5% - легкой, 16,4% - средней и 18,3% - тяжелой степени тяжести. Показаниями к операции были: неэффективность консервативной терапии в пер-

вые 48 часов, выпот в сальниковой сумке или брюшной полости, напряженный отек забрюшинной клетчатки, билиарная и панкреатическая гипертензия, интраабдоминальный компартмент-синдром. Операции в ранние сроки преследовали цели: удаление перитонеального экссудата; восстановление проходимости желчных и панкреатических протоков; декомпрессию забрюшинного отека. Операции в поздние сроки выполнялись при гнойно-септических осложнениях.

Результаты:

Всего оперированы 63 пациента, из них: 0,6% с ОП легкой степени (при билиарной гипертензии); 8,3%; средней степени и 46,7% с тяжелым ОП. Большая часть пациентов оперированы в первые 48 часов от момента поступления - 82,3%. Предоперационный койко-день составлял от 0 до 23 средний 1,97±0,92. Операции: эндоскопическая папиллотомия, литоэкстракция - 17, лапароскопическое и эндовидеохирургическое дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства – 38, лапароскопическая холецистэктомия – 16, чрезкожная пункция и дренирование жидкостных скоплений – 7, лапаротомия – 22, оментобурсостомия - 9, дренирование абсцессов и флегмон -18; лапароскопическое формирование гастроеюноанастомоза - 2. Длительность пребывания в стационаре от 1 до 155 дней, средний койко-день 8,6 для всех пациентов с ОП и от 4 до 155, в среднем 26,8 дней у оперированных пациентов. Длительность лечения в отделении реанимации оперированных составила от 0 до 54 дней, среднее 10,1 ДИ ± 2,8. Частота развития осложнений составила: 1,5%; 17,1%; 45,7% при легком, среднем и тяжелом ОП соответственно. Общая летальность 0,7%; пациентов с ОП тяжелой степени-6,3%, в послеоперационном периоде - 9,5% .

Обсуждение: Результаты показывают, что у пациентов с тяжелым ОП чаще возникают осложнения, требуется оперативное лечение, длительная госпитализации и сопровождается высокой летальностью. Ранняя декомпрессия желчных и панкреатических протоков при билиарном панкреатите ассоциируется с лучшими исходами. Миниинвазивные способы операций показывают лучшие результаты по восстановлению и реабилитации. Нутриционная поддержка, ранняя активизация, целесообразное использование антибактериальной терапии, методы экстракорпоральной детоксикации, баротерапия в комплексе позволяют снизить риск осложнений и ускорить восстановление. Использование эфферентной терапии не входит в клинические рекомендации по лечению ОП, однако мы находим их эффективными, опираясь на улучшение функциональных и лабораторных показателей, особенно у пациентов с септическими осложнениями и полиорганной недостаточностью.

Выводы и рекомендации:

Хирургическое лечение тяжелых форм ОП является неотъемлемой частью лечения.

Ранняя декомпрессии желчных и панкреатического протока при билиарном панкреатите позволяет уменьшить риск тяжелых форм ОП.

Ранняя декомпрессия забрюшинного отека и дренирование брюшной полости (в 1 фазе ОП) снижает риск септических осложнений.

Использование миниинвазивных технологий важно для ранней активизации, реабилитации, снижения риска осложнений и уровня летальности больных ОП.

---

100. Политравма в стационаре второго уровня.

Федотова Е.В. (1,2), Лочехина Е.Б. (1), Поздеев В.Н. (1), Тарабукин А.В. (3)

1) Северодвинск
2) Архангельск

1) ГБУЗ АО «СГКБ №2 СМП
2) ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) МЗ РФ
3) ГБУЗ АО «АОКБ»

Актуальность: Актуальность темы политравмы обусловлена тем, что это одна из ведущих причин смертности и инвалидизации, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Это создает серьезную медико-социальную проблему в России и мире. Ежегодно в мире травмы получают около 5,5 млн человек, из них 15%-22% — это политравма. Непосредственно в России показатель первичной инвалидности от травм составляет 43,9 на 10 000 населения. Догоспитальная летальность при политравме достигает 80,0%. Госпитальная летальность варьирует от 14% до 62% и зависит от тяжести травмы и уровня клиники. Травмы (включая политравму) занимают третье место в структуре общей смертности в России, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Однако для мужчин в возрасте 18-40 лет политравма является основной причиной смерти, превосходя по потерянным годам потенциальной жизни онкологию и кардиологию вместе взятые. По разным оценкам, от 25% до 45% выживших после политравмы становятся инвалидами, и эта патология по социально-экономическому значению также занимает 3-е место. Затраты на лечение, реабилитацию и социальные выплаты крайне высоки. Например, экономический ущерб от гибели одного пациента оценивается в 7 000 000 долларов, а выплаты по инвалидности на одного пострадавшего могут превысить 1 080 000 рублей.

Цель: оценить возрастные, половые особенности, структуру и летальность при политравме у пациентов стационара второго уровня.

Материалы и методы: Электронные истории болезни в МИС «Ариадна» пациентов с политравмой, проходивших лечение в ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи» (ГБУЗ АО «СГКБ №2 СМП») с 2023 по 2025 годы. Критерии включения пациентов в исследование: пациенты с политравмой. Статистическая обработка данных включала вычисление средних значений, медианы, стандартного отклонения и точного критерия Фишера.

Результаты:

Всего за изучаемый период зарегистрировано 53 пациента с политравмой. В гендерном плане превалируют мужчины 64,2% (34), женщины 35,8% (19). Средний возраст пациентов 47,2 ±17,3 лет (Me=44,5 лет, наименьшее 20,0 лет, наибольшее 87,0 лет; 95% ДИ 93,2-100,0), средний возраст мужчин 46,2±16,8 лет (Me= 45,5, наименьшее 20,0 лет, наибольшее 77,0 лет, 95% ДИ 50,7- 75,7), средний возраст женщин 48,7 ±18,4 лет (Me= 40,0, наименьшее 22,0, наибольшее 87,0 лет, 95% ДИ 24,3-49,3). Средний койко-день составил 8,8±8,9 (Me= наименьшее 1,0, наибольшее 39,0). Летальность составила 26,4%, в стационар третьего уровня переведены 43,4%, выписаны с выздоровлением на реабилитацию 30,0% пострадавших.

По причине получения политравмы лидируют дорожно-транспортные происшествия - 31 пострадавший (58,5%), 16 пациентов получили политравму в результате падения с высоты (30,2%), криминальный характер у 6 больных (11,3%).

В структуре повреждения превалировала травма грудной клетки (ТГК) и скелетная травма (92,0% и 85,0%, соответственно), черепно-мозговая травма (ЧМТ) встречалась в 55,0% случаев, абдоминальная травма – 47,0%. Наиболее частыми сочетаниями стали: абдоминальная травма в сочетании с ТГК (n=13); ЧМТ сочеталась со скелетной травмой, ТГК и абдоминальной травмой (n=12); ТГК в сочетании со скелетной травмой и абдоминальной травмой (n=10).

Заключение

Таким образом, политравма поражает наиболее активную часть общества, в гендерном плане преобладают мужчины, характеризуется высокими показателями летальности и требует перевода пациентов в стационары третьего уровня. В структуре причин политравмы лидерство принадлежит дорожно-транспортным происшествиям. Наиболее часто встречается травма грудной клетки и скелетная травма, абдоминальная травма сочетается как с травмой грудной клетки, так ЧМТ и скелетной травмой. Данная тема является актуальной и требует дальнейшего изучения, включая оценку более редких повреждений.

---

101. Факторы риска хирургического вмешательства у пациентов с язвенным, псевдомембранозным и ишемическим колитом

Кротов Г.А., Данилов М.А.

Москва

МКНЦ им. А.С.Логинова

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди всех нозологических форм, определяющих клиническую картину острого колита, наибольшую медико-социальную и экономическую значимость в глобальном масштабе приобрели язвенный (ЯК), псевдомембранозный (ПМК) и ишемический (ИК) колиты. Особенно заметно отмечался рост числа дебютов этих заболеваний в период пандемии COVID-19. На начальных этапах развития указанные нозологии характеризуются нетяжелым течением, что предполагает необходимость дифференцированного подхода к лечению с учетом их этиопатогенеза. Однако при прогрессировании колитов до тяжелых и фульминантных форм наблюдается унификация патоморфологических изменений в стенке толстой кишки, при которой воспалительные и ишемические процессы приобретают тождественный характер. Это минимизирует влияние первоначальных этиологических факторов на выбор лечебной тактики. В современной научной литературе отсутствуют исследования, систематически анализирующие факторы, определяющие необходимость перехода от консервативного лечения тяжелых форм ЯК, ПМК и ИК к хирургическому вмешательству.

ЦЕЛЬ ИССЕДОВАНИЯ – проведение сравнительного анализа хирургического и консервативного лечения язвенного (ЯК), псевдомембранозного (ПМК) и ишемического (ИК) колитов, выявление факторов риска хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование выполнено на базе МКНЦ им. А.С. Логинова. Лечение пациентов проводилось в период с 2015 по 2024 гг. В исследование было включено 308 пациентов с клиническим диагнозом ПМК тяжелого и фульминантного течения. В группу хирургического лечения вошло 108 пациентов, в группу консервативного лечения – 200.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству, чаще наблюдался более молодой возраст (p=0,025) и быстропрогрессирующее течение колита (фактор риска хирургического вмешательства: ОШ=2,850 (1,650-4,923); p

---

102. Применение метода эндоскопического транслюминального дренирования в сочетании с поэтапными санациями в лечении инфицированных псевдокист и инфицированных форм отграниченного панкреонекроза

Тахтобин Е.Г. (1), Носков И.Г. (1,2), Черданцев Д.В. (1, 2)

Красноярск

1) КГБУЗ ККБ, г. Красноярск,
2) ФГБОУ ВО КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Актуальность: Острый некротический панкреатит характеризуется летальностью 15–30 %, возрастающей при инфицировании до 30–40 %. Формирование псевдокист и отграниченного панкреонекроза (WON) требует активного дренирования. Открытые операции сопряжены с высокой травматичностью и осложнениями (до 70 %). Внедрение минимально инвазивных технологий, в частности транслюминального дренирования с использованием самораспрaвляющихся металлических стентов (LAMS), позволило достичь эффективности 80–100 %. Вместе с тем динамика лабораторных (СРБ) и инструментальных (редукция объёма полости) критериев в процессе этапных эндоскопических санаций остаётся недостаточно изученной, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Цель: Оценка эффективности и безопасности метода эндоскопического транслюминального дренирования с использованием самораспрaвляющихся металлических стентов (LAMS) и этапных санаций в лечении инфицированных псевдокист (ИПК) и инфицированного отграниченного панкреонекроза (ИОПН)

Материалы и методы: В проспективное наблюдательное одноцентровое исследование, проведённое в период с 2020 по 2026 год, включено 43 пациента. Из них у 26 диагностированы инфицированные псевдокисты (ИПК), у 17 — инфицированный отграниченный панкреонекроз (ИОПН). Всем пациентам выполнено эндоскопическое транслюминальное дренирование под контролем эндосонографии с установкой самораспрaвляющихся металлических стентов (LAMS) диаметром 10 мм. В последующем с интервалом 3–7 дней проводились этапные санации (при ИПК) или некрсеквестрэктомии (при ИОПН). В ходе исследования оценивались: динамика уровня С-реактивного белка (СРБ), редукция объёма полости по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), количество санаций, частота осложнений и летальность. Статистический анализ выполнен с использованием критерия Фридмана, критерия Вилкоксона с поправкой Бонферрони и критерия Манна–Уитни.

Результаты: В подгруппе пациентов с инфицированными псевдокистами (ИПК) медиана уровня С-реактивного белка (СРБ) снизилась со 134 (51; 207,4) мг/л при поступлении до 33,4 (14,1; 93,9) мг/л после выполнения третьей этапной санации (р

---

103. Непосредственные результаты выполнения илеоцекальной резекции с расширенной резекцией брыжейки у пациентов с болезнью Крона.

Данилов М.А.

Москва

МКНЦ им. А.С.Логинова

Актуальность

Болезнь Крона (БК) – воспалительное заболевание кишечника, сегментарно поражающее весь желудочно-кишечный тракт. Распространённость БК по зарубежным данным достигает 966 человек на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на молодых работоспособных людей 20–30 лет. Большинству пациентов в течение жизни требуется хирургическое вмешательство. Резекционные вмешательства часто приводят к рецидиву в первые два года, а повторные операции повышают риск синдрома короткой кишки. Расширенная резекция брыжейки потенциально снижает частоту эндоскопического и клинического рецидивов.

Цель

Оценить непосредственные результаты выполнения расширенной резекции брыжейки у пациентов с болезнью Крона.

Материалы и методы

Проспективное исследование. Основная группа – 234 пациента со стриктурирующей формой БК, оперированных с 2022 по 2025 года в объёме илеоцекальной резекции с расширенной резекцией брыжейки (пересечение подвздошно-ободочных сосудов у их устья). Группа сравнения – 156 пациентов, оперированных до 2022 года в стандартном объеме (пересечение брыжейки в непосредственной близости к стенке кишки). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длительности заболевания до операции, сопутствующим заболеваниям. Оценивались: время операции, кровопотеря, количество конверсий в лапаротомию, формирование илеостомы, послеоперационный койко-день, нагноение раны, послеоперационные кровотечения, абсцессы брюшной полости. Первичная конечная точка – наличие эндоскопического рецидива в области анастомоза через 6 месяцев.

Результаты

В основной группе было 126 женщин (53,8%) и 108 мужчин (46,2%), в группе сравнения – 87 женщин (55,8%) и 69 мужчин (44,2%). Средний возраст в первой группе составил 36,2±14,1 лет, во второй – 32,2±13,1. ИМТ – 20,6±3,1 и 20,3±3,2 соответственно. Время от постановки диагноза до операции: 8,2±3,8 года в основной группе и 9,1±3,6 года в группе сравнения. Все различия статистически были не значимы (p>0,05).

Средняя продолжительность операции в основной группе составила 112±22 мин, во группе сравнения - 114±28 минуты. Частота конверсии в лапаротомию в основной группе составила 14,1%, во группе сравнения 17,3%. Послеоперационный койко-день в группе с расширенной резекцией брыжейки составил 5,4±1,1, в группе со стандартным объемом резекции - 5,7±1,5. Нагноение послеоперационной раны развилось у 15 пациентов основной группы и 10 пациентов группы сравнения. Послеоперационные кровотечения, требующие повторной операции по ургентным показаниям, встречались в 2,6% и 3,4% случаев соответственно. Летальных исходов в группах зафиксировано не было. Все различия статистически были не значимы (p>0,05).

Через 6 месяцев после операции всем пациентам выполнен эндоскопический контроль. Эндоскопический рецидив (Rutgeerts ≥i2) зафиксирован у 14 (17,9%) пациентов основной группы. В группе сравнения – 18 пациента (34,6%). Различие было статистически значимым (p=0,031).

Выводы

Илеоцекальная резекция с расширенной резекцией брыжейки при болезни Крона не отличается от стандартной техники по продолжительности вмешательства, кровопотере, частоте конверсии и частоте послеоперационных осложнений. При этом расширенная резекция значимо снижает риск развития эндоскопического рецидива в ранние сроки после операции (17,9% против 34,6%, p=0,031), однако требуются крупные рандомизированные исследования для повышения убедительности доказательств.

---

105. Результаты лечения пациентов с тромбозом мезентериальных сосудов в зависимости от сроков оперативного вмешательства.

Алиев М.А.,Сафаров С.Ю., Рабаданова С.Р., Гереева З.К.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение частоты пациентов с тромбозами и эмболиями мезентеральных сосудов. Летальность достигает 70-80% из-за позднего обращения и запоздалой диагностики. Внедрение новых методов диагностики позволяет в ранние сроки устанавливать диагноз и улучшить результаты лечения. В экстренной хирургии эти пациенты в большинстве случаев поступают с первоначальным диагнозом-острая кишечная непроходимость.

Материал и методы. В данном исследовании анализированы результаты лечения 14 пациентов, поступивших в хирургическое отделение ГКБ г. Махачкалы за последние 5 лет. Женщин было 8, мужчин-6. Возраст больных колебался от 60 до 86 лет. Все пациенты были доставлены машиной скорой помощи. Сроки поступления в стационар от начала заболевания составили: 6(42,8%) пациентов поступили через 12 часов от начала заболевания, 4(28,6%) пациента –от 12 до 24 часов и после 24 часов поступили 4(28,6%) пациента. Состояние пациентов оценивались как тяжелое, у всех пациентов сопутствующая сердечная патология. Пациенты при поступлении жаловались на боли в животе, задержку стула, тошноту, тенезмы, в 6(42,8%) случаев пациенты отмечали жидкий стул, с прожилками крови. Большинство пациентов поступили после ухудшения состояния, связанное с усилением болевого синдрома. При осмотре обращало на себя внимание, что явных симптомов раздражения брюшины ни у одного пациента не было. Живот был умеренно вздут. Предоперационное обследование включало в себя: общеклинические и биохимические исследования, УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, эндоскопические исследования, ангиография, которая выполнена в 4 случаях. В анализах крови имело место лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, признаки коагулопатии. Время от госпитализации до установления диагноза и операции составила: у 4 пациентов 4 часа; в 6 случаях от 7 до 14 часов; у 4 пациентов более 14 часов. Это время включало в себя и предоперационную подготовку с учетом возраста и сопутствующих заболеваний. При сомнениях в правильном диагнозе помощь оказывала лапароскопия, с помощью которого диагноз был установлен в 7 случаях. В остальных случаях диагноз сомнения не вызывал. Больных госпитализировали в реанимационное отделение. В комплексное лечение включали антикоагулянты, спазмолитики, тромболитики. Оперативное лечение выполнены 11 пациентам, в трех случаях опе-

рация после лапароскопии оперативное вмешательство посчитали бесперспективным из-за тотального тромбоза. Объем оперативного вмешательства определяли субоперационно.

Результаты и обсуждение. Выполнены следующие оперативные вмешательства:1. При сегментарных тромбозах тонкой кишки- резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтероанастомоза в 4 случаях. Летальных случаев не было. В одном случае в послеоперационном периоде наступила несостоятельность анастомоза, из-за чего была наложена энтеростома.

2. В 2-х случаях имело место субтотальный тромбоз тонкой кишки с перфорацией и перитонитом, им выполнено субтотальное удаление тонкой кишки с наложением еюностомии.

3. В одном случае имело место субтотальное поражение тонкой кишки и правой половины толстой кишки. В данном случае выполнено субтотальная резекция тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией с наложением еюнотрансверзанастомоза;

4. У 7 пациентов имело место тотальный и субтотальный некроз тонкой и ободочной кишки, случаи признаны неоперабельными, операции завершены после лапароскопии дренированием брюшной полости.

Летальных случаев -7(50%).

Анализируя полученные результаты следует подчеркнуть, что исход заболевания зависит как от сроков поступления пациентов в стационар после начала заболевания, так и от сроков оперативного вмешательства. Поздняя госпитализация и запоздалое оперативное вмешательство во всех случаях привело к летальному исходу.

---

106. Эффективность экстракорпоральных методов детоксикации при осложненных формах рожистого воспаления.

Алиев М.А., Сулейманов Ш.А., Гереева З.К.,Рабаданова С.Р., Сафаров С.Ю., Свелиманов З.А.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский унивеситет

Актуальность. Число пациентов с осложненными формами рожистого воспаления имеет тенденцию к росту. По статистическим данным частота заболеваемости рожистым воспалением составляет 0,1% взрослого населения, из которых на осложненные формы приходиться от 10 до 20%. Среди всех пациентов отделения хирургической инфекции на рожу приходиться от 5 до 10 % пациентов. Осложненные формы рожи сопровождаются тяжелой эндогенной интоксикацией, поэтому традиционные методы лечения осложненных форм рожистого воспаления, без включения методов дезинтоксикации не всегда эффективны.

Цель исследования. Изучить возможности улучшение результатов лечения осложненных форм рожи, путем включения в комплексное лечение метода экстракорпоральной детоксикации- гемосорбции.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 31 больного с флегмонозными и некротическими форм рожи нижних конечностей, находившихся на лечении в Республиканском отделении хирургической с 2021 по 2025 г. Мужчин было 12, женщин – 19, возраст их колебался от 56 до 78 лет. В основную группу вошли 17 пациентов, в контрольную-14.

При поступлении состояние всех пациентов оценивалось как тяжелое, наряду с локальными жалобами, имелся и симптомокомплекс тяжелой эндотоксемии:, головные боли, слабость, ознобы, тахикардия до 100-128/мин, в анализах крови- лейкоцитоз –более 15-30х109/л, анэозинофилия, СОЭ до 40 мм/час и выше, гипопротеинемия до 47-55г/л, анемия - Нв до 97-85 г/л, билирубинемия. У всех пациентов показатели прокальцитонина превышали 5,0 нг/мл, а С-реактивный белок свыше 70 мг/л.

В день поступления, после предоперационной подготовки всем пациентам выполнена операция- под общим обезболиванием проведено вскрытые гнойных очагов с иссечением некротических тканей в пределах здоровых тканей. В послеоперационном пациенты обеих групп получали антибиотики,антикоагулянты, обезболивающие, внутривенную инфузионную и дезинтоксикационную терапию, коррекцию сопутствующих заболеваний. Для дезинтоксикационной терапии пациенты контрольной группы получали интракорпоральные средства детоксикации с форсированным диурезом, а в основной группе-использовали экстракорпоральный метод детоксикации-гемосорбцию. В качестве сорбента использовали сорбционные колонки объемом 120-150 мл с активированным углем отечественного производства марки «Гемос-КС.3». Перед сеансом гемосорбции вводили внутривенно гепарин для предотвращения тромбообразования 300 – 500 ед/кг массы тела. Во время сеанса гемосорбции продолжали инфузию растворами кристаллоидов (средний объем за сеанс 1200 – 1400 мл). Гемосорбцию проводили путем катетеризации подключичной вены. Скорость кровотока 150 мл/мин. Общий объем перфузии составлял от 1,5 до 3 ОЦК. Продолжительность гемосорбции составляла от 2 до 3 часов. Всего проводили от 2 до 3 сеансов гемосорбции.

Результаты и обсуждение. Гемосорбция оказался эффек-

тивным способом очищения организма от токсинов и микроорганизмов и переносились пациентами удовлетворительно.

У пациентов основной группы после первых сеансов гемосорбции наступило полное или частичное исчезновения клинически значимых симптомов - повышение эффективности общей медикаментозной терапии, улучшение состояния крови и функция внутренних органов. По мере снижения токсической напряженности у пациентов нарастала бодрость, улучшалось настроение, исчезала депрессивность, проходила усталость. В результате всего этого естественные органы очищения и выделения (печень, почки, легкие, кожа) стали функционировать в околонормальном или нормальном режиме. Улучшались и течение локального процесса. В контрольной группе снижение токсической напряженности проходило медленно, что отражалась и на результатах лечения: в основной группе- летальных случаев не было, а в контрольной из 14 пациетов 2(14,2%) летальных случая.

Выводы: Гемосорбция является одним из эффективных методов детоксиции эндогенной интоксикации при осложненных формах рожистого воспаления и приводит к ранней элиминация токсических веществ, улучшению периферического кровообращения и реологических свойств крови, способствует восстановлению функции внутренних органов и улучшает результаты лечения.

---

108. Предикторы рецидива неварикозного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов на заместительной почечной терапии

Матвиенко В.А., Медведчиков-Ардия М.А., Корымасов Е.А.

Самара

СамГМУ

Актуальность. Пациенты, находящиеся на заместительной почечной терапии (ЗПТ), относятся к группе высокого риска развития и рецидива неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВЖКК), что обусловлено выраженной коморбидностью, нарушениями коагуляционного и тромбоцитарного звеньев гемостаза. В настоящее время отсутствуют валидированные предикторы рецидива кровотечения у данной категории больных, что затрудняет выбор оптимальной лечебной тактики.

Цель. Выявить предикторы рецидива неварикозного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов на заместительной почечной терапии.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ пациентов с неварикозным ВЖКК на фоне ЗПТ. В исследование включено 106 пациентов, из которых у 24 (22,6%) зарегистрирован рецидив кровотечения в течение госпитализации. Проанализировано более 50 клинико-лабораторных показателей, включая параметры системы гемостаза. Выполнен однофакторный и многофакторный анализ с использованием логистической регрессии с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов.

Результаты. Рецидив кровотечения в течение госпитализации зарегистрирован у 24 из 106 пациентов (22,6%). У пациентов с рецидивом по сравнению с больными без рецидива отмечались более низкие значения антитромбина III — 66±12% против 83±11%, более высокие значения фактора VIII — 192±34% против 154±30% и фактора Виллебранда — 196±38% против 162±35%. Различия по указанным показателям были статистически значимыми, p

---

109. Экспериментальное обоснование и клиническое применение оригинальной методики пластики обширных посттравматических дефектов диафрагмы

Коробка В.Л. (1,2), Клец И.С. (1,2), Коробка Р.В. (1,2), Татьянченко В.К. (2), Лагеза А.Б. (1,2), Дударев С.И. (1,2), Толстопятов С.В. (1,2)

Ростов-на-Дону

1) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,
2) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Введение. Обширные дефекты диафрагмы остаются актуальной проблемой торакальной хирургии из-за полиэтиологичности (травма, онкорезекции и др.) и выраженной вариабельности клинико-анатомических вариантов. При использовании сетчатых эндопротезов решающее значение имеют прочность и стабильность фиксации, поскольку именно они во многом определяют риск рецидива и частоту поздних осложнений, влияющих на функцию дыхания и качество жизни.

Целью исследования явилось изучение морфологических и биомеханических характеристик мышечно-апоневротических структур диафрагмы в аспекте разработки и применения оригинальной хирургической методики лечения больных с обширными посттравматическими

дефектами диафрагмы, а также оценка отдалённых результатов хирургического лечения пациентов с обширными дефектами диафрагмы в зависимости от методики фиксации сетчатого эндопротеза.

Материалы и методы исследования. Работа основывалась на анатомических исследованиях 36 трупов людей. Биомеханические параметры нативных препаратов диафрагмы и препаратов после пластики обширного посттравматического дефекта диафрагмы по оригинальной методике (патент RU2846270C1), изучали на стенде ИСС-500 (государственный реестр №16540-97) с помощью датчика силы Scaima ZF-500. Также выполнено сравнительное клиническое исследование 57 пациентов, оперированных в 2018–2025 гг. по поводу обширных дефектов диафрагмы на базе хирургического отделения №1 ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница» (Ростов-на-Дону). I группа (n=29) оперирована по оригинальной методике фиксации эндопротеза с каркасной нитью (патент РФ №2846270), II группа (n=28) — по общепринятой методике-прототипу (патент РФ №24000153), заключавшейся в применении для аллопластики отдельных узловых швов. Конечная точка — 9 месяцев после операции. Оценивали частоту рецидива, болевой синдром, показатели функции внешнего дыхания, электромиографию, качество жизни (опросник SF-36). Использовали критерии Уилкоксона (связанные выборки), Манна–Уитни и χ^2 -Пирсона; стастическую значимость считали при p

---

110. Организация медицинской помощи пациентам с кровотечениями портального генеза: многоцентровой анализ.

Ибрагимов Р.А. (1,2), Анисимов А.Ю. (1), Андреев А.И. (1), Анисимов А.А. (1)

Казань

1) ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет;
2) ГАУЗ «Городская клиническая больница №12 г. Казани»

Организация медицинской помощи пациентам с кровотечениями портального генеза: многоцентровой анализ.

Введение. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка — одно из наиболее тяжёлых осложнений цирроза печени. Клинический исход определяется не только тяжестью заболевания, но и организационной готовностью учреждения: наличием эндоскопической службы, доступностью TIPS, применением шкал прогноза и отлаженной маршрутизацией пациентов.

Цель: оценить организационную готовность медицинских учреждений различного уровня к оказанию помощи при кровотечениях портального генеза и степень соответствия фактической помощи современным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы: проанализированы ответы многоцентрового опросника 8 обезличенных учреждений: 1 центр I уровня, 4 центра II уровня, 3 центра III уровня. Суммарно зафиксировано 334 кровотечения и 298 эндоскопических вмешательств в год. Сравнительный стандарт — положения Baveno VII, AASLD Practice Guidance и ESGE Guideline.

Основные результаты: вазоактивная терапия и зонд Блекмора представлены во всех 8 центрах (100%). Эндоскопическое лигирование доступно в 7 из 8 центров (87,5%), однако фактический объём эндоскопической помощи существенно варьирует. MELD используется в 4 из 8 центров (50%), в одном — лишь эпизодически. TIPS доступен только в 3 из 8 центров (37,5%) — преимущественно в учреждениях III уровня. Стент Danis применяется в 2 из 8 центров (25%). Среди 920 классифицированных пациентов за три года: Child-Pugh A — 14,0%, B — 42,6%, C — 43,4%. В клиническом примере больницы II уровня (65 пациентов): летальность 49,2%, доля Child-Pugh C — 66,2%, связь класса тяжести с исходом статистически значима (p=0,028).

Ключевые проблемы: 1. Неравномерная доступность эндоскопического гемостаза. 2. Концентрация TIPS в единичных центрах при отсутствии формализованной маршрутизации. 3. Несистемное применение MELD — организационный, а не ресурсный дефицит. 4. Баллонная тампонада воспринимается рядом центров как самостоятельный метод, а не временный мост. 5. Отсутствие единого маршрута перевода пациентов высокого риска.

Практические рекомендации: разработать единый региональный протокол маршрутизации с указанием сроков перевода. Внедрить обязательную первичную оценку: Child-Pugh, MELD, коагулограмма, признаки шока. Обеспечить круглосуточный эндоскопический гемостаз или быстрый перевод в специализированный центр. Использовать зонд Блекмора исключительно как мост к дефинитивному лечению. Сформировать регистр пациентов и ввести регулярный межцентровой аудит качества.

Выводы: помощь при кровотечениях портального генеза характеризуется выраженной межцентровой неоднородностью. Базовые меры стабилизации широко доступны, тогда как системная стратификация риска, достаточный объём эндоскопического гемостаза и доступность TIPS остаются дефицитными. Повышение соответствия рекомендациям требует внедрения единого протокола маршрутизации и стандартизированного учёта — без обязательного оснащения каждого учреждения высокотехнологичными методами.

111. Организация медицинской помощи пациентам с кровотечениями портального генеза: многоцентровой анализ.

Ибрагимов Р.А. (1,2), Анисимов А.Ю. (1), Андреев А.И. (1), Анисимов А.А. (1)

Казань

1) ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет;
2) ГАУЗ «Городская клиническая больница №12 г. Казани»

Организация медицинской помощи пациентам с кровотечениями портального генеза: многоцентровой анализ.

Введение. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка — одно из наиболее тяжёлых осложнений цирроза печени. Клинический исход определяется не только тяжестью заболевания, но и организационной готовностью учреждения: наличием эндоскопической службы, доступностью TIPS, применением шкал прогноза и отлаженной маршрутизацией пациентов.

Цель: оценить организационную готовность медицинских учреждений различного уровня к оказанию помощи при кровотечениях портального генеза и степень соответствия фактической помощи современным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы: проанализированы ответы многоцентрового опросника 8 обезличенных учреждений: 1 центр I уровня, 4 центра II уровня, 3 центра III уровня. Суммарно зафиксировано 334 кровотечения и 298 эндоскопических вмешательств в год. Сравнительный стандарт — положения Baveno VII, AASLD Practice Guidance и ESGE Guideline.

Основные результаты: вазоактивная терапия и зонд Блекмора представлены во всех 8 центрах (100%). Эндоскопическое лигирование доступно в 7 из 8 центров (87,5%), однако фактический объём эндоскопической помощи существенно варьирует. MELD используется в 4 из 8 центров (50%), в одном — лишь эпизодически. TIPS доступен только в 3 из 8 центров (37,5%) — преимущественно в учреждениях III уровня. Стент Danis применяется в 2 из 8 центров (25%). Среди 920 классифицированных пациентов за три года: Child-Pugh A — 14,0%, B — 42,6%, C — 43,4%. В клиническом примере больницы II уровня (65 пациентов): летальность 49,2%, доля Child-Pugh C — 66,2%, связь класса тяжести с исходом статистически значима (p=0,028).

Ключевые проблемы: 1. Неравномерная доступность эндоскопического гемостаза. 2. Концентрация TIPS в единичных центрах при отсутствии формализованной маршрутизации. 3. Несистемное применение MELD — организационный, а не ресурсный дефицит. 4. Баллонная тампонада воспринимается рядом центров как самостоятельный метод, а не временный мост. 5. Отсутствие единого маршрута перевода пациентов высокого риска.

Практические рекомендации: разработать единый региональный протокол маршрутизации с указанием сроков перевода. Внедрить обязательную первичную оценку: Child-Pugh, MELD, коагулограмма, признаки шока. Обеспечить круглосуточный эндоскопический гемостаз или быстрый перевод в специализированный центр. Использовать зонд Блекмора исключительно как мост к дефинитивному лечению. Сформировать регистр пациентов и ввести регулярный межцентровой аудит качества.

Выводы: помощь при кровотечениях портального генеза характеризуется выраженной межцентровой неоднородностью. Базовые меры стабилизации широко доступны, тогда как системная стратификация риска, достаточный объём эндоскопического гемостаза и доступность TIPS остаются дефицитными. Повышение соответствия рекомендациям требует внедрения единого протокола маршрутизации и стандартизированного учёта — без обязательного оснащения каждого учреждения высокотехнологичными методами.

---

112. Показатели обеспеченности населения врачами-хирургами в Российской Федерации

Барсукова И.М.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Снижение показателей обеспеченности врачебными кадрами в Российской Федерации (РФ) наблюдалось все последние годы. Усилия государства (Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 г.» и Национальный проект «Здравоохранение» (2019-2024 гг.) в части реализации Федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами») доказали свою эффективность, показавшую, в целом, стабилизацию ситуации в стране и даже тенденцию к росту показателей кадрового обеспечения. Тем не менее, по ряду специальностей положение все еще остается сложным.

Цель исследования: оценить обеспеченность населения врачами хирургического профиля.

Материалы и методы. Проведен анализ данных федерального статистического наблюдения, представленных в статистических сборниках Минздрава России за 2022-2024 гг. Применялись статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования. Врачи-хирурги составляют существенную когорту врачебного сообщества страны, структура их специальностей существенна и подразумевает дифференциацию по возрасту обслуживаемого населения (взрослые и детские) и профилю выполняемой работы (пластические, сердечно-сосудистые, торакальные, челюстнолицевые). В ходе исследования рассмотрены 2 показателя: численность врачей хирургического профиля и обеспеченность ими населения (число врачей на 10 тыс. населения).

По данным 2024 года в стане насчитывалось 22,6 тыс. врачей-хирургов, 97,3% из которых (22,0 тыс. человек) работали в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России, что составляет 3,9% врачебного сообщества страны. Отмечена позитивная динамика увеличения их общей численности на 1,8% за период наблюдения. Согласно особенностям демографической ситуации подавляющая численность специалистов (85,0%, 18,7 тыс. человек) – врачи, обслуживающие взрослое население; значительно меньше детских специалистов (15,0%, 3,3 тыс. человек).

Показатели обеспеченности врачами составили в среднем по стране 1,59±0,02 человек на 10 тыс. населения, детских - 1,49±0,02 человек на 10 тыс. детского населения, они также были позитивным: увеличились на 1,9% за период наблюдения.

Показатели укомплектованности кадров хирургов составили, в целом, 89,3% по занятым должностям и 61,1% по физическим лицам со средним коэффициентом совместительства 1,46 (2024 г.).

Обращает внимание и динамика показателей отдельных специалистов за период наблюдения (в порядке убывания их численности): хирургов сердечно-сосудистых (2764,3±63,3 человек; 0,19±0,01 человек на 10 тыс. населения), хирургов челюстнолицевых (1122,7±10,2 человек; 0,08 человек на 10 тыс. населения), хирургов торакальных (690,7±10,0 человек; 0,05 человек на 10 тыс. населения), хирургов пластических (107,3±4,5 человек; 0,01 человек на 10 тыс. населения). Отрицательной динамика численности специалистов за период 2022-2024 гг. отмечена только среди торакальных хирургов (на 1,6%).

Заключение. Таким образом, отмечены позитивные тенденции в стране, характеризующие рост численности хирургических кадров и показателей обеспеченности населения врачебными кадрами данного профиля. Построение региональной системы здравоохранения, в том числе хирургического ее звена – полномочия каждого отдельного субъекта РФ, обусловленные его потребностями и возможностями с учетом демографических, медико-статистических, финансово-экономических, материально-технических условий и в значительной степени – кадровым обеспечением. Эти процессы значительно отличаются в различных регионах РФ. Поэтому построение территориальной системы оказания медицинской помощи должно исходить из принципов разумной целесообразности, доступности и качества медицинской помощи. Необходимо создание таких условий, которые позволяют выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с критериями эффективности, экономичности и адекватности.

---

113. Гибридные технологии билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза

Дарвин В.В. (1,2), Варданян Т.С. (1,2), Кострубин А.Л. (2), Кан П.Б. (2)

Сургут

1) БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет,
2) БУ ХМАО-Югры Сургутская окружная клиническая больница

Актуальность. Опухоли гепатопанкретобилиарной зоны являются причиной развития механической желтухи в 28-58% случаев [Багненко С.Ф., Bhutia K.D. и соавт.]. Традиционные эндоскопические и антеградные методы дренирования достигают 90-92% эффективности [Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Быков М.И и соавт.]. Однако, в ряде случаев при наличии анатомических особенностей панкреатодуоденальной зоны, либо распространенности опухолевого процесса, данные методики становятся невыполнимыми или сопряжены с высоким риском осложнений. В подобных ситуациях для адекватного дренирования желчных протоков и улучшения качества жизни, целесообразно применение гибридных методов декомпрессии.

Цель: оценка эффективности гибридных технологий билиарной декомпрессии опухолевого генеза.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 324 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза за 2020-2025 гг. Причинами развития билиарного блока явились: опухоли поджелудочной железы у 131 (40,4%) пациентов, опухоли БСДК у 49 (15,1%), опухоль Клатцкина у 61 (18,8%) больных, метастатическое поражение ворот печени у 57 (17,6%), опухоль желчного пузыря у 26 (8,0%). Среди методов декомпрессии применены ретроградные вмешательства у 228 (70,4%) больных при дистальных блоках, антеградные технологии у 53 (16,4%) с прокси-

мальными блоками, сочетание антеградного и ретроградного дренирования у 18 (5,6%). Рандеву методом наружное дренирование трансформировано во внутреннее у 16 (4,9%). Эндоскопическая холедоходуоденостомия под эндосонографическим контролем выполнена у 9 (2,8%) больных.

Результаты и обсуждение. Антеградные вмешательства стали эффективными у 48 (90,6%) больных, ретроградное дренировние - у 215 (94,3%). Необходимость сочетания антеградного и ретроградного дренирования возникла у 18 (5,6%) пациентов при опухоли Клатцкина III типа, когда один из видов дренирования становился недостаточно эффективным. Во всех случаях применение сочетанного дренирования способствовало ускорению темпов билиарной декомпрессии. Гибридные технологии (методика Рандеву) стали необходимыми для перевода наружного дренажа во внутреннее дренирование с целью улучшения качества жизни больного и были эффективными у всех 16 (4,9 %) пациентов.

У 9 (2,8%) пациентов местнораспростарненная опухоль головки поджелудочной железы не позволила провести ретроградные вмешательства из-за стеноза и выраженной деформации области БСДК, в то же время антеградные вмешательства у них были сопряжены с высоким риском осложнений. Данной категории больных успешно применена гибридная методика формирования холедоходуоденоанастомоза под эндосонографическим и рентгенологическим контролем. Клинический и технический успех данной операции достигнут у всех оперированных, при этом у 2 (22,2%) больных в ходе вмешательства был зафиксирован эпизод выпадения манипуляционных инструментов из протока, однако своевременное формирование второго соустья позволило избежать осложнений.

Малоинвазивные методики дренирования стали неэффективными или невозможными к применению у 18 (5,6 %) больных из-за распространенности опухолевого процесса.

Выводы:

Таким образом, благодаря дополнению арсенала традиционных малоинвазивных ретроградных и антеградных методов гибридными технологиями, доля эффективных малоинвазивных декомпрессий при механической желтухе опухолевого генеза достигает 94,4%. Интеграция гибридных технологий в лечебную тактику данной категории больных позволяет ускорить скорость декомпрессии желчных протоков и повысить качество жизни пациентов.

---

114. Энтеральная недостаточность при распространённом перитоните, подходы к диагностике, эквиваленты прогнозирования

Чепурных Е.Е., Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г.

Иркутск

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Иркутский научный центр хирургии и травматологии»

Перитонит до сих пор остается одним из грозных осложнений в хирургии. Одной из основных причин, оказывающей непосредственное влияние на течение и исход распространенного перитонита и способствующей в раннем послеоперационном периоде поддержанию воспалительного процесса в брюшной полости, является синдром энтеральной недостаточности (СЭН).

Материал и методы:

Ретроспективный анализ выборки пациентов проведен на основании анализа медицинских карт стационарных больных, находящихся на лечении в гнойном хирургическом отделении ГБУЗ «ИОКБ» с диагнозом: Вторичный распространённый перитонит различной этиологии (К 65.0), за период с 2015 по 2025 г.г. Критерии включения пациентов в исследование: острый вторичный распространённый перитонит (К 65.0), потребовавший 2 и более санации брюшной полости.

Выраженность полиорганной недостаточности (ПОН) оценена по общепринятым шкалам APACHE II и SOFA. Для предсказания исхода у больных перитонитом всем пациентам рассчитаны риски летальности согласно Мангеймскому индексу перитонита (МИП). Для оценки тяжести СЭН использовали шкалу выраженности признаков энтеральной недостаточности, предложенную Ю.М. Гаиным и соавт. (2001).

Экспериментальное моделирование перитонита проводили на самцах крыс линии Wistar в возрасте 6 месяцев, массой тела 250-300 грамм.

Оценка морфологических изменений в кишечной стенке тонкой кишки в клинике и эксперименте проводилась по разработанной нами шкале оценки морфологической выраженности ЭН.

Результаты:

На собственной экспериментальной модели перитонита разработана шкала оценки тяжести энтеральной недостаточности, которая демонстрирует раннее появление морфологических эквивалентов уже через 12 часов после моделирования перитонита.

Установлена ранняя (с 12 часов) активация трех МАРК каскадов в энтероцитах и строме ворсин (p38, JNK, ERK). Доказана роль активности митохондриальных окисли-

тельных процессов в прогрессировании энтеральной недостаточности. В эксперименте показано, что подавление митохондриальной активности определяет неблагоприятный исход, в то же время при использовании экспериментального препарата, локально подавляющего активность p38 МАРК и являющегося ингибитором продукции провоспалительных цитокинов, достигается раннее стабильное восстановление метаболических и энергетических процессов. Применение блокатора p38 МАРК в разные сроки патологического процесса снижает выраженность энтеральной недостаточности. Разработанный способ прогнозирования энтеральной недостаточности при остром перитоните в эксперименте позволяет определять дальнейшее течение энтеральной недостаточности.

Проанализированы результаты лечения 59 пациентов с распространенным гнойным перитонитом. В 69,4% случаев течение заболевания сопровождалось развитием кишечных свищей, что свидетельствовало о повреждении кишечной стенки при перитоните.

При проведении многофакторного анализа, включающего анализ таких переменных, как возраст, тяжесть СЭН, оценка тяжести состояния пациента по шкалам SOFA и APACHE II, МИП и оценка морфологических изменений, единственным статистически значимым предиктором, имеющим высокую значимость (p = 0,000000), является выраженность морфологических изменений в кишечной стенке тонкой кишки.

Нами проведена оценка прогностической способности шкал (разработанная шкала, Chiu C.J. et al., ЭН, APACHE II, МИП) тяжести с помощью ROC анализа.

Проведённый ROC анализ продемонстрировал существенные различия в прогностической способности исследуемых шкал тяжести в отношении целевого клинического исхода. Наивысшую прогностическую способность показала разработанная шкала, площадь ROC-кривой составила AUC=0,984 (95% ДИ: 0,965-1,0), что свидетельствует об отличной прогностической способности шкалы в разделении пациентов на группы высокого и низкого риска неблагоприятного исхода.

Обсуждение, выводы

В экспериментальном исследовании нами разработаны патогенетические подходы к прогнозированию и лечению энтеральной недостаточности. Использование блокатора p38 МАРК открывают перспективы для трансляции в клинику.

Установлены основные маркеры развития синдрома энтеральной недостаточности при остром перитоните. Разработанная шкала морфологической оценки ЭН обладает отличной прогностической способностью.

Использование патогенетически обоснованных персонализированных подходов к прогнозированию СЭН позволит своевременно диагностировать тяжесть течения СЭН при распространенном перитоните и определять дифференцированный подход к выбору хирургической тактики пациентов.

---

115. Отдалённые результаты расширенной резекции брыжейки у пациентов с болезнью Крона

Данилов М.А.

Москва

МКНЦ им. А.С.Логинова

Актуальность

После резекционных вмешательств по поводу болезни Крона (БК) эндоскопический рецидив в области анастомоза развивается уже в первые 6–12 месяцев у значительной части пациентов, а клинический рецидив – в течение 1–2 лет. Стандартная техника илеоцекальной резекции (пересечение брыжейки у стенки кишки) ассоциируется с высокой частотой ранних рецидивов, что требует эскалации лекарственной терапии. Расширенная резекция брыжейки (пересечение сосудов у корня) может отсрочить или предотвратить рецидив, однако данные об отдалённых результатах ограничены.

Цель

Оценить отдалённые результаты (эндоскопический и клинический рецидив, потребность в терапии, повторные операции) у пациентов с болезнью Крона после илеоцекальной резекции с расширенной резекцией брыжейки в сравнении со стандартной техникой.

Материалы и методы

В проспективное исследование включены пациенты со стриктурирующей формой БК: основная группа (n=234) – илеоцекальная резекция с расширенной резекцией брыжейки (2022–2025 гг.); группа сравнения (n=156) – стандартная резекция (до 2022 г.). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длительности заболевания.

Медиана прослеженности составила 28 месяцев. Эндоскопический контроль с оценкой по шкале Rutgeerts выполнялся через 6, 12 и 24 месяца после операции. Первые 6 месяцев после операции пациенты не получали специфической противовоспалительной терапии (биологические препараты, 5-АСК, цитостатики). При выявлении

эндоскопического рецидива (Rutgeerts ≥i2) назначалось лечение. Анализировалась динамика рецидивов, структура назначенной терапии и частота повторных операций.

Результаты

Через 6 месяцев (до назначения терапии) эндоскопический рецидив зафиксирован в основной группе у 14 пациентов (5,9%), в группе сравнения – у 18 (11,5%) (p=0,031). Всем пациентам с рецидивом была назначена терапия: в основной группе – 10 человек получили генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), 4 – цитостатики и топические гормоны; в контрольной – 13 получили ГИБП, 5 – цитостатики и гормоны.

Через 12 месяцев эндоскопический рецидив диагностирован у 26 (11,1%) пациентов основной группы (из них 8 – продолжали терапию, 18 – новые случаи) и у 40 (25,6%) пациентов контрольной группы (14 на терапии, 26 новых случаев), соответственно p

---

116. Возможности эндоскопического малоинвазивного лечения острых жидкостных скоплений и псевдокист поджелудочной железы при различных формах панкреатита

Гвоздев А.А. (1), Галлямов Э.А. (2), Шалыгин А.Б. (1), Емельянов А.Ю. (1), Федоров А.В. (1), Фетлам Д.Л. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского ДЗМ», г. Москва
2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кафедра общей хирургии лечебного факультета, г. Москва

Введение

Тяжелейшим осложнением как острого, так и хронического панкреатита является панкреонекроз, в результате которого в 60-80% случаев формируются жидкостные скопления, а в отдаленном периоде – псевдокисты поджелудочной железы. Лечебная тактика при острых жидкостных скоплениях и псевдокистах поджелудочной железы (ПЖ) за последние годы претерпела значительные изменения, пройдя путь от открытой хирургии до малоинвазивного трансмурального дренирования под эндосонографическим контролем.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй болезни 24 пациентов с острыми жидкостными скоплениями и псевдокистами ПЖ, которым проведено эндоскопическое лечение в период с 2023 г. по начало 2026 г. Мужчин - 13, женщин – 11, средний возраст 46,8±12,9 лет (от 25 до 76 лет). Всем пациентам выполнялся стандартный набор клинических исследований с интегральной оценкой состояния и последующей маршрутизацией либо в хирургическое (18 пациентов), либо в реанимационное отделение (6 пациентов). Оценивались технический успех (установка металлического стента (LAMS) через стенку желудка в псевдокисту с адекватным оттоком содержимого) и клинический успех (разрешение болевого синдрома, уменьшение размеров жидкостного образования, снижение маркеров воспаления), а также ранние (в пределах 2-х недель) и поздние послеоперационные осложнения.

Результаты

Средний размер жидкостных образований составил 9,69±4,12 см, острые жидкостные скопления с нагноением у 8 пациентов (ср. размер 8,0±3,3 см), псевдокисты без нагноения у 16 больных (ср. размер 10,8±4,09 см). Задняя стенка тела желудка для пункции выбрана у 19 пациентов, антральный отдел по малой кривизне – у 4-х. Всего 24 пациентам было установлено 25 стентов LAMS: 30x14 мм в 14 случаях (58%), 40x14 мм в 9 случаях (38%), в 1-м случае (4%) использовали стент 30x12 мм с системой доставки Hanarostent Hot-Plumber Z-EUS IT (MI Tech Co.). Одному больному (муж, 53 лет) потребовалась установка двух стентов в виду миграции первого стента в просвет кистозной полости. Технический и клинический успех эндоскопического дренирования составил 100%, госпитализация в среднем составила 7 дней. Отдаленные результаты отслежены у 12 (50%) пациентов, показанием к плановому удалению стента была облитерация полости псевдокисты по данным КТ или МРТ органов брюшной полости, сроки работы стентов LAMS в нашем исследовании составили 4,3±2,1 месяца (от 1 до 9 месяцев). У одной больной (жен, 54 лет) на 8 сутки после операции отмечено кровотечение из просвета псевдокисты, при повторной госпитализации проведена гемостатическая терапия с эндоскопическим удалением стента, достигнут стойкий гемостаз, псевдокиста полностью спалась. Другой пациент (муж, 41 лет) был повторно госпитализирован на 21 сутки после операции с жалобами на дисфагию (в виду нестандартного распространения жидкостного скопления стент 30x14 мм был установлен в зону гастроэзофагеального перехода), при экстренной ЭГДС стент удален, псевдокиста облитерировалась. Смертей ни в раннем, ни в позднем послеоперационном периоде отмечено не было.

Обсуждение

Мы не применяли тонкоигольную пункцию жидкостного образования перед дренированием, а сразу выполняли доступ при помощи цистотома под контролем эндосонографии, через цистотом можно не только провести

струну-проводник, но и осуществить забор содержимого. В отличие от пластиковых стентов, которые быстро забиваются содержимым жидкостного образования, металлический стент имеет стабильный широкий просвет, что обуславливает отсутствие необходимости в дополнительной установке назокистозного дренажа или нескольких пластиковых стентов, а также, при необходимости, позволяет осуществить доступ в просвет полости для проведения прямой эндоскопической некрсеквестрэктомии.

Выводы

Малоинвазивное лечение острых жидкостных скоплений и псевдокист ПЖ при помощи металлических просвет-соединяющих стентов (LAMS) в нашем исследовании продемонстрировало высокую техническую и клиническую эффективность, отсутствие летальности и небольшое количество осложнений (8,3%).

---

117. Вакуум-инстилляционная лапаростомия при огнестрельном перитоните

Сазонов А.А., Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Макаров И.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия, кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Огнестрельные ранения живота являются одним из наиболее тяжелых видов травмы как военного, так и мирного времени, занимая лидирующие позиции по уровню госпитальной летальности и частоте осложнений. Доминирующую роль среди них играет огнестрельный перитонит, который характеризуется агрессивным течением, что зачастую требует применения тактики «открытого живота». В последние годы для реализации данной тактики при вторичном перитоните начала применяться вакуум-ассистированная лапаростомия (ВАЛ) и вакуум-инстилляционная лапаростомия (ВИЛ). Однако сведения об их эффективности в лечении огнестрельного перитонита ограничены единичными наблюдениями.

Цель исследования – оценить эффективность ВИЛ и ВАЛ в хирургическом лечении пациентов с огнестрельным перитонитом.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 111 пострадавших с огнестрельными ранениями живота, осложненными распространенным перитонитом. У всех пациентов применялась тактика «открытого живота», при этом для ее реализации в основной группе (n=45) использовали ВИЛ, а в контрольной (n=66) – ВАЛ. Величина отрицательного давления, составляла 85 мм рт. ст., интервал между санациями не превышал 48 часов. ВИЛ проводили в следующем формате: продолжительность вакуумной фазы – 3 часа 30 минут, объем вводимого раствора – 300 мл, время его экспозиции – 30 минут.

Результаты. Осложнения отмечены у 31,7% пациентов в основной группе и у 44,2% в – контрольной (p>0,05). При этом установлены статистически значимые различия в частоте развития таких осложнений, как прогрессирование перитонита (6,7% при ВИЛ и 21,2% при ВАЛ, p=0,04), кишечные свищи (4,4% при ВИЛ и 16,6% при ВАЛ, p=0,05). Госпитальная летальность в основной и контрольной группах составила 4,5% и 7,6% (p>0,05). При оценке бактериологических исследований в динамике прослежено более быстрое достижение целевых показателей элиминации микрофлоры при ВИЛ, чем при ВАЛ. Как следствие продолжительность вакуумной терапии и сроки устранения лапаростомы в основной группе пациентов оказались достоверно меньше, чем в контрольной: 7 суток против 11 (p

---

119. Сложные вопросы лучевой диагностики ВТЭО.

Сорока В.Л.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Клиническая больница Святителя ЛукиКлиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ

Методом первичной диагностики у пациентов с ВТЭО является Ультразвуковое дуплексное сканирование. Длительное время к лучевым методам обследования прибегали в случае невозможности определения при УЗДС проксимальной границы тромбоза, а также при подозрении на ТЭЛА.

Так как методы дезобструкции при тромбозе глубоких вен активно внедряются в клиническую практику, повысились требования к лучевой диагностики.

В настоящие время важно не только подтвердить тромбоз, оценить его проксимальную границу, но постараться оценить его давность, исключить факт ретромбоза, отличить ретромбоз от посттромботических изменений, что будет влиять на выбор метода лечения, режим и длительность антикоагуляции.

Существуют работы оценивавшие характеристики тромба с целью определения риска ТЭЛА. В настоящее время чаще проводят анализ тромботических масс для решения вопроса о возможности проведения и вари-

анте дезобструкции.

На объем оперативного вмешательства влияет не только уровень проксимальной границы тромбоза, но и наличие предрасполагающих факторов, таких как артерио-венозные конфликты, компрессии вен, инвазия и т.п., состояние вен, участвующие в притоке к зоне поражения.

Метод ультразвуковой диагностике является золотым стандартом обследования, но имеет ограничения при исследовании подвздошного сегмента, глубоких вен бедра у пациентов с выраженными отеками и ожирением.

Дополнительными инструментальными методами диагностики ВТЭО являются МР- флебография и КТ-флебография.

С какими сложностями сталкиваемся при лучевой диагностике ВТЭО?

В данном докладе будут освещены преимущества и недостатки методов КТ и МР-флебографии, сложности интерпретации данных этих обследований у пациентов с ВТЭО.

---

120. Эпидемиология и структура ожоговой травмы у сотрудников Федеральной противопожарной службы и современные технологии её лечения.

Плешков А.С., Алексанин С.С., Кочетков А.В., Шаповалов С.Г.

Санкт-Петербург

ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России

Цель исследования – изучение структуры ожогов, полученных сотрудниками Федеральной противопожарной службы МЧС России (ФПС) для разработки стратегий профилактики, включая модификацию средств индивидуальной защиты (СИЗ), а также совершенствование медицинской помощи пострадавшим.

Методы. Проанализированы истории болезни сотрудников ФПС, проходивших лечение в ожоговом отделении ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России в период с 2011 по 2026 гг.

Результаты. В ожоговом отделении пролечены 63 пожарных с ожогами. Средний возраст составил 33±7 лет. Непосредственно при выполнении аварийно-спасательных работ травмы получили 50 сотрудников (79%), 3 сотрудника (5%) – при осуществлении повседневной деятельности и ещё 10 (16%) получили ожоговые травмы в неслужебное время. Среди причин травм преобладали воздействие пламени – 55 случаев (87%), горячая вода – 5 (8%), электроожоги в 2 случаях и 1 химический ожог. По обстоятельствам получения травм преобладали ожоги, полученные сотрудниками, входящими в состав газодымозащитной службы (ГДЗС) – 34 случая (68%), за ними следовали ожоги, полученные в зоне развёртывания пожарной техники при внезапном выбросе пламени на крупных пожарах – 9 случаев (18%). Также встречались поражения горячей водой при авариях на теплосетях, полученные при провалах дорожного покрытия и спасении людей – 5 случаев (10%). Глубокие ожоги (III степени по МКБ-Х) диагностированы у 40 пострадавших (63%), ингаляционная травма – у 16 (25%). По локализации чаще встречались ожоги кистей – 32 случая (51%) и головы – 30 (48%). Обращает внимание большой удельный вес пациентов с ожогами свыше 30% поверхности тела (пт) – 19 случаев (31%). По индексу Франка, неблагоприятный исход ожоговой травмы прогнозировался у 8 пострадавших. Все пациенты с глубокими ожогами были прооперированы. Первая некрэктомия в среднем выполнялась на 5 сутки после травмы, первая аутодермопластика – в среднем на 17 сутки. Среднее количество операций у одного пациента–2,2±4,1. С учётом обширного поражения кожного покрова, впервые в России внедрено применение матрицы для регенерации дермы – использована в остром периоде травмы у 5 пациентов на площади от 1 до 15% пт. Частые поражения пламенем кистей потребовали внедрения таких лечебных технологий, как энзиматическая и гидрохирургическая некрэктомия, лечение ран с помощью отрицательного давления. У 5 пострадавших для закрытия глубоких анатомических дефектов применялись сложные методы пластики в виде перемещения лоскутов с микрохирургической техникой. Исходом травмы у 56 пожарных (89%) было выздоровление без изменения категории годности к службе, 6 пожарных (9,5%) получили увечья, препятствовавшие продолжению службы, 1 сотрудник (1,5%) скончался.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о невысоком удельном весе ожогов в структуре травматизма сотрудников ФПС. Наибольшему риску получения ожогов подвержены специалисты ГДЗС. Тяжёлые последствия, включая гибель, имели все случаи поражения горячей водой при авариях на теплосетях. В когорте пациентов ожогового отделения – сотрудников ФПС преобладали тяжёлые глубокие ожоги с нередким поражением дыхательных путей. Основными положениями современной тактики лечения обширных глубоких ожогов являются: раннее удаление нежизнеспособных тканей, активное использование кожных эквивалентов, первично-отсроченное использование сложных методов пластики.

Выводы. Меры профилактики ожогов при выполнении аварийно-спасательных работ подлежат дальнейшему

совершенствованию с учётом полученных данных. Применяемые СИЗ обладают слабыми протективными свойствами в отношении горячей воды, не обеспечивают полной защиты лица и кистей. Случаи ингаляционных поражений могут свидетельствовать об ошибках и нарушениях при применении СИЗ органов дыхания. Высокая эффективность лечения пострадавших от ожогов сотрудников ФПС демонстрирует значимость организации комплексного лечебно-диагностического процесса, применения новых технологий, которые обеспечивают не только спасение жизни, но и предотвращают инвалидизацию.

---

121. Современные методы диагностики и лечения больных с острым панкреатитом

Дегтярев О.Л., Гаербеков А.Ш., Григорьян Х.А.

Батайск

ГБУ РО ЦГБ в г.Батайске

До настоящего времени проблема различных форм острого панкреатита остается актуальной в рамках неотложной хирургии. Нами за пять лет наблюдалось семьдесят пять пациентов, поступивших в порядке скорой помощи (СП) с различными формами острого панкреатита.

Чаще всего диагностика острого панкреатита в случаях типичной клинической картины и подтвержденная лабораторными показателями и данными УЗИ- обследования не представляет затруднений. Однако, ошибки в диагностике как на догоспитальном этапе, так и на этапе госпитализации в хирургический стационар, имеют место достаточно часто. В рамках хирургического отделения мы, как правило, стараемся не только диагностировать острый панкреатит, но и установить форму заболевания с целью определения тактики лечения, включающей современные диагностические мероприятия и симптоматическую терапию.

Больные, обратившиеся в поздние сроки от заболевания (более 24 часов) имели осложненную форму, вплоть до развития деструктивных форм, а также поздняя госпитализация, как правило, приводила к тяжелой интоксикации и значительно затрудняла диагностику и выявление осложнений при развитии деструктивных форм острого панкреатита.

Для диагностики острого панкреатита (и различных его форм) мы использовали комплексное обследование пациентов, которое включало клинические симптомы, клинические и биохимические показатели крови, использование ферментативных тестов и обязательное использование инструментальных методов диагностики, то есть ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), лапароскопию.

В случае неэффективности консервативной терапии в первые 48 часов, мы старались прибегнуть к адекватному хирургическому лечению. Выбор оперативного лечения и рациональной хирургической тактики всегда зависел от формы и стадии заболевания, а также учитывалась тяжесть состояния больного.

Лапароскопия является одним из наиболее информативных методов диагностики острого панкреатита. С ее помощью удается определить форму и вид данного заболевания, а также диагностировать парапанкреатический инфильтрат, являющийся сопутствующим заболеванием (деструктивный холецистит).

При диагностической лапароскопии выявлялись достоверные признаки деструктивного панкреатита.

Диагностическая лапароскопия при остром панкреатите, как правило, переходила в лечебную процедуру. Выполнялась эвакуация экссудата из брюшной полости, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, всегда оценивалось состояние желчного пузыря и желчных протоков, при необходимости осуществлялось их дренирование.

Показанием к лапароскопии при различных формах острого панкреатита служили:

а) атипичное течение заболевания, смазанная клиническая картина, необходимость проведения дифференциальной диагностики;

б) определение формы острого панкреатита, проведение лечебных манипуляций и выбора оптимальной тактики лечения;

в) необходимость проведения различных программных лечебных манипуляций.

С использованием малоинвазивной технологии нам удалось значительно снизить количество грозных осложнений и уменьшить летальность при осложненных формах деструктивного острого панкреатита.

---

122. История создания ускоренного способа обработки рук хирурга

Ханевич М.Д.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ

В 60-х годах специалистами в области органической химии в содружестве с хирургами ВМедА им. С.М. Кирова начался поиск средств, которые бы дали возможность качественно, с минимальной затратой времени осуществлять обработку рук хирурга. В качестве безопасного и эффективного бактерицидного вещества был создан раствор перекиси водорода в смеси с ацилирующими агентами – уксусной или муравьиной кислотой. Многочисленные опыты с бактериологическим контролем определили стабильную бактерицидную и высокую спороцидную активность смеси перекиси водорода с муравьиной кислотой, а также ее безопасность для медицинского персонала. Убедительным подтверждением эффективности раствора явились исследования по воздействию на устойчивые споры антракоида. На батистовых тест-объектах споры погибали в течение одной минуты. С 1969 года, после подбора оптимальной концентрации раствора, началась клиническая апробация метода. Первоначально смесь именовалась как «система 4». Однако, после изучения материалов исследования Фармакологическим комитетом МЗ СССР, раствор получил название первомур. Решением Комитета от 22.01.1971 года (протокол № 10) первомур был утвержден в качестве средства для обеззараживания рук, шовного материала и инструментов. Метод стерилизации первомуром прочно вошел в повседневную практику хирургов Советского Союза. Об этом свидетельствует описание его в рекомендациях, учебниках и руководствах по хирургии, вышедших 70-х, 80-х и 90-годах. Ключевую роль в оценке значения первомура для хирургии сыграли исследования сотрудника ВМедА им. С.М. Кирова профессора П. А. Мелехова. Им были произведены лабораторные, экспериментальные и клинические исследования, позволившие внедрить раствор в широкую медицинскую практику. Поэтому, не случайно, предоперационная обработка рук, шовного материала и инструментов первомуром получила название «обработка по Мелехову».

---

123. Историческое значение рекомендаций С.С. Юдина для улучшения результатов лечения раненых в живот, вышедших в 1943 году.

Ханевич М.Д.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ

С.С. Юдин, будучи в 1943 году старшим инспектором консультантом при главном хирурге Красной армии, издал рекомендации для военно-полевых хирургов «Как снизить послеоперационную смертность у раненых в живот на войне?». Одним из ключевых моментов рекомендаций явилась подробное описание с схематическими рисунками автора методики формирования подвесной энтеростомии, как метода лечения стойкого пареза тонкой кишки. Получившая название «Подвесная энтеростомия по С.С. Юдину» операция вошла в арсенал военно-полевых хирургов. По данным А.А. Бочарова и С.И. Банайтиса метод подвесной энтеростомии по С.С. Юдину был применён более, чем у 12% раненных, оперированных по поводу огнестрельных ранений живота в 1943-1945 годах. Техника её выполнения состояла в следующем. На противобрыжеечный край, выведенной в лапаротомную рану паретически изменённой петли тонкой кишки накладывается кисетный шов. В центре кассетного шва проделывается отверстие, в которое вставляется дренажная трубка (зонд) диаметром 0,8 – 1 см и длинной 10 – 12 см с кососрезанным концом и двумя боковыми отверстиями. Через отдельный прокол зонд выводился на переднюю брюшную стенку и фиксировался к ней. Удалять зонд из просвета кишки рекомендовалось на 8-10 сутки. При тяжёлом парезе автор считал необходимым накладывать две подвесные энтеростомы: одну – в одном метре от связки Трейца, вторую – на один метр выше илеоцекального угла. До середины 60-х годов предложенный метод оставался основным способом в арсенале хирургов для разрешения стойкого пареза тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. В середине 60-х годов профессором И.Д. Житнюком способ подвесной энтеростомии по С.С. Юдину был усовершенствован. В последующем этот метод декомпрессии тонкой кишки получил название «Подвесная ретроградная энтеростомия по И.Д.Житнюку» и, на протяжении 20 лет, в нашей стране являлся основным способом декомпрессии тонкой кишки при лечении перитонита и кишечной непроходимости. С конца 80-х годов для декомпрессии тонкой кишки начала применяться назоинтестинальная интубация.

---

124. Рентгенэндоваскулярные вмешательства при лечении острой мезентериальной ишемии

Ханевич М.Д. (1,2), Соловьёв И.А. (1,2), Зеленин В.В. (1,2), Русева А.Д. (1)

Санкт-Петербург

1) СПбГПМУ,
2) Мариинская больница

За последние 20 лет число заболевших острой мезентериальной ишемией (ОМИ) возросло с 0,3 %, до 0,9 % от всех экстренных хирургических больных, поступающих в крупные многопрофильные стационары городов–мегаполисов. В последующем число, такого рода больных, будет неуклонно увеличиваться. Это связано как с общим увеличением продолжительности жизни, так и с увеличением числа людей с общим атеросклерозом, которым выполнены реканализационные вмешательства на сосудах сердца, головного мозга, нижних конечностях. Нами, на основании анализа лечения 180 больных ОМИ, разработан следующий алгоритм лечения: 1) все больные с малейшим подозрением на острый тромбоз или эмболию мезентериальных сосудов должны поступать в многопрофильные стационары, где имеется возможность круглосуточного проведения МСКТ в ангиорежиме и выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств; 2) компьютерная томография живота с контрастированием сосудов должна выполняться в экстренном порядке в условиях приёмного отделения всем больным при малейшем подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения и при отсутствии клиники распространенного перитонита. Все остальные методы диагностики ОМИ, включая лучевые и лабораторные, имеют второстепенное значение и не оправдывают задержку выполнения КТ с ангиографией; 3) при выявлении на компьютерной томографии в ангиорежиме признаков окклюзии мезентериальных сосудов показано срочное выполнение прямой ангиографии мезентериальных сосудов. При отсутствии признаков распространённого перитонита, тяжёлой интоксикации, декомпенсации со стороны жизненно важных систем организма это исследование должно быть осуществлено тотчас, независимо от времени суток и вне всякой очереди.

Задача исследования - определить интестинальную ишемию в обратимой стадии. Во время рентгенэндоваскулярного исследования рассматривается вопрос перехода к лечению. Цель - устранение окклюзии просвета сосуда и восстановление мезентериального кровотока; 4) антикоагулянтная и дезагрегантная терапия является краеугольным камнем профилактики ретромбоза после восстановления мезентериального кровообращения. Она начинает применяться начиная с процесса восстановления кровотока в брыжеечных артериях и не зависит от возраста и коморбидности пациента. Ранняя диагностика тромбозов и эмболий мезентериальных сосудов с применением срочных рентгенэндоваскулярных вмешательств позволяет рассчитывать на снижение послеоперационной летальности у больных с острой мезентериальной ишемией до 25%.

---

126. ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ACTITON-B В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Переходов С.Н., Васильченко М.И., Гадлевский Г.С.

Отрадное, г.о. Красногорск

Клиническая больница МЕДСИ в Отрадном; МО, г.о. Красногорск, пос. Отрадное, влд. 2, стр. 1, Российская Федерация.

Введение. Основным радикальным методом лечения первичных и вторичных опухолей печени являются резекционные операции в переделах здоровых тканей, при этом исходы во многом определяются безопасностью и прецизионностью диссекции паренхимы [1–4]. Наиболее значимыми проблемами остаются интраоперационная кровопотеря, повреждение сосудистых и билиарных структур и развитие послеоперационных осложнений [2, 3, 5]. В связи с этим ультразвуковые методы диссекции представляют особый интерес, поскольку обеспечивают селективное разделение тканей и способствуют снижению операционной травмы.

Цель. Оценить техническую осуществимость и клиническую эффективность применения отечественной ультразвуковой кавитационной системы (УКС) Actiton-B при резекциях печени у пациентов с первичными и вторичными опухолями.

Материалы и методы. Представлены первые результаты проспективного сравнительного исследования, на данный момент включившее 16 пациентов: 8 составили группу ультразвуковой кавитации, 8 — группу традиционных методов диссекции паренхимы печени (с применением биполярной и монополярной коагуляции). Производился анализ интраоперационных показателей, включающих объем кровопотери и длительность операции, а также послеоперационных исходов: сроков дренирования брюшной полости, длительность госпитализации и частоты развития осложнений.

Результаты. По сравнению с традиционной диссекцией паренхимы ультразвуковая кавитация обеспечила сни-

жение кровопотери почти в 2 раза (220 ± 45 мл против 438 ± 92 мл; p

---

127. Применение ЭГДС при прободной язве: анализ клинической практики хирургов российской федерации (по результатам опроса хирургов РФ)

Сажин И.В. (1,2), Хрипун А.И. (2), Мельников-Макарчук К.Ю. (1,2), Голованова К.В. (2), Парфенова А.С. (2)

Москва

1) ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»,
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Роль эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при прободной язве остается предметом дискуссии. Современные рекомендации смещают акцент в сторону быстрой визуализации и хирургического контроля источника перфорации, тогда как место ЭГДС ограничивается сложными диагностическими и тактическими ситуациями.

Цель исследования. Оценить современную клиническую практику применения ЭГДС при прободной язве и сопоставить ее с действующими российскими и международными рекомендациями.

Материалы и методы. При поддержке РОХ проведен многоцентровой анонимный опрос хирургов Российской Федерации с января по март 2026 г. Проанализированы 511 анкет. Оценивали стаж и профиль работы респондентов, техническую оснащенность стационаров, отношение к рутинному использованию ЭГДС, цели пред- и послеоперационного эндоскопического исследования, а также влияние ЭГДС на изменение хирургической тактики.

Результаты. Большинство респондентов работали в стационарах III уровня, 46,8% имели стаж более 15 лет. Техническая доступность эндоскопии была высокой: ЭГДС выполнялась в 82,8% учреждений, компьютерная томография — в 72,4%. При этом 77,3% хирургов не используют ЭГДС рутинно при подозрении на прободную язву, а 87,9% не считают ее обязательной при уже установленном диагнозе. Полученные данные соответствуют современным клиническим рекомендациям, в которых приоритет отдается КТ и своевременному хирургическому source control.

Основными показаниями к селективной предоперационной ЭГДС являлись подозрение на язвенный стеноз, продолжающееся кровотечение и сложная анатомия пилородуоденальной зоны. Наиболее значимыми находками были «целующиеся» язвы (67,3%), стеноз выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки (55,8%) и сочетанное кровотечение (44,6%). У 32,5% хирургов результаты ЭГДС приводили к изменению объема операции: от пилоропластики и конверсии доступа до резекции желудка при подозрении на малигнизацию или выраженном рубцовом процессе.

После ушивания перфорации ЭГДС преимущественно использовалась как метод контроля при сомнениях в герметичности шва и проходимости пилородуоденальной зоны. Наиболее частыми находками были стеноз (27,0%) и несостоятельность шва (15,3%). Коррекция хирургической тактики потребовалась у 14,7% пациентов.

Выводы. Современная практика российских хирургов характеризуется отказом от рутинной ЭГДС при прободной язве. Эндоскопическое исследование применяется преимущественно селективно — при подозрении на сочетанные осложнения, сложную морфологию язвы и необходимости уточнения объема вмешательства. ЭГДС следует рассматривать не как обязательный этап диагностики, а как инструмент изменения хирургической тактики в клинически неопределенных ситуациях.

---

128. Сберегательность и 3D реконструкция в реконструктивной хирургии тяжелых минно-взрывных ранений кисти.

Корнилов Д.Н. (1,2,3)

Иркутск

1) ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (ИНЦХТ) [РФ, 664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, д. 1]
2) Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России [РФ, 664049, г. Иркутск, м-он Юбилейный, д. 100]
3) ГБУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница [РФ, 664049, г. Иркутск, м-он Юбилейный, д. 100]

Актуальность. Особенностью боевых действий настоящего времени является высокий процент повреждений кисти, составляющий более двадцати процентов, сопровождающийся множественной травмой смежных областей, что делает невозможным применение классических донорских зон для реконструкции. Характер травм как никогда остро поднимают вопрос сберегательности тканей и реконструктивной хирургии, подразумевающей

восстановление функции без травмирования смежных областей.

Цель: Обоснование этапности реконструктивно-восстановительного лечения с позиции сберегательности тканей и восстановления функции травмированной конечности.

Материал и методы. Лечение травмированных проводилось в отделении реконструктивной хирургии ГБУЗ ИОКБ с две тысячи двадцать третьего года по настоящее время. За освещенный период пролечено сто сорок девять пациентов, получивших тяжелые ранения кисти в период ведения боевых действий. Возрастной диапазон травмированных от двадцати двух до пяытидесяти восьми. 22 до 58 лет. При поступлении – фиксация конечности гипсовыми изделиями. Период направления в специализированное отделение реконструктивной хирургии, от момента получения травмы, варьировался от двух до шестнадцати недель Из анамнеза и первичного осмотра инфекционные осложнения наблюдалось в восьмидесяти семи процентах случаев. Оценка биомеханики: обьем движения травмированных пальцев и кисти методом гониометрии max 35 градусов, min 0, данные динамометрии варьировались от 0 до 12,3 кг. Рентгенологически - полное\частичное разрушение структуры и суставных поверхностей пястной кости и фаланг пальцев. Повреждение скользящего аппарата кисти, сосудисто-нервных пучков. Дефект мягких тканей 30% и более площади кисти в 21 случае. Этапность в реконструктивном лечении так же обусловлена наличием остеомиелита скомпрометированных костных структур, что является нередким сопровождением минно-взрывной травмы. Начальным этапом реконструктивно-восстановительного лечения являлось удаление некротизированных тканей, деформирующих рубцовых деформаций с ревизией капсуло-связочного аппарата, моделированием аппаратов внешней фиксации и завершением хирургической сессии закрытиями мягкотканных дефектов свободными и несвободными кровоснабжаемыми трансплантатами, что является определяющим при наличии инфекции костной ткани. Вторым этапом реконструкция костного каркаса с обязательным восстановлением движения в разрушенном/деформированном суставе или суставах. Применение 3D реконструкции и разработанных индивидуальных бионических протезов костных и суставных структур кисти позволяет минимизировать восстановить потерянные структуры при невозможности использования классических донорских областей. Далее восстановление капсуло-связочного аппарата в один или два этапа в зависимости от зоны повреждения.

Результаты. Результат проведенной реконструкции и полученная функция оценивались по шкале DASH, ВАШ, показателям динамометрии, полученной функции захвата в период один, три и шесть месяцев. При проведении сравнения показателей выявлены достоверно значимые различия p = 0,0009

Обсуждение. Опыт лечения минно-взрывных ранений кисти достаточно большой, однако несмотря на это нет единых стандартов и подходов. Длительность госпитализации пострадавшего в специализированный стационар обусловлена характером доминирующих травм и особенностей маршрутизации. Несмотря на огромную вариабельность травмы, важно интегрировать в обьем оказания медицинской помощи всех современных подходов, методов и технологических решений.

Выводы. Накопленный опыт показал возможность применения этапного, сберегательного подхода в лечении тяжелых травм кисти, что позволяет достигнуть наилучших функциональных результатов при минимальной травматизации смежных областей как источников трансплантатов для реконструкции.

Рекомендации: Особое внимание в лечении минно-взрывной травмы кисти следует уделять планированию, предопределяя риски инфекционных осложнений, особенно при применении различных, индивидуальных имплантируемых конструкций.

---

129. Особенности осуществления инструментальных методов обследования и интерпретации их данных при остром холецистите у долгожителей

Гугалев Г.С. (2), Горшенин Т.Л. (1,2), Мовчан К.Н. (1), Ярцев М.М. (1), Зайцев Д.А. (1), Базилевская Е.М. (1), Чистякова В.Д. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России
2) СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

Актуальность. Клиническая картина острого холецистита (ОХ) у людей старших возрастных когорт отличается течением, проявлениями и частотой осложнений. Это затрудняет диагностику воспалительного процесса в желчном пузыре (ЖП) и повышает значимость инструментальных методов (ИМ) обследования долгожителей (ДЖ).

Материал и методы. Изучены результаты ИМ у 177 пациентов с ОХ, прошедших лечение в 2015–2022 гг. в СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн” (СПбГВВ). Основа исследования -данные о 79 ДЖ (≥90 лет) и 98 пациентах трудоспособного (18–59 лет) возраста – группа контроля. Оценивали информативность ИМ, частоту их применения в т.ч. повторного. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялись всем больным, обзорная рентгенография

живота - в 73,4% случаев, а груди - в 97,5% наблюдений. Компьютерная томография (КТ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) применялись по показаниям.

Результаты. Приоритетным ИМ диагностики ОХ являлось УЗИ. У ДЖ констатировано снижение его информативности из-за сложности оценки сочетания хронических морфологических изменений (склероз и деформация), формирующихся с возрастом в ЖП, с признаками острого его воспаления. Типовая УЗ-картина ОХ у ДЖ выявлена в 65,8% наблюдений. Из-за диагностических трудностей в 18,9% случаев пациенты госпитализировались в непрофильные отделения ГВВ. Выполнение КТ потребовалось лишь у одной ДЖ с осложнениями заболевания (перфорация ЖП, перивезикальный абсцесс, перитонит). Редкость КТ обусловливалась её противопоказанностью из-за т.н. возрастной сопутствующей патологии. ФГДС выполнялась в 38% случаев сугубо с дифференциально-диагностической целью для исключения патологии ЖКТ, при которой возможна имитация ОХ из-за атипичности его симптоматики у ДЖ. Проведение ЭРХПГ осуществлено 2-м ДЖ с ОХ при подозрении на холедохолитиаз и сопрягалось с повышенным риском осложнений (панкреатит, кровотечение).

Повторное выполнение ИМ (прежде всего УЗИ) большинству ДЖ потребовалось вследствие динамичности картины заболевания и трудностей получения должной информативности при госпитализации.

В группе сравнения типичные признаки ОХ выявлялись чаще (в 95,9% случаев), а необходимость в проведении повторных исследований возникали лишь в 11% наблюдений.

Обсуждение. Полученные результаты позволяют подтвердить, что ИМ диагностики ОХ у ДЖ должны применяться комплексно. Снижение возможностей обретать максимально объективную УЗ - информацию о морфологических изменениях в ЖП и близлежащих анатомических структурах обусловливается накапливанием с возрастом изменений от повторных воспалительных процессов. В этих условиях значение КТ, как метода уточняющей диагностики, возрастает. Роль ФГДС в дифференциальной диагностике состояний острого живота, особенно при атипичности картины заболевания, наблюдаемой при ОХ у ДЖ, оказывается особо значимой, а использование ЭРХПГ при осложнениях - ключевым. При выполнении ИМ у т.н. возрастных больных ОХ, требуется взвешенный подход из-за высокого риска не только осложнений самого заболевания, но и по причине затруднений выбора диагностических технологий, противопоказанных к применению у людей с коморбидным статусом.

Выводы. При проведении ИМ диагностики ОХ у ДЖ должен соблюдаться комплексный подход: приоритетным остаётся УЗИ)его результаты должны интерпретироваться с учётом возрастных изменений); КТ целесообразно применять при диагностических затруднениях и подозрении на осложнения заболевания; ФГДС, как ИМ первой линии, важна для проведения дифференциальной диагностики при атипичной картине процесса; ЭРХПГ, с учётом высокого риска осложнений метода, ДЖ показана при подозрении на холедохолитиаз.

Рекомендации. Решение о повторном выполнении ИМ у ДЖ в случаях ОХ должно приниматься с учётом достижения должного качества исследований посредством мультидисциплинарного подхода к оказанию медпомощи с участием не только хирургов, но и специалистов по профилям сопутствующей патологии при компетенции в гериатрии.

---

130. Фиксация сетки однокомпонентным хирургическим клеем при выполнении открытых и лапароскопических герниопластик.

Попов П.А. (1), Переходов С.Н. (1), Попов Ю.П. (1), Дубовицкий К.И. (1).

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия.

Введение

Многие годы герниопластика занимает лидирующие позиции среди плановых оперативных вмешательств в стационарах России. В настоящее время 90% всех пластик выполняется с использованием сетчатых имплантов. Новые виды сетчатых имплантов, а также методы их фиксации играют ключевую роль в снижении интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также частоты рецидивов. В связи с клиническими рекомендациями установка сеток целесообразна практически при всех видах грыж. Увеличение количества не натяжных пластик естественным образом ведет к росту осложнений, в основном связанных с методом фиксацией самой сетки. Наблюдаются интраоперационные кровотечения и образование гематом, непосредственно после фиксации сетки швами или степлером, что естественным образом удлиняет время операции и усложняет технику ее выполнения для хирурга. По статистике за последние годы отмечается не уклонный рост пациентов с хроническим болевым синдромом, особенно после фиксации степлером с титановыми клипсами, а также не рассасывающимся шовным материалом.

За последние годы все чаще встречаются доклады и научные публикации о методиках бесшовной фиксации сетчатого импланта различными видами клеевых компо-

зиций. Доказано, что применение метода клеевой фиксации значительно ускоряет время оперативного пособия и уменьшает риски ранних и поздних послеоперационных осложнений. Уже не вызывает споров, что методика фиксации однокомпонентным хирургическим клеем является надежным и достоверно снижает выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Следует отметить доказанную эффективность метода бесшовной фиксации в снижении риска развития хронического болевого синдрома как при открытых, так и при лапароскопических операциях. В настоящее время активно используется два вида хирургического клея: фибриновый и цианокрилатный. Синтетический однокомпонентный клей более удобен в использовании за счет быстроты полимеризации и прочности образуемого соединения сетки с тканями. Данный вид клея не содержит полипептидов, что снижает местную макрофагальную реакцию и дает возможность полностью распадаться в течении первого месяца. Все это ведет к более быстрому течению репаративного процесса, снижению воспалительной реакции и местного иммунного ответа, что доказано гистологическими данными. Следует отметить, что метод бесшовной фиксации зарекомендовал себя и при выполнении открытых герниопластик, с различными вариантами предбрюшинного или ретромускулярного расположения сетчатого импланта.

При выполнении лапароскопических и открытых оперативных пособий, как при паховых, так и при вентральных грыжах в большинстве случаев используют герниостеплеры и однорядные швы, в том числе и интракорпоральный. В настоящее время при лапароскопических операциях в большинстве случаев используются степлеры с не рассасывающимися скобами, ввиду большей доступности их на рынке и более выигрышной ценой, по отношению к степлерам с рассасывающимися скобами. При выполнении открытых предрюшинных и ретромускулярных пластик используются однорядные и непрерывные швы, фиксирующие сетку или к заднему листку фасции или трансапоневротически. И тот и другой метод фиксации не лишен недостатков, что ведет или к увеличению возможных осложнений со стороны органов брюшной полости или к увеличению болевого синдрома, а также осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Учитывая вышеизложенное, в настоящий момент нет единого стандарта методики фиксации сетки как при открытых, так и при лапароскопических грыжесечениях. У каждого метода есть ряд преимуществ и недостатков, что требует их дальнейшего изучения и выработки четких рекомендаций по их использованию. Методика фиксации с помощью однокомпонентного синтетического клея, доказывает свою эффективность, простоту и надежность, и с каждым годом все больше завоевывает доверие у хирургов.

Материал и методы

За период 2023-2026 гг. в исследование включено 148 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 18 до 84 лет с наличием паховых, бедренных и грыж передней брюшной стенки различной локализации, поступавших в университетскую клинику ФГБОУ ВО «Российского университета медицины» Минздрава России. Операции открытым доступом с предбрюшинной или ретромускулярной пластикой выполнялись при вентральных, пупочных, послеоперационных грыжах с размерами грыжевых ворот не более 10 см., а также при паховых грыжах у лиц пожилого возраста с тяжелой коморбидной патологией. Лапароскопические операции выполнялись при паховых и грыжах спигелевой линии в модификации предбрюшиной пластики (TAPP).

Проведен анализ лечения 77 пациентов основной группы, которым фиксация сетки выполнялась с использованием однокомпонентного цианокрилатного клея Glubran®2. В группу сравнения вошли 71 пациент, которым фиксация сетки выполнялась традиционными способами с использованием герниостеплера с рассасывающимися или не рассасывающимися скобками при лапаросокпических операциях, а при открытых операциях использовалась фиксация однорядными или непрерывными швами с фиксацией к брюшине или трансапоневротически. Анализ проводили по длительности операции, наличию интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, а также уровня болевого синдрома после операции и быстроте активизации пациентов.

В основной группе пациентов при выполнении лапароскопических операций фиксация сетки выполнялась с использованием лапароскопического клеевого пистолета glutack. При выполнении TAPP пластик при паховых грыжах выполнялась фиксация сетки к надкостнице в области лонного сочленения и дополнительно 4-5 точек клеевой фиксации по верхнему краю сетки. При выполнении открытых предбрюшинных или ретромускулярных пластик, после мобилизации брюшины или прямых мышц живота, тубус с клеем объемом 1 мл. наливался в инсулиновый шприц и производилась фиксация сетки по латеральному краю с шагом 1-2 см., следующим этапом апоневроз ушивался над сеткой непрерывным швом монофиламентной нитью.

В контрольной группе при выполнении лапароскопических предбрюшинных пластик фиксация сетки выполнялась с использованием герниостеплера с различными видами скоб, с шагом в 1,5 см или отдельными интракорпоральными швами монофиламентной нитью. Брюшина ушивалась в край монофиламентной нитью. При выполнении открытых герниопластик, после расправления сетки в предбрюшинном или ретромускулярном пространстве, фиксация выполнялась отдельными узловыми швами монофиламентной нитью 3.0 к заднему листку фасции прямых мышц живота с шагом 1,5-2 см.

Результаты

При использовании клеевой фиксации у пациентов основной группы интраоперационных осложнений нами не наблюдалось. Однокомпонентный клей при контакте с тканями в течении 10 секунд создает прочное соединение сетки с тканями, а отсутствие интраоперационной травмы исключает риск возможных интраоперацинных кровотечений из области фиксации, что иногда доставляет немалые технические трудности, даже опытному хирургу. У 9 (12,6 %) пациентов контрольной группы отмечено кровотечение из зоны установки клипсы, потребовавшее дополнительные методы гемостаза. В пяти случаях фиксация выполнялась степлером и кровотечение наблюдалось из зоны установки клипсы в проекции прямой мышцы живота, в других четырех случаях сетка фиксировалась отдельными узловыми швами, и кровотечение было отмечено из линии шва. Гемостаз был достигнут с применением моно- или би-полярной коагуляции, но в четырех случаях потребовалось наложение дополнительных гемостатических швов, что потребовало дополнительного времени и технических навыков хирурга, особенно при наложении интракорпорального шва.

При фиксации сетки однокомпонентным клеем Glubran®2 достигалась надежная фиксация в считанные секунды, что особенно актуально при выполнении лапароскопических операций. Также можно принять во внимании и количество мест фиксации, которых при использовании клея, можно варьировать вплоть до получения непрерывного клеевого «шва», тогда как при фиксации степлером или отдельными швами, увеличение количества мест фиксации достоверно ведет к усилению болевого синдрома в послеоперационном периоде. Из недостатков лапароскопической клеевой фиксации, с помощью клеевого пистолета glutack, следует отметить не возможность повторной заправки клея в данное устройство, что актуально при двухсторонних пластиках пахового канала и больших грыжевых дефектах, когда 1 мл. клея не всегда достаточно.

Отмечалось значительное ускорение времени операции при клеевой фиксации, в среднем около 15 минут при грыжах W1, и до 25 минут при W2. Сравнение времени оперативных пособий выполнялось анализом аналогичных операций в основной и группе сравнения. Следует отметить, что при выполнении лапароскопической предбрюшинной пластики TAPP с использованием клея и степлера достоверной разницы во времени операции не отмечалось, но, если фиксация сетки выполнялась интракорпоральными швами, время операции возрастало в среднем на 15 минут, а в технически сложных случаях и больше. При выполнении открытых предбрюшинных и ретромускулярных пластик время операции значительно сокращалось в основной группе ввиду технической простоты и отсутствии рисков интраперационных осложнений.

Отмечена значительная экономия на дорогостоящем шовном материале, которого используется большое количество, особенно на открытых операциях при больших грыжевых дефектах.

Уровень болевого синдрома после операции оценивали по цифровой рейтинговой шкале боли сразу после операции через 2 часа и далее через 24 и 48 часов. Дальнейшей анализ по времени не проводили ввиду выписки части пациентов уже на 2-е сутки после операции. Следует отметить, что всем пациентам обеих групп перед разрезом кожи при лапароскопических операциях выполнялась проводниковая анестезия раствором местного анестетика, а при открытых пластиках выполнялась проводниковая анестезия. У пациентов основной группы в первые часы интенсивность болевого синдрома была незначительно меньше и в среднем равнялась 3,8 баллам. В группе сравнения этот показатель составлял 5,4 балл. Через 24 и 48 часа у пациентов контрольной группы достоверно наблюдался более выраженный болевой синдром у пациентов контрольной группы. В основной группе показатель составлял 2,2±0,4, в группе сравнения показатель был равен 3,6±0,4 балла.

При анализе послеоперационных осложнений у 5-х пациентов основной группы (6,5%) отмечено образование клинически значимых сером, потребовавших пункцию под контролем УЗИ в амбулаторном режиме. В группе сравнения образование сером, нуждающихся в хирургических манипуляциях в амбулаторных условиях, отмечено у 6-х пациентов (8,4%). Статистической разницы в формировании сером у пациентов основной и контрольной группы нами не отмечено. У 2-х (2,8%) пациентов контрольной группы, отмечалось формирование клинически не значимых гематом в области ложа сетчатого имплантата, потребовавших динамического наблюдения, без необходимости хирургических манипуляций в дальнейшем. У 2-х пациентов контрольной группы (2,8%), после ретромускулярных пластик отмечалось образование клинически значимых гематом, которые потребовали хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Достоверно сказать, что данное осложнение связано с методом выбора фиксации нельзя, но снижение травматичности при клеевой фиксации бесспорно вызывает меньше рисков таких осложнений.

Пациенты обеих групп были под динамическим наблюдением в течении шести месяцев. В течении этого времени у 2-х пациентов контрольной группы (2,8%) диагностирован хронический болевой синдром с разной степенью интенсивности болей, от постоянного дискомфорта в области операции в течении дня, до 2,6 баллов болевого синдрома при физических нагрузках. Оба пациента были астенического типа и перенесли лапароскопическую пластику ТАПП с использованием степлера с не рассасывающими скобами. Болевой синдром в обоих случаях был локализован в проекции латерального края прямых мышц живота. После курса новокаиновых

блокад, болевой синдром удалось купировать.

Следует сказать об экономическом аспекте клеевой фиксации, что не мало важно, а за частую и играет ключевую роль в выборе метода фиксации. При открытых операциях клеевая фиксация значительно выигрывает за счет экономии дорогостоящего шовного материала, стоимость 1 мл. клея сопоставима со стоимостью одной нитки, которых при больших грыжевых дефектах используется значительное количество. При лапароскопических операциях стоимость операции в основном зависит от фиксирующего устройства, стоимость клеевого пистолета сопоставима со стоимостью степлера с не рассасывающимися скобками и выигрывает до 30% в цене в отношении степлеров с рассасывающимися скобами.

Выводы:

1. Использование однокомпонентного клея для фиксации сетчатого имплантата уменьшает время операции и снижает риск возможных интраоперационных осложнений.

2. Метод фиксации с помощью хирургического клея способствует снижению болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

3. Снижение травматичности при клеевой фиксации ведет к уменьшению возможных послеоперационных осложнений, связанных с формированием гематом.

4. Фиксация с помощью герниостеплера с не рассасывающимися скобами значительно увеличивает риск развития хронического болевого синдрома.

---

131. Отдаленные результаты протезирующей герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж

Жариков А.Н., Алиев А.Р., Сероштанов В.В.

Барнаул

АГМУ

Актуальность. В настоящее время продолжает увеличиваться количество абдоминальных видеолапароскопических операций. Однако, открытая хирургия не утратила своих позиций в связи проведением экстренных операций по поводу травм органов брюшной полости, сложных онкологических вмешательств, а также при развитии послеоперационных осложнений. В этой связи сохраняется контингент пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров, протезирующая герниопластика которых сопровождается выполнением сложных сепарационных методик с имплантацией обьемных герниопротезов. В отдаленном послеоперационном периоде, с учетом обширных реконструкций на передней брюшной стенке у пациентов может возникать болевой синдром, дискомфорт, нарушения пассажа по кишечнику, а также появление рецидива грыжи.

Цель работы: изучить отдаленные результаты протезирующей герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ).

Материалы и методы: Проведена оценка отдаленных результатов хирургического лечения 20 больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, оперированных в хирургической клинике на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Женщин было 12, мужчин 8. Средний возраст составил 52,2±3,3 года. Установлено, что плановая протезирующая герниопластика у них состоялась 10,1±1,1 месяцев назад. Согласно международной классификации грыж у 3 больных были гигантские грыжи (W4), у 6 большие (W3) и у 2 средние (W2). Средний продольный размер грыжевого дефекта передней брюшной стенки составил 21,9±1,4 см, а поперечный – 13,8±1,4 см. Доминирующая локализация грыж - мезогипогастральная область. В 14 случаях выполнена протезирующая герниопластика по Новицкому, у 6 протезирующая герниопластика с расположением импланта на брюшину под мышцы по методике Inlay/IPOM. В большинстве наблюдений были установлены большие полипропиленовые сетчатые импланты, диметр которых достигал 30 см. Средний койко-день составил 11,7±0,9. Осложнений ближайшего послеоперационного периода не отмечено. В отдаленном послеоперационном периоде, в качестве основного инструментального метода, определяющего состояние передней брюшной стенки, взаимосвязь импланта с подлежащими органами брюшной полости была использована мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастным усилением и трехмерной реконструкцией. Кроме того, у больных оценивались жалобы с учетом наличия дискомфорта, болей в животе, функции кишечника, а также проводилось изучение физикальных данных при осмотре передней брюшной стенки с регистрацией наличия или отсутствия рецидива грыж.

Результаты: У 8 (40%) пациентов после герниопластики ПОВГ (4 гигантские и 4 большие) отмечались умеренные боли в области передней брюшной стенки при движении. По данным МСКТ у них регистрировалась адгезия подлежащих органов (поперечно-ободочная кишка, петли тонкой кишки) в области размещения импланта. В 4 (20%) наблюдениях при инструментальном обследовании имелось неравномерное утолщение передней брюшной стенки в следствие разрастания фиброзной ткани вокруг импланта. В 6 (30%) случаях пациенты испытывали небольшие функциональные кишечные нарушения, связанные с метеоризмом и задержкой стула, а по МСКТ регистрировался умеренно расширенный диаметр

ободочной кишки. На компьютерных томограммах с помощью программы MultiVox Dicom выполнено измерение поперечной площади импланта и образованных рубцовых тканей в области наибольшего утолщения передней брюшной стенки. С помощью графической ломанной кривой на томограммах очерчивалась область расположения импланта вместе с рубцовыми тканями и автоматически измерялась площадь поперечного сечения. Отмечено, что площадь варьировала от 15 до 29 см2, большие значения которой соответствовали толщине за счет наличия более выраженного фиброза передней брюшной стенки. При измерении на МСКТ всего обьема рубцовых тканей вместе с герниопротезом в области передней брюшной стенки во всех случаях отмечено его уменьшение. Рецидива грыж при клиническом осмотре и по данным МСКТ не отмечено, также не выявлено признаков миграции сетки, инфильтратов и жидкостных скоплений в мягких тканях. Большинство пациентов после протезирующей герниопластики оценивали качество жизни удовлетворительно.

Заключение. Отдаленный период герниопластики больших и гигантских ПОВГ характеризуется хорошими клиническими данными, отсутствием рецидива грыж в течение первого года после операции. Степень фиброза передней брюшной стенки, обьем импланта, адгезия подлежащих органов к рубцу напрямую зависят от размеров грыжевых дефектов, размеров и расположения сетчатых протезирующих материалов, более выражены после пластики гигантских грыж и могут быть хорошо оценены при проведении МСКТ брюшной полости.

---

132. Реконструкция обширных дефектов грудной стенки сверхэластичными модулями из никелида титана при онкологических резекциях: функциональные и онкологические результаты.

Хакимов Х.И., Анисеня И.И.

Томск

НИИ онкологии ФГБНУ «Томского национального исследовательского медицинского центра РАН»; Россия, 634009. Томск, пер. Кооперативный 5.

Актуальность: Зачастую единственным способом лечения опухолей грудной стенки является хирургический метод. Учитывая, что легкие являются основной мишенью метастазирования при онкологическом процессе, отмечаются случаи одномоментного поражения каркаса грудной клетки, легкого и диафрагмы. При подобных операциях неизбежно возникает обширный дефект, нарушается каркасность грудной клетки и функция ее органов. В данной ситуация физиологическая реконструкция дефектов грудной стенки является необходимым для обеспечения ранней и поздней компенсации функции каркаса, легких и диафрагмы. Отсутствие стандартизированного подхода к реконструкции обширных дефектов грудной стенки определяет актуальность поиска оптимальных имплантационных материалов

Материалы и методы: Включены результаты лечения 43 пациентов с первичными и вторичными злокачественными новообразованиями грудной клетки, которые получали лечение на базе НИИ онкологии Томского НИМЦ с 2016 по 2025 год, которым одномоментно выполнили резекцию каркаса грудной клетки и реконструкцию дефекта сверхэластичными модулями из никелида титана. Была выполнена аналитика раннего и позднего послеоперационного периода, оценка функции дыхания на основе индекса Генслера через 14, 31, 60 дней после операции, хирургические осложнения оценивались по шкале Clavien-Dindo. В рамках представленного исследования были включены результаты лечения пациентов, которым была выполнена комбинированная резекция каркаса грудной клетки, легкого и диафрагмы с одномоментной пластикой дефекта сверхэластичными модулями из никелида титана.

Результаты: Размеры дефектов от 20 см2 до 446 см2, средний дефект 196 см2. Пациенты были экстубированы в 93% в первые 2 часа после операции. Похожие результаты мы получили и при переводе больных в палату общего физического режима н а 2 сутки после операции, в 90% случаев пациенты были вертикализированы на 3 сутки и на 4 сутки начата ранняя реабилитация с инструктором ЛФК. Удалось статистически значимо оценить функцию внешнего дыхания на 14 сутки после операции всем пациентам, где 21/43 (48,8%) с нормальными показателями, 18/43 (41,8%) условно нормальные и 4/43 (9,4%) умеренное снижение показателей, через 1 месяц у 2/43 (4,6%) выявлены ДН 1 ст, а у остальных 41/43 (95,4%) пациентов спирометрические показатели зарегистрированы в пределах нормы. Отмечено 5 хирургических осложнений I степени и 2 осложнения III степени по шкале Clavien-Dindo.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ Statistica 10.0.

Обсуждение: Оригинальный метод реконструкции дефектов каркаса грудной клетки петельчатыми модульными имплантами из никелида титана, показал возможность не только восстановления анатомии послеоперационного дефекта, но и сохранение биомеханики дыхания уже в ближайшем послеоперационном периоде.

Вывод: Применение сверхэластичных петельчатых модулей из никелида титана при реконструкции дефектов грудной стенки площадью до 446 см² обеспечивает раннее восстановление функции внешнего дыхания (95,4% пациентов — норма через 1 мес.), низкий уровень хирургических осложнений и приемлемые онкологические

результаты, что позволяет рекомендовать метод как стандарт реконструктивного этапа при расширенных резекциях грудной стенки

---

133. Пунктат костного мозга в лечении ожогов (экспериментальное исследование).

Федосеев А.В., Фокин И.А., Рябова М.Н., Зубов А.А., Селезнев А.В., Черданцева Т.М.,Гулькин В.А.

Рязань

ГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность: Кожная пластика до настоящего времени является одним из основных методов лечения глубоких ожоговых ран. Однако хирурги-комбустиологи сталкиваются с целым рядом осложнений при её использовании: краевой некроз кожного лоскута, полное отсутствие приживления последнего. Это позволяет задуматься о проведении исследований, направленных на улучшение результатов аутодермопластики. Целью работы послужило оценить результаты аутодермопластики расщепленным кожным лоскутом в лечении ожоговых ран с использованием пунктата костного мозга, как средства ускорения регенерации тканей.

Материалы и методы: Эксперимент выполнен на 12 свиньях породы «Крупная белая» возрастом 3 месяца, весом 25-35 кг, которым под эндотрахеальным наркозом на боковой поверхности туловища по разработанному нами методу (патент на изобретение №2826568) формировали ожоговую рану IIIб-IV степени. Животные были распределены на 2 группы, по шесть в каждой: контрольную и опытную.

Всем животным на четвертые сутки, после формирования ожогового струпа, под наркозом выполняли некрэктомию и аутодермопластику расщепленным кожным лоскутом. В отличии от контрольной группы, где проводилась стандартная аутодермопластика, животным опытной группы перед имплантацией кожного лоскута на подготовленную раневую поверхность наносили и равномерно распределяли шпателем из расчета 0,1 мл/см2 пунктата красного костного мозга. Забор костного мозга осуществляли из грудины животного с помощью иглы “Легкого” типа Pen-Bone (N ФСЗ 2012/13006 от 16 декабря 2016 года)

На 4, 8 и 11 день после операции проводили клинический и морфометрический контроль состояния кожного лоскута. На 11 сутки животных девитализировали с забором материала для гистологического исследования.

Полученные результаты: В контрольной группе при осмотре у большинства животных (наблюдение №1,2,3,5) на 11 сутки наблюдался полный регресс аутотрансплантата. Дно раны заполнено гнойно-некротическим детритом с налетом фибрина, по краям раны имелось перифокальное воспаление. В одном случае (№6) кожный лоскут «телесного» цвета, условно жизнеспособен на 50% площади пересаженного трансплантата. Фиксация лоскута сохранялась, имелось умеренное серозное отделяемое, по периферии – сухая дерма (струп). У свиньи №4 трансплантат механически удален другими животными.

В опытной группе на 11 сутки имелась хорошая краевая и островковая эпителизациия, следы частично прижившего трансплантата, отека тканей нет. Площадь приживления пересаженного лоскута составила 10-20% в двух наблюдениях (№ 1,3), 30-40% - в двух случаях (№2,5), у одного животного (№4) трансплантат прижился на 90% и у одного произошел полный регресс последнего (№6). Совокупный процент приживления кожного лоскута составил у животных контрольной группы 16,3%, животных опытной группы 38,8%.

Гистологическое исследование на 15 сутки эксперимента (11 сутки после аутодермопластики) показало, что у всех особей контрольной группы признаки эпителизации с краев раны не наблюдались. В центре раны на месте кожного трансплантата определялся гнойно-некротический детрит толщиной 1494,85 [1432,23; 1666,25] мкм. В поверхностных слоях дермы в области центра раны визуализировалась выраженная полиморфно-клеточная, преимущественно нейтрофильная инфильтрация (Me 3 [3; 3]). В глубоких ее слоях – набухание и гомогенизация коллагеновых волокон с выраженной нейтрофильной инфильтрацией (Me 3 [3; 3]), в отдельных полях зрения прослеживались многоядерные макрофаги. Молодая грануляционная ткань глубиной 255,32 [144,18; 425,18] мкм встречалась единичными участками преимущественно в боковых частях раны с признаками развития новообразованных сосудов. В гиподерме наблюдались кровоизлияния с массами некротического детрита, лимфо-макрофагальными инфильтратами вокруг сосудов и адипоцитов.

У всех особей опытной группы ожоговой раны отмечалась эпителизация с краев ожоговой раны. В центре раны сохранялись очаги гнойно-некротического детрита протяженностью 1160,65 [961,46; 1399,37] мкм и приживленный кожный лоскут. В поверхностных слоях дермы сохранившегося аутотрансплантата отмечалась слабо выраженная лимфо-макрофагальная инфильтрация (Me 1 [1; 1]) с придатками кожи. В боковых частях раны в отдельных полях зрения отмечалось наличие грануляционной ткани глубиной 145,27 [76,73; 240,12] мкм, типичного строения: в поверхностных ее слоях, среди обилия вертикальных сосудов отмечается разнородная клеточная популяция, состоящая из хаотично расположенных фибробластов, лимфоцитов, плазмоцитов и макрофагов; а в нижних слоях коллагеновые волокна выстраивались в

горизонтальном направлении.

Обсуждение: В контрольной группе наблюдались выраженные признаки воспаления, некроза и отторжения кожного лоскута. Напротив, в группе с применением пунктата костного мозга отмечалось значительное уменьшение воспалительных явлений и более высокая сохранность трансплантата. При гистологическом исследовании в образцах ткани, полученных от свиней опытной группы, отмечались более активное формирование грануляционной ткани и ускорение эпителизации по сравнению с контрольной группой. Положительным моментом является появление вновь сформированных придатков кожи, которые обеспечили центральную эпитализацию раневого дефекта

Выводы: Применение пунктата красного костного мозга при аутодермопластике глубоких ожогов увеличивает процент приживления кожного лоскута, ускоряет регенерацию тканей, эпитализацию раневого дефекта, в том числе и за счет формирования кожных придатков.

---

134. Риск-ориентированный подход к профилактике несостоятельности колоректального анастомоза при хирургическом лечении рака дистальных отделов толстой кишки

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Атоян А.Г., Помазкова Е.К.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО “Ростовский государственный медицинский университет” Минздрава России

Актуальность. Несостоятельность колоректального анастомоза (НА) остается одним из ключевых осложнений хирургического лечения рака дистальных отделов толстой кишки и определяет тяжесть послеоперационного периода, потребность в повторных вмешательствах и формировании стомы. Практическая задача профилактики НА заключается не только в выборе отдельного технического приема, но и в предварительной стратификации риска с учетом характеристик пациента, опухоли и операции.

Материал и методы. Проведен предварительный ретроспективный анализ клинического регистра пациентов, оперированных по поводу колоректального рака дистальных отделов толстой кишки. В анализ включены 106 пациентов, которым выполнена резекция с формированием колоректального анастомоза. Оценивали демографические показатели, стадию заболевания, уровень опухоли, вид операции, оперативный доступ, формирование превентивной стомы, длительность вмешательства, кровопотерю, послеоперационные осложнения, релапаротомии и летальность. Клинически значимую НА учитывали при наличии осложнения, потребовавшего активной лечебной тактики; тяжесть осложнений оценивали с использованием принципов Clavien–Dindo и ISREC.

Полученные результаты. Медиана возраста пациентов составила 61,5 года, женщин было 58 (54,7%), мужчин – 48 (45,3%). Открытый доступ использован у 73 (68,9%) пациентов, лапароскопический – у 32 (30,2%), видеоассистированный – у 1 (0,9%). Наиболее частыми вмешательствами были передняя резекция прямой кишки – 47 (44,3%) и резекция сигмовидной кишки – 45 (42,5%). Превентивная стома сформирована у 17 (16,0%) пациентов: илеостома – у 11, трансверзостома – у 3, десцендостома – у 3. Общая частота зарегистрированных послеоперационных осложнений составила 17/106 (16,0%), тяжелых осложнений Clavien–Dindo ≥ III – 10/106 (9,4%), релапаротомий – 11/106 (10,4%), госпитальной летальности – 2/106 (1,9%). Клинически значимая НА выявлена у 5 (4,7%) пациентов; во всех случаях она соответствовала тяжелому варианту течения с необходимостью повторного хирургического вмешательства. Среди пациентов с превентивной стомой случаев клинически значимой НА в данной выборке не зарегистрировано, тогда как в группе без стомы НА отмечена у 5 из 89 (5,6%) пациентов. У пациентов с НА чаще отмечались стенозирующий характер опухоли, распространенный опухолевый процесс, высокий ASA-риск и отсутствие превентивной разгрузки, однако малое число событий не позволяет рассматривать эти признаки как независимые предикторы без дальнейшего расширения регистра.

Обсуждение. Предварительные данные подтверждают целесообразность перехода от универсального решения о формировании стомы к риск-ориентированной тактике. Наиболее значимыми элементами такого подхода являются предоперационная оценка соматического и нутритивного статуса, учет локализации и распространенности опухоли, анализ технической сложности операции, интраоперационная оценка надежности анастомоза и протоколизированное послеоперационное наблюдение.

Выводы и рекомендации. Риск-ориентированный подход к профилактике НА позволяет рассматривать превентивную стому не как рутинный этап операции, а как инструмент управления риском тяжелого осложнения. Для окончательной верификации алгоритма необходимо расширение регистра, стандартизация оценки осложнений по Clavien–Dindo/ISREC и последующее построение прогностической модели с выделением групп низкого, умеренного и высокого риска.

---

135. Функциональные исходы хирургической коррекции ректоцеле у пациенток с синдромом обструктивной дефекации

Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И., Аветян К.А., Тарасенко В.Р.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Синдром обструктивной дефекации (СОД) на фоне ректоцеле встречается у 20–40% женщин с хроническим запором. Хирургическая коррекция направлена на восстановление анатомии, однако функциональный результат не всегда коррелирует с анатомическим. До 30% пациенток сохраняют симптомы СОД после успешной пластики.

Цель. Оценить частоту и степень восстановления функции дефекации после хирургического лечения ректоцеле 2–3 степени, выявить предикторы неблагоприятных исходов.

Методы. В проспективное исследование включены 40 пациенток с ректоцеле 2–3 степени (POP-Q). Средний возраст 52,3 ± 8,7 года. Срок наблюдения 12–42 месяца (медиана 24 месяца). Выполнена трансвагинальная леваторопластика с пластикой ректовагинальной перегородки местными тканями. Оценка до и после операции включала: мануальное исследование по POP-Q, МРТ, проктографию, шкалу констипации Векснера (Wexner constipation score).

Результаты. Через 12 месяцев хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты у 95% (38/40). По МРТ средний размер ректоцеле снизился с 3,4 ± 0,7 см до 1,2 ± 0,4 см . Глубина опущения тазового дна (POP-Q) уменьшилась на 90%. Медиана Wexner снизилась с 18 (15–22) до 6 (3–9). Однако субъективная оценка пациенток ниже: только 80% (32/40) расценили динамику как «значительное улучшение».

Через 24–42 месяца анатомический рецидив зарегистрирован у 5% (2/40). Функциональный рецидив (возврат симптомов без анатомического дефекта) — у 7,5% (3/40). При многофакторном анализе независимыми предикторами отсутствия восстановления функции явились: нераспознанная до операции диссинергия тазового дна (гипертониус мышц тазового дна).

Обсуждение. Полученные данные согласуются с систематическими обзорами литературы: частота удовлетворительных функциональных исходов после изолированной пластики ректоцеле составляет 70–95%, но полное восстановление — не более 60-80%. Анатомический успех не гарантирует функционального. При гипертонусе мышц тазового дна эффективность операции снижается на 40–50%.

Выводы. Хирургическая коррекция ректоцеле 2–3 степени обеспечивает улучшение объективных показателей эвакуаторной функции у 95% пациенток через 12–24 месяца.

Полное субъективное восстановление наблюдается лишь у 80%, что требует использования валидированных опросников для оценки результата с позиции пациента. В 5–7,5% случаев наступает функциональная неудача или рецидив, связанные с недиагностированной диссинергией тазового дна.

---

136. Внутрибрюшное давление и его взаимосвязь с эндогенной интоксикацией у пациентов, оперированных по поводу перитонита.

Переходов С.Н. (1), Попов П.А. (1), Попов Ю.П. (1), Дубовицкий К.И. (1).

Москва.

1) ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России

По статистике почти каждый шестой пациент с ургентной абдоминальной патологией поступает в лечебное учреждение с явлениями перитонита, летальность при котором составляет около 17-28%, а при тяжелых его формах может достигать 90%. Ведущее значение в неблагоприятном исходе лечения этого патологического процесса отводится прогрессивному повышению внутрибрюшного давления (ВБД). Неадекватная тактика лечения перитонита способствует развитию и прогрессированию уже имеющегося ВБД, что сопровождается синдромом интраабдоминальной гипертензии (СИАГ), развивающимся ещё до операции. Этот синдром возникает тогда, когда давление в закрытой брюшной полости повышается до уровня, который прерывает нормальное кровоснабжение тканей и органов. Порог этого давления зависит от напряжения живота и растяжения брюшной полости, а также и от степени гиповолемии. Первые доказательства повышенного внутрибрюшного давления и тяжести течения патологического процесса были описаны в 1863 г. В дальнейшем установлена взаимосвязь между ВБД и дыхательной недостаточностью. Только в 1973 г. экспериментально доказали, что чем выше ВБД, тем меньше мочевыделение, а измерения давления чрезпузырным способом установило, что ВБД относительно постоянная величина. После чего эти данные использовались для выработки показаний декомпрессии брюшной полости.

Проблема профилактики послеоперационных осложнений в лечении перитонита остается актуальной по сей

день, в связи с чем на клинических базах кафедры госпитальной и военно-полевой хирургии Российского Университета Медицины было проведено исследование, целью которого явилось определение взаимосвязи между ВБД и показателями системной интоксикации у пациентов с перитонитом.

Ретроспективный анализ историй болезней 125 пациентов, оперированных по поводу перитонита на клинических базах кафедры госпитальной и военно-полевой хирургии Российского Университета Медицины за 2024-2025 гг. Основными причинами перитонита являлись: перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, острый панкреонекроз, осложненный рак толстой кишки, проникающее ранение живота. Средний возраст пациентов составил 46 ± 2,4 года (29-76 лет). Число пациентов женского пола 67, число пациентов мужского пола 58.

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

Измерение ВБД начинали в предоперационном и продолжали в послеоперационном периоде. Выделяли 4 степени повышения внутрибрюшной гипертензии: I ст. – 10-15 мм рт. ст., II ст. – 16-25 мм рт. ст., III ст. – 26-35 мм рт. ст., IV ст. – более 35 мм рт. ст. У большинства больных с перитонитом (83%) отмечался синдром внутрибрюшной гипертензии различной степени выраженности. При этом синдром интраабдоминальной гипертензии I степени констатирован у 73 (58,4%) больных, II степень у 29 (23,2%) пациентов, III-IV степени у 23 (18,4%) пациентов.

После сравнения и корреляции полученных данных при измерении внутрибрюшного давления и лабораторных показателей интоксикации, отмечена постоянная взаимосвязь степени интраабдоминальной гипертензии и эндогенной интоксикации, что позволило сделать вывод о существовании прямой корреляционной зависимости. С повышением показателя ВБД нарастали значения степени эндогенной интоксикации. Клиническая оценка и изучение интегральных показателей по шкалам Apache-II и Mods-II позволяли сделать заключение, что около трети больных находились в зоне высокого прогнозируемого риска летального исхода в предоперационном периоде, а используемые шкалы давали объективную информацию о тяжести состояния пациентов. Наряду с ними показатель ВБД также являлся прогностическим критерием тяжести эндогенной интоксикации и применялся на дооперационном этапе обследования и лечения этой категории больных. Было проведено сопоставление результатов показателей внутрибрюшного давления в зависимости от форм перитонита с показателями Apache-II и Mods-II. После расчета среднего значения внутрибрюшной гипертензии у пациентов с разными формами перитонита, был получен пропорциональный рост показателей ВБД и тяжести состояния пациентов по интегральным шкалам, а также пропорциональный рост степени прогностической летальности, что так же свидетельствует о строгой зависимости данных показателей.

Для комплексной оценки состояния больных и оценки эффективности проводимых мероприятий также было изучено состояние центральной гемодинамики. По результатам выполненной ЭхоКГ, была проведена взаимосвязь с показателем внутрибрюшного давления. У пациентов с интраабдоминальной гипертензией I-II-й степени отмечалось достоверное уменьшение ударного объёма и секундного выброса со стойким уменьшением постнагрузки, при этом разовая производительность сердца была снижена. Сердечный выброс равнялся в среднем 2,8±0,23 л/мин/м2, а функция выброса снижалась до 54,3±1,2% и имелся застойный тип кровообращения. У больных с интраабдоминальной гипертензией III-IV степени отмечалось уменьшение разовой и минутной производительности сердца, что было обусловлено снижением сократимости миокарда на фоне внутрибрюшного давления и обуславливало уменьшение венозного возврата в сердце. При этом, токсемия сопровождалась снижением сердечного выброса, а поддержка перфузии тканей осуществлялась за счет умеренного возрастания показателей постнагрузки. В целом отмечено, что у большинства пациентов имелся гипокинетический тип кровообращения, характеризующийся выраженной гиповолемией. Это сопровождалось уменьшением постнагрузки вследствие снижения систолического, диастолического артериального давления, а также общего сосудистого сопротивления, что характеризовало течение перитонита.

Был проведен анализ результатов зависимости длительности предоперационной подготовки и степени развития абдоминальной гипертензии. Анализ показал, что внутрибрюшное давление являлось показателем, который в процессе предоперационной подготовки изменялся

незначительно, при этом в некоторых случаях отмечалось его снижение после выполнения комплексных лечебных мероприятий на предоперационном этапе, в том числе и после декомпрессии желудка.

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

Выводы

1. Существует прямая взаимосвязь между степенью эндогенной интоксикации и показателями внутрибрюшного давления. Пропорционально с повышением показателя внутрибрюшного давления нарастают значения эндогенной интоксикации, что впоследствии приводит к развитию полиорганной недостаточности.

2. Уже с первой степени интраабдоминального компартмент-синдрома отмечается снижение сократительной способности миокарда, что приводит к развитию сердечно-сосудистой недостаточности в зависимости от тяжести патологического процесса.

3. Диагностика синдрома повышенного внутрибрюшного давления имеет большое практическое значение для раннего определения тяжести состояния пациента на пред и послеоперационном этапе без применения специфических инструментальных и лабораторных методов исследований.

---

137. Рецидивный холангиолитиаз: причины, диагностика, особенности лечения

Меджидов Р.Т., Исаков Х.С., Курбанова А.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, Махачкала

Актуальность. Заболеваемость по желчно-каменной болезни (ЖКБ) с каждым годом растет. Наиболее частым и тяжелым осложнением ЖКБ является холангиолитиаз. На данном этапе развития билиарной хирургии разрешение холангиолитиаза проводится в миниинвазивном варианте: ретроградным и антеградном вариантах. При этом, как правило, имеет место травма терминального отдела холедоха, либо БДС, что не всегда проходит бесследно. Кроме того, после процедуры литоэкстракции во многих случаях, пациенты не проходят курс реабилитации и лечения, направленный на изменение литогенности желчи. Все это приводит к рецидиву холангиолитиаза.

Материалы и методы. В нашей клинике прошли обследование и лечение 32 пациента с рецидивным холангиолитиазом. В 24 (75,0) наблюдениях ранее была проведена ЭРХПГ, ЭПСТ и литоэкстракция под эндоскопической навигацией и вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия, а в 8 (25,0%) случаях - ЭРХПГ, ЭПСТ и литоэкстракция также эндоскопическим доступом по поводу ПХЭС, холедохолитиаз. Мужчин было 9 (28,1%), женщин 23 (71,95). Пациенты пожилого и старческого возраста составили 81,25%. В 19 (59,4%) наблюдениях, причиной повторного формирования камней в желчных протоках послужил стаз желчи в билиарном тракте на почве стриктуры его терминального отдела, а в 13 (40,6%) на почве высокой литогенности желчь + рефлюкс-холангит. Наличие рецидивного холангиолитиаза и состояние терминального отдела холедоха подтверждали путем проведения УЗИ, МР-холангиографии с компьютерной 3Д-реконструкцией данных на программе RadiAnt. ЭРХПГ, ЭПСТ и литоэкстракция эндоскопическим доступом проведена 6 (18,6%) пациентам; ЭРХПГ, ЭПСТ, лазерная литотрипсия под навигацией системы SpyGlass – в 11 (34,4%) наблюдениях; ЧЧХС, механическая литотрипсия антеградном варианте в 2 (6,3%) случаях; методика «рандеву» использована в 12 (37,5%) наблюдениях и в 1(3,1%) наблюдении выполнена холедохолитотомия, дренирование билиарного тракта по Керу из мини-доступа.

Результаты и их обследования. Стриктура терминального отдела холедоха протяженностью до 1,0 см выявлена у 10(52,6%) пациентов, до 1,5 см у 7 (36,8%) и более 1,5 см – у 2(10,6%) пациентов. Множественный холангиолитиаз выявлен у 18(56,2%) пациентов, одиночные конкременты обнаружены у 14 (43,8%). В последних случаях конкременты до 1,0 см отмечены у 2 пациентов, более 1,0 см - в 12 случаях. У 3 (9,4%) пациентов имеется внутрипеченочный холангиолитиаз. В один этап холангиолитиаз эндоскопическим доступом разрешен в 9 (47,4%)

наблюдениях, в 2 этапа – в 10 (52,6%). У пациентов анатомия в парафатеральной зоне была нарушена и, в связи с чем канюляция БДС представлялась сложным, этим пациентам первым этапом была выполнена ЧЧХС и вторым этапом разрешен холангиолитиаз в варианте «рандеву». Баллонная дилатация стриктуры осуществлена в 19 (59,4%) случаях. Разрешить холангиолитиаз открытым доступом пришлось одному пациенту из-за отсутствия условий для проведения транспапиллярного и антеградного эндобилиарного вмешательства. Постманипуляционный панкреатит отмечен в 4-х случаях, холангит – в 65. Летальных случаев не было.

Рецидив холангиолитиаза чаще наблюдается у пациентов пожилого и старческого возраста. Повторные малоинвазивные вмешательства, направленные на разрешение холангиолитиаза представляют отдельные сложности. В основном это связано с изменением анатомии парафатеральной зоне и наличием более протяженной стриктуры, сформированная после предыдущих транспапиллярных вмешательств, а также отсутствием достаточной дилатации билиарного тракта для проведения ЧЧХС. При рецидивном холангиолитиазе хирургическая тактика должна быть персонифицированная гибридная.

Заключение. Разрешения рецидивного холангиолитиаза следует начинать с эндоскопического доступа и при возникновении сложности в проведении транспапиллярных вмешательств желательно перейти в антеградный вариант с использованием «рандеву» технологии. Пациенты после разрешения холангиолитиаза в малоинвазивном варианте нуждаются в реабилитации и приеме препаратов холелитического действия длительное время

---

138. Биоинженерия в экспериментальной герниологии

Черных А.В., Мироненко В.А., Судаков Д.В., Магомедрасулова А.А.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность.В России ежегодно выполняется более 200000 операций по устранению грыж, в США-100000 в год. Послеоперационная (п/о) грыжа возникает до 32% случаев после срединной лапаротомии.

Цель:разработать в эксперименте методику герниопластики п/о срединных грыж живота с использованием биоинженерного трасплантата.

Задачи

1. Разработать экспериментальную модель п/о грыжевого дефекта передней брюшной стенки у кроликов.

2. Изучить клинико-лабораторные показатели реакции организма на имплантацию биоинженерного трансплантата.

3. Изучить в динамике морфологические процессы в зоне операции после герниопластики биоинженерным трансплантатом.

4. Оценить биомеханические свойства послеоперационного рубца (ПОР) в различные сроки после операции.

Материалы и методы. Животным (5 групп по 15 кроликов) моделировали п/о вентральную срединную грыжу, формирующуюся к 14 дню наблюдений (патент RUN№2842930): 1-выполнялась преперитонеальная герниопластика комбинированным трансплантатом; 2-ретромускулярная герниопластика с применением биоинженерного трансплантата; 3-преперитонеальная герниопластика с применением биоинженерного трансплантата; 4-ретромускулярная герниопластика с применением полипропиленовой сетки; 5-аутогерниопластика.

Затем проводилась оценка показателей местной (экссудация, гиперемия, отек, температура) и общей реакции организма (лейкоцитоз, СОЭ, СРБ, температура) на 1,7,14,30,180 сутки.

Для изучения биомеханических свойств ПОР и морфологических процессов в зоне операции, животных выводили из эксперимента (по 5 особей из каждой группы) на 14,30,180 сутки после операции. Морфологические реакции изучали методом световой и поляризационной микроскопии, с анализом соотношения коллагена 1 и 3 типов и нейтрофилов и фибробластов,лейкоцитарной инфильтрации,диаметра сосудов. Изучение биомеханических свойств ПОР проводили с использованием разрывной машины Метротест РЭМ-200.

Результаты и их обсуждение: максимальные показатели лейкоцитоза, СОЭ, СРБ отмечались на 7 сутки после герниопластики у всех животных. При этом минимальные показатели отмечались у животных 3 группы наблюдения. Показатели местной и общей температуры были максимальными на 1 и 7 сутки, а к 14 суткам достигали нормы, а минимальные показатели отмечались в 3 и 5 группах.

Максимальная экссудация наблюдалась на 1 и 7 сутки и исчезала к 14 суткам. Наиболее выраженный отек отмечался в 1 экспериментальной группе. К 180 суткам отсутствовал у всех животных. Изучение морфологических особенностей ПОР показало, что соотношение коллагенов 1 и 3 типов увеличивается и к 180 суткам становится максимальным во всех группах наблюдения, количество лейкоцитов и соотношение нейтрофилов и фибробластов

с течением времени уменьшается и достигает минимальных значений к 180 суткам у всех животных. Число сосудов в поле зрения со временем уменьшается, а их диаметр увеличивается. Тензиометрия ПОР в продольном и поперечном направлении показала, что разрывная прочность со временем возрастала вплоть до 180 суток:максимальные показатели отмечались в 1 группе, а минимальные в 5. Растяжимость имела обратную тенденцию-со временем уменьшалась. Максимальная растяжимость к 180 суткам отмечалась во 2 и 3 группах.

Выводы:

1. Разработанная новая экспериментальная модель п/о грыжевого дефекта у кроликов, позволяет изучить возможности применения различных способов герниопластики.

2. Применение биоинженерного трансплантата для пластики экспериментальных п/о срединных грыж живота вызывает более выраженную и длительную, но обратимую реакцию по сравнению с классическими методиками.

3. Применение биоинженерного трансплантата для пластики п/о срединных вентральных грыж приводит к формированию в зоне операции полноценного соединительнотканного рубца, по некоторым показателям превосходящего таковые после классических методов герниопластики.

4. П/о рубец формирующийся при герниопластике с применением биоинженерного трансплантата превосходит по тензиометрическим показателям рубец формирующийся при классических способах герниопластики.

---

139. Первый опыт работы отделения рентгеноэндоваскулярной хирургии в ГУЗ КБСМП №15 г. Волгограда.

Калмыков А.А. (2), Веденин Ю.И. (1,2), Жуликова С.В. (1,2), Орешкин А.Ю. (1,2), Прокопьев В.С. (2).

Волгоград

1) Волгоградский государственный медицинский университет,
2) ГУЗ КБСМП №15
г. Волгоград

Актуальность

Внедрение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в структуру многопрофильного стационара является ключевым направлением модернизации регионального здравоохранения. Создание отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДЛ) на базе ГУЗ КБСМП №15 г. Волгограда направлено на повышение доступности высокотехнологичной помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС), ишемическим инсультом и облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, что соответствует современным клиническим рекомендациям и задачам снижения сердечно-сосудистой смертности в регионе.

Методы исследования

В работе отделения использовались стандартные рентгенэндоваскулярные вмешательства: коронарография, транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование коронарных и периферических артерий, аортоартериография, селективная эмболизация. Учёт проведённых процедур вёлся по утверждённым формам медицинской документации. Анализировались структура и объёмы вмешательств, кадровый состав отделения, а также плановые показатели по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) за счёт средств ОМС.

Результаты

За период с 01.12.2025 по 27.03.2026 выполнено 57 коронарографий, 18 транслюминальных ангиопластик со стентированием коронарных артерий, 10 аортоартериографий и 2 ангиопластики артерий нижних конечностей, 1 стентирование и 1 селективная эмболизация ветвей внутренней подвздошной артерии. Кадровый состав отделения включает заведующего, врача РЭМДиЛ, сердечно-сосудистого хирурга, старшую операционную сестру, санитарку, а также внешних совместителей — врача РЭМДиЛ, двух операционных сестёр и двух рентгенлаборантов. На 2026 год запланировано выполнение 5 квот ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (гибридные операции на артериях нижних конечностей). В перспективе — организация круглосуточной работы РСЦ для пациентов с ОКС, открытие сосудистого центра для пациентов с ОНМК, расширение спектра эндоваскулярных вмешательств при атеросклерозе, тромбэкстракция при мезентериальном тромбозе и тромбоэмболии лёгочной артерии, а также селективная эмболизация висцеральных ветвей брюшной аорты.

Вывод:

Внедрение рентгенэндоваскулярных методов в клиническую практику многопрофильного стационара позволило повысить доступность высокотехнологичной помощи, расширить спектр вмешательств и оптимизировать лечение пациентов с ОКС и атеросклерозом. Организация круглосуточной работы РСЦ расширит возможности развития перспективных гибридных подходов в лечении пациентов разного профиля, увеличение объёмов ВМП.

140. Комплексное лечение пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей в условиях больницы 2 уровня

Исхаков М.М., Шиповской А.В., Курлаев А.Ю., Стальмаков С.Ю., Воронова Н.Ю., Говорухин А.В.

Бузулук Оренбургская область

ГАУЗ «Бузулукская больница скорой медицинской помощи имени академика Н.А.Семашко

Город Бузулук находится на западе Оренбургской области.

ГАУЗ «Бузулукская больница скорой медицинской помощи им. академика Н.А. Семашко» (ГАУЗ «ББСМП им. академика Н.И. Семашко») является центром медицины Запада области.

Обслуживает население города Бузулука и Бузулукского района, а также четырёх близлежащих районов. Количество обслуживаемого населения более 150 тысяч человек.

Хирургическая служба больницы представлена 2 отделениями в стационаре на 70 коек круглосуточного пребывания и 3 поликлиниками. Данная работа проводилась на базе 2 хирургических отделений и отделения эндоваскулярных методов диагностики и лечения.

В нашем медицинском учреждении эндоваскулярные операции на сосудах нижних конечностей выполняются с января 2022 года. Наблюдались пациенты как с трофическими нарушениями нижних конечностей так и пациенты без таковых, но у которых по данным амбулаторного скрининга УЗИ сосудов нижних конечностей выявлялись их поражения.

За это время выполнено 469 диагностических аортографий с артериографией нижних конечностей.

После диагностических исследований 248 пациентам выполнены эндоваскулярные лечебные вмешательства. Это баллоннаяангиопластика сосудов со стентированием и без, направленнаяатерэктомия, прямое стентирование магистральных артерий.

Среди пациентов которым выполнялись оперативные вмешательства 153 пациента страдали сахарным диабетом и атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей, у 95 пациентов был только атеросклероз. Пациентам обеих групп выполнялся весь спектр указанных выше оперативных вмешательств.

Пациенты разделились по следующим возрастным группам.

85-75 лет- 48 человек

74-55 лет - 125 человек

54-45 лет - 75 человек.

У всех пациентов были сопутствующие заболевания и осложнения сахарного диабета. Такие как ИБС, гипертоническая болезнь, диабетическая нефропатия различной степени выраженности.

При поступлении пациенты осматривались эндокринологом, терапевтом нефрологом- при наличии диабетической нефропатии, выполнялось УЗИ исследование сосудов нижних конечностей, определялся уровень креатинина крови после оценки результатов исследований принималось решение о проведении эндоваскулярного вмешательства.

Все выполненные операции разделились на группы

- Прямое стентирование магистральных артерий нижних конечностей (общая подвздошная, наружная подвздошная артерии- 31 человек

-Направленнаяатерэктомия из артерий - 28 человек

-Балоннаяангиопластика со стентированием артерий - 126 человек

-Балоннаяангиопластика без стентирования артерий - 63 человека.

Среди пролеченных пациентов с трофическими нарушениями было 154 человека.

Эндоваскулярные вмешательства таким пациентам выполнялись в основном до вмешательств на конечностях.

После выполнения эндоваскулярных вмешательств, пациентам назначались в зависимости от объёма оперативного вмешательства антикоагулянты или антиагреганты. Проводились экономные некрэктомии на поражённых конечностях, впоследствии выполнялись кожные пластики для закрытия дефектов кожи. Некоторым выполняли ампутации на уровне стопы, либо голени.

Все пациенты перенесшие ампутации в раннем послеоперационном периоде консультировались специалистами протезно-ортопедического предприятия.

Антибиотикотерапию проводили с учётом чувствительности к микроорганизмам, с обязательным парентеральным назначением противогрибковых препаратов и эубиотиков.

Ни одному пациенту после выполнения эндоваскулярного вмешательства не была выполнена высокая ампутация нижней конечности.

После выполнения вмешательств наблюдались следующие осложнения:

- Гематома области послеоперационного вмешательства- 5 человек

- Острая почечная недостаточность, которая купирована 3 сеансами ультагемофильтрации.

У пациента полностью восстановился диурез, выписан на 35 сутки, конечность сохранена.

Кровотечение из места пункции общей бедренной артерии 2 случая, произведено ушивание дефекта.

Выводы:

Применение эндоваскулярных вмешательств позволило значительно сократить количество высоких ампутаций нижних конечностей в нашем лечебном учреждении с 80-88 в год до 39-44.

Выполнение эндоваскулярных вмешательств пациентам с трофическими изменениями на конечностях не влечёт опасности для них.

Имеет место выполнять после операцияэкономныеенекрэктомии.

Наибольший выраженный эффект эндоваскулярных вмешательств наблюдается у пациентов только с атеросклеротичиским поражением артерий,

В курс антибиотикотерапии у пациентов с трофическими нарушениями необходимо включать противогрибковые антибиотики, так как почти у всех имеются грибковые поражения стоп и ногтей

---

141. Возможности травматологической помощи и значимость хирургического дневного стационара в структуре здравоохранения

Волоховский Н.Н., Белоусов И.С.

Санкт-Петербург

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Ломоносовская межрайонная больница им. И.Н. Юдченко» (ГБУЗ ЛО «ЛОМОНОСОВСКАЯ МБ») 198412, Санкт-Петербург г. Ломоносов, ул. Еленинская,13Отделение амбулаторной хирургии с дневным стационаром. Хирургический дневной стационар

Актуальность

На современном этапе развития российской медицины в новых социально-экономических условиях ресурсосберегающие направления и стационарозамещающие технологии оказания медицинской помощи стали ещё более актуальными.

Осознанное и своевременное их внедрение позволит создать работоспособную структуру и выполнять приоритетную задачу- обеспечить набор миниинвазивных хирургических технологий для оптимального применения. Хирургическая помощь-наиболее ресурсоемкий раздел современной медицины. Хирургические заболевания наносят экономические потери, являясь одной из основных причин временной нетрудоспособности профессионально активной части населения. Особое значение и смысл приобретает тезис о совершенствовании деятельности хирургической службы с развитием стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в условиях центра амбулаторной хирургии. Это поможет изменить в лучшую сторону медицинские, экономические и социальные параметры- снижение вероятности развития внутрибольничных инфекций, уменьшение стоимости лечения, позволят пациенту быстро возвратиться в комфортные домашние условия, улучшит качество жизни оперированных больных.

Материал и методы

По травматолого-ортопедическому профилю лечение проводится пациентам с заболеваниями опорно-двигательной системы, направленным с амбулаторного приема. В эту категорию входят пациенты:

1. С необходимостью использования лечебных средств, применения процедур, после которых должно осуществляться врачебное наблюдение.
2. Ортопедические больные после 1-го этапа лечения в условиях стационарного отделения больницы для продолжения лечения и реабилитации.
3. Нуждающиеся в стационарном лечении, но не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении.
4. Поступающие для плановых оперативных вмешательств в рамках работы отделения в режиме многопрофильного дневного стационара (хирургия кисти и стопы, артроскопия коленного сустава, удаление металлоконструкций, удаление образований сухожилий, коррекция дислокаций надколенника).

Для оценки результатов лечения мы обращали внимание на следующие критерии:

1. Физическое, ролевое, социальное, эмоциональное функционирование
2. Интенсивность болевых ощущений в области операции.
3. Общее состояние здоровья
4. Жизненная активность
5. Ментальное здоровье

Полученные результаты

Исследование показало высокую социальную удовлетворенность пациентов, прошедших лечение в хирур-

гическом дневном стационаре. В общем числе всех посещений на долю визитов к травматологу-ортопеду приходится 25%. Распределяются они следующим образом: посещения с лечебно-диагностической целью - 71%, профилактической целью - 10%, по поводу оформления медицинских документов -9%, обращения не по профилю-10%. Лечебно-диагностический процесс в отношении 80% больных начинается и заканчивается в амбулаторно- поликлинических условиях, а 27% больных, лечащихся в стационаре, могут получить хирургическую помощь на достаточном уровне в условиях хирургического отделения поликлиники.

Обсуждение

Опыт показал, что эффективность внедрения стационарозамещающих технологий во многом зависит от факторов: организационно-штатные мероприятия, оснащение современной аппаратурой и инструментарием, подбор квалифицированных специалистов, определение объема хирургической помощи, соблюдение правил подготовки пациента к вмешательству, выполнение операций с акцентом на миниинвазивные технологии, профилактика интра- и послеоперационных осложнений, активное послеоперационное ведение пациентов в лечебном учреждении и на дому, система постоянного обучения персонала.

Выводы и рекомендации

1. Хирургический дневной стационар является современной, эффективной структурой с возможностью оказывать высококачественную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями различного хирургического профиля, обеспечивая высокую клиническую и социальную эффективность.

2. С помощью реализации модели стационарозамещающих технологий возможно достижение основной цели - снижения лечебной нагрузки на дорогостоящий госпитальный сектор здравоохранения.

---

142. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с обтурационной опухолевой кишечной непроходимостью

Потапов Д.Ю., Капралов С.В., Наматулин Р.С., Данилов А.Д., Сафронов А.Д., Прохницкий А.В.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России,Саратов, Россия

Актуальность: Существует два подхода к выбору метода разрешения обтурационной острой кишечной непроходимостью (ОКН) опухолевого генеза. Сторонники первого из них считают оправданным удаление опухоли при первичном вмешательстве. Сторонники второго рекомендуют выполнение первым этапом наложения разгрузочной стомы и выполнения второго этапа хирургического лечения в отсроченном порядке в условиях специализированных онкологических стационаров. Оба этих подхода имеют право на жизнь и отражены как в Национальных клинических рекомендациях, так и в рекомендациях различных зарубежных хирургических обществ.

Цель исследования: сравнить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с обтурационной опухолевой кишечной непроходимостью в условиях стационаров II уровня.

Материал и методы: В исследование включен 141 пациент с ОКН осложнившей течение рака ободочной кишки, оперированные в экстренном порядке в условиях четырёх межрайонных хирургических центров Саратовской области в 2022-2023 гг. Все пациенты разделены на две группы: основную, включающую в себя 93 пациентов, которым выполнено резекционное вмешательство; и группу сравнения, в которую включено 48 больных с паллиативными вмешательствами, объём которых был ограничен наложением разгрузочной стомы. По половозрастной структуре, локализации и стадиям онкологического процесса достоверных различий между группами не было. Из непосредственных результатов сравнивали между изучаемыми группами такие показатели как: частота послеоперационных осложнений, частоту релапаротомий и 30-дневную летальность. Достоверность различия количественных признаков двух независимых групп определяли при помощи U-теста Манна-Уитни, а сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности проводили при помощи критерия χ2 Пирсона с определением уровня значимости и степеней свободы. Статистически достоверным уровень значимости считали при p

---

143. Об особой настороженности при назначении пациентам с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением нестероидных противовоспалительных препаратов

Творогов Д.А. (1,2), Мовчан К.Н. (1,2), Ярцев (М.М. (2), Базилевская Е.М (1), Зайцев Д.А. (2), Чистякова В.Д. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург.
2) СПбГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург

Актуальность. Кровотечение из язв желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из ведущих причин неудач оказания медицинской помощи (МедП) особенно пациентам с множеством сопутствующих заболеваний (СопЗаб). У больных с коморбидным статусом среди катализаторов индукции острого язвенного гастродуоденального кровотечения (ОЯГДКр) специалисты целенаправленно обращают внимание на бесконтрольный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Неблагоприятное влияние НПВП на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с формированием эрозивно-язвенных изменений в ней может недооцениваться в ракурсе риска осуществления срочного хирургического вмешательства по причине не достижения гемостаза.

Цель исследования: оценить степень риска индукции ОЯГДКр в случаях приема пациентами НПВП по поводу СопЗаб.

Материалы и методы исследования. Проанализированы сведения о результатах оказания МедП 90 больным ОЯГДКр, госпитализированным в 2010 – 2025 гг. в ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г. Соколова» ФМБА России – СЗОНКЦ. Внимание целенаправленно концентрировалось на выявлении данных о больных, принимавших до кровотечения НПВП – (группа риска).

Результаты. Факт приема НПВП пациентами с ОЯГДКр до его верификации установлен в 20 случаях (мужчин — 12 чел.). Коморбидный фон выявлен у 14 пациентов (артериальная гипертензия ¬ – 12 случаев), а в 6 наблюдениях ОЯГДКр сопутствовало одно заболевание. Регулярно НПВП в качестве основного компонента терапии сопутствующих заболеваний использовали лишь 2 чел. (2,2%) . Эпизодически, без учета дозировки, НПВП принимали 18 чел.

НПВП-терапия осуществлялась: у 2-х больных ревматоидным артритом; в 14 случаях при заболеваниях опорно-двигательного аппарата; и у 4 пациентов по поводу других заболеваний. Отягощение по язвенной болезни (ЯБ) Ж и ДПК в анамнезе отмечено у каждого пятого больного в группе риска ОЯГДКр — 5 чел. (25%) из 20. В 3 (15%) случаях при ОЯГДКр наблюдаемых до госпитализации в СЗОНКЦ достигался эндогемостаз, 2 пациента (10%) ранее перенесли ушивание перфоративной язвы Ж.

Обсуждение. Констатация факта приема НПВП каждым пятым пациентом, госпитализированным с ОЯГДКр, соотносится с доказательством, что данные фармацевтические средства должны быть отнесены к значимым триггерам формирования язвенно-эрозивных поражений верхних отделов ЖКТ, обусловливающих геморрагию.

Особую настороженность у специалистов первого контакта должно вызывать преобладание случаев эпизодического использования больными НПВП над систематическими (9:1). Даже спорадический прием НПВП, особенно людьми с дополнительными факторами риска (долгожительство, состояния коморбидности, полипрагмазия) при одновременном приеме антикоагулянтов, антиагрегантов, глюкокортикостероидов может считаться небезопасным.

В медицинских документах 70 (77,8%) из наблюдавшихся 90 больных ОЯГДКр сведений о приеме пациентами НПВП нет, что является серьезным недоучетом важной информации в прогнозе течения и исхода ОЯГДКр. При оказании МедП больным ОЯГДКр, особенно входящих в группу риска, кроме тщательности изучения истории заболевания при назначении НПВП в случаях СопЗаб необходимо учитывать особенности фармакокинетики медикаментов, их дозировок и длительности применения, а также комплекса осуществляемой терапии в целом. С этой целью в назначении гемостатической терапии больным ОЯГДКр целесообразно участие клинического фармаколога.

Выводы и рекомендации. Отсутствие должной настороженности специалистов при сборе и учете информации о (деталях НПВП-терапии) больным, госпитализируемым с ОЯГДКр, может обусловливать ошибки в тактике лечения и, в конечном итоге,– оказание МедП ненадлежащего качества.

Поиск ответов на вопросы о компонентах и объемах гемостатической терапии у больных ОЯГДКр с выраженным коморбидным статусом целесообразно решать с участием специалистов по профилям сопутствующей патологии и/или (Ex consilium) с привлечением клинических фармакологов.

144. Реконструктивно-пластические вмешательства у детей с последствиями огнестрельной травмы

Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Коновалова А.М., Дворникова М.А., Громова А.А.

Москва

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля

Актуальность. В последние годы увеличивается число детей с последствиями огнестрельной и минно-взрывной травмы, нуждающихся в многоэтапном хирургическом лечении. Тяжесть сочетанных повреждений, высокий риск рубцовых деформаций, дефектов мягких тканей и костных структур определяют необходимость применения реконструктивно-пластических технологий на этапе хирургической реабилитации. В то же время опыт систематизации таких вмешательств в детской практике представлен ограниченно, что делает актуальным анализ накопленных клинических данных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 160 детей с огнестрельными ранениями, находившихся в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии в 2015–2025 гг. Возраст пациентов составил от 4 до 18 лет, мальчики — 69,4%. Наиболее частой локализацией повреждений были нижние конечности — 138 наблюдений (47,1%), голова — 50 (17,1%), верхние конечности — 47 (16,0%); торакоабдоминальная травма отмечена у 39 детей (13,3%), повреждения позвоночника — у 19 (6,5%). Ранение двух сегментов тела зарегистрировано у 72 пациентов (45,0%), трех — у 41 (25,6%), четырех и более — у 16 (10,0%); травматические отрывы конечностей диагностированы у 25 детей, открытые переломы — у 59. На этапе хирургической реабилитации выполнялись реампутации, восстановление длины кости по методу Илизарова, пластика дефектов мягких тканей свободными и несвободными лоскутами, устранение рубцовых деформаций методом тканевой экспансии.

Полученные результаты. Реконструктивно-пластические вмешательства позволили восстановить целостность покровных тканей, улучшить опороспособность конечности или культи и создать условия для последующей функциональной реабилитации. Наибольшая потребность в отсроченных вмешательствах отмечалась у детей с множественными повреждениями, травматическими отрывами, открытыми переломами и выраженным дефицитом мягких тканей. Применение дифференцированного подхода к выбору метода реконструкции обеспечило удовлетворительные анатомо-функциональные результаты у всех оперированных пациентов.

Обсуждение. Полученные данные показывают, что последствия огнестрельной травмы у детей требуют не только первичного спасения жизни и конечности, но и последующего восстановления тканей с учетом локализации, объема дефекта и функциональных потерь. Выбор реконструктивной методики должен основываться на характере повреждения и реабилитационном потенциале пациента. Использование различных вариантов костной и мягкотканной реконструкции позволяет расширить возможности органосохраняющего и функционально ориентированного лечения.

Выводы. Дети с последствиями огнестрельной травмы представляют сложную категорию пациентов, нуждающихся в многоэтапном специализированном лечении. Реконструктивно-пластические вмешательства являются важнейшим компонентом хирургической реабилитации и позволяют повысить функциональные результаты лечения и возможности социальной адаптации.

Рекомендации. Пациенты детского возраста с последствиями огнестрельной травмы должны направляться в специализированные центры, располагающие возможностями реконструктивно-пластической хирургии и этапной реабилитации. Планирование восстановительного лечения целесообразно проводить индивидуально с учетом характера дефекта, состояния мягких тканей, костных повреждений и перспектив функционального восстановления.

---

145. Лечение гнойно-некротических заболеваний мягких тканей с использованием метода местного отрицательного давления с инстилляцией химотрипсина

Чиников М.А. (1,2), Кисляков В.А. (1,2), Мохареб А.А.Л. (1), Аль-Арики М.К.М. (1), Кравченко К.В. (2), Амиралиев Р.М. (2).

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия.
2) «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева» ДЗМ, Москва, Россия.

Актуальность исследования: Гнойно-некротические заболевания мягких тканей остаются одной из наиболее сложных проблем хирургии, что обусловлено высокой частотой развития осложнений и значительным уровнем летальности. В настоящее время метод местного отрицательного давления с инстилляцией (NPWT-i) рассматривается как один из наиболее эффективных способов локального лечения сложных ран.

Использование протеолитических ферментов, в частности химотрипсина, в составе NPWT-i позволяет повысить эффективность очищения раневой поверхности за счет контролируемого по времени поступления фермента в очаг поражения и активного удаления продуктов протеолиза.

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность применения метода местного отрицательного давления с инстилляцией химотрипсина у пациентов с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей туловища и конечностей.

Материалы и методы:В исследование включено 60 пациентов с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей туловища и конечностей, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии ГКБ им. А.К. Ерамишанцева в период с января 2025 года по декабрь 2025 года. Все больные были разделены на 2 группы. В основной группе (n=30) применяли метод местного отрицательного давления с инстилляцией химотрипсина (NPWT-i), в контрольной группе (n=30) — NPWT-i с использованием физиологического раствора. У пациентов обеих групп использовался аппарат «ВИТ Ультра» (VIT Medical, г. Москва). Критериями включения в исследование являлись возраст ≥18 лет и клиническая картина некротизирующей инфекции мягких тканей. Критериями исключения были аллергические реакции в анамнезе на компоненты систем отрицательного давления или протеолитические ферменты, дисциркуляторная энцефалопатия II–III степени, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушения системы гемостаза (коагулопатия, тромбоцитопения), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, психические расстройства, а также отказ пациента от участия в исследовании.

Средний возраст пациентов основной группы составил 58,7 ± 4,2 года, контрольной группы — 62,9 ± 3,8 года (p>0,05). В основной группе мужчин было 59 %, в контрольной группе — 57 % (p>0,05). В структуре основного диагноза у пациентов основной группы флегмона встречалась у 42 % больных, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей — у 38 %, абсцессы — у 20 %; в контрольной группе аналогичные показатели составили 44 %, 37 % и 19 % соответственно (p>0,05). Сахарный диабет был диагностирован у 20 % больных основной группы и у 17 % пациентов контрольной группы (p>0,05).

Для объективной оценки течения раневого процесса проводили цифровой планиметрический анализ раневой поверхности с использованием смартфона и мобильного приложения «RAN.PRO» (ООО «СМАРТ ЭКВИТИ», Россия). Медиана площади раневого дефекта в основной группе составила 79,0 [54,0; 126,0] см², в контрольной группе — 85,0 [50,0; 118,0] см² (p>0,05). Группы были статистически сопоставимы по возрасту, полу, основному диагнозу, сопутствующей патологии и исходным размерам раны.

Оценивали динамику раневого процесса с определением доли грануляционной ткани, фибрина и некротических масс в ране, а также изменения уровней лейкоцитов крови и С-реактивного белка, количество повторных хирургических обработок и продолжительность стационарного лечения.

Результаты: К 3-м суткам лечения уровень лейкоцитов крови в основной группе снижался до 7,6×10⁹/л против 11,4×10⁹/л в контрольной группе (p

---

148. Оценка тяжести состояния пациентов с обширными осколочными ранениями мягких тканей на этапе специализированной хирургической помощи

Галстян А.Ш. (2), Мусаилов В.А. (1), Ким И.Ю. (2)

г Красногорск

1) ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Красногорск.
2) Филиал №1 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Красногорск.

Актуальность. В структуре боевой хирургической травмы огнестрельные ранения конечностей достигают 47–61%, при этом обширные повреждения мягких тканей встречаются в 21–30% случаев. Массивное разрушение тканей, кровопотеря и высокий риск инфекционных осложнений (до 88%) обуславливают тяжесть состояния, что требует объективной оценки на этапах медицинской эвакуации для преемственности оказания хирургической помощи.

Материал и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование (2024–2025 гг.) на базе филиала №1 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России. Включено 52 пациента мужского пола (возраст 37,6±10,3 лет) с раневыми дефектами ≥36 см². Критерии тяжести: локализация повреждений, степень тяжести по шкале AIS (Abbreviated Injury Scale), сроки эвакуации на 5 уровень медицинской помощи.

Результаты. Установлено, что преобладающей локализацией обширных дефектов являются нижние (37,9%) и верхние конечности (13,4%). Сочетанный характер повреждений выявлен в 37% случаев, что значимо отягощает состояние пациентов. При оценке по шкале AIS получены следующие результаты: лёгкие повреждения (1 степень) – 15,3%, средней степени (2 степень) – 32,7%, тяжёлые (3 степень) – 48,0%, крайне тяжёлые (4 степень) – 3,8%. Критических повреждений (5 степень) не зарегистрировано. Таким образом, повреждения тяжёлой и

средней степени составили 80,7%, что определяет высокий исходный уровень тяжести исследуемого контингента.

Анализ сроков эвакуации показал, что в первые 3 суток доставлено лишь 7,6% пациентов. Практически половина пациентов (44,2%) доставлены в интервале от 3 до 5 суток, а в период от 5 до 8 суток - 28,8%. Свыше 8 суток эвакуировано 19,2% пациентов. Поздние сроки (более 5 суток) у 48,0% пациентов являются независимым фактором утяжеления состояния вследствие прогрессирования раневой инфекции и системного воспалительного ответа на травму.

Выводы. Тяжесть состояния пациентов с сочетанными и множественными осколочными ранениями на этапе специализированной помощи определяется тремя основными факторами: 1) преобладание ведущей локализации ранений (60,3% случаев) конечностей, что обусловлено средствами индивидуальной защиты; 2) степенью повреждения по шкале AIS (тяжёлые и средней степени – 80,7%); 3) поздними сроками эвакуации (более 5 суток у 48,0%), связанной с эшелонированием этапом медицинской эвакуации.

---

149. Экстренное малоинвазивное лечение осложнения цирроза печени в условиях флагманского центра

Джуракулов Ш.Р., Вечорко В.И., Северцев А.Н., Хоконов М.А., Фахриев Ж.А., Крючков Г.И., Шмаков А.Ф.

Москва

ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова

Актуальность. Несмотря на прогресс в медикаментозных и хирургических методах лечения, острые кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка продолжают оставаться критически важной проблемой современной гепатологии. Высокая летальность (до 60% при первом эпизоде и до 90% при рецидиве) обусловлена тяжестью основного заболевания, сопутствующими нарушениями гемостаза и высоким риском ранних повторных кровотечений. Это диктует необходимость совершенствования тактики неотложной помощи, вторичной профилактики и стратификации риска у пациентов с циррозом печени. Особую сложность представляют больные с декомпенсированным циррозом (Child-Pugh C), у которых стандартные подходы часто оказываются недостаточно эффективными.

Материалы и методы. Всего с 2019 по 2025 год эндоваскулярное трансяремное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (операция TIPS) было выполнено 82 пациентам в возрасте от 28 до 78 лет (44 мужчин и 38 женщин; средний возраст 51,8±9,4). Цирроз печени у всех пациентов был диагностирован на основании клинических и лабораторных показателей. Подавляющее большинство пациентов – 95% (78 человек) – имели в анамнезе кровотечения, а у 86,6% (71 больной) наблюдался асцит разной степени тяжести. Распределение по шкале Child-Pugh показало, что большинство больных имели тяжелые формы патологии: класс С (35 пациентов) и класс В (33), тогда как класс А был диагностирован лишь у 14 человек. В ходе исследования оценивались эффективность выполнения процедуры, частота осложнений и случаев повторных кровотечений.

Результаты. Все процедуры (100%) были выполнены технически успешно. На фоне прогрессирования основного заболевания летальность на госпитальном этапе зафиксирована у 10 больных (12,2%), тогда как 87,8% больных (72 пациента) были успешно выписаны. Средний срок пребывания больных в стационаре после проведенного оперативного лечения составил 4-5 суток. Среди выписанных пациентов в сроки от 1 до 60 месяцев у 8 человек отмечены нарушения проходимости портокавального шунта: стеноз печеночных вен у 3 больных и тромботические окклюзии у 5. Все случаи были успешно корригированы при повторных эндоваскулярных вмешательствах с достижением оптимальных ангиографических и клинических исходов.

Выводы. TIPS демонстрирует высокую эффективность как в экстренных случаях (быстрый гемостаз при активных кровотечениях), так и в плановом лечении (долгосрочная профилактика рецидивов и осложнений), сохраняя минимальную травматичность даже у пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

---

150. Персонифицированная хирургическая тактика при хирургическом лечении ущемленных грыж срединной локализации.

Ооржак О.В. (1,2), Павленко В.В. (2,3), Шост С.Ю. (1), Постников Д.Г. (1), Старцев А.Б. (3), Новиков А.В. (3)

Кемерово

1) ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»,
2) ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России,
3) ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского»

Актуальность. Грыжи срединной локализации (пупочные, грыжи белой линии живота) представляют наибольший научный и практический интерес, являясь одним из наиболее часто распространенных среди всех видов грыж. Грыжи срединной локализации у взрослых составляют 3-6% от всех наружных грыж живота и до 11,7% всех оперированных наружных грыж живота, 90% всех пупочных грыж проявляются в возрасте 35-50 лет. Женщины страдают в 3-5 раз чаще мужчин. Наиболее часто они появляются у людей, страдающих ожирением, многорожавших женщин, пациентов с циррозом. Ущемленные пупочные грыжи составляют 13% от всех ущемленных грыж, 80-90% из них случаются у женщин, 20% ущемленных пупочных грыж заканчиваются резекцией кишечника. Активное изучение различных аспектов ущемленных грыж срединной локализации длится не одно десятилетие, основанием для этого является неприемлемо большое количество послеоперационных осложнений, достигающих 50%, рецидивов, встречающихся в 37% случаев, и высокий уровень летальности, доходящий до 30%.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с ущемленными грыжами срединной локализации.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 633 пациентов. В основную группу были включены 327 больных, находившихся на лечении с 2015 по 2023 г., у которых использовали персонифицированную лечебно-диагностическую тактику с активным применением МСКТ-диагностики, интраоперционного УЗИ, ангиографии с NIR-ICG, диагностической и лечебной лапароскопии. Контрольную группу составили 306 пациента, леченных с 2014 по 2023 г., в которой отсутствовала персонифицированная лечебно-диагностическая тактика, что приводило к поздней диагностике и неудовлетворительным результатам лечения.

Результаты. В послеоперационном периоде у больных контрольной группы с грыжей срединной локализации ранние осложнения возникли у 54 (17,6%) пациентов: в 9 (2,9%) случаях был инфильтрат в области п/о раны, у 6 (2,0%)- гематома в области п/о раны, в 30 (9,8%) случаях сформировалась серома в области протеза, а у 9 (2,9%) больного - нагноение. Отторжения сетчатого протеза не наблюдалось. Среди больных основной группы ранние послеоперационные осложнения возникли у 30 (9,1%) пациентов: в 3 (0,9%) случае был инфильтрат в области п/о раны, у 9 (2,7%)- гематома в области п/о раны, в 12 (3,7%) случае сформировалась серома в области протеза, а у 6 (1,8%) больных - нагноение. Отторжения сетчатого протеза не наблюдалось.

Выводы и рекомендации. Использование персонифицированной лечебно-диагностической тактики у пациентов с ущемленными грыжами срединной локализации существенно улучшает результаты лечения.

---

151. Энтероцеле в хирургической практике колопроктолога

Попова И.С., Перов Ю.В., Аветян К.А., Тарасенко В.Р.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Энтероцеле является частным видом пролапса тазовых органов, представляющих серьезную медицинскую проблему, затрагивающую значительное количество женщин по всему миру. Распространенность энтероцеле в общей структуре тазового пролапса варьирует от 17 до 37%, Однако, согласно современной литературе, дополнительные исследования увеличивают процент выявления энтероцеле до 84%. Существует множество подходов к хирургическому лечению энтероцеле, но однозначных рекомендаций нет. На данный момент в литературе отсутствует точная информация о проценте рецидивов при оперативных вмешательствах при изолированном энтероцеле.

Цель. Оценить послеоперационные результаты хирургического лечения по авторским методикам изолированного энтероцеле, в том числе в сочетании с ректоцеле 1–3 степени.

Методы. В проспективное исследование включены 67 пациенток с рецидивным и первичным изолированным энтероцеле (в том числе в сочетании с ректоцеле 1–3 степени). Средний возраст 62,5 ± 5,4 года. Срок наблюдения 12–120 месяцев (медиана 44 месяца). Всем больным выполнялась трансвагинальная леваторопластика с пластикой ректовагинальной перегородки местными

тканями по авторской методике (Патент на изобретение RU 23603290 C2. 27.11.2016), выделение и ликвидация энтероцеле с установкой эдопротеза - полипропиленовой хирургической сетки размерами, соответствующими дефекту между мышцами тазового дна. в верхней трети влагалища (Патент на изобретение RU 2810407 C1. 27.12.2023)

Результаты. Интраоперационное ранение прямой кишки отмечено у 1 пациентки (1,5%), кишка была ушита без дальнейших послеоперационных осложнений. В послеоперационном раннем и позднем периодах отмечались лигатурные свищи у 7,4% больных (5/67), миграция эндопротеза с образованием аррозии слизистой влагалища – у 1 пациентки (1,5%) – больной частично иссечена сетка с леваторопластикой, болевые синдромы на фоне гипертонуса мышц тазового дна и обострения хронического остеохондроза у 13,4% (9/67). Анатомические рецидивы пролапса (пролапс шейки матки, цистоцеле III степени отмечены у 3 пациенток- 4,5% (3/67) в сроки 3 месяца, 8 лет, 9 лет после операции с точным указанием самих больных на причину рецидива – одномоментный подьем тяжести весом 20-25кг. Субьективные оценки больных оставались высокими на протяжении всех этапов наблюдения

Обсуждение. Основными причинами развития рецидивного энтероцеле по нашим данным являлись: ампутации/экстирпации матки, вентрофиксация матки или культи шейки матки к апоневрозу передней брюшной стенки – из 46 больных с рецидивным энтероцеле – 26 чел.(56,5%) перенесли вышеуказанные операции; вторая причина – плохая диагностика начальных форм энтероцеле в ходе гинекологических пластическо-реконструктивных операций.

Выводы.

Сочетанное использовании двух предлагаемых способа хирургического лечения энтероцеле обеспечивает расположение эндопротеза над мышцами таза, тем самым выполняя задний свод влагалища, распластываясь на грыжевых оболочках энтроцеле, закрывая, таким образом, дефект тазового дна. При этом шейка матки и сама матка оказываются приподнятыми вверх и кзади (в полость малого таза в положение anteflexio), а шейка матки расположена выше утягивающих швов. Такое расположение матки закрывает ход в Дугласово пространство и таким образом является функционально выгодным в плане профилактики рецидива энтероцеле.

---

152. Эволюция роли операционной медицинской сестры в эпоху высокотехнологичной хирургии: от ассистента к ключевому участнику команды. Внедрение чек листов как инструмент повышения безопасности и качества операций»

Захарова И.Д.

Сургут, Ханты Мансийский автономный округ — Югра

Преподаватель СПО (Институт среднего медицинского образования), Сургутский государственный университет;Операционная медицинская сестра, высшей категории, ООО МЦ «Наджа Мед».

Тема:

«Операционная медицинская сестра в эпоху высокотехнологичной пластической хирургии: от ассистента к ключевому участнику команды. Внедрение чек листов как инструмент повышения безопасности и качества операций»

Цель:

Продемонстрировать эффективность внедрения чек листов для операционной медицинской сестры в пластической хирургии и определить ключевые компетенции, необходимые для их успешного применения.

Основные тезисы:

Трансформация роли операционной сестры. В условиях высокотехнологичной хирургии (эндоскопический SMAS лифтинг, фейс лифтинг) операционная медицинская сестра перестаёт быть пассивным ассистентом и становится активным участником операционной команды с чётко определёнными зонами ответственности. Её действия напрямую влияют на безопасность пациента и эстетический результат.

I. Технические компетенции нового уровня. Операционная сестра должна обладать навыками инженера и IT специалиста для работы с современным оборудованием:

проверка балансировки камеры, фокусировки и цветопередачи эндоскопических стоек;

контроль герметичности портов и работоспособности биполярных коагуляторов (тестирование изоляции электродов, проверка режимов мощности);

подготовка микрохирургического инструментария для тракции тканей (проверка заточки, целостности лезвий);

настройка параметров оборудования (мощность коагуляции, давление газа) с учётом типа тканей (кожа, подкожная клетчатка, SMAS слой).

II. Контроль точности как залог эстетического результата.

В пластической хирургии цена миллиметра — эстетика результата. Операционная сестра обеспечивает:

верификацию имплантатов по штрих коду (серия, размер, форма — особенно актуально при коррекции скул или подбородка);

контроль подачи раствора для гидропрепаровки (объём, скорость введения, состав — например, раствор на основе лидокаина с адреналином);

синхронизацию гемостаза (выбор режима коагуляции в зависимости от калибра сосуда — биполярная коагуляция для мелких сосудов, монополярная для крупных);

шовный и инструментальный счёт на всех этапах операции (до разреза, перед ушиванием раны, после завершения);

мониторинг положения инструментов для предотвращения повреждения нервов и сосудов.

III. Невидимая ответственность. За рамками публичного признания остаётся каждодневный труд операционной сестры:

соблюдение алгоритмов стерильности (контроль параметров стерилизации, целостности упаковки имплантатов);

экстренная подача инструмента при кровотечении (зажим, тампон, коагулятор — инструменты должны быть заранее подготовлены и проверены);

психологическая поддержка пациента перед операцией (снижение тревожности, объяснение этапов вмешательства);

документирование нестандартных ситуаций и проблем с оборудованием.

IV. Эффективность чек листов: доказанные преимущества. Внедрение чек листов в работу операционной сестры позволяет:

стандартизировать процессы на всех этапах хирургического вмешательства;

минимизировать влияние человеческого фактора;

улучшить коммуникацию в операционной бригаде;

сократить время операции на 10–15 % за счёт стандартизации процессов;

повысить удовлетворённость пациентов качеством медицинской помощи.

V. Практические примеры эффективности (на базе опыта ООО МЦ «Наджа Мед»):

Случай 1. При подготовке к эндоскопическому SMAS лифтингу операционная сестра выявила неисправность порта (негерметичность соединения). Благодаря чек листу проблема была обнаружена до начала операции, что предотвратило потерю рабочей полости во время вмешательства.

Случай 2. Перед фейс лифтингом операционная сестра по чек листу проверила подачу раствора для гидропрепаровки. Обнаружив некорректность от нормы по скорости введения, она скорректировала подачу — это позволило избежать чрезмерного отслоения тканей и сохранить эстетику линии челюсти.

Случай 3. Перед фейс лифтингом пациентка испытывала сильное волнение. Операционная сестра, следуя чек листу (пункт «психологическая поддержка»), провела с ней 10 минутную беседу. В результате пациентка успокоилась, что облегчило введение в наркоз.

VI. Текущее состояние и проблемы. В РФ чек листы применяются на уровне внутренних регламентов медицинских организаций или рекомендаций надзорных органов (например, Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности).

Отсутствие единого законодательного регулирования снижает:

унификацию подходов к внедрению чек листов;

контроль за их применением;

доступность обучения персонала работе с чек листами.

VII. Предложения по внедрению:

разработать чек листы для каждой хирургической специальности на основе:

чек листа ВОЗ по хирургической безопасности;

клинических рекомендаций Минздрава РФ;

утвердить локальные протоколы внедрения чек листов с учётом специфики отделений (пластическая хирургия, общая хирургия, кардиохирургия и т. д.);

внести изменения в должностные инструкции медицинского персонала, участвующего в операциях;

предусмотреть обязательное обучение персонала работе с чек листами (курс 72 часа, включающий симуляционные тренинги);

организовать регулярный аудит использования чек листов (ежемесячный контроль заведующими отделениями, ежеквартальный — заместителями главного врача);интегрировать чек листы в электронные медицинские информационные системы (МИС) для упрощения заполнения и анализа данных.

Ожидаемые результаты внедрения:

повышение безопасности пациентов (снижение осложнений, исключение критических ошибок);

улучшение качества хирургических вмешательств (точность манипуляций, эстетические результаты);

рост профессиональной самооценки операционных сестёр;

усиление роли операционной сестры как активного участника команды;

унификация подходов к обеспечению безопасности в хирургии на федеральном уровне;

снижение экономических затрат на лечение послеоперационных осложнений.

Заключение.

Операционная медицинская сестра — связующее звено между технологическими возможностями и живым пациентом. Внедрение чек листов — эффективный инструмент повышения безопасности и качества пластических операций. Инициатива по внедрению чек листов на законодательном уровне может стать важным шагом в совершенствовании системы обеспечения безопасности пациентов и повышения качества медицинской помощи в России. Повышение требований к компетенциям среднего медперсонала — необходимое условие безопасности пациента и эффективности высокотехнологичной хирургии XXI века.

---

153. Первый опыт пероральной эндоскопической миотомии в Ростовской области.

Батигян Э.А., Кучер Д.В.

Ростов-на-Дону

Областная клиническая больница №2

На протяжении длительного времени основной методикой оперативного лечения пациентов с ахалазией кардии (АК) являлись трансабдоминальные вмешательства, в частности лапароскопическая эзофагокардиомитомия. Несмотря на эффективность, эти операции имеют свои недостатки. В 2008 году в Японии Haruhiro Inoue выполнил пероральную эндоскопическую миотомию (ПОЭМ) для лечения ахалазии. В последнее десятилетие ПОЭМ широко распространяется во всем мире, обеспечивая стойкий клинический эффект в отдаленном послеоперационном периоде. Впервые в России ПОЭМ выполнена в 2016 году, и внедрена в работу клиник Москвы, Санкт-Петербурга, Краснодара и некоторых других региональных центров. Накопленный опыт ведущих учреждений по нашим данным составляет порядка 100-150 случаев. В Ростовской области данная методика в настоящее время внедряется в работу хирургического отделения ГБУ РО ОКБ №2, ПОЭМ успешно выполнена 4 пациентам с ахалазией кардии.

С декабря 2025 по апрель 2026 года в хирургическом отделении ГБУ РО ОКБ №2 впервые в Ростовской области была выполнена ПОЭМ 4 пациентам с диагнозом АК. Длительность заболевания пациентов составила в среднем 5 лет. Пациенты отмечали жалобы на затрудненное проглатывание твердой и жидкой пищей. Ранее пациенты проходили медикаментозное лечение по месту жительства. Степень выраженности заболевания у наших пациентов по шкале Eckardt составила в среднем 6,5 баллов. Среди 4 прооперированных пациентов было 2 мужчин возрасте 70 и 55 лет и 2 женщины в возрасте 32 и 52 лет. По данным рентгеноскопии пищевода и желудка выявлены характерные рентгенологические признаки АК: расширение просвета пищевода, наличие натощак в пищеводе остаточного содержимого, отсутствие отчетливого газового пузыря в желудке, признак “птичьего клюва” или “крысиного хвоста”. Также у одного пациента имелись признаки спастической АК. По данным эзофагогастродуоденоскопии, выполненных амбулаторно, у всех пациентов просвет пищевода расширен, дилатирован, содержит пенистую жидкость и остатки пищи. У одного пациента на всем протяжении определялись сокращения, перекрывающие просвет пищевода (признаки спастической ахалазии).

Операция выполнялась в стационарных условиях под тотальной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких. Этапы операции были следующими:

1. Формирование тоннеля в подслизистом слое пищевода. После инъекции с помощью эндоскопической иглы в подслизистый слой заранее приготовленного раствора (смесь, состоящая из 200,0 мл хлористого натрия 0,9%, 2,0 мл ропивакаина 2% и 1,0 мл индигокармина 4 мг/мл) производили продольный разрез слизистой оболочки пищевода, по задней стенке, длиной 2 см. Путем диссекции в режиме EndoCut Q 2 эффект и Sprey коагуляции эффект 2 35 W (ERBE 300D), создавали длинный тоннель в подслизистом слое, который своим дистальным концом заканчивался на 3 см ниже области кардии. Для обработки сосудов и остановки кровотечения использовалась диатермокоагуляция эндозажимом в режиме Soft коагуляции 2 эффект, 80 W.

2. Миотомия циркулярных волокон на протяжении, начиная на 2-3 см дистальнее нижней границы доступа в подслизистый слой пищевода с пересечением циркулярных мышечных волокон пищевода, и дистальнее на 2-3 см нижнего пищеводного сфинктера и кардиального отдела. После ее завершения выполнялись: тщательный

контроль гемостаза, санация подслизистого тоннеля.

3. Устранение дефекта слизистой оболочки последовательно путем наложения 4-5 эндоклипс с сопоставлением краев разреза.

Время операций составило 125, 120, 85 и 135 минут. Во всех случаях ПОЭМ была успешно выполнена в полном объеме. Длина подслизистого тоннеля составила от 15 см до 20 см. Общая протяженность миотомии составила от 13 см до 17 см, при этом 2-3 см распространялись на желудок. В процессе выполнения ПОЭМ у пациентов повреждение слизистой со стороны подслизистого тоннеля не было. В нижней трети пищевода проводилась полностенная миотомия с пересечением циркулярных и продольных мышечных волокон. У одного пациента, интраоперационно развилась клинически незначимая подкожная эмфизема на шее, которая разрешилась на 1 сутки. Послеоперационный период проходил без осложнений. Всем пациентам проводилась антибиотикопрофилактика и профилактика тромбоэмболических осложнений. В первые сутки после операции пациентам был назначен постельный режим, голод, внутривенное введение ингибиторов протонной помпы. Контрольная рентгеноскопия пищевода и желудка была выполнена на следующие сутки после операции, при этом признаков затекания контраста в средостение не отмечено. У всех троих пациентов было отмечено свободное прохождение контрастного вещества через пищеводно-желудочный переход. На вторые сутки всем пациентам было разрешено пить воду и передвигаться в пределах палаты. Пациенты выписывались в удовлетворительном состоянии на 7 сутки.

ПОЭМ, успешно выполненные в ГБУ РО ОКБ №2, показали непосредственную эффективность данного метода в лечении АК, несмотря на тип, давность существования болезни, местные изменения. Считаем первые шаги по внедрению этого малоинвазивного вмешательства успешными и продолжаем дальнейшее применение методики. Проводим накопление клинического и демонстрационного материала, его систематизацию. Убеждены, что ПОЭМ как один из методов лечения АК должна выполняться в специализированной клинике, имеющей в своем составе команду высокопрофессиональных эндоскопистов, хирургов и оснащенной соответствующим оборудованием.

---

154. Результаты лечения осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств

Веденин Ю.И., Михайличенко Г.В.,Волкова С.М.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства, несмотря на минимальную инвазивность, являются хирургическими вмешательствами, и также сопровождаются развитием осложнений в послеоперационном периоде, в редких случаях - с летальными исходами. К наиболее частым осложнениям эндоскопических транспапиллярных вмешательств, возникающих в 0,8-20,0 % случаев, относятся острый постманипуляционный панкреатит, кровотечение из папиллотомического разреза и ретродуоденальная перфорация, летальность при этом достигает 2%. В связи с вышеизложенным, возникла необходимость оценки и анализа патогенеза перечисленных постманипуляционных осложнений, а также их методов коррекции и лечения.

Цель: оценить результаты лечения осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Материалы и методы: с 2021 по 2025 г. выполнено 492 эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Самым частым осложнением после эндоскопических вмешательств был острый постманипуляционный панкреатит, который наблюдали у 18 (1,6%) пациентов, кровотечение после эндоскопической папиллосфинктеротомии развилось в 12 (2,4%) наблюдениях, а ретродуоденальная перфорация произошла у 2 (0,4%) больных.

Результаты и обсуждения: по результатам ретроспективного анализа, во всех наблюдениях при кровотечениях из зоны папиллосфинктеротомии адекватный гемостаз был достигнут комбинированным способом – инфильтрацией краев рассеченной ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки раствором Адреналина и/или точечной коагуляцией. Рецидивов кровотечения и летальных исходов не было. Эндоскопическое лечение ретродуоденальной перфорации в сочетании с консервативной терапией было предпринято в 2 случаях: интраоперационно выявленный дефект локально клипирован с последующей установкой стента в просвет холедоха и консервативным ведением пациента. Летальных исходов не было. При развившемся остром постманипуляционном панкреатите во всех наблюдениях процесс купирован консервативно. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы: Ведение пациентов с осложнениями после эндоскопических транспапиллярных вмешательств является довольно длительным и дорогостоящим процессом. Своевременная диагностика осложнений, оценка тяже-

сти течения и выбор адекватного метода для его коррекции, является путем для снижения количества осложнений. Необходимо тщательно учитывать факторы риска, четко определять показания к проведению эндоскопических транспапиллярных вмешательств, строго соблюдать технику проведения вмешательства, а также своевременно ликвидировать осложнения миниинвазивным эндоскопическим методом, поскольку хирургическое лечение сопровождается более высокой послеоперационной летальностью, увеличением продолжительности и стоимости лечения.

---

155. Малоинвазивные гибридные вмешательства в лечении фитобезоаров желудка.

Исаков Х.С., Меджидов Р.Т., Далгатова Б.М.

Махачкала

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2»

Актуальность. Наиболее часто встречаемыми инородными телами желудка растительного происхождения являются фитобезоары. Формирование их связано с употреблением в пищу в большом количестве таких продуктов, как :хурма, виноград, финики, инжир. Наиболее часто фитобезоары формируются при употреблении мелкой и сильно вязкой хурмы, которая в большом количестве растет в предгорье Дагестана. Существуют несколько способов лечения данной патологии, однако наиболее щадящей, на наш взгляд, являются методики реализуемые под эндоскопической навигацией.

Материал и методы. В данное исследование включено 36 пациентов с фитобезоарами желудка в возрасте 24-72 лет. Гендерный состав пациентов выглядел следующим образом: женщины 62,5%, мужчины -37,5%. У 27(75,0%) пациентов структура безоара состояла из хурмы, в 5(13,9%) наблюдениях -из винограда и в 4(11,1%) случаях -из фиников. Размеры фитобезоаров варьировались в пределах 8,3 на 5,2 см-11,6х6,3см.

Разрушение безоара проводили с использованием гибридных технологий. При больших размерах безоара процедуру начинали с лазерной литотрипсии и затем фрагменты уменьшали с помощью механического литотриптора либо эндоскопической петлей. В наблюдениях с меньшим размером безоара процедуру проводили с использованием механического литотриптора либо эндоскопической петли. Методика заключалась в следующем. Под общим обезболиванием проводят в желудок баллонный обтуратор под эндоскопической навигацией. Далее обтуратор устанавливают в пилородуоденальный переход и перекрывают выход из желудка путем надувания обтуратора. Заполняется желудок 3% содовым раствором и проводят процедуру по разрушению фитобезоара. Фрагменты фитобезоара отмывают из желудка через желудочный зонд большого диаметра, проводят контрольную гастроскопию и после чего удаляют баллонный обтуратор.

Результаты. Процедура разрушения фитобезоара в один сеанс удалось осуществить в 24(66,7%)случаях, в 7 (19,4%) наблюдениях выполнено повторное вмешательство из за больших размеров безоара, в 3 этапа процедура проведена в 3(8,3%)случаях.У 2(5,6%) пациентов гибридные вмешательства по поводу трипсии безоара оказались неэффективными из-за высокой плотности фитобезоара из хурмы, им выполнена миниларотомия, гастротомия, удаление безоара. Интра- и послеоперационные осложнения не имели место.

Обсуждение. Для лечения безоаров желудка используют как консервативные, так и хирургические методы. Консервативные методы в большинстве случаях не дают желаемого эффекта. При хирургических методах могут встречаться специфические осложнения и метод является инвазивным. Использование одного метода литотрипсии при малоинвазивном эндоскопическом вмешательстве также длительный процесс, а гибридный подход позволяет, в большинстве случаев, завершить процедуру в один этап.

Выводы и рекомендации. Гибридный подход в разрушении фитобезоаров желудка под эндоскопической навигацией является наиболее оптимальным

---

158. Изменения в слизистой оболочке верхних отделов ЖКТ при абдоминальном эндотоксикозе

Дибиров М.Д. (1), Парфенов И.П. (2), Войновский А.Е. (3), Гаджимурадов Р.В. (1), Магомедхайиров Ш.М. (1), Исаев А.М. (1), Магомедалиев А.М. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
2) ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»
3) ГБУЗ «ГКБ им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

Актуальность. При остром перитоните и панкреатите в пищеводе, желудке и 12 перстной кишке отмечаются как обострения хронических болезней, так и появление

новых острых поражений слизистой оболочки, которые у части больных осложняются кровотечением и перфорацией.

Материал и методы. Изучены визуальные и морфологические изменения в слизистой оболочке пищевода, желудка и 12 п. кишки у 110 больных с острым эндотоксикозом различной степени тяжести. Легкая степень выявлена у 20 (18%) больных, средней тяжести – 32 (29%), тяжелой степени - у 58 (53%). При поступлении тяжесть состояния и эндотоксикоз определялись по шкалам: BISAP, APACHE II, SOFA, степени эндотоксикоза по В.К. Гостищеву. Всем больным выполнялись общеклиническое обследование с определением уровня α – амилазы, липазы, С – реактивного белка, прокальцитонина, лактата, а также ЭГДС.

Всем больным с абдоминальным эндотоксикозом проводилась стандартная противоязвенная терапия ингибиторами протонной помпы и, несмотря на это, стресс - повреждения верхних отделов ЖКТ выявляются при тяжелом эндотоксикозе.

Результаты и обсуждение. При легкой степени эндотоксикоза острые эрозии и мелкие язвы в пищеводе выявлены у 3% больных, в желудке – у 8%, 12 п.к. – 3%. Средней тяжести: 6%, 14% и 12 % соответственно.

При тяжелом эндотоксикозе, вследствие распространенного гнойного и ферментативного панкреатогенного перитонита, выявлено, что стресс – повреждения в пищеводе отмечаются у 36% больных, в желудке – 46%, 12 п.к. – 22%. Кровотечения из острых эрозий и язв выявлены у 28 (25%) больных, из них: пищевода выявлено у 5%, желудка - 14%, 12 п.к. – 12%. Перфорации острых язв наступили у 13 (11,8%): желудка у 8 (7,3%), 12 п. к. – 5 (4,5%).

Кровотечения у 26 пациентов остановлены эндоскопически: склеротерапия, диатермокоагуляция. У 2 – х больных выполнена эндоваскулярная селективная эмболизация. При перфорациях у 8 больных выполнено лапароскопическое ушивание и у 4 х – ушивание во время релапаротомии. Умер 1 (8,3%) пациент из 12.

При тяжелом эндотоксикозе из 58 больных у 8 (14%) выполнена длительная вено – венозная гемофильтрация.

Выводы. Таким образом, несмотря на проводимую интенсивную противоязвенную терапию при тяжелом эндотоксикозе в верхних отделах ЖКТ отмечаются стресс – повреждения с кровотечением и перфорациями.

---

159. Применение специализированной ИИ-программы в локальной сети хирургического отделения военного госпиталя (на базе Тульской областной клинической больницы): автоматизация справок, заявлений и ускорение документооборота

Исаев Э.Г., Нуждихин А.В.

Тула

ГУЗ ТО Тульская Областная Клиническая Больница

Актуальность

В условиях военного госпиталя, работающего на базе гражданской больницы (Тульская областная клиническая больница), хирургическое отделение на 77 коек с штатом из 6 врачей сталкивается с высокой нагрузкой по оформлению внутренней и внешней документации: выписные эпикризы, справки о ранении/заболевании, направления на ВВК, заявки на медикаменты и перевязочные материалы, рапорты и др. До 40% рабочего времени хирургов уходит на ручное заполнение повторяющихся форм. Использование стандартных МИС затруднено из-за требований к изоляции сети (запрет выхода в интернет, работа только в локальном контуре). Цель работы – представить опыт внедрения ИИ-программы, полностью функционирующей в локальной сети отделения, для автоматизации справок, заявлений и ускорения обработки данных.

Материалы и методы

На базе хирургического отделения (77 коек, 6 врачей) в течение 3 месяцев (январь – март 2026 г.) тестировалась программа, разработанная с использованием технологий искусственного интеллекта (нейросетевой генератор текста, алгоритмы извлечения структурированных данных из свободного текста, предиктивный ввод). Программа развёрнута на локальном сервере отделения, без доступа к внешним сетям.

Функции программы:

автоматическое формирование 12 типов справок (в том числе для военно-врачебной комиссии);

генерация заявлений на лекарственные средства, расходные материалы, инструменты с подстановкой данных из оборотной ведомости;

«умный» поиск и агрегация данных из электронных историй болезни (история, диагнозы, операции, сроки лечения);

голосовой ввод с распознаванием медицинской лексики (офлайн-модель).

Учёт времени на оформление документов проводился хронометражем для каждого из 6 врачей (не менее 50 операций ввода).

Результаты

Среднее время оформления одной справки сократилось с 6,2 мин до 1,1 мин (в 5,6 раза).

Заявление на получение медикаментов – с 4,7 мин до 0,8 мин.

Общее время врача на документооборот в смену уменьшилось с 2,5–3 часов до 35–45 минут.

Благодаря локальной сети утечка данных отсутствует, работа возможна при полном отключении внешнего интернета.

Точность распознавания голосовых команд – 92% (офлайн-модель, обученная на хирургической лексике).

Все документы соответствуют требованиям делопроизводства военного госпиталя и гражданского здравоохранения.

Выводы

ИИ-программа, функционирующая исключительно в локальной сети хирургического отделения (77 коек, 6 врачей), позволяет кардинально ускорить оформление справок и заявлений, высвобождая хирургам до 2 часов ежедневно для клинической работы.

Важнейшее преимущество – полная автономность и соответствие требованиям по защите данных в военном госпитале (отсутствие связи с интернетом).

Разработка с помощью ИИ (генеративных нейросетей) заняла 3 недели и обошлась в 3–5 раз дешевле покупки готовой МИС, при этом программа полностью учитывает специфику военного хирургического отделения.

Рекомендовано тиражирование решения в аналогичные подразделения военных госпиталей, расположенных на базе гражданских клиник, с количеством коек 50–100 и штатом врачей до 10 человек.

---

160. Аугментация молочных желез от истоков до современности

Стольникова Ю.Л., Гасанова М.Е., Злыднева М.А.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Аугментация молочных желёз является одной из самых распространенных эстетических операций в мире. В России, по информации на 2025 год, ежегодно выполняется более 30 тысяч операций по коррекции груди. Это делает исторический анализ необходимой базой для понимания текущих тенденций в пластической хирургии.

Цель исследования. Проанализировать данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные вопросам истории развития аугментации молочных желез.

Материал и методы. Для анализа текущего состояния обсуждаемого вопроса от истоков до наших дней по данным исследований был проведен поиск информации в базах данных Pubmed, Google scholar, CyberLeninka, Elibrary. Всего было найдено 120 источников, из которых 31 включены в исследование.

Полученные результаты и их обсуждение. Исторические корни и первые неудачи. Интерес к эстетическому увеличению груди насчитывает более 120 лет, начиная с инъекций парафина в 1899 году. Первые методы были опасны: парафин вызывал местные осложнения. В начале XX века хирурги экспериментировали с пересадкой собственной жировой ткани, однако результаты были непредсказуемыми. В СССР А.А. Вишневским (1981) был предложен двухэтапный метод с использованием органического стекла и последующим заполнением полости маслом, но он не закрепился в практическом применении из-за образования плотных фиброзных капсул.

Эра имплантатов: поиск идеального материала (1950–1980-е). В 1950-60-х годах на смену биологическим материалам пришли синтетические полимеры, но с ними молочная железа становилась жесткой и вызывали фиброз. В 1962 году Доктор Томас Кронин и Dow Corning представили первый силиконовый имплантат, заполненный гелем. Первой пациенткой стала Тимми Джин Линдсей. Главной проблемой первых силиконовых имплантатов стала капсулярная контрактура имплантатов — образование плотной фиброзной капсулы вокруг протеза, приводящее к деформации и жесткости груди. В 1965 году Анри Арион разработал первый солевой имплантат, который вводился пустым через небольшой разрез, после заполнялся раствором. Недостатком была водянистая консистенция и складчатость.

Совершенствование имплантатов и борьба с осложнениями (1980–2000-е). Появление второго поколения имплантатов снизило частоту развития контрактуры, но привело к диффузии молекул силикона в ткани. Третье поколение имплантатов получило многослойную оболочку с фторсиликоновым барьером для предотвращения миграции геля. Мораторий FDA 1992 года временно ограничил использование силиконовых имплантатов в США, что подстегнуло разработку более безопасных 4-го и 5-го поколений с высоко когезивным гелем и текстурированной поверхностью.

Возрождение липофилинга (XX–XXI век). Первая пересадка жира для коррекции груди датируется 1895 годом. В 1980-х годах с развитием липосакции интерес к методу

возродился. В 1987 году ASPRS наложило запрет на липофилинг груди из-за трудностей дифференциальной диагностики с онкопатологией молочных желез за счет визуализации микрокальцинатов. Запрет был снят в 2006 году. Современная техника подразумевает многослойное введение жира небольшими порциями для максимальной приживаемости.

Клеточные технологии: введение стромально-васкулярной фракции (SVF) или стволовых клеток жировой ткани (ADSC) повышает приживаемость трансплантата и улучшает качество тканей.

Вывод. Главными итогами этой эволюции стали безопасность, естественность и индивидуальный подход к каждой пациентке. Современная пластическая хирургия предлагает не просто изменить форму молочных желез, а сделать это с минимальным ущербом для здоровья, что и является главным достижением этой непростой истории.

---

161. Антеградный метод лечения «сложного» холангиолитиаза

Праздников Э.Н. (1), Лившиц С.А. (2), Баранов Г.А. (1), Шевченко В.П. (1,2), Зинатулин Д.Р. (1,2), Суйнышев С.В. (2), Карнюхин А.С. (2)

1) Москва
2) Ногинск

1) ФГБОУ ВО “Российский университет медицины” Минздрава РФ
2) ГБУЗ МО «Ногинская больница»

Актуальность:

«Сложный» холангиолитиаз представляет собой клинически значимую форму холангиолитиаза, характеризующуюся наличием крупных (>15 мм), множественных, вколоченных или проксимально расположенных конкрементов в просвете желчных протоков, не поддающихся удалению при эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией корзиной или баллонным катетером. Актуальность совершенствования лечебной тактики при данном состоянии обусловлена несколькими факторами. Сохраняется высокая эпидемиологическая значимость; традиционные эндоскопические подходы (ЭРХПГ) имеют ограниченную эффективность при сложном холангиолитиазе; отсутствует унифицированный клинический протокол с оптимальным вариантом литотрипсии и этапностью вмешательства в зависимости от характеристик конкрементов и анатомических особенностей билиарного тракта. Разработка и систематизация эффективных, относительно безопасных и экономически обоснованных методик лечения сложного холангиолитиаза является актуальной задачей современной гепатобилиарной хирургии.

Целью данной работы явилось повышение эффективности хирургического лечения пациентов со «сложным» холедохолитиазом и синдромом билиарной обструкции, а также определение альтернативного варианта малотравматичного разрешения холангиолитиаза при невозможности выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства.

Материалы и методы:

Проведен анализ лечения 100 пациентов со «сложным» холедохолитиазом и билиарной обструкцией, которым выполнить эндоскопический ретроградный метод лечения не представлялось возможным, либо он оказался не эффективным. Все больные были разделены на 2 клинические группы: в первой выполнялся антеградный чрескожный чреспеченочный метод лечения с применением рентгенангиографического оборудования, во второй – лапароскопическая холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Первую клиническую группу составили 54 больных в возрасте от 37 до 86 лет, (средний возраст 63,1±11,8 лет) с длительностью желтухи на догоспитальном этапе от 3 до 20 суток (в среднем 9,6 сут), с уровнем билирубинемии от 121,7 до 439,5 мкмоль/л, средний (m=187,1 ± 27,3 мкмоль/л) и размером конкремента от 7 до 30 мм, которым применен антеградный метод лечения. Лазерная внутрипротоковая литотрипсии выполнялась 27 больным, механическая – 12, фрагментация камня не потребовалась в 15 наблюдениях.

Вторую клиническую группу составили 46 пациентов в возрасте от 31 до 84 лет, (средний возраст 66,9±12,5 лет), с длительность желтухи на догоспитальном этапе от 3 до 19 суток (в среднем 12,1 суток), с уровнем билирубина от 81,3 до 401,3 мкмоль/л (в среднем 194,1 ± 28,4 мкмоль/л) и размером конкрементов от 6 мм до 28 мм, которым выполнялась лапароскопическая холедохолитотомия.

Результаты:

Средняя длительность операции в первой клинической группе составила 68 ± 18 мин; во второй – 127 ± 22 мин.

Интраоперационная кровопотеря в первой группе была минимальная (до 10 мл - 20 мл); во второй – 80 ± 15 мл.

Сроки пребывания в стационаре в послеоперационном периоде составили в первой группе 11 ± 5,2 суток, во второй – 16 ± 4,3 суток.

В первой клинической группе частота технических осложнений составила 7,4 % (4 наблюдения), во второй – 8,7 % (4 случая). Достигнутая в итоге эффективность лечения в

первой клинической группе составила 96,3 %, во второй клинической группе - 95,7 %.

Заключение:

Антеградный чрескожный метод лечения «сложного» холедохолитиаза является технически выполнимым, высокоэффективным и относительно безопасным методом хирургического лечения больных с холангиолитиазом, осложненным билиарной обструкцией. Его следует рассматривать как обоснованный вариант альтернативного малотравматичного метода лечения пациентов со сложными формами холедохолитиаза, которым выполнить ретроградное эндоскопическое вмешательство не представляется технически выполнимым, либо оно не эффективно. Антеградный вариант доступа может обеспечить планируемый уровень санации билиарного тракта в сложных клинических ситуациях.

---

162. Опыт применения костно-пластических ампутаций с использованием костной аутоткани у пациентов с гангренами нижних конечностей, находившихся на лечение в УЗ «Могилевская клиническая больница СМП».

Степанюк А.А.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская клиническая больница СМП»

Актуальность: Несмотря на достижения в современной сосудистой хирургии в лечении пациентов с поражением сосудов нижних конечностей, приводящих к развитию гангрены, количество высоких ампутаций ежегодно растет. Осложнения, такие как послеоперационные гематомы культей с последующим нагноением, возникающие после выполнения стандартных высоких ампутаций нижних конечностей, связаны с тем, что при перепиливании бедренной кости, костно-мозговой канал, содержащий костный мозг, остается открытым, являясь тем самым источником кровотечения и образования гематом в мягких тканях культей в послеоперационном периоде. Выполнение костно-пластических ампутаций с закрытием костномозгового канала участком собственной кости позволяет избежать образования в послеоперационном периоде данного осложнения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов, находившихся на лечение по поводу гангрен нижних конечностей в УЗ «Могилевская клиническая больница СМП» за период с 2021 по май 2026 год. Из них женщин было 27 (45%) пациентов, мужчин 33 (55%). Возраст пациентов составлял от 58 до 90 лет. Средний возраст пациентов составил 72 года. При поступлении в стационар, в приемном покое пациент осматривался терапевтом, хирургом, у женщин обязательный осмотр гинеколога. Выполнялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. В лабораторные исследования входили ОАК, ОАМ, БАК определение глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом. В инструментальные методы исследования входили рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ брюшной полости (осматривался брюшной отдел аорты), УЗИ артерий нижних конечностей (для определение уровня ампутации), КТ ангиография.

Показаниями к выполнению оперативного вмешательства являлись: наличие гнойно-некротических изменений мягких тканей нижних конечностей. Уровень ампутации определялся по данным УЗИ артерий нижних конечностей и ангиографическому исследованию.

У 33 (55%) пациентов была выполнена стандартная ампутация на уровне с/3 бедра, у 27 (45%) – костнопластическая ампутация на уровне с/3 бедра с использованием участка собственного надколенника для закрытия костномозгового канала культи бедренной кости.

Полученные результаты и обсуждение: при ретроспективном анализе историй болезни у 24 (73%) пациентов из группы, в которой пациентам была выполнена стандартная высокая ампутация, в послеоперационном периоде осложнение проявилось в виде гематомы мягких тканей культи, которая потребовала повторного оперативного лечения направленного на санация гематомы. У пациентов из группы, в которой выполнялась костно-пластическая ампутация нижней конечности, данного осложнения не было выявлено. Средние сроки нахождения пациентов после стандартной ампутации составили от 15 до 28 дней (в среднем 21,5). Сроки стационарного лечения пациентов после костно-пластической ампутации составили от 10 до 16 дней (в среднем 13 дней).

Выводы и рекомендации: Как мы видим из нашего исследование, использование костно-пластических ампутаций с закрытием костномозгового канала культи бедренной кости позволяет избежать появления в послеоперационном периоде такого осложнения как гематома мягких тканей культи бедра, требующая выполнения повторного оперативного вмешательства, тем самым увеличивая сроки нахождения пациента в стационаре.

---

163. Оптимизация лечебно-диагностической тактики при гигантских и множественных гемангиомах печени: анализ отдаленных результатов

Айдемиров А.Н, Абакарова А.Р, Белоконь О.С, Байрамкулов М.Д.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет, ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница»

Актуальность. Гемангиомы печени остаются наиболее частыми доброкачественными новообразованиями органа. Дискуссионным остается вопрос выбора оптимальной тактики: активное хирургическое лечение (резекция) или эндоваскулярные методы (эмболизация), особенно при гигантских (>10 см) и множественных формах. Отсутствие единых протоколов ведения и анализа отдаленных результатов определяет актуальность настоящего исследования.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с гемангиомами печени путем оптимизации лечебно-диагностической тактики на основе сравнительного анализа непосредственных и отдаленных исходов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 66 клинических случаев. Контрольную группу составили 50 пациентов (средний возраст 51,8 года; 92% женщин), перенесших открытые резекции печени. Основную группу — 16 пациентов (средний возраст 52,8 года), которым выполнена эндоваскулярная эмболизация, из них 37,5% — повторные вмешательства. Выполнен анализ интраоперационных показателей, осложнений по шкале Clavien-Dindo и отдаленных результатов (срок наблюдения до 18 месяцев). Статистическая обработка проведена с использованием точного критерия Фишера.

Результаты. В контрольной группе частота тяжелых осложнений (Grade IIIa-IVa) составила 10%, из них одно жизнеугрожающее (Grade IVa). Массивная кровопотеря (>1000 мл) зафиксирована у 4% пациентов. Летальных исходов не было. Получена прямая корреляция между размером опухоли (>10 см) и частотой осложнений (p=0,02). Предикторами неблагоприятного исхода явились: множественный характер поражения (83,3% осложнений Grade II и выше) и ожирение (ИМТ>30) — относительный риск 1,8.

В основной группе тяжелых осложнений (Grade III-IV) при выполнении эмболизации не зафиксировано (0%). У 84,6% отмечено гладкое течение (Grade 0-I). Частота гемотрансфузий составила 0%. Однако в 40% случаев потребовались повторные эмболизации в связи с прогрессированием: интервал между процедурами варьировал от 3 до 16 месяцев. В 20% случаев отмечено отсутствие эффекта (рост гемангиомы после эмболизации), что потребовало пересмотра тактики в пользу резекции. У одного пациента эмболизация выполнена после неудачной резекции (рецидив), у одного — после разрыва гемангиомы. Все пациенты с быстрым прогрессированием (интервал 10 см) эмболизация, напротив, демонстрировала стабильность в 80% случаев.

Выводы. Эндоваскулярная эмболизация является безопасным методом с минимальным риском осложнений, обоснованным методом выбора у пациентов с высоким операционным риском. При гигантских гемангиомах метод демонстрирует высокую эффективность (80% стабильности). Однако в 40% случаев требуется повторная эмболизация, у 20% — смена тактики на резекцию. Резекция остается «золотым стандартом» радикализма при отсутствии противопоказаний, но сопряжена с вдвое большим риском осложнений. Предикторами прогрессирования после эмболизации являются мужской пол, множественные гемангиомы средних размеров (50–100 мм) и возраст до 50 лет, что требует персонифицированного подхода. Двухэтапная стратегия (резекция доминирующего очага и эмболизация остаточных) является оптимальной при билобарных поражениях. Пациенты группы риска требуют динамического наблюдения с интервалом не более 6 месяцев.

---

164. Современный подход к лечению инфицированных ран

Владимирова О.В. (1,2), Лаврешин П.М. (1), Кораблина С.С. (1), Вергасов М.М. (1,3), Зыбинский И.А. (3), Самойлина И.А. (1), Скребец Ю.Н. (1,2)

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ
2) ГБУЗ СК ГКБ №2
3) ГБУЗ СК СККБ

Актуальность. Число пациентов с инфицированными осложненными ранами не уменьшается, а имеет тенденцию к росту, составляя до 30% от всего количества хирургических пациентов, а развитие длительно незаживающих ран после гнойных процессов мягких тканей составляет 2,21 на 1000 населения.

Цель. Улучшение результатов лечения инфицированных ран у пациентов путём применения комплекса хирургического и консервативного ведения ран с применением современных раневых средств.

Материалы и методы. Сравнительный анализ 68 пациентов 40-75 лет обоего пола, с открытыми ранами с фор-

мированием некрозов и грануляций, с ожогами различной этиологии 3 ст. до 5% п.т. более 15 суток от момента получения травмы и постинфекционными постнекротическими гранулирующими ранами. Пациенты разделены на две равнозначные группы. Всем пациентам обеих групп выполнена некрэктомия на ранних этапах госпитализации вне зависимости от вида некроза и степени развития грануляционной ткани. В группе исследования применялось закрытие зоны трансплантации и донорских ран современными раневыми покрытиями сетчатого типа + абсорбирующее альгинатное покрытие. В послеоперационном периоде замена раневых покрытий по показаниям, в среднем 1 раз в 2 дня, по мере уменьшения экссудации смена вида повязок с альгинатной на гидрогелевую. Системно пациенты получали таблетированный препарат гидроксиэтилдиметилдигидропиримидина 500 мг 3 раза в день в течение 2 недель с целью стимуляции восстановления тканей. В группе контроля закрытие ран с применением сетчатых раневых покрытий и марлевыми повязками с раствором антисептика с заменой повязок один раз в сутки. Антибактериальная терапия проводилась в обеих группах по показаниям на основании результатов бактериологического исследования.

Результаты. Для определения эффективности комплексного подхода проведен анализ показателей бактериальной обсемененности ран, эпителизации, воспаления и лизиса трансплантатов и качества жизни пациента в послеоперационном периоде, оценка в авторской электронной карте, позволяющей проводить оценку в унифицированных баллах. При анализе средних сроков заживления в группе исследования на 7 сутки, а в контрольной – на 10-е, при изучении показателей воспаления в области п/о раны динамика показателей демонстрирует интенсивное стихание признаков в группе исследования уже к 4 суткам, тогда как в группе контроля явления умеренного воспаления купировались к 6-7 суткам, нестабильное приживление трансплантатов имело место у 24% пациентов группы контроля и только у 5% в группе исследования. После выписки проведена оценка по критериям в динамике на 10, 30, 60, 90 и 180 сутки в баллах от 0 до 4, где 0 – норма, 4 – максимально выраженный признак: зуд, боль, качество жизни, эстетический дискомфорт, ограничение подвижности, чувство натяжения. Так, анализ качества жизни на 90 и 180 сутки после травмы показал, что качество жизни улучшилось на 90 сутки у 10%, а уже на 180 сутки у 71% пациентов группы исследования, и только у 40% пациентов группы контроля.

Обсуждение. Анализ результатов заживления у пациентов с заведомо неблагоприятными в плане перспектив заживления ранами показал, что применение комплексного подхода с применением современных сочетаний раневых средств и системной стимуляции может быть применимо в лечении определенной категории больных.

Заключение. Проведение комплексного лечения ран и использование современных раневых покрытий в сочетании с системным воздействием на процессы регенерации позволяет снизить частоту развития осложнений, уменьшить сроки заживления ран, сократить сроки стационарного лечения и периода восстановления.

---

165. Подходы к снижению риска возникновения инфекционных осложнений раннего послеоперационного периода в хирургии позвоночника

Зыбинский И.А. (3), Владимирова О.В. (1,2), Лаврешин П.М. (1), Вергасов М.М. (1,3), Самойлина И.А. (1)

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ
2) ГБУЗ СК ГКБ №2
3) ГБУЗ СК СККБ

Актуальность. Декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства признаны «золотым стандартом» в хирургии позвоночника при лечении патологий дегенеративного и травматического генеза. При этом подавляющее большинство (80%) операций выполняется из заднего (дорсального) доступа. В связи с увеличением числа пациентов и объема проводимых хирургических вмешательств частота возникновения инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) созависимо прогрессирует. Инфекция в области хирургического вмешательства представляет собой серьезное осложнение, потенциально развивающееся после операций на позвоночнике. ИОХВ обусловлена колонизацией послеоперационной раны патогенными микроорганизмами. Данное состояние может манифестировать как поверхностная инфекция, вовлекающая рану и прилежащие ткани, либо как глубокая инфекция, проникающая в глубокие структуры тела и поражающая костную ткань или импланты, используемые для стабилизации позвоночника. Выделяют ряд факторов риска, предрасполагающих к развитию ИОХВ. К ним относятся: продолжительность оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, установка имплантационных систем, нарушения асептической техники хирурга и кожной антисептики, снижение иммунной реактивности пациента и прочие. Пациенты, страдающие сахарным диабетом, ожирением и иными сопутствующими соматическими заболеваниями, также имеют повышенный риск возникновения инфекции после операции на позвоночнике.

Цель исследования: выявление факторов риска развития инфекции области хирургического вмешательства

в хирургии позвоночника и проведение стратификации пациентов по уровню риска.

Материалы и методы: исследование основано на ретроспективном анализе медицинской документации 131 пациента на предмет определения факторов риска возникновения инфекции области хирургического вмешательства после операций на грудном и/или поясничном (пояснично-крестцовом) отделах позвоночника.

Результаты: в результате исследования были определены факторы, которые разделены на две группы. Первая группа представляла факторы риска, связанные с пациентом. К ним относились возраст, наличие сахарного диабета, наличие хронических сопутствующих патологий, табакокурение и коагулопатия. Вторая группа была связана с нахождением в стационаре и хирургическим вмешательством, в котором выделены такие параметры, как объем оперативного лечения, объем кровопотери, длительность операции, длительность предоперационной госпитализации. Для определения суммарного уровня риска появления послеоперационных инфекционных осложнений для каждого фактора риска определен уровень с бальной оценкой, где 0 – отсутствие значимого влияния, 1 – среднее значение, 2 – высокий уровень риска, на основании которых составлена шкала риска. По данной шкале у пациента определяется в зависимости от суммы баллов низкий (0-5), средний (6-11) или высокий уровень риска (12-18), что может повлиять на выбор стратегии лечения пациента.

Заключение: проведение стратификации пациентов, нуждающихся в хирургическом вмешательстве на позвоночнике, с учётом степени потенциальных рисков даёт возможность прогнозировать исходы лечения, разрабатывать профилактические мероприятия и выбирать оптимальную лечебную тактику в случае наличия рисков послеоперационных инфекций.

Выводы: Подобный подход способствует персонализации медицинской помощи — от предупреждения нежелательных событий до определения стратегии ведения больного при возникновении инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

---

166. Оценка эффективности комбинированной реконструкции сосудистого и трофического поражения нижних конечностей

Вергасов М.М. (1,2), Владимирова О.В. (1,3), Чемурзиев Р.А. (1,2), Гаспарян М.В. (2), Алмазов Д.У. (1)

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ
2) ГБУЗ СК СККБ
3) ГБУЗ СК ГКБ №2

Актуальность: Вопрос лечения артериальной недостаточности с наличием обширных ран конечностей является крайне актуальным, так как применение стандартных подходов не приводит к нужному результату. На первый план выходит проблема развития стойкого нарушения заживления на фоне инфекционного и трофического процессов. Уровень инвалидизации при развитии трофических язв на месте длительно незаживающих ран достигает 25% - 50%.

Цель исследования — усовершенствование результатов лечения пациентов с хронической артериальной недостаточностью при наличии трофического дефекта тканей за счёт применения одномоментного комбинированного оперативного вмешательства.

Материалы и методы: в исследование включено 96 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет обоего пола с наличием стенотически-окклюзирующего поражения бедренно-подколенно-берцового артериального сегмента с клиникой ХАН IV степени (по Фонтейну–Покровскому). Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по основным клинико-демографическим характеристикам. Группа исследования (n = 38) — одномоментное комбинированное оперативное вмешательство в условиях одной анестезии. Первым этапом проводилась реваскуляризация конечности. Вторым этапом осуществлялась санация гнойно-некротического очага: некрэктомия, ампутация пальцев, резекция дистальной части стопы, обработка ран холодно плазменным спреем. Далее применялись современные хитозан-коллагеновые раневые покрытия и гель с хитозаном и антисептиками с повторными обработками потоком холодной плазмы во время перевязки. Смена повязок один раз в два-три дня. Группа контроля (n = 58) — стандартная тактика с двух- или мультиэтапными вмешательствами и стандартными перевязками.

Результаты: в группе исследования средняя длительность госпитализации составила 14–16 суток с последующей выпиской под наблюдение хирурга поликлиники и контрольными осмотрами ангиохирурга. В контрольной группе пациенты находились в отделении 9–11 суток, после чего переводились в другие стационарные лечебные учреждения. Количество анестезиологических посо-

бий в контрольной группе составляло 2–3, в группе исследования — одно. Частота госпитальных осложнений в контрольной группе: хирургическая гематома — 2 (3,4%), нехирургическая гематома — 1 (1,7%), тромбоз зоны реконструкции — 2 (3,4%), инфекционные осложнения — 9 (15,5%). В группе исследования: хирургическая гематома — 1 (2,6%), нехирургическая гематома — 3 (7,9%), тромбоз зоны реконструкции — 1 (2,6%), инфекционные осложнения отсутствовали. В группе исследования эпителизация или появление активных грануляций в области трофического дефекта регистрировалось на 5–7-е сутки, в контрольной группе эти сроки были достоверно более длительными.

Степень регресса ишемии (до ХАН I–IIa) не имела значимых различий между группами (p = 0,67), что свидетельствует об одинаковой эффективности реваскуляризирующего этапа.

Обсуждение: В контрольной группе инфекционные осложнения составили 15,5%, что согласуется с данными литературы, указывающими на высокий риск инфицирования сосудистых реконструкций при наличии не санированных гнойно-некротических очагов.

Выводы: Применение предложенного подхода способствует сокращению сроков заживления трофических дефектов (медиана начала грануляции 5–7 суток против 16 суток в контрольной группе, p = 0,014) и обеспечивает завершённость лечения в рамках одной госпитализации. Предложенная тактика безопасна (не увеличивает частоту тромбозов и гематом) и может быть рекомендована для широкого внедрения в клиническую практику.

---

167. Реабилитационная лечебная физкультура в раннем послеоперационном периоде у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами

Михайлов А. Ю., Халимов Э.В., Казанцев В.В., Тахиров Ш.У.

Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РоссииБУЗ УР «Городская клиническая больница №6 МЗ УР»

Послеоперационные вентральные грыжи составляют 20–30% от всех грыж живота и возникают в 7–24% случаев после срединных лапаротомий. Частота рецидивов после пластики с использованием сетчатых имплантатов достигает 10–45%, а при больших грыжах - 60%. Сетчатый эксплантат является инородным телом, и успех его витализации в тканях передней брюшной стенки во многом зависит от функционального состояния мышц, которое может быть улучшено с помощью ранней лечебной физкультуры (ЛФК).

Цель исследования: разработать метод ЛФК в раннем послеоперационном периоде у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и оценить его влияние на уровень микроциркуляции в парараневой зоне, частоту осложнений.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе хирургического отделения БУЗ УР «Городская клиническая больница №6 МЗ УР» (г. Ижевск). Обследовано 30 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами после грыжесечения с пластикой дефекта сетчатым эксплантатом. По классификации Chevre–Rath (1999) грыжи соответствовали диапазону M1–3, W2–4, R0–1. Основную группу составили 14 человек (7 женщин, 8 мужчин, средний возраст 52,0±13,0 года, длительность существования грыжи 1,8±1,2 года), которым с первых суток после операции проводили индивидуальные занятия ЛФК в постельном и полупостельном режиме, без нагрузки на мышцы брюшной стенки. Комплекс включал: статические дыхательные упражнения с приёмами «безболезненного» откашливания; динамические упражнения для мелких и средних суставов конечностей; отводяще-приводящие движения бёдер; ритмичное сокращение и расслабление мышц промежности. Методика основана на моторно-висцеральном рефлексе: движение верхних конечностей вызывает сокращение грудной мышцы, имеющей общий фасциальный футляр с прямой мышцей живота, что приводит к кратковременному перераспределению кровотока и усилению васкуляризации мышц передней брюшной стенки. Контроль микроциркуляции проводили ежедневно в течение 7 дней методом бесконтактной термометрии инфракрасным пирометром «DEKO WD-01» в шести симметричных точках на расстоянии 5,5 см от края послеоперационной раны (вне перевязочного материала). Локальное повышение температуры парараневых тканей на 1,0–1,5 °C интерпретировали как признак улучшения микроциркуляции и оптимизации регенерации. Качество жизни оценивали по субъективной шкале, включавшей физическую активность, болевой синдром и психоэмоциональный статус. Группу сравнения (n=16) составили пациенты, сопоставимые по полу, возрасту и дооперационному периоду, без назначения ЛФК.

Результаты. В основной группе с первого дня занятий зафиксировано стойкое локальное повышение температуры тканей вокруг раны на 1,2–1,8 °C относительно исходных величин. В группе сравнения температура оставалась стабильной либо снижалась, что указывало на менее благоприятные условия для витализации эндопротеза. В основной группе не отмечено случаев гипостатической пневмонии, атонии кишечника или тромботических осложнений; пациенты активизировались раньше. Средняя длительность госпитализации в основ-

ной группе составила 12,5 дня против 15,0 дня в группе сравнения (разница 2,5 дня). Через 1 месяц после операции отличные и удовлетворительные исходы в основной группе зарегистрированы у 13 из 14 пациентов (92,9%), в группе сравнения – у 12 из 16 (75,0%). Осложнений в виде расхождения швов или инфицирования послеоперационной раны в основной группе не выявлено.

Выводы. Раннее применение ЛФК по предложенной методике у пациентов после пластики послеоперационных вентральных грыж сетчатым эксплантатом улучшает микроциркуляцию в парараневой зоне, снижает частоту общесоматических и послеоперационных осложнений, сокращает сроки стационарного лечения.

---

168. Антитромбоцитарная терапия после эндоваскулярных вмешательств у пациентов с заболеваниями системы крови

Аржанцев А.С., Абаева Д.С., Дорфман С.В., Васильев А.Э., Данишян К.И.

Москва

ФГБУ НМИЦ гематологии МЗ РФ

Актуальность. Пациенты с заболеваниями системы крови имеют сочетанный высокий риск тромботических и геморрагических событий. Проведение эндоваскулярных вмешательств в этой когорте требует обязательного назначения двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ), однако данные о ее безопасности и эффективности крайне ограничены, что создает серьезную клиническую проблему

Материал и методы. В одноцентровое ретроспективно-проспективное исследование включены 8 пациентов (медиана возраста 60 лет, от 48 до 76), которым в НМИЦ гематологии в 2025–2026 гг. выполнено 9 эндоваскулярных вмешательств. У одного больного хроническим лимфолейкозом вмешательства проводились дважды (первое — экстренно по поводу острого инфаркта миокарда, второе — в плановом порядке). Структура гематологической патологии: онкогематологические заболевания — 4 (диффузная В-крупноклеточная лимфома, анапластическая крупноклеточная лимфома, миелодиспластический синдром, хронический лимфолейкоз), Ph-негативное миелопролиферативное заболевание (истинная полицитемия) — 1, наследственные нарушения свертываемости крови (дефицит фактора VIII — 2, гипопроконвертинемия — 1). Истинная полицитемия у одной пациентки осложнилась синдромом Бадда–Киари (тромбоз печеночных вен) и развитием рефрактерного асцита, что и потребовало выполнения трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS). Сердечно-сосудистая патология была представлена многососудистым поражением коронарного русла, клинически проявлявшимся острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (3 пациента), острым инфарктом миокарда с подъемом ST (1), стабильной ишемической болезнью сердца (2); у одного пациента имелся критический стеноз внутренней сонной артерии атеросклеротического генеза. Исходная тромбоцитопения ≤100×109/л имелась у 2 пациентов. Структура вмешательств: чрескожное коронарное вмешательство со стентированием — 7, TIPS — 1, стентирование внутренней сонной артерии — 1. Антитромботическая терапия: в 8 случаях (7 ЧКВ и стентирование ВСА) назначена ДАТ — ацетилсалициловая кислота (АСК) в комбинации с клопидогрелом (5) или тикагрелором (3); пациентке после TIPS проводилась антикоагулянтная терапия низкомолекулярным гепарином. Планируемая длительность ДАТ составляла от 1 до 12 мес. Оценивались тромботические события (тромбоз стента, инфаркт миокарда, инсульт) и геморрагические осложнения. Определяющим фактором в выборе ингибитора P2Y12 рецепторов было наличие тромбоцитопении и нарушения гемостаза.

Результаты. За время наблюдения ни одного тромботического события не зарегистрировано. Геморрагические осложнения развились у 1 из 8 пациентов (у пациентки с гипопроконвертинемией на фоне ДАТ АСК + клопидогрел в течение первого месяца возникли носовые кровотечения и множественные эрозии слизистой полости рта и ротоглотки), что потребовало досрочного перехода на монотерапию клопидогрелом; в последующем рецидива кровотечений не отмечено. У 1 пациента с лимфомой на фоне полиохимиотерапии зафиксирована тромбоцитопения

---

169. Новая концепция лечения больных с раком желудка, осложненного кровотечением

Северцев А.Н. (1,2), Овчинников С.В. (2), Монгуш Ч.М. (1), Алиев Н.С. (1), Аносов В.Д. (1,2), Репин И.Г. (3), Глебов К.Г. (1,2), Джуракулов Ш.Р. (1,2), Растригин И.С. (4), Мурадян Т.Г. (1), Фрекэуцану Д. (1), Шаповалов Д.А. (1), Алсаиди А.Р. (1), Альтвабтех А.А.А. (1), Аль Брейзат А.Х.С. (5), Глиа А.М. (6), Коротаев А.В. (7)

1) Москва
2) Амман
3) Триполи

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова», Москва
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
3) ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва
4) ФГБУ «ЦКБ с Поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва
5) Больница Аль-Башеер, Амман, Иорда́нское Хашими́тское Королёвство
6) Ливийский совет по медицинским специальностям, Консультант по хирургии, Триполи, Госуда́рство Ли́вия
7) ГБУЗ Московской области, «Одинцовская областная больница», Одинцово, Московская область

Лечение больных с кровотечением из опухоли при раке желудка является нерешенной проблемой (высокая летальность, частые рецидивы, нарушение возможности проведения противоопухолевой терапии). Отсутствие стандартизированных алгоритмов лечения делает актуальным изучение их эффективности.

Материалы и методы

Одноцентровое исследование (январь 2020 — декабрь 2025). Включено 123 пациента с злокачественным новообразованием желудка, осложнённым кровотечением; возраст ≥18 лет. Пациенты разделены на три группы: транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) — n=72; консервативное/эндоскопическое лечение — n=43; операция после применения всех методов гемостаза — n=8. Всем проводили оценку гемодинамики, лабораторные тесты, раннюю ЭГДС и при показаниях селективную ангиографию с последующей эмболизацией (микроэмболы, спирали, комбинированно).

Результаты

Технический успех локального гемостаза был высоким. В группе ТАЭ (n=72) госпитальная летальность — 10 пациентов; в течение месяца после выписки умерло 13. В группе консервативного/эндоскопического лечения (n=43) госпитальная летальность — 5; после выписки — 7. В оперированной группе (n=8) госпитальная летальность — 0; после выписки — 1. Рецидив кровотечения в течение месяца после выписки: ТАЭ — 8/72 (11,1%); консервативная — 10/43 (23,3%); оперированные — 0/8 (0%). В рамках ТАЭ преимущественно эмболизировали левую желудочную артерию (n=58); использовались микроэмболы (n=37), спирали (n=25) и сочетания (n=10). Агрегированная 30-дневная смертность по когорте оставалась высокой (~25–32%).

Выводы

1) Эндоскопическое лечение целесообразно как первичная мера гемостаза, но требует готовности к последующим методам при рецидиве.

2) ТАЭ рекомендуется при неэффективности ЭТ, массивном кровотечении, размере опухоли >2 см и выраженной коморбидности; при отсутствии видимой экстравазации допустима эмпирическая эмболизация.

3) Оперативное лечение планировать только после стабилизации и оптимизации состояния пациента; без выписки больных и в пределах 2 недель после эмболизации больного.

---

171. Оценка эффективности и безопасности робот-ассистированной и лапароскопической эзофагокардиомиотомии при ахалазии пищевода

Авзалетдинов А.М., Павлов В.Н., Мусакаева К.Р., Вильданов Т.Д., Нургудин А.А., Латыпов Ф.Р., Гибадуллин И.А., Ионис Е.Ю.

Уфа

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

Актуальность. Ахалазия пищевода — редкое нейромышечное заболевание, характеризующееся нарушением расслабления нижнего пищеводного сфинктера и отсутствием перистальтики пищевода. «Золотой стандарт» — лапароскопическая миотомия по Геллеру (LHM). Однако перфорация слизистой (2–5%) остаётся серьёзной проблемой. Роботическая миотомия (RHM) благодаря 3D-визуализации и маневренности потенциально снижает риски. В клинике БГМУ с 2018 г. применяются оба доступа (da Vinci Si/Xi).

Материалы и методы. Ретроспективное когортное иссле-

дование 235 пациентов с ахалазией II–III ст. (Петровский) за 2018–2025 гг. RHM (n=100) vs LHM (n=135). Оценивались длительность операции, кровопотеря, повреждения слизистой пищевода, осложнения (Clavien–Dindo), госпитализация, сроки питания, шкала Eckardt score, рецидивы, рефлюкс через 12 мес.

Результаты и обсуждение. Группы сопоставимы по возрасту, полу, стадии/типу. Продолжительность операции: RHM 84,6±14,2 мин, LHM 98,6±18,7 мин (p=0,018). Кровопотеря: 12,5±5,8 vs 18,2±8,4 мл (p=0,046). Перфорация слизистой: 0% vs 1,48% (p=0,097). Осложнения I–II: 3,0% vs 5,9% (p=0,24). Госпитализация: 4,2±0,9 vs 5,1±1,2 сут (p=0,031). Полное питание ко 2-м суткам: 93,2% vs 85,3% (p=0,041). Через 12 мес Eckardt score: 1,6±0,8 vs 2,2±1,1 (p=0,18); клинически значимое улучшение у 94,9% vs 91,4%. Рецидив дисфагии: 1,1% vs 4,9% (p=0,07). Рефлюкс-эзофагита (≥B по LA) не было. RHM безопасна, не уступает LHM по функциональным исходам, но даёт преимущества по кровопотере, времени операции, госпитализации и тенденцию к снижению перфораций и рецидивов.

Выводы. RHM и LHM обеспечивают сопоставимый стойкий клинический эффект. RHM ассоциируется с меньшей кровопотерей, более короткой операцией и госпитализацией, а также тенденцией к снижению перфораций и рецидивов. При наличии технического оснащения RHM можно считать методом выбора, особенно при сложных типах ахалазии (тип III).

---

172. Современные хирургические стратегии при медиастинальной эктопии опухолей околощитовидных желез

Матвеева З.С. (1), Кузьмичев А.С. (1), Карпатский И.В. (1), Шепичев Е.В. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ
2) ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова» МЧС России

Гиперпаратиреоз - частое эндокринное нарушение, встречается у 0,1–1% населения. Аденоматозные изменения и гиперплазия околощитовидных желез (ОЩЖ) при первичном и вторичном гиперпаратиреозе обусловливают гиперсекрецию паратгормона и, как следствие, нарушения фосфорно-кальциевого обмена, повышение риска остеопороза и переломов. Вследствие особенностей эмбрионального развития паратиреоидной ткани, частота аномального расположения опухолей ОЩЖ достигает 15-20%, охватывая область от корня языка до дуги аорты. У 2% пациентов эктопированные в средостение ОЩЖ не доступны для удаления из шейного доступа, что вызывает необходимость участия торакальных хирургов. В настоящее время отсутствует единый стандарт лечения медиастинально расположенных паратиреоидных опухолей. Целью исследования было изучение частоты медиастинальной эктопии паратиреоаденом и внедрение современных малоинвазивных вариантов хирургического лечения данной патологии. В период с 1973 по 2025 г на клинических базах кафедры госпитальной хирургии СПбГПМУ 745 больных гиперпаратиреозом в возрасте от 6 до 82 лет. Женщин было в 4,3 раза больше, чем мужчин, средний возраст 55,6±1,8 г. В программу лабораторной диагностики включено определение уровня общего и ионизированного кальция, фосфора крови. С целью топической диагностики применялись УЗИ шеи, сцинтиграфия ОЩЖ, МСКТ шеи с контрастированием и ОФЭКТ паратиреоидной ткани. Эктопия опухолей ОЩЖ отмечена у 112 (15%) пациентов, а медиастинальное расположение - у 36 (4,8%) больных, включенных в исследование. Первичный гиперпаратиреоз выявлен у 34 пациентов, у 2 больных, получавших заместительную почечную терапию гемодиализом, был вторичный гиперпаратиреоз. Наибольшей чувствительностью (91%) и специфичностью (95%) в топической диагностике аномально расположенных паратиреоидных опухолей обладала ОФЭКТ/КТ. В 24 (70%) наблюдениях, паратиреоаденомы располагались в верхнем средостении и были успешно удалены из цервикального доступа. В остальных 12 (33%) наблюдениях потребовалась вмешательство на грудной клетке. Продольно-поперечная стернотомия выполнена 5 (14%) больным. Видео-ассистированное торакоскопическое удаление произведено в 6 (16%) случаях. Роботизированное хирургическое вмешательство системой DaVinci - 1 (2,7%) пациенту. Открытые операции выполнялись до 2020 г, позже применялись малоинвазивные методы вмешательств. Для 3 (9%) больных операции были повторными, так как в ходе первого вмешательства из шейного доступа паратиреоаденомы не были удалены, что привело к персистенции гиперпаратиреоза. Повторные вмешательства были малоинвазиными. Частичная продольно-поперечная стернотомия обеспечила широкий доступ к переднему средостению, но отличалась высокой травматичностью, значительным болевым синдромом в послеоперационном периоде и замедленной консолидацией грудины на фоне гиперпаратиреоидной остеодистрофии. Видео-ассистированное торакоскопическое вмешательство обеспечило малотравматичную экстирпацию аденом из средостения. Робот-ассистированная торакоскопия обеспечила прецизионное удаление аденомы в труднодоступной зоне верхнего средостения с минимальной кровопотерей (50 мл). Осложнений не было. При гистологическом исследовании в 29 (81%) случаях верифицированы светлоклеточные, а 7 (19%) наблюдениях - смешанноклеточные аденомы ОЩЖ. У всех больных достигнута нормокальцемия и нормализация уровня паратгормона. В послеоперационном периоде проводилась профилактика гипокальциемических

проявлений пероральным и внутривенным введением препаратов кальция и витамина Д. Длительность пребывания в стационаре определялась выраженностью гипокальциемии и не зависела от хирургического доступа, составила, в среднем, 5,3±1,5 дня. Выводы: торакоскопический и роботический варианты паратиреоидэктомии – эффективные малоинвазивные современные способы хирургического лечения при аномальном внутригрудном расположении паратиреоидных опухолей.

---

173. Эволюция подходов к нормированию труда хирурга в приёмном отделении: от Н.И. Пирогова до цифровой сортировки

Аверьянова Л.А. (2), Лебедев М.В. (2), Сон И.М. (1), Меньшикова Л.И. (1), Баулин А.А. (2)

1) Москва,
2) Пенза

1) ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
2) Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
2) ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина»

Актуальность. Проблема нерациональных затрат рабочего времени хирурга в приёмном отделении впервые была осознана ещё в XIX веке. Сегодня, в условиях кадрового дефицита и стабильно высокой экстренной нагрузки, её решение стало критическим фактором эффективности стационара. Исторический анализ подходов к нормированию труда позволяет обосновать современную организационную модель, устраняющую потери времени.

Материал и методы. Проведен фотохронометраж работы хирургов в ГБУЗ «Клиническая больница №6 им. Г.А. Захарьина» (Пенза) в феврале–марте 2026 г. по методике индивидуального непрерывного фотохронометража. Проанализировано 50 смен (30 дневных, 20 дежурных), 280 эпизодов госпитализации. Рассчитаны авторские показатели: DIC (коэффициент диагностической неэффективности), SEI (индекс полезной нагрузки), LLC (коэффициент логистических потерь).

Результаты. Выявлено: ожидание диагностики — 45 мин, перемещения по приемному отделению — 30-36 мин, полезное время — 35 мин на пациента. DIC составил 0,57-0,61 при норме 60%. Предложена модель замены раннего вызова хирурга на первичную сортировку врачом СМП, экономия времени — 72 мин/пациента, высвобождение — 32,5 часа/сут. Высвобожденное время предлагается направить на смещение фокуса лечения пациента в сторону оказания помощи хирургом с применением миниинвазивных вмешательств на койках краткосрочного пребывания, работу в операционной и хирургическом отделении.

Обсуждение. Первые научные попытки нормирования труда хирургов предприняты в 1916 г. Ф. Гилбретом — основоположником хирургической эргономики. В США, Канаде и Германии он провел хронометраж работы хирургов, выделив «необходимую» и «ненужную» работу, и ввел практику «кэдди» — инструментальной медсестры.

Н.И. Пирогов в середине XIX века впервые научно обосновал медицинскую сортировку (триаж), сформулировав принцип: «Желая помогать всем разом и без всякого порядка, перебегая от одного раненого к другому, врач теряет, наконец, голову, выбивается из сил и не помогает никому».

В 2009 г. немецкие исследователи S. Mache с соавт. провели хронометраж работы хирургов (567 часов), показав, что на документацию уходит 2 ч 03 мин (20% смены), на операционную деятельность — 1 ч 48 мин (18%). Итальянское исследование 2018 г. (P. Pelizzo с соавт.) выявило ожидание начала операции 38 мин, теряя 138 часов/год на хирурга. В 2021 г. J. Smith с соавт. (12 000 часов, 5 госпиталей США) показали: 68% времени — на «неклинические задачи», непосредственная работа с пациентом — 24% смены.

Выводы и рекомендации.

1. Перераспределить первичный осмотр, сбор анамнеза и активацию назначений на врача СМП.

2. Хирург вызывается только после получения результатов исследований (или при экстренных критериях). Экономия — 60-75 мин на пациента.

3. Высвобожденное время направить на миниинвазивные вмешательства на койках краткосрочного пребывания, работу в операционной и хирургическом отделении.

4. Внедрение СтОСМП и модели сортировки обеспечит годовую экономию >8 млн руб. на стационар.

---

175. Симультанные вмешательства у пациентов с грыжами живота

Пушкин С.Ю. (1,2), Бурнаева Н.С. (1), Супильников А.А. (3), Шулепов П.В. (1), Рыжков Р.С. (1,2), Нагапетян К.С. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет,
2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина,
3) Медицинский университет Реавиз

Актуальность. У значительного числа пациентов с грыжами обнаруживают заболевания в органах, требующих выполнения симультанных вмешательств. Доступом для выполнения таких операций при срединных грыжах служат грыжевые ворота, которые при необходимости могут быть расширены в краниальном или каудальном направлениях с учетом способа их закрытия на завершающем этапе с использованием передних и задних способов протезирующей пластики, каждый из которых имеет как положительные, так и отрицательные стороны.

Цель – оценить частоту и характер сопутствующих заболеваний в органах брюшной полости у пациентов с грыжами и их влияние на выбор способа восстановления брюшной стенки.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 238 пациентов с вентральными грыжами за период с 2018 по 2025 гг., возраст которых колебался от 20 до 90 лет. Мужчин было 131(55%), женщин - 107(45%). Первичные грыжи (пупочные, белой линии живота в сочетании с диастазом прямых мышц, троакарные) были у 32(13,4%); рецидивные грыжи после пластики местными тканями – у 21(8,8%), рецидивные грыжи после протезирующих способов пластики – у 25(10,5%). По локализации: эпигастральные грыжи были у 30(13,8%) пациентов мезогастральные – у 35(16,1%); эпимезогастральные – у 68(31,2%);гипогастральные – у 26(11,9%); эпи-мезогипогастральные – у 22(10,1%); передне-боковые – у 20(9,2%); боковые – у 17(7,8%).

Полученные результаты. При показаниях к лапаротомии выполняли внутрибрюшной этап операции. У 136(63,8%) пациентов во время герниолапаротомии были выполнены следующие вмешательства: холецистэктомия – у 16(11,5%), аппендэктомия – у 36(25,9%), устранение хронической тонкокишечной непроходимости с резекцией большого сальника – у 47(38,1%), вмешательства на толстой кишке при спланхноптозе, дивертикулярной болезни, свищах тонкой и толстой кишке – у 26(18,7%), гастоэнтероанастомоз – у 1(0,7%), грыжесечение промежностной грыжи – у 2(1,4%), грыжесечение промежностной грыжи с резекцией тонкой кишки – у 1(0,7%), цистоэнтероанастомоз – у 1(0,7%), реконструкция парастомической грыжи – у 9(6,5%).

Передний комбинированный протезирующий способ пластики по I варианту применен у 166(76,1%) пациентов, по II варианту – у 21(9,6%).

Осложнения после операции: асептический инфаркт подкожной клетчатки с серомой развился у 9(4,1%) пациентов, инфицированный инфаркт подкожной клетчатки – у 3(1,4%), ТЭЛА – у 3(1,4%).

Результаты: хороший получен у 208 (95,4%), удовлетворительный – у 8 (3,7%), умерло – 2(0,9%) пациентов от ТЭЛА.

Обсуждение. Сложности выполнения симультанных вмешательств у больных с грыжами обусловлены несоответствием локализации грыжи с патологией в органах брюшной полости, выраженностью спаечного процесса, рубцовыми изменениями и множественными дефектами в брюшной стенке, обусловленными ранее выполненными операциями. Внутрибрюшной этап был особенно сложен у пациентов с тотальным спаечным процессом в брюшной полости и явлениями хронической тонкокишечной непроходимости, которая требовала тщательно разделения спаек от связки Трейтца до илеоцекального угла для восстановления проходимости желудочно-кишечного тракта, что подтверждают исследования В.Г. Лубянского и И.Б. Комлева (2009).

Выводы. У 63,8% больных с грыжами живота имеются показания к выполнению симультанных вмешательств, вследствие заболеваний органов брюшной полости. Симультанные операции у пациентов с вентральными грыжами позволяют снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и риски выполнения повторных вмешательств.

---

176. Особенности реабилитации больных после операции Гартмана, выполненной по поводу осложнений дивертикулярной болезни

Карелина В.А, Субаналиева А.Н

Тюмень

ТюмГМУ

Актуальность.Дивертикулярная болезнь (ДБ) проявляется воспалением дивертикулов толстой кишки и осложнениями: абсцессы, перфорация, перитонит, свищи, кишечные кровотечения. При тяжелых осложнениях применяют радикальную операцию Гартмана. После спасения жизни пациента следующая проблема — восстановительная операция, так как стома снижает качество жизни

и требуется вернуть анальную дефекацию.

Материалы и методы. Анализированы за 16-летний период деятельности больницы, оперированные в ГБУЗ ТО «ОКБ№1» г. Тюмени методом Гартмана по поводу осложнений ДБ, злокачественных новообразований (ЗНО) толстой кишки, другой патологии, а также их хирургическая реабилитация.

Результаты. За период 2008-2015 гг. из ГБУЗ ТО «ОКБ№1» выписано 162 пациента перенесших операцию Гартмана. Из них 35,8% оперированы в связи с осложненным течением ДБ, 34,6% по поводу осложненного колоректального рака, 9,2%-травмы толстой кишки и 20,4%-другие причины. В 2016-2024 гг. операцию Гартмана выполнена у 135 человек. Воспалительные осложнения ДБ были у 49,6%, ЗНО толстой кишки у 23,0%, травмы и другие причины у 27,4%. Полученные результаты отражают увеличение частоты колостомий у пациентов с ДБ-35,8% против 49,6%.

Сравнение гендерно-возрастных характеристик пациентов с ДБ и ЗНО не показало различий в их половом составе, но возраст больных с осложнениями ЗНО составил 65,5 [57,8; 69,0] лет, и они были старше больных с осложнениями ДБ–58,5 [43,5; 66,0] лет, с другими заболеваниями–51,0 [33,0; 67,0] лет. ИМТ больных с осложнениями ДБ составил 29,0 [25,1; 32,5] и это было достоверно выше, чем у пациентов с другими причинами–26,4 [23,1; 30,0], p=0,005.

Реабилитационный потенциал среди больных с осложнениями ДБ был значительно выше–74,0% (n=58), чем у больных с ЗНО–48,2% (n=56), среди других больных с патологий этот признак был у 33(63,6%) человек. Реабилитация пациентов, оперированных по поводу ДБ, происходит раньше. Так срок наличия стомы при ДБ составил 6,0 [4,5; 8,0] мес., при других причинах–9,0 [7,0; 12,0] мес.

Длительность восстановительной операции при ДБ 135,0 [115,0; 167,5] мин. значительно не отличалась от времени ее выполнения у других больных- 138,0 [100,0; 170,0] мин. В группе больных с ДБ, оперированных лапароскопически конверсии были у 6(9,3%) человек, их причинами были: спаечный процесс-3; трудности выделения культи-2 и наложение анастомоза-1. У других больных конверсии при проведении восстановительных операций выполнены у 14 (21,5%) в связи с спаечным процессом у 10; трудности верификации культи заглушенной кишки у 1, ликвидациии диастаза-2, наложением анастомоза–1. Таким образом, в группе пациентов с ДБ частота конверсий была в 2 раза реже (X2=3,642, p=0,057). В тоже время частота внутрибрюшных осложнений после восстановительной операции при ДБ встречается чаще–6(9%) осложнений против 2(3,4%).

Продолжительность прибывания в ПИТ после восстановительных операций при ДБ составила 3,0 [2,0; 4,0] дня, у остальных больных, перенесших восстановление анальной дефекации–2,0 [1,0; 4,0] дня. Продолжительность лечения в стационаре при ДБ 12,5 [8,3; 15,0], при других восстановительных операций–10,0 [8,0; 14,0]. Заключение. Осложнения ДБ являются самой частой причиной выполнения операции Гартмана-67 (49,6%). Они превалировали над частотой осложнений ЗНО толстой кишки 37 (27,4%) и другой хирургической патологией 31 (23,0%). Пациентов с концевой колостомой из-за осложнений ДБ отличает достоверно более высокий ИМТ, реабилитационный потенциал и ранние сроки проведения восстановительной операции.

Восстановительные операции у больных с ДБ по таким параметрам как длительность операции, число внутрибрюшных осложнений, продолжительность пребывания в ПИТ и в стационаре не имели достоверных отличий с результатами вмешательств, выполненных у пациентов с другой патологией.

При лапароскопических реверсиях колостомы у больных с ДБ частота конверсий была в 2 раза реже (x2=3,642 p=0,057), чем в других группах пациентов в связи с менее интенсивным спаечным процессом брюшной полости и малого таза.

---

177. Современные возможности при выборе доступа для проведения операций при свищах главных бронхов

Пушкин С.Ю. (1,2), Мкртчян А.Г. (2), Григорьев Ю.И. (2), Осколович В.А. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет,
2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. В настоящее время частота пневмонэктомий остается достаточно высокой. Одним из самых тяжелых осложнений является свищ культи главного бронха (0,8-3,7%) в сочетается с эмпиемой плевры (4-25%). Больничная летальность достигает 25-75%. Эффективность хирургических методов закрытия бронхиальных свищей значительно выше по сравнению с консервативными методами и достигает 70-96%. Однако, выполняемые с этой целью операции высоко травматичны и сопряжены со значительными техническими трудностями.

Целью данной работы является анализ различных вариантов хирургических доступов при оперативном лечении свищей главных бронхов (ГБ).

Материалы и методы. В СОКБ за период с 2010 по 2025

год было пролечено 36 пациентов со свищами культи главных бронхов, из них было 24 (66,7%) мужчины и 12 (33,3%) женщин. Средний возраст пациентов составил 61 год. Всем пациентам ранее была выполнена пневмонэктомия: по поводу неспецифических деструктивных заболеваний легких – 22 (61,1%); рака легкого – 7 (19,4%); туберкулеза легких – 5 (13,9%); травмы легкого – 2 (5,6%) случая. Свищ правого ГБ был у 21 (58,3%), левого ГБ - у 15 (41,7%) больных.

Для диагностики патологии проводили фибробронхоскопию, мультиспиральную КТ грудной клетки с трехмерной реконструкцией трахеобронхиального дерева и элементов корня легкого.

При возникновении свища в первые 24 часа после пневмонэктомии выполняли реторакотомию, ушивание дефекта культи бронха. При диагностике в более поздние сроки и небольшой диаметр свища (3-5 мм) применяли консервативное лечение. В случае неэффективности консервативного лечения, а также при большом размере свища (более 5 мм), выполнялим реампутацию и окклюзию культи ГБ. В настоящее время используются следующие доступы: шейный супрастернальный, трансплевральный, контралатеральный, трансстернальный и методика, предложенную Л.К. Богушем в модификации В.А. Порханова. Большую помощь при определении оптимального хирургического доступа оказывает AUTOPLAN — российская система хирургической навигации.

36 пациентов были разделены на 3 группы. В 1 группе у 12 (33,3%) больных со свищами ГБ до 3 мм проводилась консервативная терапия, во 2 группе у 16 (44,4%) – комбинированное лечение с дренированием плевральной полости, санационными видеоторакоскопиями и применением различных вариантов эндоскопического лечения, в 3 группе у 8 (22,3%) - окклюзия главного бронха, из них у 1 (12,5%) выполнена торакотомия и ушивание культи бронха, у 7 (87,5%) – трансстернальная окклюзия. Вскрытие перикарда произведено у 5 (71,4%), без вскрытия перикарда - у 2 (28,6%) пациентов. В настоящее время считаем, что необходимо избегать вскрытия перикарда и пересечения культи легочной артерии для доступа к культе бронха, так как это способствует меньшей травматизации тканей и предупреждению осложнений в околосердечной сумке. Реампутация культи бронха с последующим ушиванием выполнена у 7 (87,5%) больных, при этом у 5 (71,4%) из них – с дополнительным подшиванием к культе местных тканей. Резекция трахеи с наложением трахеобронихального анастомоза выполнена у 1 (12,5%) пациента с изначально короткой культей и дефектом в области трахеобронхиального угла.

Полученные результаты и их обсуждение. Во время операции у 1 (2,8%) пациента было повреждение левой плечеголовной вены. В послеоперационном периоде реканализация свища возникла у 3 пациентов, у которых вскрывался перикард. Свищи были менее 3-4 мм и зажили самостоятельно на фоне проведенной терапии. У пациентов без вскрытия перикарда осложнений не отмечено. У 1 больного отмечено развитие эмпиемы плевры на фоне остеомиелита ребер без рецидива свища главного бронха. В послеоперационном периоде 1 (14,3%) пациент скончался от сердечно-легочной недостаточности.

Выводы. При свище культи ГБ выбор способа операции и хирургический доступ занимает особое место. Трансстернальный доступ дает возможность доступа к культе через интактные ткани с неизмененной анатомией. На наш взгляд полная продольная стернотомия должна уступить место частичной стернотомии. Необходимость вскрытия перикарда и обработки культи легочной артерии должна определяться интраоперационно после полноценной ревизии. Таким образом, соблюдая принцип необходимой достаточности у большинства пациентов удается избежать вскрытия перикарда и резекции культи артерии. На наш взгляд трансстернальная окклюзия свища культи главного бронха должна считаться операцией выбора.

---

178. Показания к аппендэктомии у пациентов при грыжесечении

Белоконев В.И. (1), Федорина Т.А. (1), Супильников А.А. (2), Шулепов П.В. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет,
2) Медицинский университет Реавиз

Актуальность. К настоящему времени понятия хронический аппендицит в медицинской литературе, в международных классификациях и национальных клинических рекомендациях по клинической хирургии под редакцией В.С. Савельева нет. Однако, несмотря на все разногласия, относительно клиники и классификации, есть объективные данные, указывающие на хроническое воспаление в отростке, что свидетельствует о правомочности заболевания хронический аппендицит (Панасюк А.И. с соавт., 2016). Для первично-хронического аппендицита характерны лимфоцитарная и гистиоцитарная инфильтрация в сочетании со склерозом и фиброзом стенки отростка, вплоть до атрофии слизистой и облитерации просвета, формирования мукоцеле и водянки червеобразного отростка, а также образование гранулем вокруг инородных тел в его просвете и каловых камней.

Цель – определить показания к аппендэктомии (по поводу хронического аппендицита) при выполнении

операций у больных по поводу с грыжами живота на основе морфологического исследования червеобразного отростка.

Материал и методы. Проведен анализ оперативного лечения 218 пациентов с грыжами живота, мужчин было 123 (56,4%), женщин – 95 (43,6%). У 139 (63,8%) пациентов была выполнена герниолапаротомия, из них у 36 (25,9%) проведена аппендэктомия. Показаниями для удаления аппендикса считали увеличение его длины, неравномерность диаметра органа по его длине, наличие в просвете каловых камней, уменьшение диаметра аппендикса из-за облитерации его просвета, деформация аппендикса вследствие вовлечения его в спаечный процесс брюшной полости, булавовидное утолщение и гиперемия его верхушки. Удаленные аппендиксы изучали светооптически и телеметрически.

Полученные результаты. При сборе жалоб до операции пациенты с грыжами разных размеров и локализации не предъявляли жалобы на боли в правой подвздошной области, хотя в силу клинических проявлений основного заболевания не акцентировали на этом внимание. Однако, после операции на вопрос об изменениях их состояния и жалобах, которые они предъявляли до вмешательства, все пациенты, перенесшие аппендэктомию, отмечали отсутствие болей в правой подвздошной области.

Морфологическая оценка аппендиксов показала, что в большинстве наблюдений червеобразные отростки имели сужение просвета за счет мышечной оболочки, представленной зрелой соединительной тканью с включением жировой ткани, сохранившимися тонкими мышечными волокнами. Железы слизистой оболочки были уплощены, в трети случаев существенно атрофированы, лимфатические фолликулы были сохранены, но в части из них также обнаруживалась жировая ткань. На фоне описанных изменений отмечалась диффузная полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация стенки червеобразного отростка. Несколько аппендиксов имели, напротив, дилатированный просвет и истончение стенки, морфологические изменения в которой также демонстрируют фиброз, жировой липоматоз и атрофию оболочек аппендикса. Выявленные морфологические изменения в аппендиксах объясняют происхождение жалоб у больных, устранение которых возможно только путем выполнения аппендэктомии, которая, также направлена и на профилактику развития острого воспаления с развитием тяжелых осложнений.

Обсуждение. Хронический аппендицит является частой причиной многократных госпитализаций больных в хирургические стационары из-за повторяющихся болей в правой подвздошной области, в том числе и пациентов с грыжами. Диагностика при этом затруднена, так как клиническая картина маскируется под проявлениями грыжи. Во время операций по поводу грыж на хронический аппендицит указывали макроскопические изменения, которые явились основанием для выполнения у них аппендэктомии. Гистологическое исследование удаленных аппендиксов подтвердило наличие диффузной полиморфноклеточной инфильтрации. Поэтому диагноз хронический аппендицит правомочен, а аппендэктомия по его поводу является обоснованным и единственным методом лечения заболевания.

Выводы. Следовательно, у пациентов с грыжами живота обнаружение макроскопических признаков хронического аппендицита является показанием для выполнения аппендэктомии.

---

179. Проблемы при лечении больных с парастомальными грыжами и возможные пути их решения

Белоконев В.И. (1), Губский В.М. (1), Супильников А.А. (3), Эттингер А.П. (3), Пушкин С.Ю. (1,4), Шулепов П.В. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет,
2) Медицинский университет Реавиз,
3) Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
4) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Различают истинные и ложные парастомальные грыжи. При истинных грыжах грыжевой мешок, кроме кишки несущей стому, выходят другие органы брюшной полости. К ложным относят ПКСГ, формирующиеся в следствии перемещения кишки, несущей стому в грыжевой мешок. Особенность образования ПКСГ состоит в том, что у больных она может сочетаться с послеоперационной вентральной грыжей (ПВГ).

Цель исследования – обосновать тактику лечения и способы пластики ПКСГ в зависимости от морфологических изменений в брюшной стенке у больных с изолированной ПКСГ и при сочетании с ПВГ.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 21 пациента с параколостомическими грыжами за период с 2018 по 2026 гг. Мужчин было 9 (42,9%), женщин – 12 (57,1%). Средний возраст составил 64,2 года. Причинами формирования колостом у 13 (61,9%) были опухоли ободочной кишки, у 8 (38,1%) – острых хирургических заболеваний (дивертикулярная болезнь, острый панкреатит, закрытая травма живота).

Пациенты с ПКСГ распределены на 3 группы. В первую группу вошли 4 (19%) пациента с ПКСГ без ПВГ. Во вторую группу вошли 8 (38,1%) пациентов с ПКСГ у которых кишечная стома располагалась на послеоперационной вентральной грыже. В 3 группу вошло 9 (42,9%) пациента с ПКСГ и ПВГ, которые разделены между собой неизмененными участками брюшной стенки. Срединные грыжи были у 5 (23,8%) пациентов. Боковые грыжи у 4 (19%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. При лечении больных с ПКСГ придерживались следующей тактики. У пациентов 1 группы операцию выполняли в проекции грыжи. Двумя разрезами вокруг колостомы рассекали кожу и подкожную клетчатку, из которой выделяли грыжевой мешок и кишку, несущую стому до грыжевых ворот. После отделения кишки от грыжевых ворот измененный участок резецировали до здоровой стенки, после чего приступали к закрытию грыжевых ворот. Для этого ушивали между собой оболочки грыжевого мешка и рассекали расположенные вокруг грыжевых ворот апоневроз наружной косой мышцы живота на расстоянии равном ½ ширине грыжевых ворот. При этом формировались медиальные и латеральные листки апоневроза. После разворота на 180 градусов медиальных листков апоневроза их сшивали между собой до стенки кишки по верхнему и нижнему контурам. У стенки кишки из апоневротических листков формировали складку высотой около 10 мм. После формирования в синтетическом имплантате окна, в нем устанавливали толстую кишку, несущую стому. При этом продольный разрез имплантата ушивали нитью пролен 3.0, а затем протез подшивали к наружным лоскутам апоневроза по периметру большого, а затем, малого диаметра. Кишку выводили на кожу через отдельный разрез, после чего рану послойно ушивали. У пациентов 2 группы выполняли герниолапаротомию с выделением грыжевого мешка с расположенной на нем ПКСГ. После выделения грыжевых ворот грыжевой мешок вскрывали и выполняли внутрибрюшной этап операции. После оценки толстой кишки стому формировали на неизменном участке брюшной стенки. После завершения внутрибрюшного этапа закрытие грыжевых ворот проводили передним протезирующим комбинированным способом по первому или второму вариантам. У пациентов 3 группы ПКСГ и ПВГ разделены неизмененными участками брюшной стенки вмешательства проводили из отельных доступов. Принципиально важным считали отказ от использования задней протезирующей сепарационной пластики у больных с ПКГС и ПВГ во время которой ободочную кишку для формирования стомы выводят на поверхность кожи через отверстие в устанавливаемом имплантате. Такой вариант формирования приводит к интеграции протеза в кишку и смещению проксимального отдела кишки в подкожную клетчатку с нарушением проходимости толстой кишки. Такое осложнение наблюдали у одной пациентки, оперированной в другом лечебном учреждении. Перемещение колостомы выполнено у 5 (23,8%), устранение колостомы у 12 (57,1%) и реконструкция колостомы у 4 (19%).

Выводы. Лечение параколостомических грыж зависит от сочетания с послеоперационной вентральной грыжей. При использовании синтетических имплантатов для закрытия грыжевых ворот у пациентов с параколостомическими грыжами следует использовать технику операций, исключающих прямой контакт стенки толстой кишки с протезом.

---

180. Интеграция метода хирургической коррекции ГПОД с применением сухожилия полусухожильной мышцы после рукавной резекции желудка

Аверьянова Л.А. (1,2), Баулин А.А. (1), Баулин В.А. (1), Баулина О.А. (1)

1, 2) Пенза

1) Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
2) ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина»

Актуальность. После рукавной резекции желудка (РРЖ), впервые выполненной D. Hess в 1988 году, у 20-50% возникает ГЭРБ, формируются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), что является частыми осложнениями. Интраоперационное создание антирефлюксного клапана за счёт остатка кардии оказалось малоэффективным, традиционная крурорафия при ГПОД после РРЖ даёт рецидив до 30–40%, фундопликация невозможна из-за отсутствия дна желудка, пластика синтетической сеткой сопряжена с риском миграции и эрозии пищевода. Поиск безопасного биологического материала остаётся актуальным.

Материал и методы. Известен способ слинговой антирефлюксной операции (CAPO), опыт которой почти 20 лет с количеством оперированных - 450. Предлагается для слинга использовать аутологичное сухожилиее полусухожильной мышцы, когда после лапароскопической верификации пищеводно-желудочного перехода позади проводится слинг. Сухожилие работает как биологический лигамент, предотвращающий миграцию желудка, расхождение ножек, а перегиб играет антирефлюксную роль.

Полученные результаты. Интраоперационная кровопотеря менее 10 мл. Повреждений пищевода и диафрагмы нет. В сроки наблюдения до 12 месяцев, клинически рефлюкс или прекращается полностью, или значительно ослабевает, исчезают жалобы на изжогу, регургитацию кислым и пищей, загрудинная боль, отрыжка и дисфагия, эффект подтверждается рентгеноскопически и по ЭГДС. Миграции сухожилия, признаки отторжения в привычные сроки не зафиксированы.

Обсуждение. Исторически после РРЖ применялись изолированная крурорафия (Cuschieri et al., 1993) с рецидивом до 40%, пластика синтетической сеткой (Mattar et al., 2007) с риском эрозии 5–8%, конверсия в шунтирование по Ру (RYGB) с эффективностью 86–96%, но тяжёлыми осложнениями, фундопликация по Ниссену (1956), невозможная из-за отсутствия дна желудка, и гастропексия круглой связкой печени, технически сложная. Предлагаемый метод с сухожилием полусухожильной мышцы является новым. Плюсы: аутологичность (нулевая стоимость, нет отторжения и эрозии), прочность, эластичность, простота фиксации к брюшной стенке, а главное — полное исчезновение ключевых симптомов ГЭРБ (изжога, регургитация, загрудинная боль, отрыжка, дисфагия). Минусы: метод требует большей длительности операции, набора количества пациентов для подтверждения эффективности и определённой квалификации хирурга (владение техникой забора сухожилия и ретроэзофагеального проведения).

Выводы:

1. CAPO (слинговая антирефлюксная операция) аутологичным сухожилием полусухожильной мышцы — новая, безопасная и экономически доступная методика.

2. Фиксация сухожилия к передней брюшной стенке препятствует рефлюксу, предотвращает миграцию желудка и рецидив грыжи.

3. Предложенный инструмент (полезная модель) позволяет атравматично выделить сухожилие без пересечения.

4. Необходимы дальнейшие исследования с большим количеством операций; метод требует специальной квалификации хирурга.

---

181. Суральный нерв. Особенности анатомии и риски, связанные с ними при выполнении пластики ран суральным лоскутом.

Слепнев С.Ю., Можаева А.М., Можаев А.В., Войновский А.Е., Своеволин С.А.

Москва

ГБУЗ «ГКБ им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

Актуальность. Кожно-фасциальный лоскут на дистальной питающей ножке, включающей суральный нерв, широко используется в комплексном лечении остеомиелита берцовых костей, пяточной кости, длительно существующих раневых дефектах вследствие ранее перенесенных оперативных вмешательств, пролежней. Однако, частота обратимых и необратимых послеоперационных осложнений, связанных с ишемией лоскута, венозным застоем, а впоследствии с частичным или полным некрозом лоскута остается высокой. В настоящее время причина возникновения осложнений остается предметом дискуссий. Основная часть данных посвящена осложнениям, связанным с анатомией кровеносных сосудов. Однако литературы, посвященной исследованиям места выхода сурального нерва в эпифасциальное пространство в настоящий момент не существует. Материалы и методы. Ретроспективно нами было изучено 32 пациента, которым выполнена пластика суральным лоскутом в 2020-2026г. Из них 6 женщин (18,7%) и 26 мужчин (81,3%) в возрасте от 27 до 73 лет. В 4 случаях (12,5%) ножка лоскута сформирована кожно-фасциальным массивом, в 28 случаях (87,5%) - фасциально-жировой порцией. В 7 случаях (21,8%) раневые дефекты были локализованы на задней поверхности пяточной области. В 15 случаях (46,8%) - в нижней трети голени на передней поверхности, у 5 пациентов (15,6%) в области латеральной лодыжки, у 5 (15,6%) пациентов - в области задней поверхности голени. Причиной длительно существующего раневого дефекта в пяточной области у 4 пациентов (12,5%) был остеомиелит пяточной кости, у 2 (6,2%) - хронические раны в результате предыдущих оперативных вмешательств, в 1 случае (3,1%) - пролежень пяточной области на фоне нижней параплегии. Отдаленные результаты оценены через 12 месяцев. Также исследована анатомия сурального нерва у 12 трупов (24 конечности). Производилась оценка места выхода сурального нерва из субфасциального в эпифасциальное пространство на основании следующих анатомических данных: длина голени, расстояние выхода сурального нерва в надфасциальное пространство от головки малоберцовой кости, от места слияния брюшек икроножной мышцы. Результаты. Стойкое заживление ран через 12 мес. отмечено у 30 пациентов (93,8%). У 5 (15,6 %) пациентов послеоперационный период осложнился частичным некрозом дистальной порции лоскута, из них у 3(9,3%) кожно-жировой порции, у 2 (6,3%) - кожной порции. В 2 случаях (6,3%) отмечен тотальный некроз суральной лоскута на дистальной питающей ножке в

результате венозного застоя. У 8 (25%) пациентов отмечались обратимые явления венозного застоя. В 8 случаях на одном трупе отмечено различие места выходаурального нерва в надфасциальное пространство на правой и левой нижней конечностях. Разница выхода нерва составляла от 1,5 до 6 см от головки малоберцовой кости и от 1,2 до 5,2 см от места слияния брюшек икроножной мышцы. В остальных 4 случаях место выхода урального нерва в надфасциальное пространство совпадало с местом слияния брюшек икроножной мышцы. Менее положительные результаты лечения пациентов отмечены среди пациентов, у которых выход урального нерва из субфасциального пространства был дистальнее места слияния брюшек икроножной мышцы. Обсуждение. Успешное замещение дефекта с помощью данной методики основано на нескольких факторах: 1.Правильно выбранная техническая модификация лоскута, направленная на минимизацию компрессии сосудистой ножки; 2. Оценка наличия сопутствующей патологии, которая может влиять на развитие ишемии или венозного застоя лоскута; 3.Расстояние выхода урального нерва из субфасциального пространства относительно слияния брюшек икроножной мышцы. Чем дистальнее находится данная точка, тем выше риск послеоперационных осложнений. Выводы. Кожно-фасциальный лоскут на дистальной питающей ножке, включающей уральный нерв, является универсальным инструментом для замещения дефектов голени и стопы. Причины послеоперационных осложнений не являются однозначными и доказанными. Дальнейшее исследование позволит минимизировать риск послеоперационных осложнений.

---

182. Лечение свищей двенадцатиперстной кишки

Белоконев В.И. (1), Пушкин С.Ю. (1,2), Йадав К.П. (1), Серов А.А. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет,
2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Наиболее частыми причинами образования свищей двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются операции по поводу осложненной язвы желудка и ДПК, опухолях желудка и забрюшинного пространства, травматические разрывы ДПК, повреждения ДПК при операциях на почке, пролежни в стенке ДПК у больных с панкреонекрозом. Сложность лечения свищей ДПК, в том числе обусловлена невозможностью выведения кишки на поверхность кожных покровов, что делает невозможным изоляцию ДПК от свободной брюшной полости. Эффективность операции зависит от множества факторов, что требует дальнейшего поиска и разработки способов, позволяющих получить наилучшие результаты.

Целью исследования является проведение сравнительной оценки способов лечения свищей ДПК.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 96 пациентов со свищами ДПК за период с 2005 по 2025 годы. Мужчин было 72 женщин - 24, возраст больных колебался от 18 до 95 лет. Причинами свищей ДПК были у 93 больных была несостоятельность культи ДПК после резекции желудка по способу Бильрот II, у 1 травматический разрыв ДПК после ДТП, у 1 ятрогенное повреждение стенки ДПК при операции на почке, у 1 ножевое ранение ДПК и поджелудочной железы. При лечении свищей ДПК тактика зависела от типа свища по классификации В.И. Белоконева и Е.П. Измайлова. При I и II типе свища выполнялась релапаротомия, при III типе – в зависимости от срока формирования свища и потерь кишечного химуса по установленному дренажу проводилось динамическое наблюдение и консервативное лечение и релапаротомия при появлении признаков распространения кишечного химуса в свободную брюшную полость. При свищах V типа проводили динамическое наблюдение до закрытия трубчатого свища или выполняли реконструктивную операцию при формировании эктропиона. При свищах ДПК для эвакуации содержимого из просвета кишки использовалии дренажи, установленные у стенки свища ДПК, в просвете ДПК устанавливали катетер Фолея, ушивание стенки ДПК, а также проводили сквозное дренирование верхнего отдела ЖКТ через носоглотку, пищевод, культю желудка, отводящий отдел тощей кишки и ДПК с выведением через просвет свища (или культю) с дополнительной обтурацией просвета кишки круглой связкой печени.

Полученные результаты и их обсуждение. При лечении больных со свищами I типа ушивание свищей в течение первых 3 суток выполнено у 10 пациентов, из которых умерло 7. У 7 пациентов во время релапаротомии свищ идентифицировать не удалось, поэтому объем операции был ограничен санацией, тампонадой и дренированием брюшной полости, умерло - 6. У 14 больных был применён метод обтурации свища катетером Фолея (патент РФ №2533016 от 11.06.2013 г.), умерло 7. Сквозное дренирование свища ДПК через верхние отделы ЖКТ было проведено 14 больным, 6 умерло. У 20 больных с II типом свищей проводилось слепое дренирование абсцесса, умерло 6. У 27 больных с III типом проводилось консервативное лечение, умерло 9. Больных с V типом было 2. Из 45 больных со свищами 1 типа умерло 28 (62,2%); свищи 2 типа были у 20 больных, умерло 6 (30%); свищи 3 типа – у 27, умерло 9 (33,3%); свищи 5 типа были сформированы у 2 больных, летальных исходов не было.

Вывод. Анализ лечения больных с язвенной болезнью показывает, что на долю перфоративных язв двенадцатиперстной кишки приходится 53,4%, а частота послео-

перационных осложнений достигает 27,5%-30%, среди которых несостоятельность культи ДПК занимает первое место. Летальность при перфоративных язвах достигает 19,3%. Проведенный анализ лечения свищей показал, что ушивание свища возможно при точечных свищах до 5 мм. При свищах диаметром равных диаметру ДПК наиболее эффективен способ сквозного дренирования верхних отделов ЖКТ. При свищах диаметром до 10 мм эффективен способ дренирования с помощью катетера Фолея. Наименее эффективен способ дренирования путем подведения дренажа к стенке ДПК, в то же время слепые дренажи можно устанавливать при невидимом наружном отверстии свища, расположенном в глубине забрюшинного пространства в измененных вследствие панкреонекроза тканях.

---

183. Опыт применения вакуум-терапии при лечение порочных культей у пациентов с синдромом Лериша, находившихся на лечение в УЗ «Могилевская клиническая больница СМП».

Степанюк А.А.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская клиническая больница СМП»

Актуальность: В современной хирургии все чаще в лечение ран и раневой инфекции хирургии применяют вакуум-терапию. В отличие от обычных марлевых повязок, вакуум-терапия обладает рядом особенностей позволяющим ускорить заживление раневого процесса. У пациентов с синдромом Лериша, после перенесенных высоких ампутации, процесс заживления проходит медленно и склонен к прогрессированию некротических изменений в послеоперационных ранах.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни пациентов, находившихся на лечение по поводу синдрома Лериша, осложненного развитием гангрен нижних конечностей, в УЗ «Могилевская клиническая больница СМП» за период с 2021 по май 2026 год. Из них женщин было 9 (28%) пациентов, мужчин 26 (72%). Возраст пациентов составлял от 55 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил 68,5 лет. При поступлении в стационар, в приемном покое пациент осматривался терапевтом, хирургом, у женщин обязательный осмотр гинеколога. Выполнялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. В лабораторные исследования входили ОАК, ОАМ, БАК определение глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом. В инструментальные методы исследования входили рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ брюшной полости (осматривался брюшной отдел аорты, подвздошные сосуды), УЗИ артерий нижних конечностей, ангиография.

Как правило у всех пациентов в анамнезе были реконструктивные операции на аорте, подвздошных и бедренных сосудах, высокие ампутации с/3 бедра. Сроки с момента выполнения ампутаций до развития порочной культи составляли от 15 дней до 2 лет.

У 20 (57%) пациентов лечение проводилось с использованием стандартных антисептиков и марлевых салфеток после выполнения некрсеквестрэктомии порочной культи, у 15 (43%) – после выполнения хирургической обработки культи использовалась вакуум-система. В качестве губки использовалась губка фирмы «Medela», которая подсоединялась к вакуумной аппаратуре. Давление для каждого пациента подбиралась индивидуально. Перевязки проводились по мере очищения раны.

Полученные результаты и обсуждение: при ретроспективном анализе историй болезни у пациентов из группы, в которой проводилось стандартное лечение, 15 (75%) пациентам потребовалось выполнение реампутации на уровне в/3 бедра, 5 (25%) – дезартикуляция бедра. 2 (10%) пациента умерли после выполнения дезартикуляция бедра. Средние сроки нахождения пациента в стационаре составили от 21 до 45 дней.

В группе, в которой использовалась вакуум система отмечался положительный результат лечения за счет усиления притока крови в культю (создаваемая вакуум системой отрицательное давление), за счет удаление инфицированного экссудата, а также сближение краев раны и уменьшение раневой полости культи. После очищения раны культи, пациентам раневой дефект закрывался за счет местных тканей. Летальности послеоперационной в данной группе не было. Средние сроки нахождения пациента в стационаре составили от 15 до 27 дней.

Выводы и рекомендации: Как мы видим из нашего исследование, использование вакуум-систем при лечении пациентов с порочными культями на фоне имеющегося у них синдрома Лериша позволяет добиться положительных результатов, не прибегая к повторных хирургическим вмешательствам, сократить сроки нахождения пациентов в стационаре и снизить послеоперационную летальность.

---

184. Малоинвазивные технологии в лечении непаразитарных кист печени и селезёнки

Шарипов Р.Х. (1), Бекшоков А.С. (1), Султанова Р.С. (2)

Махачкала

1) РКБ им. А.В. Вишневского,
2) ДГМУ

Актуальность. На современном этапе развития хирургии преобладают органосохраняющие вмешательства. Наиболее широкое распространение получили малоинвазивные технологии под лапароскопической и лучевой навигацией, особенно показанные при непаразитарных кистах печени и селезёнки.

Материал и методы. За последние 5 лет в клинике пролечено 96 пациентов с непаразитарными кистами печени и селезёнки в возрасте от 27 до 74 лет. Из них 77 (80,2%) кист локализовались в печени, 19 (19,8%) — в селезёнке. Кисты более 10 см в диаметре выявлены у 11 (11,5%) пациентов; образования с преимущественным ростом в брюшную полость, значительно выступающие над поверхностью органа, — у 18 (18,8%). Показанием к лапароскопической аплатизации (фенестрации) служило выступание кисты над поверхностью органа более чем на ⅔ её диаметра. В остальных случаях выполняли пункционные методы.

В 45 (46,9%) наблюдениях проведена микроволновая абляция (аппарат AveCure MGW 881, внутривенная анестезия, температура 80–120 °C, время воздействия 5±2,5 мин).

В 33 (34,4%) случаях выполнены пункция, дренирование и склеротерапия 96% этанолом под лучевой навигацией.

Всего пункционных вмешательств (абляция + склеротерапия) — 78, лапароскопических аплатизаций — 18.

Результаты. Болевой синдром, дискомфорт, температурная реакция и лейкоцитоз сохранялись до 3–4 дней у 8 (8,3%) пациентов. Длительность госпитализации — в среднем 5±2 суток.

На момент выписки остаточная полость от исходного объёма составила 24% после абляции и 33% после склеротерапии.

Осложнения: ожог кожи I степени в зоне пункции — 2 (4,4%) после абляции; инфильтрация вокруг дренажа — 4 (12,1%) после склеротерапии. Все осложнения соответствовали Grade I по классификации Clavien–Dindo.

Повторные вмешательства потребовались в 12 (12,5%) случаях (преимущественно при остаточной полости >50% после склеротерапии). Рецидивов и летальных исходов не было.

Обсуждение. Пункционные методы под лучевой навигацией являются наиболее щадящими. Однако при кистах, значительно выступающих над поверхностью органа, предпочтительна лапароскопическая аплатизация (фенестрация) — из-за риска истечения содержимого в брюшную полость при некрозе стенки. В наших наблюдениях такого осложнения не зафиксировано, но функциональные результаты аплатизации лучше. Сроки госпитализации достоверно не различались ($p>0,05$). Средние сроки амбулаторного наблюдения до полной облитерации кисты при сопоставимой длительности госпитализации были короче в группе аплатизации.

Заключение. Пункционные методы под лучевой навигацией при непаразитарных кистах печени и селезёнки безопасны и малотравматичны. При кистах, значительно выступающих над поверхностью органа (более чем на ⅔ диаметра), предпочтительна лапароскопическая аплатизация (фенестрация).

---

185. Сравнительная оценка результатов лечения травм внепеченочных желчных протоков в зависимости от уровня повреждения

Белоконев В.И. (1), Галимова Э.С. (1), Нагапетян С.В. (2)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет,
2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Травмы внепеченочных желчных протоков (ВЖП) возможны на уровне конфлюенса, общего печеночного и общего желчного протоков, ретродуоденального и трансдуоденального отделов холедоха. Возможные варианты повреждений имеют связь со способами операций и техническими приемами, которые выполняет хирург при вмешательствах на желчном пузыре, ВЖП, желудке и двенадцатиперстной кишке. Особенность ВЖП состоит в малом диаметре этих анатомических образований, в их связи с печенью, вирсунговым протоком и поджелудочной железой, двенадцатиперстной кишкой (ДПК) и нижней полой веной. Поэтому манипуляции на ВЖП требуют особой тщательности выполнения, так как при их повреждении развиваются тяжелые осложнения с летальным исходом.

Целью работы является сравнительная оценка результатов лечения травм внепеченочных желчных протоков в зависимости от уровня повреждения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 65 пациентов с травмами внепеченочных желчных протоков за период с 2005 по 2025 годы. Возраст пациентов колебался от 20 до 79 лет. Мужчин было 18 (27,7%), женщин – 47 (72,3%). Травма ВЖП по классификации Э.И. Гальперина и А.Ю. Чевокина (2010) (7) из 65 пациентов была при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) - у 30 (46,2%), при открытой холецистэктомии (ОХЭ) – у 20 (30,8%), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) – у 8 (12,3%), резекции желудка (РЖ) – у 5 (7,7%), при закрытой травме живота (ЗТЖ) – у 2 (3%).

Результаты и их обсуждение. Из 65 пациентов с травмами общего печеночного и желчного протоков у 33 (51%) повреждение было установлено во время выполнения первичной открытой или лапароскопической холецистэктомии, у 32 (49%) - после операций при развитии синдрома желчеистечения и перитонита. У 52 больных травма произошла при выполнении холецистэктомии, умерло 2 (3,8%); у 5 пациентов травма ретродуоденального и трансдуодельного отделов холедоха произошла при резекции желудка по способу Бильрот II, умерло 4 (80%); у 8 при эндоскопической папиллосфинктеротомии, умерло 7 (87,5%). Всего из 65 пациентов с травмами общего печеночного и желчного протока после хирургических вмешательств умерло 13 (20%). Нами проведено распределение больных с травмами ВЖП по уровню повреждения: травма на уровне конфлюенса произошла у 4 больных, умер 1 (25%); в супрадуоденальном отделе холедоха у 48 пациентов, умер 1 (2,1%); в ретродуоденальном отделе холедоха у 13 пациентов, умерло 11 (84,6%). Следовательно, наибольшую летальность при травме ВЖП наблюдали при повреждениях ретродуоденального и трансдуоденального отделов холедоха, что статистически значимо ($\chi 2 = 10,470$; $p = 0,002$).

В настоящее время важное значение придается вопросам профилактики развития осложнений при выполнении операций на желчном пузыре и ВЖП. Частота повреждений ВЖП сохраняется и не имеет тенденции к уменьшению, причиной чего являются комбинации вариаций расположения внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков. Основным методом лечения повреждений ВЖП является гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже, эффективность которой доказана при травмах на уровне конфлюенса и супрадуоденального отдела холедоха, чего нельзя сказать о травмах ретродуоденального и трансдуоденального отделов холедоха, летальность при которых достигает 84,6%.

Выводы. У пациентов с травмами внепеченочных желчных протоков выбор способа лечения зависит от уровня и характера повреждения, размеров протока, от развившихся осложнений и сроков с момента первичной операции. Вопросы профилактики и лечения повреждений ретродуоденального и трансдуоденального отделов ВЖП не решены и требуют дальнейшего детального изучения.

---

186. Особенности хирургической тактики при малых и средних интрапаренхиматозных эхинококковых кистах печени

Султанова Р.С. (1), Меджидов Р.Т. (1), Шарипов Р.Х. (2)

Махачкала

1) ДГМУ,
2) РКБ им. А.В. Вишневского

Актуальность. В эндемичных регионах эхинококкоз остаётся актуальной проблемой. Несмотря на длительное изучение, заболеваемость ежегодно растёт. Паразитарные кисты всё чаще выявляются на ранних стадиях, что способствует внедрению малоинвазивных технологий лечения, особенно при локализации в печени.

Материал и методы. У 173 пациентов наблюдались малые (менее 3,5 см) и средние (3,5–7,0 см) эхинококковые кисты печени с интрапаренхиматозной локализацией. Тактика определялась размером кисты и наличием признаков активности. Консервативное лечение (альбендазол) проведено в 51 (29,5%) случае (преимущественно при малых кистах без признаков роста). Пункционные методы под лучевой навигацией в сочетании с медикаментозной терапией выполнены в 32 (18,5%) наблюдениях. Использованы следующие методики: PAIR (Puncture, Aspiration, Injection, Reaspiration — пункция, аспирация, введение склерозанта, повторная аспирация), PAI (Puncture, Aspiration, Injection — без повторной аспирации) и PEVAC (Puncture, Evacuation, Aspiration — пункция, эвакуация, аспирация). Все пункционные вмешательства проводились после 2-недельной подготовки альбендазолом. Чрескожная пункция и дренирование выполнены в 90 (52,0%) случаях (при средних кистах с высоким риском осложнений или неэффективности PAIR). Период наблюдения составил 24±6 месяцев.

Результаты. В группе консервативной терапии (n=51): исчезновение, рубцевание или уменьшение кисты (снижение диаметра ≥30% по УЗИ) отмечено у 13 (25,5%) пациентов; эффект отсутствовал в 27 (52,9%); у 11 (21,6%) отмечен рост образования в течение года, после чего выполнена PAIR с альбендазолом.

В группе PAIR/PAI/PEVAC (n=32): полная редукция кисты достигнута в 26 (81,2%) случаях; аллергические реакции — у 5 (15,6%); нагноение кисты — у 4 (12,5%) (потребовалось дренирование); рост кисты до >10 см — у 2 (6,2%) (выполнена эхинококкэктомия из минидоступа).

В группе чрескожной пункции и дренирования (n=90): удалось извлечь зародышевые элементы через пункционный канал в 65 (72,2%) случаях; в 25 (27,8%) наблюдениях потребовалась повторная операция в объёме эхинококкэктомии из открытого доступа (причины: нагноение, кальцификация фиброзной капсулы, прогрессивный рост). Послеоперационные осложнения отмечены в 2

случаях. Летальных исходов не было. Рецидив заболевания за период наблюдения 24±6 месяцев зафиксирован в 15 (8,7%) наблюдениях (во всех группах, преимущественно после пункционных методов).

Обсуждение. В настоящее время эхинококковые кисты печени выявляются на ранних этапах, когда они ещё не выступают над поверхностью органа. В этой ситуации лечебная тактика должна быть индивидуализированной: при малых стабильных кистах — консервативная терапия с динамическим контролем (УЗИ каждые 6 месяцев); при средних или растущих — пункционные методы под лучевой навигацией. Показаниями к открытой эхинококкэктомии являются неэффективность малоинвазивных методов, нагноение кисты, кальцификация фиброзной капсулы и прогрессивный рост.

Заключение. При малых (

---

187. Метод двухэтапного миниинвазивного лечения пилонидальных кист

Коновалова А.М., Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Дворникова М.А., Громова А.А.

Москва

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля

Актуальность. Пилонидальные кисты – актуальная проблема детской хирургии, так как подавляющее большинство пациентов – это подростки от 12 до 18 лет. Частота рецидивов после классического иссечения пилонидальных кист составляет, по данным зарубежной литературы, от 20 до 45%. Кроме того, классическое иссечение требует общей анестезии с эндотрахеальной интубацией и сопровождается длительным ограничением физической активности в послеоперационном периоде – пациентам запрещено наклоняться от 2 недель до 1,5 месяцев. На сегодняшний день отсутствуют клинические рекомендации по ведению детей с пилонидальными кистами, нет четкого алгоритма диагностики и выбора метода лечения. Существующие малоинвазивные методики не всегда демонстрируют достаточную эффективность, требуют дорогостоящего оборудования и не могут быть применены при нагноившихся формах заболевания. В связи с этим перспективным направлением представляется сочетанное использование ультразвуковой кавитации для тщательной санации полости кисты и последующей лазерной облитерации ее стенок.

Материалы и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование 30 детей в возрасте от 12 до 17 лет, у которых диаметр пилонидальной кисты по данным УЗИ/МРТ не превышал 3 см (6 пациентов с нагноившейся формой, 24 с невоспалительной). Первый этап включал местную анестезию с гидропрепаровкой, вскрытие кисты, обработку ультразвуковой кавитацией (аппарат «Фотек» ACTITON-A, щадящий режим, экспозиция 3-5 минут) с УЗ-контролем. Далее после полного очищения раны и отсутствия содержимого по данным контрольного УЗИ выполнялся второй этап: лазерная фототермодеструкция под УЗ-контролем (аппарат «FiberLase VT», длина волны 1,94 мкм, мощность 5 Вт, время воздействия 8-15 секунд). Оценивались болевой синдром по ВАШ, длительность госпитализации, частота рецидивов. Контрольное УЗИ проводилось через 1, 2 месяца, далее каждые 2-3 месяца (максимальный срок наблюдения 5 месяцев).

Полученные результаты. У всех 30 детей оба этапа выполнены под местной анестезией без перехода на общую. Очищение полости после первого этапа достигнуто в 100% случаев. Болевой синдром по ВАШ составил 1-3 балла сразу после первого этапа, 1-2 балла на следующие сутки и 1-2 балла после второго этапа. Средний срок госпитализации составил 7 дней. Сидеть и нагибаться разрешено сразу после операции. Осложнений не отмечено. Рецидивов в срок наблюдения до 6 месяцев не зафиксировано.

Обсуждение

Отсутствие в детской хирургической практике унифицированных клинических рекомендаций и четких алгоритмов лечения пилонидальных кист, а также возрастные особенности (необходимость щадящей анестезии, высокая чувствительность к болевому синдрому, потребность в быстрой реабилитации) диктуют необходимость дальнейшей разработки и систематизации лечебных подходов. Представленный двухэтапный метод лечения пилонидальных кист размером до 3 см является перспективной альтернативой классическому иссечению. Он сочетает эффективную механическую и ультразвуковую санацию полости с последующей лазерной облитерацией, что позволяет избежать обширного иссечения тканей и длительной иммобилизации пациента. Полученные предварительные результаты обнадеживают, однако для окончательного суждения об эффективности метода требуется дальнейшее наблюдение за пациентами и проведение сравнительных исследований с контрольной группой.

Выводы. Разработанный двухэтапный метод лечения пилонидальных кист у детей обладает значительными преимуществами: выполняется полностью под местной анестезией, применим при невоспалительных и нагноившихся формах диаметром до 3 см, значительно лучше переносится пациентами с менее выраженным болевым синдромом по сравнению с классическим иссечением, не

требует длительного ограничения физической активности. Первые результаты демонстрируют высокую эффективность и отсутствие рецидивов. Метод может быть рекомендован как альтернатива радикальному иссечению у детей с небольшими пилонидальными кистами. Проводится дальнейшее наблюдение для оценки отдаленных результатов.

Рекомендации

Описанный метод лечения может быть рекомендован при лечении пилонидальных кист размером до 3 см, включая абсцедирующие формы и невоспалительные.

---

188. Результативность хирургического лечения эмпиемы плевры у пациентов с туберкулезом органов дыхания различной распространенности процесса.

Захарова А.М., Тарасов Р.В., Багиров М.А.

Москва

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»

Актуальность. В 2024 году в мире зарегистрировано 10,7 млн новых случаев туберкулеза, из которых 3–5% приходится на внелегочные формы, включая туберкулезный плеврит. Туберкулезная эмпиема плевры (ТЭП) отдельно не учитывается, что затрудняет оценку её истинной распространенности. Хроническая ТЭП отличается тяжелым течением из-за смешанной инфекции, бронхоплевральных свищей и фиброзных изменений. В отличие от неспецифических эмпием, где эффективна консервативная терапия (85–90%), туберкулезная эмпиема — абсолютное показание к операции. Хирургическое лечение остается единственным радикальным методом, несмотря на высокий риск осложнений.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения пациентов туберкулезом легких, осложненных хронической туберкулезной эмпиемой плевры различной распространенности процесса и наличия бронхоплевральных осложнений.

Материалы и методы исследования. Было выполнено одноцентровое, ретроспективное исследование, в которое включены 68 пациентов с хронической туберкулезной эмпиемой плевры различной локализации процесса, прооперированных в хирургическом отделе ФГБНУ «ЦНИИТ» в период с 2015 по 2025 г.

Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 51/68 (75%) пациентов с туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры, 2 группа - 17/68 (32%) пациентов с туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры с наличием бронхоплеврального свища и/или бронхоплевроторакального свища.

Критерии включения в исследование: пациенты с туберкулезом легких, осложненным хронической эмпиемой плевры с/без бронхоплеврального свища и/или бронхоплевроторакального свища; возраст старше 18 лет.

Критерии невключения в исследование: возраст пациентов до 18 лет; пациенты туберкулезом легких без хронической эмпиемы плевры; отказ пациента от проведения хирургического лечения.

Проведен анализ анамнестических данных, осмотр пациентов, лучевые методы исследований: рентгенография органов грудной клетки (ОГК), компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК); выполнены бронхоскопия и лабораторные исследования. Спектр лекарственной чувствительности МБТ у пациентов, включенных в исследование, определялся при исследованиях диагностического материала (мокроты, БАЛ, отделяемого из плевральной полости и операционного материала) путем комплексного микробиологического скрининга: люминесцентной микроскопии (ЛЮМ), посева на жидкие питательные среды (ЖПС) в системе BACTEC MGIT960, посева на плотные питательные среды (ППС) и молекулярно-генетических методов. Для качественного сравнения показателей значимости различий и силы статистической взаимосвязи устанавливалась по критерию χ^2 Пирсона и χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса, Исследуемые группы сравнивались между собой при помощи непараметрических методов, значения >0,05 считались статистические не значимыми. Проводилось сравнение групп по возрастно-половому составу, анализ клинических форм туберкулеза на момент поступления в клинику, спектра чувствительности МБТ, наличия сопутствующих заболеваний, видам и объему проводимого хирургического лечения, наличия осложнений в раннем послеоперационном периодах. Для наглядности вариантов выполнения хирургического лечения приведен клинический пример наиболее наглядного случая.

Полученные результаты. В исследование включены две группы пациентов с хронической туберкулёзной эмпиемой плевры (ХТЭП), различающиеся по наличию бронхоплеврального свища (БПС). Группа 1 (n=48) включала 28 мужчин (58,3%; средний возраст 39±14,9 лет) и 20 женщин (41,7%; 42±14,9 года); группа 2 (n=16) — 12 мужчин (75%; 37±14,2 года) и 4 женщин (25%; 35±14,4 года). Лекарственно устойчивые штаммы МБТ выявлены у 16,6% пациентов в группе 1 и у 18,75% — в группе 2. В группе 1 наиболее частым вмешательством была плеврэктомия с резекцией лёгкого (33,3% от всех операций), в том числе атипичная резекция (24,1%), лобэктомия (3,7%) и комбинированная резекция (5,5%); плеврэктомия без резекции лёгкого выполнена в 27,7% случаев. В группе 2 плеврэк-

томия с резекцией лёгкого и без резекции выполнялись с равной частотой (по 22,2%). Медиана интраоперационной кровопотери в группе 1 составила 50 мл (10–728 мл), в группе 2 — 50 мл (10–700 мл); медиана длительности операции — 120 мин (40–275 мин) и 110 мин (40–270 мин) соответственно. По критерию Манна–Уитни значимых межгрупповых различий по кровопотере (U=77,5; p>0,05) и продолжительности вмешательства (U=87; p>0,05) не выявлено. Частота послеоперационных осложнений в группе 1 составила 9,8% (ранние — 5,9%, поздние — 3,9%), в группе 2 — 12,6% (только ранние). Летальность — 3,9% и 6,3% соответственно, эффективность лечения — 82,3% и 75%. Согласно критерию χ^2, статистически значимых различий по частоте осложнений (χ^2=0,095; p>0,05), летальности (χ^2=0,154; p>0,05) и эффективности (χ^2=1,128; p>0,05) между группами не установлено. Повторные и этапные вмешательства потребовались 6 пациентам группы 1 и 2 пациентам группы 2. Общая эффективность лечения в раннем послеоперационном периоде (до 3 месяцев) по совокупности групп составила 94,8%, летальность — 5,2% (причины: прогрессирование дыхательной недостаточности — 3,07%, ТЭЛА — 2,05%). Таким образом, наличие бронхоплеврального свища у пациентов с ХТЭП не оказывает значимого влияния на основные интраоперационные показатели, частоту осложнений, летальность и общую эффективность хирургического лечения.

Обсуждение. Сравнительный анализ двух групп пациентов с ХТЭП (с БПС и без БПС) показал, что, несмотря на более тяжелый коморбидный фон (соматическая патология у 50% пациентов с БПС) и ожидаемо более тяжелое течение процесса в группе с БПС, расширенные операции (плеврэктомия с резекцией легкого) чаще выполнялись у пациентов без БПС. Значимых межгрупповых различий по частоте таких вмешательств не выявлено.

Заключение. Хроническая туберкулезная эмпиема плевры (ХТЭП) является сложной проблемой современной фтизиохирургии. Использование комплексного подхода, включающего в себя дренирование плевральной полости, многоэтапное хирургическое лечение, адекватную индивидуализированную терапии в пред- и послеоперационном периоде, в лечении туберкулезной эмпиемы плевры демонстрирует высокую эффективность (до 82,5%), вне зависимости от распространённости патологических изменений в плевре и лёгком.

---

189. Возможности сохранения конечностей при их критической ишемии в Городском центре диабетической стопы и хирургической инфекции.

Стрижелецкий В.В. (1,2), Бубнова Н.А. (1,2), Артюшин Б.С. (1,3), Курьянов П.С. (1), Гусев А.А. (1), Иванов А.С. (3), Поляков Д.Д. (4).

1,2,4) Санкт-Петербург
3) Великий Новгород

1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»
2) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
3) ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
4) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Актуальность. Критическая ишемия остается одним из наиболее грозных осложнений облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (НК). Ежегодно в медицинских учреждениях Санкт-Петербурга выполняется 200–300 ампутаций НК по поводу их острой или критической ишемии (на 100 тыс. населения). С 2014 г. в России стали открываться специализированные центры по сохранению ног, где аккумулируются пациенты с трофическими осложнениями сосудистых заболеваний НК. Приведен анализ работы специалистов одного из таких центров.

Материалы и методы. Оценены результаты лечения 2776 больных критической ишемией НК в Центре диабетической стопы и хирургической инфекции городской больницы Святого Георгия Санкт-Петербурга с 2022 по 2025 г. Удельный вес мужчин был практически неизменным – в целом 58,9% (p=0,52). Средний возраст – 69,8±9,9 лет. В указанный период показатели заболеваемости сопутствующей патологией в большинстве случаев статистически значимо не отличались: гипертоническая болезнь выявлялась у 96,8% пациентов (p=0,03), постинфарктный кардиосклероз – у 33,6% больных (p=0,02), фибрилляция предсердий в 24,4% наблюдений (p=0,18), ОНМК в анамнезе перенесли 18,4% пациентов (p=0,00), сахарный диабет верифицирован в 59,8% случаев (p=0,08). На хроническом гемодиализе находились 5,7% больных (p=0,00), курением злоупотребляли 37,4% пациентов (p=0,00). Хирургические вмешательства на целевой конечности в анамнезе перенесли 36,2% (999) больных.

Полученные результаты. Всем пациентам выполнялась визуализация артериального русла НК: в 66,5% наблюдений – прямая ангиография, в 25,3% – МСКТ-ангиография, в 8% – УЗДГ, 0,2% – магнитно-резонансная томография в сосудистом режиме. Чаще всего верифицировались поражения бедренно-подколенного и тибиального сегментов – 17,3% и 21,5% наблюдений соответственно, их сочетанное поражение – в 46,2% случаев. С 2022 по 2025 г. в

Центре выполнены 2776 хирургических вмешательств на артериальном русле НК. Преобладали эндоваскулярные операции: за 4 года их удельный вес увеличился с 67,6% до 80,1% (в целом – 75,4% (2094)). Частота выполнения открытых вмешательств снизилась с 22,1 до 9,9% случаев (в целом – 12,7% (353)). В их структуре преобладали аутовенозные шунтирующие операции – 71,4%. Гибридные процедуры ежегодно осуществлялись одинаково часто, их удельный вес суммарно составил 11,8% (329) наблюдений.

Гладкое течение послеоперационного периода констатировано в 86,8% наблюдений. Возникали преимущественно осложнения со стороны зоны сосудистой реконструкции – 6,7% случаев: в 3,2% (84) наблюдений констатирован тромбоз, у 1,2% (31) больных возникло кровотечение, в 2,3% (62) случаях отмечалась неадекватная перфузия мягких тканей при проходимой зоне артериальной реконструкции. С улучшением выписаны 2438 (88,5%) больных. Отсутствие какой-либо динамики было отмечено в 82 (3%) наблюдениях. Высокая ампутация выполнена в 2,8% (77) случаев. Летальный исход констатирован в 5,8% (159) наблюдений.

Обсуждение. Выраженная коморбидность и распространенные изменения артериального русла НК обусловливают высокую частоту периоперационных осложнений у пациентов с критической ишемией ног. Развитие и активное внедрение в практику малоинвазивных технологий восстановления кровотока в НК, необходимость мультидисциплинарного подхода к оказанию медицинской помощи этой непростой категории больных побуждает к организации специализированных центров по сохранению конечностей. Особенно актуальным становится их открытие на базе многопрофильных медицинских организаций при наличии отделений, ориентированных на лечение больных хирургической инфекцией мягких тканей, в т.ч. и критической ишемией НК.

Выводы и рекомендации. Представленные результаты показали высокую эффективность оказания медицинской помощи больным критической ишемией НК в условиях специализированного отделения многопрофильного стационара.

---

190. Некоторые аспекты комплексного лечения ран у пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы

Кисляков В.А. (1,2), Файбушевич А.Г. (2), Шиболденкова К.А. (2), Боровкова Н.В. (3), Макаров М.С. (3), Федотов Е.В. (1), Сурикова М.А. (1), Мельникова А.А. (1)

Москва

1) ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ
2) Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
3) НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Сахарный диабет продолжает оставаться одной их острейших проблем современного здравоохранения, а синдром диабетической стопы (СДС) – его грозным осложнением. В структуре заболеваемости преобладающей формой является нейропатическая форма СДС, течение которой часто сопровождается гнойно-некротическими поражениями.

Ключевую роль в патогенезе играют такие взаимосвязанные факторы, как обширная полимикробная контаминация, стойкая локальная тканевая гипоксия и выраженный дефицит эндогенных факторов роста на фоне иммуносупрессии. В связи с этим разработка комплексных протоколов, воздействующих на все звенья раневого процесса, является приоритетной задачей гнойной хирургии.

Цель исследования – оценка клинической эффективности комбинированного метода локального воздействия на раневой процесс у пациентов с гнойно-некротическими поражениями мягких тканей с нейропатической формой СДС.

Материалы и методы. На базе ОГХ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ проведено проспективное сравнительное исследование с включением 30 пациентов (по 15 в контрольной и исследуемой группах).

Всем выполнялась первичная хирургическая обработка гнойного очага. Исследуемая группа (n=15) велась по инновационной трехфазной схеме: фаза 1 – асептическая изоляция и обработка пораженной нижней конечности в аппарате УБЛ-001-АМС; фаза 2 – аппаратная подача увлажненного кислорода непосредственно к раневому ложу через мешок-изолятор; фаза 3 – аппликативное нанесение и инъекционное введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (PRP). Контрольная группа (n=15) получала лечение согласно действующим клиническим рекомендациям.

Оценка эффективности проводимого лечения проводилась с помощью цифровой фотопланиметрии приложением RANPRO, контроля микробиологического пейзажа раны, цитологической картины мазков-отпечатков раны и гистологического исследования биоптатов раны.

Результаты. Активные грануляции в исследуемой группе формировались в среднем на 7,5±1,2 сутки, в контрольной на 14,3±1,2 сутки. Краевая эпителизация в исследуемой группе стартовала на 8,5±1,2 сутки, в контрольной на 14,3±1,2. Высоких ампутаций в исследуемой группе не потребовалось ни в одном случае, в контрольной группе – в 4 случаях (26,6%). Уровень микробной обсемененности ниже 105 КОЕ/г к 7-м суткам зафиксирован у 86,7% пациентов основной группы против 13,3% в контрольной.

Цитологическая картина в исследуемой группе к 7-м суткам демонстрировала переход к регенераторному типу мазка с преобладанием фибробластов и пластами формирующегося эпителия, тогда как в контрольной сохранялась дегенеративно-воспалительная картина. Гистологически в исследуемой группе к 7-м суткам определялось обилие новообразованных капилляров, упорядоченные пучки коллагеновых волокон и снижение нейтрофильной инфильтрации, в биоптатах контрольной группы преобладали отек, очаговый некроз, вялотекущее воспаление.

Обсуждение. Эффективность достигается за счет этапности вмешательств: управляемая абактериальная среда формирует защитный барьер для раневой поверхности и потенциирует бактерицидный эффект; локальная оксигенация формирует в ране микросреду для восприятия и активации факторов роста, высвобождаемых из тромбоцитов; PRP в «подготовленном» раневом ложе запускает фазу репарации. Система работает по принципу – «создание условий» - восстановление раневого метаболизма – «стимуляция репарации».

Выводы и практические рекомендации. Разработанная трехкомпонентная модель лечения ран при гнойно-некротических поражениях мягких тканей при нейропатической форме СДС позволяет в короткие сроки санировать рану, купировать тканевую гипоксию и инициировать репарацию.

---

191. Внутрижелудочное баллонирование – самостоятельное лечение или возможность подготовки к бариатрической операции?

Гладкий Е.Ю. (1,2), Боровко Д.А. (1,2), Гладкая Е.А. (3), Гуменюк С.Е. (1,2)

Краснодар

1) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Краснодар»
2) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
3) ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края

Согласно прогнозу ВОЗ, к 2050 г. количество больных ожирением удвоится и будет составлять 50-70% населения экономически развитых стран.

Первым человеком, использовавшим желудочный баллон для лечения ожирения, был А. Хеннинг в 1979 г. За это время Технология развилась от моно-би-три баллона до капсулы, которая не требует участия эндоскопической и анестезиологической бригад (ReShape, Orbera, Obalon, Allurion Elipse, Spatz B). Активность в этом направлении врачей, ученых и предпринимателей говорит о стойком интересе к данной темы и ее актуальности. Несмотря на неоднозначное отношение к данной процедуре специалистов бариатрического профиля в нашей стране, баллонирование уверенно заняло свою нишу в бариатрии разных стран и в отдельных случаях не имеет альтернативы.

Существуют различные подходы к показаниям использования интрагастральных баллонов, к ним относятся:

- установка баллона с фармакотерапией и участием эндокринолога, терапевта, психолога, сомнолога, кардиолога, как первый этап в последовательном лечении суперморбидного ожирения пациентов или пациентов с тяжелым коморбидным фоном в качестве подготовки к последующей бариатрической операции;

- начальное ожирение с ИМТ ≤30кг/м2 – для снижения веса и выработки нового стереотипа питания;

- желание пациента, испытывающего страх перед «большой» операцией;

- высокие риски анестезиологического и операционного пособия;

- непереносимости лекарственных препаратов для изменения веса.

Для реализации потенциала эндоскопии в бариатрии, в частности, в баллонировании желудка, особенностей техники проведения эндоскопического вмешательства при установке и удалении баллона необходима оснащенная

операционная с CO2-инсуффляцией и гидравлической помпой, эндоскопами с ирригационным каналом и рабочим каналом 2.8-3.2 мм, что позволит создать оптимальные и безопасные условия для ее проведения.

Баллонирование желудка как самостоятельный метод лечения у пациентов с ИМТ тов с суперожирением и пациентов с морбидным ожирением с тяжелой сопутствующей патологией.

---

192. Энтероскопия в диагностике и определении объема хирургического вмешательства у пациентов с опухолями тощей и подвздошной кишки, осложненными кровотечением.

Шаповальянц С.Г. (2), Селезнев Д.Е. (1,2), Иванова Е.В. (2), Юдин О.И. (1), Тихомирова Е.В. (2), Федоров Е.Д. (2,3)

Москва

1) Медицинский центр «КЛИНИКА К+31» (гл. врач – А.В. Чжао),
2) Научно-исследовательская лаборатория хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (зав. – Шаповальянц С.Г.),
3) ГБУЗ «ГКБ № 31 имени академика Г.М. Савельевой» (гл. врач – Ефремова Н.М.).

Актуальность: опухоли тощей и подвздошной кишки встречаются примерно у 5% пациентов с новообразованиями ЖКТ и часто выявляются несвоевременно из-за отсутствия симптомов, обычно уже при развитии осложнений, чаще всего — кровотечения. Опухоли вызывают 10% скрытых и до 53% явных кровотечений из тонкой кишки. Современные методы энтероскопии, такие как видеокапсульная и баллонно-ассистированная эндоскопия (ВКЭ и БАЭ), значительно повысили эффективность диагностики: выявляемость опухолей достигает 17%, а при комплексном обследовании — 50–65%. Предоперационная визуализация, точная локализация и морфологическая верификация опухоли позволяют своевременно выбрать лечебную тактику, что улучшает результаты лечения и прогноз для пациентов.

Материал и методы: с июля 2007 по апрель 2026 года нами пролечены 124 пациента [57 (46%) мужчин, 67 (54%) женщин, в возрасте от 9 до 88 лет; средний возраст 50,6±18,1 лет] с опухолями тонкой кишки, выявленными с помощью ВКЭ и БАЭ. Показания к обследованию: подозрение на кровотечение (46%), синдром полипоза ЖКТ (21,8%), подозрение на опухоль по неэндоскопическим данным (16,1%), неспецифические жалобы (8,9%), диагностическая находка (7,3%). Для проведения ВКЭ применялись капсулы производства Olympus (Япония), Given-PillCam (Израиль) и Mirocam (Южная Корея). БАЭ выполняли однобаллонным методом с использованием энтероскопа SIF-Q180 производства Olympus (Япония) и двухбаллонным методом с использованием энтероскопа EN-450T5 производства Fujifilm (Япония).

Результаты: у 70 (56,5%) из 124 пациентов с опухолями тонкой кишки опухоль стала причиной кровотечения. Среди них было 31 (44,3%) мужчин и 39 (55,7%) женщин в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст — 54,3±25,8 года). Явное кровотечение было у 38 (54,3%) пациентов, скрытое - у 32 (45,7%). Длительность заболевания до выявления источника кровотечения в среднем составляла 36 месяцев; у 12 (17,1%) пациентов – первый эпизод, у 58 (82,9%) — рецидив, причём у 24 из них — более трёх эпизодов.

Локализация опухолей: тощая кишка — у 31 (44,3%), подвздошная — у 26 (37,1%), на всём протяжении тонкой кишки — у 13 (18,6%). По гистологии, злокачественные опухоли были у 41 (58,6%) пациента (чаще ГИСО — 29,3%, нейроэндокринные опухоли — 22%, аденокарцинома — 19,5%), доброкачественные — у 24 (34,3%) (чаще гамартомы — 41,7%, липомы — 25%, кавернозные гемангиомы — 16,7%).

ВКЭ проведена у 57/70 (81,4%) пациентов: тотально у 47/57 (82,5%), у одной пациентки развилась острая инвагинационная непроходимость, потребовавшая экстренной операции. БАЭ выполнена у 45/70 (64,3%), в том числе у 34/45 (75,6%) после ВКЭ, что позволило точно локализовать опухоль и выбрать доступ для БАЭ. Всего проведено 77 энтероскопий.

Консервативное лечение применено у 4 (5,7%) пациентов с лимфомой; у одной пациентки развилась перфорация на фоне химиотерапии, потребовавшая экстренной операции. Ещё у четырёх пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией выбрана симптоматическая терапия. Эндоскопические вмешательства выполнены у 10 (14,3%) пациентов (петлевая электроэксцизия — 80%); осложнения были у двух пациентов, летальных исходов не было. Хирургическое лечение проведено у 47 (67,1%) пациентов: мини-лапаротомия — в 63,8% случаев. Осложнения отмечены у пяти пациентов, из них трое перенесли повторные операции; летальных исходов не было. Пять пациентов от предложенного лечения отказались.

Заключение: благодаря ВКЭ и БАЭ опухоли тонкой кишки чаще диагностируются до операции, но 56,5% всё ещё выявляются после кровотечения. Средний возраст таких пациентов — 54,3 года, длительность заболевания — 36 месяцев, у 82,9% кровотечения рецидивируют. Это подчёркивает важность активного применения энтероскопии при тонкокишечных кровотечениях. Дооперационная диагностика позволила в 20% случаев выбрать эндоскопическое или консервативное лечение, а в 63,8%

— провести малоинвазивные операции, что сокращает пребывание в стационаре и снижает риски для пациентов.

---

193. Способы хирургического лечения ранений легкого

Николаева Е.Б., Абакумов М.М., Черноусов Ф.А., Татаринова Е.В., Рабаданов К.М., Корнеева С.А., Бармина Т.Г.

Москва

ГБУЗ «НИИСП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность исследования. Проблема лечения ранений легкого остается актуальной и в наши дни. Частота повреждений легких при проникающих ранениях груди составляет 75-80%, диагностические и тактические ошибки допускаются в 20-25% наблюдений. Новые методы диагностики и лечения с применением видеоторакоскопии способствуют улучшению результатов, снижению частоты осложнений и летальности.

Материал и методы. С 1998 по 2025 г. в НИИСП им. Н.В. Склифосовского находилось на лечении 2344 пострадавших с ранениями легких, из них 2113 (90%) – с колото-резаными ранениями, а 231 (10%) – с огнестрельными или осколочными. Пострадавшие были в возрасте от 17 до 79 лет; в основном мужчины (92%), женщины составили 8%.

В экстренном и экстренно-отсроченном порядке 2149 больным (91,6%) была выполнена торакотомия, 187 (8%) – видеоторакоскопия, при которых и осуществлена оценка состояния легочной ткани. У 6 пострадавших с колото-резаными и 2 с огнестрельными осколочными ранениями было произведено только дренирование плевральной полости. Диагноз ранения легкого им был установлен в ходе лечения.

Диагностика в приемном отделении или в операционном блоке включала клинический осмотр пациентов, а также рентгенографию груди (87%) и ультразвуковое исследование плевральных полостей (96%), компьютерную томографию стабильным пациентам (1,1%).

Полученные результаты.

У 1813 пострадавших в ходе хирургического вмешательства обнаружены поверхностные раны легкого, выполнено их ушивание, в том числе при видеоторакоскопии (105), а также коагуляция раны легкого (86 пациентов).

У 342 пациентов выявлены глубокие ранения легкого: 170 пострадавшим произведено только ушивание ран (1 группа), а у 172 пациентов вмешательство заключалось в хирургической обработке раны легкого: рассечении раневого канала, эвакуации внутрилегочной гематомы и инородных тел, гемостазе, аэростазе и послойном ушивании дефекта паренхимы (2 группа).

При обширных ранах легкого необходимость выполнения резекции или пневмонэктомии возникла у 49 пострадавших (2%).

Умерли 77 пострадавших с ранениями легкого в разные сроки. Общая летальность составила 3,3%; летальность при глубоких ранениях – 12,9%.

Длительность лечения пострадавших при ушивании раны легкого без ревизии раневого канала превысила таковую в группе хирургической обработки раны легкого в 1,4 раза, а послеоперационная летальность у больных в 1-й группе составила 11,2% против 3,1% во 2-й группе.

Обсуждение. Осложнения развились у 66,4% больных в группе больных с ушиванием раны легкого и у 12,4% больных в группе с хирургической обработкой раны легкого. Во 2-й группе не было зафиксировано повторных кровотечений из раны легкого, которые наблюдались в 1-й группе в 11,2%, а также неустраняемого пневмоторакса и массивной эмфиземы средостения (2,4%). Повторные операции потребовались пострадавшим с ушиванием раны легкого в 24% наблюдений, а пациентам с хирургической обработкой – в 0,8%. Интенсивное кровотечение из раны легкого, явившееся показанием к повторной операций в 11,2% наблюдений у пациентов в группе с ушиванием ран легкого, у 2,4% больных стало причиной смерти в раннем послеоперационном периоде. Количество абсцессов легкого и бронхо-плевральных свищей в группе с хирургической обработкой было в 4 раза меньше по сравнению с группой с ушиванием раны легкого без ревизии раневого канала.

Выводы. Применение комплекса диагностических методов исследования и дифференцированной хирургической тактики с резекцией легкого и хирургической обработкой раневого канала у пострадавших с глубокими ранениями легкого способствовало улучшению результатов лечения, снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности у этой тяжелой категории пациентов.

Рекомендации. Резекционные вмешательства показаны при наличии значительного повреждения и размозжении паренхимы легкого. В случаях глубоких ран легкого с целью гемо- и аэростаза, эвакуации инородных тел и внутрилегочных гематом рекомендуется хирургическая обработка раны легкого.

---

194. Отдаленные результаты внесфинктерного проведения лигатур при сложных параректальных свищах

Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)

Чита

1) ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,
2) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Чита»

В последние десятилетия в клинической практике при сложных свищах прямой кишки активно используются десятки способов операций – от расширенной фистулэктомии с разгрузочной сигмостомией до лазерной обработки свищевых ходов с различными биотампонадами. Большое количество способов операций связано не только с многообразием форм и вариантов течения этой патологии, но и с неудовлетворенностью хирургов результатами лечения: нарушения функции анального сфинктера встречается в 4-30% наблюдений, рецидивы свищей у 3-40% оперированных больных. Это диктует необходимость разработок новых сфинктеросохраняющих вариантов операций при сложных и высоких параректальных свищах.

Цель исследования: сравнить отдаленные результаты чрессфинктерного и внесфинктерного проведения латексных лигатур в ходе операций по поводу сложных прямокишечных свищей.

Материалы и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование отдаленных результатов длительно (5-10 лет) наблюдавшихся 40 больных с высокими транссфинктерными и экстрасфинктерными параректальными свищами I-IV степени сложности, оперированных в 2016-2020 годах в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Чита». Из них 18 пациентам со свищами I-II степени сложности выполнено классическое субтотальное иссечение свища с проведением латексной лигатуры вокруг 2-3 порций наружного сфинктера (I группа).

Другим 22 больным (II группа) со свищами II-III-IV-степени сложности выполнено субтотальное иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки поверх иссеченного внутреннего отверстия свища и проведением одной-двух латексных лигатур внесфинктерно через остатки свищевых ходов при подковообразных вариантах или через свищ и наложенную контрапертуру, не касаясь наружного сфинктера.

Все пациенты по 1-2 раза ежегодно в ходе регулярных профилактических осмотров в течение 5-10 лет диспансерного наблюдения. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ MS Excel.

Результаты. В I группе из 18 больных проведенная лигатура сразу же выполняла «прорезающую» функцию, низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе. В отдаленные сроки рецидив заболевания наступил у 3 (16,7%) в виде невысоких транссфинктерных свищей, все трое оперированы повторно, выполнены фистулэктомии с рассечением и восстановлением сфинктера, результаты операций благоприятные. Длительное, в течение первого-второго годов, нарушение функции анального сфинктера в виде недержания газов наблюдалось у 6 (33,3%) и еще у 5 (27,8%) – эпизодическая инконтиненция. Выраженная рубцовая деформация перианальной зоны отмечена у 9 (50%).

Во II группе из 22 больных проведенная лигатура первые 10-12 дней выполняла дренирующую функцию, после санации иссеченного свищевого хода и УЗИ-контроля, подтверждавшего отсутствие жидкостных скоплений, лигатуру переводили на «прорезающую» роль. Низведение остатков свищевого хода и заживление ран наступало к 6-10 неделе. В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено (р

---

195. Gastric botox therapy: результаты одноцентрового исследования

Ким Д.А. (1,2), Анищенко В.В. (1,2), Масютенко А.Е. (1), Патрушев П.А. (1), Цзин А.О. (1,2)

Новосибирск

1) АО Медицинский центра АВИЦЕННА Группы компаний Мать и Дитя
2) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Актуальность. Распространённость ожирения неуклонно растёт, увеличивая риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и других коморбидных заболеваний. Бариатрическая хирургия, безусловно, эффективна, однако сопряжена с операционными рисками, особенно у пациентов со сверхожирением. В связи с этим актуален поиск малоинвазивных методов коррекции массы тела и предоперационной подготовки. Исследования последних лет показывают, что эндоскопическое введение ботулотоксина в стенку желудка может замедлить его опорожнение, снизить аппетит и способствовать уменьшению массы тела.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность процедуры gastric botox у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное когортное исследование 48 пациентов с ожирением

(ИМТ от 30 до 73 кг/м²), включая лиц с ожирением I–III степени, суперожирением и суперсуперожирением. Средний возраст 40 лет, соотношение мужчин и женщин 1:4. Под эндоскопическим контролем под общей анестезией в дно желудка вводили 250 единиц ботулотоксина (Dysport), разведённых в 15 мл физиологического раствора, в 15 точек дна желудка. Проведен анализ динамики массы тела, суточного потребления калорий по пищевым дневникам, лабораторных маркеров функций печени и почек для оценки токсичности процедуры (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, креатинин, мочевина), а также непосредственные осложнения.

Результаты. Через 3 дня после инъекции все пациенты отметили отсутствие чувства голода, 96% — быстрое насыщение и отсутствие голода в течения дня, 94% — снижение объёма потребляемой пищи. Снижение массы тела наблюдалось у 96% участников. Наилучший эффект зафиксирован у пациентов с ИМТ >50 кг/м², потеря веса у которых в среднем составила 14% (23,5±4,2 кг) от исходного. При ожирении I степени снижение составило 5%, II степени — 6,4%, при ИМТ 40–49,9 кг/м² — 10,6% (p0,05). Среднесуточное потребление калорий снизилось с 4264 ккал до 2265 ккал через 7 дней после процедуры (p0,01), несмотря на некоторое увеличение (до 3112 ккал) к шестому месяцу, оставалось достоверно ниже исходного (p0,05).

Выводы. Процедура gastric botox в дно желудка является безопасным методом с низким риском осложнений. Наиболее выраженное снижение массы тела достигнуто у пациентов со сверхожирением, что позволяет рекомендовать процедуру в качестве этапа предоперационной подготовки перед бариатрическими вмешательствами. У пациентов с менее выраженным ожирением (I–II степень) метод может использоваться как стартовая коррекция пищевого поведения. Полученные данные подтверждают необходимость дальнейших исследований по титрованию дозировки ботулотоксина, оценке влияния на скорость опорожнения желудка и уровень грелина.

---

197. Пероральная эндоскопическая миотомия: опыт и показатели безопасности в условиях клинической практики

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Канищев И.С., Гришина Е.А.

Москва

Московский клинический научный центр имени А.С.Логинова

Актуальность. Пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) зарекомендовала себя в качестве одного из основных методов лечения ахалазии пищевода. Цель данного исследования - оценить эффективность и безопасность процедуры в условиях одной клиники.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2024 годы в отделение оперативной эндоскопии МКНЦ имени А.С.Логинова было проведено 744 оперативных вмешательства в объеме ПОЭМ у пациентов с диагнозом ахалазии пищевода. Согласно данным рентгенологического обследования на дооперационном периоде у 683 пациентов был диагностирован первичный тип ахалазии пищевода, у 61 — S-образная форма ахалазии. На основании данных манометрии пищевода у 279 пациентов диагностирован I тип ахалазии, у 298 – II тип, у 137 – III тип, у 18 пациентов выявлен диффузный эзофагоспазм, а у 12 - исследование не выполнено в связи с наличием дивертикулов пищевода или на фоне выраженной деформации просвета пищевода. Общий процент пациентов с ранее перенесенными хирургическими вмешательствами на пищеводе составил 88 человек (11,9%).

Результаты. Пероральная эндоскопическая миотомия успешно выполнена у 738 пациентов. В 6 клинических наблюдениях вмешательство не проведено в связи с выраженными воспалительными изменениями слизистой пищевода - выполнена баллонная пневмокардиодилатация. Средняя длительность процедуры ПОЕМ составила 68,4 минуты (от 25 до 265 минут). Интраоперационная кровопотеря была гемодинамически незначимой и не превышала 50 мл.

Степень фиброза подслизистого слоя оценивалась по шкале SMF: у 95 пациентов (12,9%) была отмечена выраженность фиброза SMF I степени, у 51 - SMF II степени, у 22 - SMF III степени.

Интраоперационные осложнения: у 24 пациентов (3,2%) развился напряжённый карбоксиперитонеум, требующий дренирования брюшной полости; у 9 - коагуляционные повреждения слизистой пищевода, потребовавшие дополнительного клипирования; у 1 пациента (0,01%) – карбоксимедиастинум, с последующим формированием плеврального выпота, потребовавший дренирования плевральной полости. Средняя продолжительность госпитализации составила 2,8 дня. В раннем послеоперационном периоде наблюдалось статистически зна-

чимое снижение степени дисфагии: средний балл по шкале Эквардта до операции составлял 6,8, после - 2,1. Последующее наблюдение проводилось на 3, 12 месяцах и ежегодно. Максимальная длительность наблюдения - 103 месяца (в среднем - 39,6 месяцев). В 12 случаях (1,6%) ПОЭМ выполнена повторно по причине рецидива симптомов.

Выводы. ПОЭМ проявила высокую эффективность и безопасность в условиях длительного наблюдения, что подтверждает её целесообразность в качестве основного метода лечения всех типов ахалазии пищевода.

---

198. Сравнительный анализ одно- и двухэтапного лечения холецистохоледохолитиаза с использованием эндоскопических технологий

Куркин А.В. (1,2), Музальков В.А. (2), Эктов В.Н. (1)

Воронеж

1) Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н.Бурденко
2) Воронежская областная клиническая больница №1

Актуальность. Холедохолитиаз является частым осложнением желчнокаменной болезни, выбор вариантов лечения которого в большинстве случаев определяется наличием имеющихся ресурсов и накопленных навыков, а не их доказанной клинической эффективностью.

Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 ВОКБ №1 за период с 2023 по 2025 год получили хирургическое лечение 416 больных с

холецистохоледохолитиазом. Открытая, минилапаротомная и лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией выполнены 133 больным. Мини-инвазивное лечение с использованием эндоскопических технологий проведено 283 пациентам. Двухэтапное мини-инвазивное лечение, включающее эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией и последующую лапароскопическую холецистэктомию проведено 92 пациентам. Одноэтапное мини-инвазивное вмешательство - ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду в комбинации с ЭПСТ и литоэкстракцией - выполнено 191 больному. Распределение больных по возрасту, полу и коморбидности в указанных группах статистически не отличалось.

Полученные результаты. В группе двухэтапного мини-инвазивного лечения успех был достигнут в 84 случаях (91,3%): у 3 больных потребовалась повторная ЭРПХГ с литоэкстракцией, 5 пациентам из-за неудачной канюляции БСДК была выполнена открытая холецистэктомия с холедохолитотомией. Осложнения отмечены у 15 пациентов (16,3%), из них два пациента умерли (2,2%). Средняя суммарная продолжительность оперативных этапов составила 125±5,7 мин, средняя длительность госпитализации 18±3,4 дней. В группе одноэтапного мини-инвазивного лечения успех был достигнут в 180 случаях (94,2%). В 44.0% случаев при выполнении ЭРХПГ канюляция БСДК выполнялась с использованием технологии «рандеву». У 8 пациентов из-за неудачной эндоскопической литоэкстракции выполнена открытая холедохолитомия, в 3 случаях произведена повторная ЭРПХГ с литоэкстракцией

резидуальных конкрементов. Послеоперационные осложнения развились у 29 больных (15,2%), умерло 3 больных (1,6%) Средняя продолжительность одноэтапного вмешательства составила 98±4,7 мин, средняя длительность стационарного лечения 12±4,5 дней.

Выводы. Мини-инвазивные вмешательства являются методом выбора в лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Применение одноэтапной методики мини-инвазивного лечения с использованием эндоскопических технологий позволяет уменьшить число неудачных канюляций БСДК при выполнении ЭРХПГ-ЭПСТ, сократить продолжительность оперативных вмешательств и длительность стационарного лечения больных.

---

199. Клиническая безопасность эндоскопических вмешательств при удалении подслизистых новообразований желудка

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Канищев И.С., Гришина Е.А.

Москва

Московский клинический научный центр имени А.С.Логинова

Актуальность. Подходы к лечению пациентов с подслизистыми новообразованиями желудка претерпели значительные изменения. Накопленный опыт и технологические достижения привели к активному внедрению эндоскопических вариантов лечения, что в свою очередь способствует активному исследованию методов профилактики нежелательных явлений.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2025 гг. в отделение оперативной эндоскопии МКНЦ имени А.С.Логинова было выполнено 73 эндоскопических оперативных вмешательства у пациентов с подслизистыми новообразованиями желудка. Средний размер опухоли составлял

2,6 см. Показаниями к операции служили увеличение размера опухоли или изменение её характеристик, а также наличие клинических симптомов (кровотечение, диспепсия, боли в абдоминальной области). В 26 клинических наблюдениях (35,6%) пациентам выполнена диссекция в подслизистом слое, в 34 – тоннельные резекции (46,6%), в 10 – межмышечные диссекции (13,7%) и в 3 – полностенные резекции стенки желудка (4,1%). Ни в одном из наблюдений конверсия доступа не потребовалась.

Результаты. Постоперационных осложнений, требующих коррекции тактики лечения или расширения госпитализации, не зарегистрировано. Основные интраоперационные нежелательные явления были обусловлены применением инфляции CO_2. В лишь 8 случаях потребовалось декомпрессия брюшной полости с помощью иглы Вереша. Гемостатические клипсы и клипсы OVESCO использовались для закрытия полнослойных дефектов стенки желудка. В послеоперационном периоде не отмечено развития инфекционных осложнений, обусловленных проведением вмешательства. Результат гистологического и иммуногистохимического исследования варьировались от полностью доброкачественных новообразований до высоко злокачественных гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО). На протяжении всего периода наблюдения рецидивов заболевания не выявлено.

Заключение. Эндоскопические процедуры являются малоинвазивными и радикальными вмешательствами. Развитие современных технологий, накопление опыта и тесное взаимодействие анестезиологической и хирургической команд позволяют выполнять такие операции с минимальными затратами времени и низким уровнем осложнений.

---

200. Современные подходы к эндоскопическому лечению дивертикула Ценкера

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Канищев И.С., Гришина Е.А.

Москва

Московский клинический научный центр имени А.С.Логинова

Актуальность. Дивертикул Ценкера - редкое и сложное в лечении заболевание, которое требует применения эффективных и минимально инвазивных методик. В связи с этим особенно важна разработка современных эндоскопических технологий, позволяющих достигать стабильных положительных результатов с минимальными осложнениями и рецидивами.

Методы. В отделение оперативной эндоскопии с 2014 по 2025 гг. выполнено 550 эндоскопических вмешательств у 543 пациента с диагнозом дивертикул Ценкера, включая повторные операции. В основу лечения положены новые методики, сочетающие полное пересечение крикофарингеальной мышцы с верхнепищеводной миотомией - тоннельная и комбинированная методики. Все операции проводились под визуальным контролем с использованием современных инструментов. Время каждой процедуры в среднем составило 37 минут, а уровень технического успеха достиг 100%.

Результаты. Интраоперационные осложнения встречались в виде кровотечений у 2 (5.1%) пациентов при стандартной методике и у 4 (3.6%) при комбинированной, все были успешно остановлены коагуляцией. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 4 пациентов (0,7%) в виде затеков контрастного препараты, которые выявлялись при рентгенологическом исследовании и успешно лечились консервативно. Полный клинический эффект достигнут в 100% случаев. Среднее время госпитализации составило 2 дня, что свидетельствует о быстром восстановлении пациентов.

Заключение. Новые эндоскопические методики, сочетающие полное пересечение крикофарингеальной мышцы и верхнепищеводную миотомию обеспечивают выраженное снижение симптомов или их полное устранение в отдалённом периоде. Предложенные варианты лечения характеризуются высокой эффективностью, низким уровнем осложнений и минимальной частотой рецидива.

---

201. Хирургические подходы к реконструкции грудной клетки

Лысов М.Д., Зятьков И.Н, Олянин С,В., Дегтярева Н.С., Заргарян Н.В.

Омск

БУЗОО «КМХЦ МЗОО»

Актуальность: Разнообразие методов реконструкции грудной стенки подтверждает, что идеального способа нет, требуется индивидуальный подход, вместе с тем требуется выработать оптимальные базовые подходы для реконструкции с учетом особенностей функции грудной клетки и течения различных заболеваний грудной стенки.

Материалы и методы: в нашей клинике за последние 10 лет выполнено 234 резекционных вмешательств на грудной стенке, из которых в 150 случаях потребовалось выполнение реконструктивного этапа. Пациенты

для реконструкции были со следующей патологий: новообразования грудной стенки, последствия травм, остеомиелиты грудины и ребер, врожденные аномалии грудной стенки, лучевые поражения грудной стенки после рентгентерапии. Реконструктивный вмешательства были следующие: операция Равича 9, Насса 21, миопластика в том числе с оментопластикой 23, кожно-подкожно-мышечный лоскут на питающей ножке 37, остеосинтез пластинами ребер 11, замещение по типу «сендвич» 49. Для оценки результатов реконструкции пациенты были отслежены в ближайшие и отдаленные периоды в сроки, в отдельных случаях, до 10 лет.

Полученные результаты: В результате проведенных реконструктивных вмешательств во всех случаях удалось закрыть дефекты и при показаниях восстановить каркас грудной стенки. В результате анализа проведенных вмешательств пациенты распределяются на 2 большие группы – требующие восстановления каркаса грудной клетки и требующие только замещения дефекта. При этом отмечено, что пациенты, требующие только закрытие обширного дефекта имеют сохраненную каркасную функцию грудной стенки (как правило дефект на протяжении менее чем 2-3 ребер на протяжении не более 7-9 см). Среди пациентов которым требовались закрытия дефектов наиболее серьезную, в плане операции и ведения, группу составили пациенты перенесшие 20-30 лет назад мастэктомию по поводу ЗНО и последующую лучевую терапию с обширными язвами и остеомиелитами грудной стенки, данная категория пациентов имеет тяжелую сопутствующую патологию с нарушением ритма сердца, выраженные изменения кожного покрова перифокально, дефицит тканей для пластического закрытия. Таким пациентам проводилось иссечение пораженных тканей, секвестрэктомия, резекции ребер и грудины и для закрытия дефекта использован полнослойный кожно-подкожно-мышечный лоскут на широкой питающей ножке с ротацией стебля. Пациентам, требующим восстановления каркаса, приходится использовать металлоконструкции. При врожденных деформациях, в ряде случаев травмы грудной стенки использованы Т-образные пластины, либо накостный остеосинтез пластинами ребер в зоне дефекта, при этом наступает стабилизация каркаса и восстановление формы грудной клетки, при этом только в одном случае косметический результат расценен как неудовлетворительный (при этом пациент доволен результатом, у него выполнялось 3 раза торакопластика при воронкообразной грудной клетке в разных лечебных учреждениях). Группа пациентов с образованиями грудной стенки и обширными остеомиелитическими процессами требует комбинации реконструкции и замещения дефектов. Это требует при гнойных процессах купирование острого процесса, достаточной зоны резекции, что соответственно приводит к значительным дефектам, для устранения которых, в большинстве случаев, нами применяется так называемая методика «сэндвича», в качестве армирования используются бедренные спицы Киршнера, окруженные костным антибиотиконесущим цементом, помещенные в 2 слоя сетчатого импланта. В результате достигается надежная стабилизация и коррекция каркаса грудной стенки и закрытие дефекта, как правило, перемещенным полнослойным лоскутом мягких тканей грудной стенки.

Обсуждение: В результате анализа проведенной работы, можно отметить, что наиболее благоприятное течение послеоперационного периода и стабильность результатов вмешательств зависит от следующих факторов: гнойные процессы должны быть первично санированы до купирования острых гнойно-септических проявлений, в значительной доле случаев требуются ряд этапных вмешательств, для закрытия дефектов требуется использования лоскутов полнослойных, при возможности с перемещением мышц и, или пряди большого сальника, каркасность грудной стенки, с учетом её подвижности, постоянных нагрузок требует индивидуального подхода с комбинированием различных методик устранения дефекта.

Выводы: использование индивидуального подхода к лечению, приверженность к соблюдению принципов, изложенных выше, позволяет добиться удовлетворительных клинических, косметических, функциональных результатов в лечении пациентов с обширными деформациями и дефектами грудной стенки.

---

202. Пути улучшения результатов эндохирургического лечения заболеваний пищевода.

Зятьков И.Н., Дегтярева Н.С., Олянин С.В., Лысов М.Д., Заргарян Н.В.

Омск

БУЗОО «КМХЦ МЗОО»

Актуальность: В настоящее время эндохирургия пищевода становится «золотым стандартом». Методики торако-, лапароскопической экстирпации пищевода внедряются во многих клиниках. По данным разных авторов, летальность после операций на пищеводе достигает 3 – 20%, а частота развития осложнений – 30 - 60% в зависимости от вариантов вмешательства (Черноусов А.Ф., Воронов М.Е., Черноусов Ф.А., Чикинев Ю.В., Лобанов В.Г.) По сути, хирургия пищевода, на сегодня, стала хирургией профилактики и лечения осложнений: чем лучше выполняется профилактика, тем меньше осложнений, тем более хорошие результаты лечения и последующее качество жизни пациентов. Одной из причин летальности является тяжесть оперативного вмешательства у пациен-

тов с тяжелым коморбидным фоном.

Материалы и методы: В нашей клинике имеется опыт, как отрытых операций: лапаротомические, трансхиатальные, торако-лапаротомические экстирпации пищевода с пластикой желудочным стеблем, так и торако-лапароскопические экстирпаций пищевода, в том числе и с двухзональной лимфодиссекцией, с одномоментной пластикой. Пластика выполняется желудочным стеблем, при невозможности его использования тонкой или толстой кишкой.

В последние годы отдельными ведущими хирургами: Анищенко В.В., Алахвердян А.С. и др. начато использование сегментарных резекций нижнегрудного и абдоминального отдела пищевода при ахалазии кардии 4, что мене травматично, по сравнению с экстирпацией пищевода с его первичной пластикой. Ранее, мы ряду пациентов отказывали в радикальном хирургическом лечении, с учетом тяжелого коморбида при ахалазии кардии 4 и ограничивались гастростомой. С учетом того, что хирургическая техника и возможности эндохирургии пищевода постоянно улучшаются, широко внедряется эндоскопическое интракорпоральное наложение пищеводных анастомозов нами начато выполнение лапароскопических и тораколапароскопических сегментарных резекций нижнегрудного и абдоминального отдела пищевода с кардиальным отделом желудка у пациентов с ахалазией кардии 4.

Полученные результаты: На настоящее время выполнено 5 таких вмешательств у пациентов с коморбиом. Данные пациенты отслежены в сроки до 1 года после операции. Отмечено одно осложнение в виде перфорации острой язвы пищевода над областью наложенного анастомоза, на 4 сутки после операции, ушитое лапароскопически, в последующем пациент отмечал выраженную дисфагию и перенес экстирпацию пищевода с пластикой желудочным стеблем. Данное осложнение расценено нами, как недостаточный объем резекции нижнегрудного отдела пищевода. Других осложнений в виде несостоятельности швов анастомоза, дисфагии не выявлено. Функционально пациенты не испытывают дисфагии и жалоб на рефлюкс у них не было. В то же время рентгеноскопическая картина не позволяет однозначно утверждать о восстановлении полноценной функции оставшегося пищевода: в первые 6 месяцев не отмечается значимого уменьшения ширины пищевода, в то же время пассаж контраста у них не нарушен.

Обсуждение: Исходя из классического понимания патоморфологических и функциональных нарушений при ахалазии 4 степени нами воспринимались данные изменения, как необратимые на протяжении всего пищевода. В то же время, наблюдая данную категорию пациентов, в последующем, отмечали боле чем у половины пациентов положительную динамику состояния пищевода на фоне исключения пассажа пищи по нему. Все это привело нас к тому, что вероятнее всего, пациенты с ахалазией кардии 4 не всегда имеют необратимые изменения в пищеводе, что позволяет говорить о возможности использования менее обширных резекций с хорошим функциональным результатом в последующем. В ходе проведения данной работы нами ведется поиск объективных критериев необратимости изменений в остающемся пищеводе, что позволит выделить показания и противопоказания для сегментарных резекций пищевода при ахалазии кардии 4 ст. Проводится работа по сравнению отдаленных результатов экстирпаций пищевода и сегментарных резекций. Несомненно, что данные методики требуют дальнейшего анализа и объективизации полученных результатов.

Выводы:

1. пациентам с ахалазией пищевода 4 ст с тяжелой коморбидной патологией допустимо и безопасно выполнение сегментарных эндоскопических резекций пищевода;

2. данные операции позволяют добиться хороших функциональных результатов

3. требуется дальнейшая оценка результатов и выявление объективных критериев вероятности восстановления полноценной функции пищевода в отдаленном послеоперационном периоде

---

203. Торакоскопическая фиксация ребер при закрытых травмах грудной клетки

Маматов К.С., Туксонов А.И

Навои, Узбекистан

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан «МЕДИКО-САНИТАРНЫЙ ОТДЕЛ» ГУ ФОНД НГМК

Несмотря на широкое применение высокотехнологичных методов в медицине в XXI веке, закрытые травмы грудной клетки при политравме по-прежнему имеют высокий уровень смертности от осложнений со стороны плевры и легких. Согласно различным литературным данным, смертность при закрытых травмах грудной клетки и повреждениях органов грудной клетки составляет 15-95%.

В период с 2023 по 2025 год хирургическое отделение медико-санитарного подразделения Навоийского горно-металлургического комплекса оказало помощь 34 пациентам с закрытыми травмами грудной клетки вследствие политравмы. У всех пациентов были переломы от 3 до 12 ребер, плевральные осложнения различной степени тяжести в легких. Наряду с закрытыми травмами

грудной клетки, у пациентов наблюдались закрытые черепно-мозговые травмы различной степени тяжести, переломы конечностей, травмы тазовых костей и повреждения органов брюшной полости различной степени тяжести. Пациенты прошли стандартные обследования в отделении интенсивной терапии, были осмотрены всеми специалистами, параллельно были приняты противошоковые меры, и проведено первичное торакоцентезное дренирование плевральной полости с поврежденной стороны грудной клетки. В случаях отсутствия активного кровотечения из плевральной полости у пациентов применялась активная хирургическая тактика, и в течение 6-12 часов после компьютерной томографии грудной клетки всем пациентам проводилась торакоскопия на пораженной стороне грудной клетки. Операция проводилась при оценке степени операбельности. В трех случаях пациентам с активным кровотечением из плевральной полости была выполнена экстренная торакотомия. Не секрет, что традиционное лечение легочно-плевральных осложнений у пациентов с политравмой приводит к увеличению числа осложнений, связанных с процедурой и повышению смертности. Применение же малоинвазивных торакоскопических процедур у этой категории пациентов дает весьма положительные результаты. У всех 31 пациента торакоскопия проводилась на поврежденной стороне, а у 12 пациентов были выявлены повреждения легких различной степени тяжести в результате переломов ребер и выпячивания в плевральную полость, и у этих пациентов была выполнена торакоскопическая фиксация сломанных ребер и торакоскопическое ушивание повреждений легких. В нашем методе для торакоскопической фиксации ребер не использовались металлические пластины и проволока. Особенность нашего метода заключается в том, что сломанный конец ребра, выступающий в плевральную полость, извлекается нитью под торакоскопическим контролем, а концы нити завязываются под кожей путем натяжения ее к вышележащему ребру.

В заключение хотим отметить, что, по нашим наблюдениям, торакоскопическая фиксация сломанных ребер этим методом привела к отсутствию металлических пластин и проволоки, вызывающих дискомфорт в послеоперационном периоде, восстановлению функции грудной клетки на 90-95%, уменьшению болевого синдрома, сокращению времени пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии, ранней активации пациентов и снижению послеоперационных осложнений.

---

204. Видеокапсульная колоноскопия в контексте скрининга колоректального рака.

Ивинская О.В., Иванова Е.В., Селезнев Д.Е., Шаповальянц С.Г., Фёдоров Е.Д.

Москва

РНИМУ им Н.И. Пирогова

Колоректальный рак остается одной из ведущих причин заболеваемости и смертности онкологических пациентов. Эффективной стратегией снижения бремени данной патологии является скрининговое обследование населения. В последние годы все большее распространение приобретает скрининг колоректального рака с применением неинвазивных методов; в частности, прицельно оцениваются возможности видеокапсульной колоноскопии (ВКК), которая пока официально не утверждена в качестве скринингового метода.

За период с 31.01.2014 по 31.03.2026 в Клинике было выполнено 1247 видеокапсульных исследований, из них 417 (33,4%) с целью исследования толстой кишки, в том числе 114 ВКК с предварительным или последующим выполнением традиционной колоноскопии, которую мы рассматривали в качестве референс-метода у 59 (51,8%) мужчин и 55 (48,2%) женщин в возрасте от 19 до 84 лет (средний возраст 49,0±14,3 лет). ВКК была проведена с использованием системы PillCam (Given Imaging) и капсул PillCam Colon 2 и Crohn's; колоноскопия - с использованием видеосистем Olympus Evis Exera III и EVIS X1. Для подготовки к исследованиям использовали бесшлаковую диету и 4л ПЭГ в сплит-режиме. В качестве бустера при ВКК у 45 (39,5%) пациентов был использован раствор фосфата натрия; у 69 (60,5%) – раствор трисульфата.

При выполнении ВКК подготовка кишечника была адекватной у 111/114 (97,4%) пациентов; тотальное обследование толстой кишки было выполнено у 109 (95,6%). Обследование было неполным у 5 (4,4%) пациентов: из-за медленного транзита капсулы у 4/5 и задержки капсулы перед стенозирующей опухолью восходящей ободочной кишки у 1/5. Доброкачественные эпителиальные образования были выявлены у 49/114 (43,0%) пациентов; злокачественные – у 2 (1,8%). При выполнении колоноскопии подготовка к исследованию была адекватной у 112/114 (98,2%) пациентов. Тотальный осмотр удалось выполнить у 110 (96,5%) пациентов. Причиной неполного осмотра в 2 (1,8%) случаях являлась некачественная подготовка, препятствующая проведению исследования, в 1 (0,9%) случае – стенозирующая опухоль восходящей ободочной кишки и в 1 (0,9%) – выраженный спаечный процесс с риском повреждения кишки. Эпителиальные образования не были выявлены ни при ВКК, ни при колоноскопии у 60/114 (52,5%) пациентов. У 48 (42,1%) пациентов в обоих исследованиях были визуализированы полипы и у 2 (1,8%)-опухоли восходящей ободочной кишки (аденокарциномы). У 2 (1,8%) пациентов при ВКК были визуа-

лизированы полипы, не выявленные при колоноскопии. Также у 2 (1,8%) пациентов не диагностированные при ВКК полипы были выявлены при последующей колоноскопии. Единственным нежелательным явлением ВКК была задержка капсулы у 1(0,9%) пациента со стенозирующей опухолью восходящей ободочной кишки (была извлечена при выполнении правосторонней гемиколэктомии). Чувствительность ВКК составила 96,2% (95% ДИ:87,0%-98,9%), специфичность – 96,8% (95% ДИ:89,0-99,1%). Показатели положительного предсказательного значения и негативного предсказательного значения составили 96,2% (95% ДИ:87,0%-98,9%) и 96,8% (95% ДИ:89,0%-99,1%), соответственно. Эндоскопическая полипэктомия была выполнена у 47/114 (41,2%) пациентов. Гистологически удаленные образования были представлены: зубчатыми образованиями – у 21 (76,3%) пациента, аденомами – у 25 (21,9%), аденомами с очагами карциномы in situ у 2 (1,8%). Профилактическое клипирование сосудов потребовалось в 9 (7,9%) случаях. При удалении полипов через колоноскоп нежелательные явления возникли у 2 (1,8%) пациентов: интраоперационное (1) и отсроченное (1) кровотечение, успешно остановленные путем клипирования сосудов через колоноскоп. Правосторонняя гемиколэктомия была выполнена 2/114 (1,8%) пациентам с низкодифференцированной аденокарциномой восходящей ободочной кишки.

ВКК является эффективным, неинвазивным и безопасным методом, демонстрирующим высокую согласованность с традиционной колоноскопией, и перспективным инструментом для проведения скрининга колоректального рака.

---

205. Прободные дуоденальные язвы: способы решения нестандартных интраоперационных ситуаций

Деговцов Е.Н. (1,2), Никитин В.Н. (1,2,3), Прохоренко А.В. (2), Пропп А.Р. (2), Бублейник А.А. (2)

Омск

1) ОмГМУ,
2) ГК БСМП № 1,
3) ГК БСМП № 2

Актуальность. Послеоперационная летальность при прободной язве в России за 2024 год составила 14,3%, с тенденцией к росту (за 2023 г. – 12,6%), достигая при этом у определенной категории больных 40-50%. Причины неудовлетворенности результатами многообразны, это: поздняя обращаемость, коморбидность возрастных пациентов, нестандартные ситуации во время операции при язвенных поражениях. Согласно КР от 2024г.: «В выборе оптимальной тактики в лечении пациентов с прободной язвой диаметром более 2 см рекомендуется индивидуальный подход, основанный на локализации язвы, размерах язвенного дефекта, инфильтрата, наличия стеноза ДПК, владение врачом-хирургом навыков выполнения вмешательства».

Материал и методы. В период с июня 2009 по сентябрь 2025гг. в трех стационарах города Омска (БСМП№1, БСМП№2, ОКБ) было оперировано 54 пациента с нестандартной интраоперационной ситуацией при перфорации пенетрирующих дуоденальных язв. Мужчин было 45(83,3%), женщин – 9(16,7%). Средний возраст составил 62,7 лет. Пациенты по комплектации осложнений язвенной болезни были разделены на 3 группы. 1 группа: перфорация гигантских пенетрирующих дуоденальных язв, осложненных субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом. Этим пациентам была выполнена резекция желудка по Б-2 с формированием «трудной» ручной культи ДПК по оригинальной методике (патент РФ № 2460474 от 10.09.2012). 2 группа: гигантские прободные дуоденальные язвы, осложненные пенетрацией в гепатодуоденальную связку и кровотечением. Этим пациентам было применено иссечение язвы с радикальной дуоденопластикой (патент РФ № 2654272 от 17.05.2018). 3 группа: гигантские прободные дуоденальные язвы с поражением всех стенок кишки или множественные, так называемые «бизеркальные» язвы, осложненные пенетрацией в гепатодуоденальную связку и головку поджелудочной железы с кровотечением. Этим пациентам было выполнено удаление всего пораженного сегмента дуоденум с формированием дуоденодуоденоанастомоза (патент РФ № 2664176 от 15.08.2018). Результаты оценивались по длительности операции, длительности стационарного лечения, послеоперационной летальности.

Результаты. 1 группа: ср. длит. операции - 126,4 минуты (95% ДИ: 115,2; 152,0), ср. длит. стац. лечения: 15,7 к/дн, (95% ДИ:13,1; 18,2), осложнения: 26,1% (несост. 8,7%), послеоперационная летальность 13,04%. 2 группа: ср. длит. операции: 77,5 +14,5 минут (65,0; 85,0), ср. длит. стац. лечения: 12,5 +1,7 к/дн (12,0; 14,0), осложнения: 23,4% (несост. 0%), послеоперационная летальность 0%. 3 группа: ср. длит. операции: 107,5 +16,2 минуты (92,5; 120), ср. длит. стац. лечения: 14,0 +3,6 к/дн (12,0; 17,0), осложнения: 31,4%, (несост. 8,4%), послеоперационная летальность 15,4%.

Обсуждение и практические рекомендации. Необходимые действия, позволяющие снизить вероятность неблагоприятного исхода: 1.Оценка степени хронического нарушения дуоденальной проходимости, как одного из звеньев патогенеза язвообразования у пациентов пожилого возраста. 2.Оценка локализации, размеров язвенного дефекта, осложнения в виде кровотечения, пенетрации и стеноза при дуоденотомии или интраоперационой дуоденоскопии. 3.Мобилизация ДПК по Кохеру умень-

шает степень механической нагрузки при ушивании ран кишки и формировании анастомозов. 4.Мобилизация дуоденоеюнального перехода улучшает эвакуацию из ДПК, уменьшая внутрипросветное давление в проблемном сегменте кишки. 5.При пенетрирующих язвах (головка поджелудочной железы, гепатодуоденальная связка) глубокие кратеры, после возможной мукоклазии вокруг них, укрываются прядью сальника и заживают как обычные раны при отсутствии агрессивной среды. 6.Наружное дренирование желчных протоков (холецистостомия) и назоинтестинальная интубация позволяют снизить давление и агрессивность среды в просвете проблемного сегмента кишки.

Вывод. Иссечение язвы, радикальная дуоденопластика с использованием непрерывного двухуровневого шва при гигантской прободной дуоденальной язве может являться методом выбора объема экстренного вмешательства у возрастных пациентов.

---

207. Особенности этапного лечения варикозной болезни нижних конечностей в стационарозамещающих условиях

Хализов Э.В. (1), Белоусов И.С. (2), Азаренко С.В. (1), Самедов М.М. (1), Свеклов Д.С. (1)

1) Сертолово
2) Ломоносов

1) ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница»,
2) ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ»

На сегодняшний день «золотым стандартом» лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) С2-6 классов(CEAP) является использование комбинаций малоинвазивных методик устранения вертикального рефлюкса с одномоментным удалением притоков в ходе одного оперативного вмешательства.

Использование двухэтапного лечения варикозной болезни нижних конечностей: устранение вертикального рефлюкса в ходе первого этапа оперативного лечения и удаление варикозно-трансформированных притоков через несколько дней, недель или даже месяцев может быть предпочтительным ввиду некоторых преимуществ в сравнении с одномоментным лечением.

Подобный подход был реализован в лечении 745 пациентов ВБНК, оперированных в 2023-2025гг. в амбулаторных условиях и условиях хирургического дневного стационара на базе двух ЛПУ: в хирургическом отделении Сертоловской больницы, отделении амбулаторной хирургии с дневным стационаром Ломоносовской межрайонной больницы

В качестве первого этапа лечения выполнено 745 операций, направленных на устранение вертикального рефлюкса. Всем пациентам проведена эндовенозная лазерная облитерация несостоятельных сегментов сафенных вен (большая подкожная вена и/или передняя добавочная вена – 91,3% ; малая подкожная вена - 8,7%).

В сроки от 2 недель до 3 месяцев 678 пациентов подверглись второму этапу лечения (413 случая-пенное склерозирование + минифлебэктомия, 68 случай минифлебэктомия, 197 случая только пенное склерозирование)

В 8.9 % (67 случаев) устранение вертикального рефлюкса привело к полному купированию симптомов ХВН и редукции варикозных притоков после устранения вертикального рефлюкса, что позволило отказаться от второго этапа лечения.

Таким образом, к преимуществам этапного лечения можно отнести следующее

возможность снизить риски введения избыточного количества анестетика;

уменьшение времени нахождения на операционном столе пациентов с сопутствующими заболеваниями: гиперреактивный мочевой пузырь, заболевания позвоночника с выраженным болевым синдромом в положении лежа на спине;

уменьшение времени нахождения пациентов с особенностями: пациенты с повышенной тревожностью и низкой терпимостью к медицинским манипуляциям и операциям, низким болевым порогом;

у большинства пациентов уменьшается выраженность симптомов варикозной болезни после выполнения первого этапа лечения (устранение вертикального рефлюкса);

в ряде случаев устранение вертикального рефлюкса в ходе выполнения первого этапа лечения является достаточным ввиду редукции варикозно-трансформированных притоков в короткий период наблюдения;

при необходимости второго этапа хирургического лечения уменьшение объема варикозно-трансформированных притоков позволяет в большинстве случаев сократить объем минифлебэктомии, или отказаться от ее проведения, заменив ее на склерооблитерацию;

при этом требуется меньшее количество вводимого склерозанта, что в свою очередь снижает риски послеоперационных флебитов, а также позволяет «уложиться» в максимально допустимый объем вводимой «микропены»

снижение выраженности послеоперационной боли, рисков послеоперационных кровотечений

повышение пропускной способности операционной.

---

208. Доказательные аспекты операции Graham в хирургии прободной язвы.

Панин С.И., Сажин И.В., Нечай Т.В., Сажин А.В.

Москва

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)

Цель работы. Провести метаобзор доказательной базы результатов применения операции Graham в хирургии прободной язвы.

Материалы и методы. Работа проведена в соответствии с протоколом PRISMA 2020. Систематический поиск был проведен в электронных базах данных и вручную. Критерии включения охватывали систематические обзоры и метаанализы результатов применения операции Graham. Валидацию метаанализов проводили с использованием инструмента AMSTAR 2. Учитывая значительную гетерогенность данных, сравнительный анализ результатов представлен в нарративной форме, раздельно для хирургических доступов и хирургических техник.

Полученные результаты. В метаобзор включены семь из 34 метаанализов по хирургическому лечению прободной язвы. Технические особенности операции Graham характеризуются вариантностью и модификациями, а уровень доказательной базы остается низким.

Операция Graham, является более длительным вмешательством при сравнении с простым ушиванием, а их результаты сопоставимы как при лапароскопическом, так и лапаротомном доступах. Лапароскопический вариант Graham является более предпочтительным по сравнению с лапаротомным из-за снижения количества послеоперационных осложнений, длительности стационарного лечения и менее выраженного болевого синдрома.

Различные техники закрытия прободного отверстия (простое ушивание, операция Graham, фальциформопексия) демонстрируют сопоставимые клинические исходы.

При больших прободных отверстиях (более 2 см.) эффективность операции Graham остается неопределенной. Её непосредственные результаты сопоставимы с резекцией желудка, но количество несостоятельностей больше по сравнению с методикой тампонирования перфоративной язвы.

Заключение. Доказательная база результатов применения операции Graham характеризуется низким уровнем определенности и требует дальнейших уточнений.

---

209. Электронейромиография и соноэластография при оценке мышечно-фасциальных структур у больных послеоперационными вентральными грыжами после огнестрельных ранений живота: мифы и реальность

Семенов В.В., Ромащенко П.Н., Малышева О.В., Курыгин Ал.А.,Прудьева С.А., Мамошин А.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», кафедра и клиника факультетской хирургии им. С.П. Федорова (нач. – чл.-корр. РАН Ромащенко П.Н.)

Лечение больных послеоперационными вентральными грыжами после огнестрельных ранений живота в современных реалиях является одной из актуальных и сложных проблем для хирургов лечебных учреждений МО РФ и гражданских больниц, с учетом этапности оказания медицинской помощи. Спасение жизни пострадавшего после огнестрельного перитонита зачастую завершается закрытием живота путем наложения кожного шва. Однако даже мышечно-фасциальное закрытие с устранением лапаростомы приводит к формированию грыж у 50-70 % раненых. Поэтому прогнозируется рост числа данной категории больных как в ведомственных, так и гражданских стационарах. При этом, несмотря на стремительное развитие современных методик герниопластик, частота рецидивов грыж, особенно больших послеоперационных, остается неприемлемо высокой и достигает 40 %. Кроме того, отсутствуют общепринятые критерии дооперационной оценки мышечно-фасциальных структур, которые учитывали бы функциональное состояние передней брюшной стенки с целью уточнения тактики лечения и выбора наиболее оптимальной методики герниопластики. Постепенное внедрение в практику стационаров, специализирующихся на оказании помощи больным, в том числе, герниологического профиля, таких методик, как электронейромиография (ЭНМГ) и соноэластография (СЭГ) позволяет детально оценить функциональный потенциал передней брюшной стенки с целью профилактики рецидива заболевания в долгосрочном периоде.

Цель. С помощью ЭНМГ и СЭГ определить особенности функционального состояния передней брюшной стенки у больных послеоперационными вентральными грыжами после огнестрельных ранений живота с целью оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с большими (n=15), средними (n=7) и малыми (n=3) срединными послеоперационными вентральными грыжами, развившимися после огнестрельных ранений живота и находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии в период с 2022 по 2026 гг. Контрольную группу составили 10 боль-

ных, проходивших лечение по поводу патологий, не связанных с ранением живота. Всем пациентам в рамках обследования выполнялась компьютерная томография живота с абдоминометрией грыжевых дефектов и уточнением потери домена методом E.Y. Tanaka, ЭНМГ и СЭГ с оценкой функционального потенциала мышечного каркаса передней брюшной стенки.

Результаты. Установлено, что у всех пациентов с W2 и W3 грыжами (n=22) имелись дистрофические изменений прямых мышц живота в виде умеренного замещения мышечных волокон фиброзной тканью: при УЗИ передней брюшной стенки в покое выявлено снижение толщины и повышение эхогенности мышечных волокон, которое нарастало в зоне максимальной ширины грыжевых ворот, а классическая ультразвуковая картина «звездной ночи», которая наблюдалась при оценке мышечных футляров у пациентов контрольной группы, в данном случае отсутствовала. При СЭГ отмечено увеличение жесткости мышечных структур, особенно прямых и поперечных мышц. На фоне выполнения функциональных проб с напряжением жесткость мышц у больных W3 грыжами значимо не изменялась, в отличие от пациентов с W1 грыжами (n=3) и больных контрольной группы (n=10), где при сгибании туловища отчетливо нарастала жесткость прямых, а при повороте туловища в стороны – косых и поперечных мышц живота, что свидетельствовало об их адекватном функциональном потенциале ($p \leq 0,05$). Пациенты с W2 грыжами в данном исследовании занимали промежуточное положение: функциональная проба напряжения сопровождалась нарастанием жесткости мышц, однако была менее выраженной, чем у пациентов контрольной группы.

ЭНМГ проводилась с использованием накожных электродов. Установлено, что у всех пациентов с W3 грыжами (n=15) отмечено снижение амплитуды и рекрутирования интерференционного паттерна по всем отведениям в обеих прямых мышцах, а также в косых и поперечной мышцах на стороне большего распространения дефекта передней брюшной стенки при напряжении брюшного пресса. У больных W2 грыжами выявлялось снижение амплитуды и рекрутирования интерференционного паттерна только прямых мышц. При оценке биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки у пациентов с малыми грыжами статистически значимых изменений не выявлено ($p > 0,05$). У больных с длительно существующей большой срединной послеоперационной грыжей (более 2-х лет, n=5), а также непосредственно в зоне ранения передней брюшной стенки амплитуда и рекрутирование мышечного интерференционного паттерна были достоверно снижены ($p \leq 0,05$), что подтверждает нейрогенную природу дегенеративных изменений после перенесенного ранения и требует устранение грыжи в ранние (не более года после ранения) сроки, а также прогнозировать более широкое перекрытие грыжевых ворот путем прецизионного использования сепарационных методик с целью последующего восстановления функциональности передней брюшной стенки после герниопластики и длительного безрецидивного периода.

Заключение. Таким образом, внедрение ЭНМГ и СЭГ позволяет определить выраженность первично мышечных и нейрогенных нарушений функционального состояния передней брюшной стенки у больных послеоперационными вентральными грыжами после огнестрельных ранений живота, прогнозировать оптимальный объем герниопластики и минимизировать рецидив заболевания при адекватном функциональном результате. Однако количественный и качественный анализ функциональных проб требует уточнения и апробации на практике.

---

210. Клинический опыт применения низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении раневых дефектов военного времени

Мирошниченко В.О., Горшенин Т.Л., Биниенко М.А.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Изучение использования низкотемпературной аргоновой плазмы на различных этапах раневого процесса минно-взрывных дефектов.

Цель исследования. Оценить эффективность применения низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении минно-взрывных ран в сравнении с УЗ-кавитацией и NPWT-терапии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 100 пациентов, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в период с апреля 2025 года по март 2026 года. Средний возраст пациентов - 34 ± 10,1 лет. Средняя площадь раневого дефекта составляла 0,8+0,4% площади тела. В основной группе (50 пациентов) проводилась подготовка к закрытию ран с помощью ежедневного применения низкотемпературной аргоновой плазмы для лечения ран установкой «ПлазмоРан» (Россия), а в контрольной группе (50 пациентов) – применялась комбинация применения УЗ-кавитации ран и NPWT-терапии каждые 48-72 часов. Оценку динамики раневого процесса и степень готовности раневого дефекта к закрытию оценивали по адаптированной шкале Бейтс-Дженсен (BWAT-M). Оценку готовности раны проводили в среднем каждые 2-3 суток.

Результаты. Средний балл по адаптированной шкале Бейтс-Дженсен в день госпитализации составлял в основной группе – 25+4, в контрольной группе – 27+6. В основной группе выявлен более быстрый переход цитограммы

к регенеративной форме на 4+1,5 сутки, а в контрольной группе на 6,5+1 сутки. Суммарный балл по адаптированной шкале Бейтс-Дженсен перед закрытием раны в основной группе составлял 15+4 баллов, в контрольной 18+2. В основной группе удалось подготовить раневой дефект к пластическому закрытию в среднем за 6+2 суток, а в контрольной группе на 7,5+1,5 сутки. В обеих группах выполнялись пластики ран местными тканями с использованием местных лоскутов, свободная кожная пластика, дермотензионные методики.

Заключение. Использование низкотемпературной аргоновой плазмы при лечении минно-взрывных ранений позволяет подготовить раневую поверхность к закрытию в более ранние сроки по сравнению с использованием комбинации УЗ-кавитации и NPWT-терапии с инстилляцией.

---

211. Некрэктомия ожоговых ран краниофациальной локализации на ранних этапах оказания медицинской помощи

Габбасова И.В., Спинко А.И., Бровко Ю.И., Половинкин А.Д., Слетов А.А.

Тула

ФГКУ 39 Омедо (а) ВДВ МО РФ

В условиях настоящих военных конфликтов ожоговая травма по данным нашего подразделения составляет около 28% как в изолированном, так и комбинированном варианте. Тяжесть общего состояния пациентов определяет количество и этапность выполнения туалета ран, хирургических обработок, применения физиотерапевтических методов лечения на соответствующих этапах оказания медицинской помощи. Успех лечения на прямую зависит от ранней полноценной инфузионной поддержке и достаточной вентилирующей способности, зачастую требующей искусственной вентиляции легких.

Площадь и глубина поражений челюстно-лицевой области определяется по тем же принципам, что и на других участках тела пациента, при этом хирургический подход отличается, в виду необходимости в сохранении анатомической целостности кожных покровов и во избежании обезображивания лица. Так, при ожогах 3-4 степени обширная некрэктомия проводится исключительно в случаях диагностирования гнойно-воспалительных осложнений и протяженных дефектов соединительно-тканных структур, включая переломы костей лицевого скелета и (или) костей свода черепа. В остальных случаях проводится антисептическая обработка ран с применением гидрогелевых и других повязок 3-4 раза в сутки, во избежании формирования обширных рубцовых контрактур. При 2 -3 (а) степени ожогов выполняется вскрытие пузырных элементов, обширная некрэктомия, при необходимости с перемещением кожных лоскутов по Лимбергу в зонах дефектов до 3 см диаметров.

При нахождении пациентов длительный период времени в условиях первого и второго эшелона оказания медицинской помощи этапность оперативных вмешательств разделяется на соответствующие этапы, окончательным является дермабразия и пересадка свободных кожных лоскутов различными методами.

Особого внимания требуют ожоги кранио-фациальной локализации с поражением воздухоносных путей и органов зрения. Некрэктомия в проекции носовых ходов и преддверии полости рта чревато формированием оростомы, стриктур наружного носового хода, что требует многократных реконструктивных вмешательств и значительно снижает качество жизни, за счет обезображивания и отсутствия функциональной активности клапанных систем.

Поражение зоны свода черепа в отсутствии дополнительных визуальных методов исследования по «золотому» стандарту - мультиспиральной компьютерной томографии на 1 и 2 эшелоне медицинской помощи требует расширенной антисептической обработки, включая бритье, удаление «коронок» бимануальной ревизии, для исключения переломов костей свода черепа. В их отсутствии выполняется обширная некрэктомия с немедленным пластическим укрытием ран различными видами лоскутов.

Хирургические вмешательства при ожоговых повреждениях кранио-фациальной локализации требуют своевременного подхода с элементами первичного пластического устранения, во избежании обезображивания и сохранения функций жизненно-важных органов и систем. В условиях каждого эшелона медицинской помощи требуется коллегиальное принятие решений и соответствующих уход в послеоперационном периоде для предотвращения развития ранних и поздних осложнений.

---

212. Влияние особенностей кровоснабжения ягодично-крестцово-копчиковой области на результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода

Кораблина С.С., Лаврешин П.М., Владимирова О.В., Чотчаев М.К., Байчоров Х.М., Шамиров С.В., Перегудова Л.Н., Кораблина А.М.

Ставрополь

Ставропольский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Эпителиально-копчиковый ход (ЭКХ) - такая патология, с которой приходится сталкиваться врачам - хирургам и колопроктологам. При массовом обследовании здорового населения он выявляется в 3-5% случаев и занимает в структуре колопроктологических заболеваний четвёртое место после геморроя, парапроктита и анальной трещины. Более половины больных оперируются в возрасте до 30 лет. Изучению данной проблеме посвящено большое количество исследований, но результаты лечения эпителиально-копчикового хода нельзя назвать удовлетворительными: у 6-30% возникают рецидивы заболеваний, у 13-24%- послеоперационные осложнения, у 10-30%- переход заболевания в хроническую форму. Для улучшения результатов лечения больных предлагается огромное количество модификаций операций, процент неудовлетворительных результатов существенно не меняется.

Цель- изучение влияния кровоснабжения крестцово-копчиково-ягодичной области (ККЯО) на возникновение неудовлетворительных результатов лечения ЭКХ.

Материал и методы. Осуществлено послойное препарирование на 15 трупах мужского пола в возрасте от 25 до 54 лет. Сосуды прокрашены акварельными медовыми красками и покрыты желатином. Морфометрическое исследование эпителиально-копчикового хода проводили в сравнении с фрагментами кожи нижних конечностей на гистологических срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Морфометрический анализ проводился с использованием светового микроскопа Olympus CX23 и специализированного программного обеспечения для анализа изображений «ВидеоТест-Морфология 5.2».

Микроциркуляцию крови оценивали у 83 больных с помощью портативного анализатора

«ЛАЗМА ПФ» (НПП «ЛАЗМА ПФ», Россия) последовательно на коже в положении лёжа на животе с фиксацией датчика в 5 точках ягодично-крестцово-копчиковой зоны (в области крестца, в медиальной и латеральной полуокружности ягодиц с двух сторон), а также в правой и левой подвздошных областях.

Результаты и обсуждение. Кровоснабжение данной области осуществляется, в основном, за счёт капилляров нижней ягодичной артерии (a.glutea inferior), латеральных крестцовых артерий (aa. laterales sacrales), внутренней половой артерии (a. pudenda interna), копчиковой артерии (a. coccygea), являющимися конечными ветвями внутренней подвздошной артерии (a. iliaca interna). Морфометрический анализ показал, что количество артериальных

сосудов в коже крестово-копчиковой зоны, их площадь, общий периметр стенки, а также

средний диаметр сосудов значительно снижены, по сравнению с другими областями тела. При изучении кожной микроциркуляции установлено, что минимальный показатель микроциркуляции крови оказался на ягодицах до 3 см в стороны от межъягодичной складки.

Выводы. Особенности кровоснабжения ККЯО оказывают значительное влияние на развитие осложнений у больных, оперированных по поводу ЭКХ. Было установлено, что крестцово- копчиковая область, в сравнении с другими участками тела, получает недостаточное кровоснабжение на уровне капилляров, что приводит к снижению репаративных процессов в тканях и способствует возникновению различных осложнений в послеоперационной ране.

Рекомендации. Учитывая вышеизложенное, больным, оперированным по поводу ЭКХ, в послеоперационном периоде необходимо проводить мероприятия, направленные на улучшение кровоснабжения тканей ККЯО: медикаментозную терапию, физиотерапию, гипербарическую оксигенацию, а также выбирать хирургическое пособие, техника выполнения которого минимизирует нарушение кровоснабжения тканей.

---

213. Эффективность и безопасность Эхо-контролируемых периферических блокад брюшной стенки в амбулаторной герниологии

Байрамов Р.А., Розанов А.В., Бугеря И.А., Белоусов И.С.

Ленинградская область

ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ»

Актуальность. Блокада влагалища прямой мышцы живота (Rectus Sheat Block) и блокада поперечного пространства живота (Transversus Abdominis Plane Block) описаны как эффективный элемент периоперационной аналгезии при широком спектре абдоминальных хирургических вмешательств. При этом применение и эффективность данных методик при выполнении операций по поводу наружных грыж живота недостаточно освещены в отечественной литературе.

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ лечения 40 пациентов, перенесших операцию по устранению пупочной грыжи. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от особенностей анестезиологического обеспечения. В 1-й группе (n=20) сочетанная анестезия (местная инфильтрационная анестезия с внутривенной седацией Пропофолом) дополнялась RSB-блоком под УЗ-навигацией. В контрольной группе (n=20) хирургическое вмешательство проводилось только сочетанная анестезия (местная инфильтрационная анестезия с внутривенной седацией Пропофолом).

Также проведён сравнительный анализ 40 пациентов, перенесших операцию по устранению паховой грыжи. Пациенты также были разделены на 2 группы. В 1-й группе (n=20) сочетанная анестезия (местная инфильтрационная анестезия с внутривенной седацией Пропофолом) дополнялась ТАВ-блоком под УЗ-навигацией. В контрольной группе (n=20) хирургическое вмешательство проводилось только сочетанная анестезия. Для оценки эффективности и безопасности метода у пациентов 2 групп сравнивали длительность вмешательства, объем вводимого местного и внутривенного анестетика, выраженность болевого синдрома в баллах по ВАШ и потребность в обезболивании в различные сроки после операции. Группы были сопоставимы по объёму оперативного вмешательства, возрасту и полу. Все пациенты оперированы одной хирургической бригадой в отделении амбулаторной хирургии с дневным стационаром Ломоносовской межрайонной больницы имени И.Н.Юдченко.

Результаты. Применение ЭХО-контролируемых периферических блокад передней брюшной стенки позволило снизить объем анестетика для проведения инфильтрационной анестезии и сократить продолжительность вмешательства. Потребность в ведении Пропофола была существенно ниже, чем в контрольной группе. Также отмечалось значимое снижение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Обсуждение. Полученные результаты позволяют рассматривать ЭХО-контролируемые блокады передней брюшной стенки как эффективный компонент мультимодального обезболивания. Снижение потребности в системных анестетиках и анальгетиках способствует повышению безопасности амбулаторных вмешательств и улучшению послеоперационного комфорта пациентов.

Выводы. ЭХО-контролируемые периферические блокады брюшной стенки является эффективным и безопасным методом периоперационного обезболивания пациентов, позволяющим уменьшить дозы пропофола и местных анестетиков при проведении операции и эффективно снизить выраженность послеоперационного болевого синдрома. Методика является безопасной и хорошо переносится пациентами. Целесообразно дальнейшее внедрение метода в амбулаторную хирургическую практику.

---

214. Острая хирургическая патология у беременных и рожениц: особенности лечебно-диагностических алгоритмов и хирургической тактики в многопрофильном стационаре 3Б уровня.

Попов Д.Н., Корольков А.Ю., Беженарь В.Ф., Логвин Л.А., Паскошева Д.Д., Багненко С.Ф.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. По данным литературы, экстрагенитальная хирургическая патология возникает у 0,5–2,0% беременных и рожениц, а задержка в диагностике может негативно сказаться на здоровье матери и плода. Диагностика и лечение острой хирургической патологии у беременных остаётся сложной междисциплинарной проблемой из-за сходства абдоминального болевого синдрома с физиологическими изменениями при гестации. Отсутствие унифицированных алгоритмов ведения таких пациенток, риск угрожающих преждевременных родов и необходимость минимизации вреда для плода определяют высокую актуальность оптимизации хирургической тактики в многопрофильных стационарах 3Б уровня.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 1565 случаев экстренной госпитализации беременных с подозрением на острую хирургическую патологию в ПСПбГМУ им. И.П. Павлова за 2020–2025 гг. Средний возраст пациенток составил 29,4±7,2 лет. Оценивались пути госпитализации, структура заболеваемости, сроки диагностики, объём и результаты оперативных вмешательств. Статистический анализ выполнен с использованием t-критерия Стьюдента (реской желтухи у 14,8%, острого билиарного панкреатита у 4,9%. Применялись МРХПГ, ЭУС и гибридные вмешательства (методики «рандеву» – 50%, «pre-cut» – 26,5%). Частота послеоперационных осложнений составила 0,9% (нагноение раны – 2 случая, острый панкреатит после ЭПСТ – 1 случай), летальных исходов не зафиксировано. Терапия угрозы прерывания беременности потребовалась в 31,8% случаев.

Выводы и рекомендации. Беременные и роженицы с подозрением на острую хирургическую патологию должны госпитализироваться в медицинские организации 3Б уровня, имеющие в своей структуре перинатальный центр и стационарное отделение скорой медицинской помощи. Наибольшее время от начала заболевания до постановки окончательного диагноза отмечается в случае перемаршрутизации беременной из одного стационара в другой (26,2±9,4 ч; p

---

215. Возможность выполнения операции TIPS при осложненной портальной гипертензии, сопровождающейся тромбозом воротной вены

Хоронько Е.Ю., Сапронова Н.Г, Косовцев Е.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Цель – улучшить результаты лечения больных с портальной гипертензией вызванной циррозом печени, сопровождающимся тромбозом воротной вены (ТВВ), применением портосистемного шунтирующего вмешательства (операция TIPS).

Синдром ПГ при циррозе печени имеет ряд осложнений, среди которых варикозное пищеводно-желудочное кровотечение отличается жизнеугрожающим характером с летальностью до 50 % и малой эффективностью мер медикаментозного и эндоскопического гемостаза.

Улучшению результатов лечения данной категории больных способствует своевременное применение трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование TIPS. ТВВ у данной категории пациентов снижает эффективность шунтирующего пособия.

Различие вариантов тромбоза по протяженности, степени окклюзии сосуда, давности процесса требуют дифференцированного лечебно-диагностического подхода, который к настоящему времени мало изучен

Особый интерес представляет углубленное изучение факторов риска развития ТВВ и установление их прогностической значимости.

Предметом дискуссии остается техническая осуществимость и эффективность данной операции при неокклюзирующем и, в особенности, окклюзирующем ТВВ

Материал и методы. Проведено одноцентровое контролируемое сравнительное исследование с участием 129 пациентов с осложненной ПГ, вызванной ЦП.

Из общего количества 129 больных, подвергшихся операции TIPS в 2017-26 гг., сформировали группу из 26 пациентов, у которых шунтирующее вмешательство выполняли при наличии ТВВ. Группе присвоен статус ОСНОВНОЙ.

КОНТРОЛЬНУЮ группу составили больные (n = 103), подвергшиеся операции TIPS по тем же показаниям, что и пациенты основной группы, но без наличия портального тромбоза. Техника проведения операции TIPS и этапность вмешательства соответствовала общепринятой методике у пациентов обеих групп и не имели отличий.

Пациентам основной группы выполнение операции вызывало бóльшие сложности из-за тромбоза в портальной системе. Проникновение иглой Рёш-Учида в тромбированную или кавернозно измененную воротную вену подтверждали ангиографически.

В ряде наблюдений при наличии неокклюзирующего тромба выполняли его оттеснение к сосудистой стенке размещением стента.

У трех больных выполняли последовательное размещение стентов при превышении длины тромбированного участка. Для профилкатики рецидива кровотечения выпоняли селективную эндоваскулярную эмболизацию левой и задней желудочных вен.

Результаты и обсуждение. Установлено, что риск портального тромбоза прямо зависит от уровня Д-димеров, жесткости печени, показателя MELD-Na, МНО и значения Чайлд-Пью. При этом наибольший риск связан с повышением Д-димера свыше 749 нг\мл и жесткостью печени более 26 КПа.

Разработан алгоритм выявления ТВВ у пациентов с осложненной ПГ на этапе подготовки к операции TIPS, включающий в себя три этапа.

ПЕРВЫЙ– выявление показателей Д-димера (более 749 нг/мл) и жесткостью печени более 26 кило Паскалей (кПа) .

ВТОРОЙ - неинвазивное определение давления в воротной вене. Методика расчета базируется на результатах эластометрии печени и селезенки, и количестве выявленных при спиральной компьютерной томографии (СКТ) спонтанных портосистемных шунтов

ТРЕТИЙ – проведение СКТ брюшной полости с режимом спленопортографии

В результате проведения шунтирующей операции TIPS в основной группе достигнуто эффективное снижение портосистемного градиента давления, обеспечившее устранение портальной гипертензии. Что профилактирует риск рецидива варикозного кровотечения, постепенной резорбции асцита, редукции спленомегалии и гиперспленизма.

Портосистемная шунтирующая операция TIPS при ТВВ на фоне осложненной ПГ цирротического генеза отличается эффективностью, сопоставимой с таковой при отсутствии портального тромбоза.

Главными условиями для достижения успеха является полноценная реканализация тромбированного участка, эмболизация путей притока к вариксам и правильное ведение пациента в ранние и отдаленные сроки после вмешательства.

216. Антимикробные протезы сосудов «БАСЭКС» в ангиохирургии

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г., Тарашвили Е.Г

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Инфекция эксплантатов (сосудистых протезов) и нагноение послеоперационных ран, ангиогенный протезный сепсис в ангиохирургии являются жизнеугрожающими осложнениями. Использование отечественных антимикробных протезов (эксплантатов) «БАСЭКС» является одной из профилактических мер в развитии ангиогенного сепсиса и послеоперационных инфекционных осложнений.

Цель исследования – определить эффективность протезов «БАСЭКС» в клинической практике на примере их антимикробности, тромборезистентности и герметичности.

Методы. С 1996 г. по 2026 г. в НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева протезы «БАСЭКС» были использованы у 5066 больным при реконструкции аорты и магистральных артерий. При обследовании больных применялись УЗИ, контрастная ангиография, КТ, КТА, МРТ, МРА.

Результаты. При изучении результатов за период наблюдения от 2 месяцев до 30 лет у 2.4% больных в ближайшем послеоперационном периоде возник тромбоз протезов, у 4,8% пациентов - в отдаленном периоде. У 92.9% пациентов сохраняется хорошая проходимость протезов без признаков воспаления. Поверхностное нагноение послеоперационной раны возникли у 4,9%, глубокое нагноение у 1,4% пациентов. После санации раны и наложения вторичных швов у всех пациентов наступило полное выздоровление без признаков реинфекции протезов. У одного пациента во время операции произошло повреждение мочеточника, в результате чего послеоперационный период осложнился забрюшинной флегмоной. Пациент на фоне интоксикации был повторно оперирован через 10 дней. После устранения дефекта мочеточника и дренирования забрюшинного пространства мочеотделение прекратилось, больной без признаков инфицирования протезов в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара. Инфицированный хилоторакс без инфицирования протезов наблюдался у 0,3%, гидро- и гемоторакс после протезирования грудного и торакоабдоминального отделов аорты отмечался у 0,4% больных. После консервативных мероприятий все больные выздоровели, ни в одном случае не произошло инфицирования сосудистых протезов. Из девятнадцати пациентов, оперированных по поводу аневризмы анастомозов инфекционной этиологии, травматических повреждений подвздошных, бедренных артерий в условиях инфицированной раны, только у одного в послеоперационном периоде возникла поверхностная раневая инфекция без вовлечения протезов. У 0,37% больных после протезирования брюшной аорты произошло инфицирование перипротезного пространства. После санации ран, перипротезного пространства и консервативных мероприятий у всех пациентов наступило выздоровление. В послеоперационном периоде летальный исход наступил у 3,9% пациентов. Причинами летальных исходов оказались острая сердечная, сердечно-легочная и почечная недостаточность, перитонит, арозивное кровотечение.

Выводы. Таким образом, протезы «БАСЭКС» тромборезистентны, бактериорезистентны, герметичны, и могут широко применяться в реконструктивной ангиохирургии.

---

217. Ректальные кровотечения, как результат осложнения синдрома портальной гипертензии-лечебная тактика

Хоронько Е.Ю., Сапронова Н.Г., Косовцев Е.В., Хоронько Ю.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Цель – улучшить результаты лечения больных с прямокишечными кровотечениями (ПКК), вызванными портальной гипертензией (ПГ), приведшей к варикозной трансформации в аноректальном венозном бассейне.

Кровотечения из прямой кишки у больных с ПГ часто ошибочно диагностируются как геморроидальные. Увеличение геморроидальных узлов при циррозе печени и осложненном течении портальной гипертензии нередко может иметь место в виде сопутствующего заболевания, однако чаще причиной кровотечения становится аноректальная варикозная трансформация. Не вовремя распознанное данное состояние может привести к неверной лечебной тактике. Аноректальные вариксы (АРВ) выявляются у 43-92% больных с ЦП и являются следствием формирования подслизистых порто-системных шунтов, в отличии от подслизистых артериовенозных коммуникаций, нарушения работы леваторного аппарата прямой кишки, лежащих в основе патогенеза внутреннего геморроя.

Материал и методы. В период 2018-26 гг. 32 пациента с осложненным течением ПГ подверглись целенаправленному внутрипросветному эндоскопическому обследова-

нию в связи с жалобами на выделения крови из прямой кишки. У 21 (65%) из них выявлены АРВ. Данные пациенты проходили комплексное эндоскопическое обследование в связи с подготовкой к проведению операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) по поводу ПГ, осложненной в первую очередь пищеводно-желудочным кровотечением.

Результаты и обсуждение. Проанализированы результаты флебопортографии (ретроградной флебографии нижней брыжеечной вены/НБВ) у пациентов в ходе проведения операции TIPS. При изучении жалоб отмечались клинические проявления АРВ. В ходе исследования ангиографические признаки АРВ, а именно, выраженная варикозная трансформация отмечена в 16 (50%) наблюдениях. Этим пациентам в дополнение к портосистемной шунтирующей операции TIPS/ТИПС осуществлена селективная эмболизация ветвей НБВ, ответственных за кровенаполнение АРВ, рекомендованная в подобных случаях . Послеоперационное ведение, включавшее эндоскопическое исследование, у всех 21 пациентов выявило полную редукцию АРВ и отсутствие их прогрессирования в период наблюдения длительностью до 1 года. Из числа остальных 4 больных, которым селективная эмболизация ветвей НБВ осуществлена не была, прогрессирование клинических проявлений АРВ отмечено всех 4-х пациентов

Таким образом, выявление АРВ является показанием к выполнению селективной эмболизации НБВ в ходе проведения операции TIPS у больных с осложненной ПГ. Процедура позволяет добиться их эффективной редукции.

---

218. Использование антимикробных эксплантатов «БАСЭКС» при инфекции протезов нисходящей грудной аорты

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г., Тарашвили Е.Г.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Ангиогенный сепсис, инфекция сосудистых протезов в сосудистой хирургии является жизнеугрожающим осложнением, способным приводить к драматическим исходам. Использование антимикробных, тромборезистентных протезов «БАСЭКС» является одной из ключевых профилактических мер в возникновении ангиогенного сепсиса.

Цель - изучить эффективность антимикробных, антитромботических, герметических протезов «БАСЭКС» при хирургическом лечении протезной инфекции нисходящей грудной аорты методом экстраанатомического шунтирования.

Материал и методы. С 2004 по 2026 гг. в НМИЦССХ имени А.Н. Бакулева было прооперировано 39 пациентов с протезной инфекцией нисходящей грудной аорты после истмопластики (14 пациентов), линейного протезирования (19) и эндопротезирования (6). У всех пациентов оперативное вмешательство проводилось в 2 этапа. Сначала из правосторонней торакотомии выполнялась аорто-аортальное шунтирование от восходящей к нисходящей грудной аорте антимикробным протезом «БАСЭКС» в условиях искусственного кровообращения. После закрытия правосторонней торакотомии больной переворачивался на правый бок и производилась торакотомия слева. Резецируется ложная аневризма, удаляется инфицированный протез, максимально иссекаются стенки аневризмы, санируется полость парааортального абсцесса сильнодействующими бактерицидными средствами (торидерм, октенисепт, октениман, муравьиная кислота, хлоргексидин, препараты йода). Аорта ушивается двухрядным швом проксимальнее и дистальнее аневризмы. Операции завершались дренированием плевральных полостей и внедрением микроирригаторов для введения антимикробных препаратов. В послеоперационном периоде проводилась детоксикационная, антибактериальная и иммунокорригирующая терапия.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 12,9%. Пациенты скончались от продолжающего исходного сепсиса в послеоперационном периоде, в других случаях летальный исход был обусловлен острой сердечной недостаточностью. Остальные пациенты (87,1%) были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде признаки реинфекции протезов отсутствуют.

Выводы. Таким образом, при инфекции протезнов нисходящего отдела грудной аорты аорто-аортальное шунтирование с применением антимикробных протезов «БАСЭКС» является эффективной методикой.

---

219. Антимикробные сосудистые протезы «БАСЭКС» в лечении больных с сахарным диабетом и диабетической стопой

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г., Тарашвили Е.Г.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Инфекция эксплантатов (сосудистых протезов) у больных с сахарным диабетом и «диабетической стопой», является жизнеугрожающим осложнением. Применение антимикробных протезов «БАСЭКС» является одной из профилактических мер в возникновении инфекционных осложнений среди пациентов с «диабетической стопой».

Цель исследования – изучить эффективность эксплантатов «БАСЭКС» у пациентов с сахарным диабетом и «диабетической стопой».

Материал и методы. В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с 1996 по 2026 год протезы «БАСЭКС» использовались у 455 пациентов с «диабетической стопой». При обследовании больных использовались контрастная ангиография, УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА.

Результаты. За период наблюдения от 2 месяцев до 30 лет, поверхностное нагноение раны возникло у 2,9%, глубокое - у 1,9% больных. После санации раны, дренирования и наложения вторичных швов у всех пациентов наступило выздоровление без реинфекции протезов.

У 1 пациента во время повторной операции по поводу тромбоза, ретромбоза аорто-бедренного шунта, при выделении протеза произошло ятрогенное повреждение левого мочеточника, оставшееся незамеченным. Послеоперационный период у больного осложнился развитием сепсиса, забрюшинной мочевой флегмоной, мочевым свищом на левом бедре и поясничной области. При экскреторной урографии было обнаружено повреждение левого мочеточника. Больной на фоне выраженной интоксикации и гипертермии через 10 дней был повторно оперирован. После устранения дефекта левого мочеточника и дренирования забрюшинного пространства поступление мочи прекратилось, и пациент без признаков инфицирования эксплантата благополучно был выписан из клиники.

У 1,9% больных через 5-20 месяцев после деградации антимикробного покрытия произошло инфицирование эксплантатов, в результате чего пациентам была выполнена ампутация нижних конечностей. В ближайшем послеоперационном периоде (до 3 месяцев) умерло 2,6% больных. Причинами летальности оказались сердечная, почечная, лёгочная недостаточность.

Выводы. Таким образом, отечественные протезы сосудов «БАСЭКС» антимикробны, и могут широко применяться у больных сахарный диабетом и «диабетической стопой».

---

220. Определение чувствительности патогенных микроорганизмов, вызывающих развитие гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей к местному применению антибактериальных мазей.

Белюсь В.В., Степанюк А.А.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская клиническая больница СМП»

Актуальность: Не смотря на развитие современной медицины перечень антибактериальных мазей применяемые для местного лечения инфекции мягких тканей в государственных медицинских учреждениях остается неизменным. Длительное применение одних и тех же мазей приводит к снижению чувствительности патогенной микрофлоры к ним.

Материалы и методы: Проведен анализ 40 историй болезни пациентов, находившихся на лечение с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в отделение гнойной хирургии УЗ «Могилевская клиническая больница СМП» в 2026 год. Из них женщин было 20 (50%) пациентов, мужчин 20 (50%). Возраст пациентов составлял от 22 до 86 лет. Средний возраст пациентов составил 54 года. При поступлении в стационар, в приемном покое пациент осматривался терапевтом, хирургом, у женщин обязательный осмотр гинеколога. Выполнялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. В лабораторные исследования входили ОАК, ОАМ, БАК определение глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом. В инструментальные методы исследования входили рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ мягких тканей.

В основном это были пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей туловища и конечностей.

При выполнении оперативного лечения у пациентов производился забор раневого материала на посев и определения чувствительности к антибиотикам.

Наиболее часто высевались St. Aures, Ps. Aerogenosa, Acineto Baumani, E. coli.

После появления роста колоний на питательных средах к ним добавлялись по капли наиболее часто используемые антибактериальных мазей таких как: «Меколь», «фурацилиновая», «гентамициновая», «повидон йод» и мазь «Вишневская».

Полученные результаты и обсуждение: при анализе результатов нами установлена, что перечисленные выше микроорганизмы не чувствительны к мази «Вишневской» и «фурацилиновой», у 5 (12,5%) результатов чувствительность к «гентамициновой» мази, у 15 (37,5%) – чувствительный к «повидон йоду». 100% чувствительность была выявлена ко всем микроорганизмам у мази «Меколь».

Выводы и рекомендации: Как мы видим из нашего исследование, использование антибактериальных мазей у которых имеется высокая степень эффективности в отношение наиболее часто встречаемой патогенной микробной флоры позволяет снизить сроки пребывания пациентов в стационаре, а также снизить затраты на использования малоэффективных антибактериальных мазей.

---

223. Организация хирургического дневного стационара в поликлинике «Мурино»: первый опыт и перспективы

Шабулдов К.В., Ильичева Н.В., Загородникова М.К., Белоусов И.С., Прядко А.С.

Мурино

ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ»

Введение. В быстрорастущих районах Ленинградской области сохраняется проблема доступности плановой хирургической помощи. Традиционная модель круглосуточных стационаров не всегда позволяет сократить сроки ожидания операций и разгрузить профильные отделения. Оптимальным решением становится создание дневных стационаров на базе амбулаторного звена. В начале 2025 года в городе Мурино открыта новая поликлиника ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ», а с июля 2025 года на её базе функционирует хирургический дневной стационар.

Цель исследования. Проанализировать этапы организации, инфраструктуру, кадровый состав и текущий спектр хирургических вмешательств дневного стационара поликлиники «Мурино», а также определить направления дальнейшего развития подразделения.

Материалы и методы. Объект исследования — хирургический дневной стационар поликлиники «Мурино» (ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ»). Изучены учредительные документы, штатное расписание, отчёты о работе за 2025 год. Проведён анализ соответствия организации Приказу Минздрава России №922н. Оценены: площадь помещений, оснащение, кадровый состав, перечень выполняемых операций. Методы: описательный, аналитический.

Результаты. Дневной стационар размещён на площади 300 м², оснащён 6 койками, двумя операционными, стерилизационной, палатой пробуждения и перевязочной. Штат включает хирургов, урологов, анестезиолога, операционных медсестёр. Выполняются следующие виды вмешательств: общехирургические (удаление кожных образований, патологии подкожной клетчатки, вросших ногтей); герниопластика пупочных грыж и грыж белой линии живота; урологические (цистоскопия, пластика крайней плоти); сосудистые (ЭВЛК и склеротерапия вен нижних конечностей). При необходимости круглосуточного наблюдения пациенты направляются в стационар головной организации. Планируется расширение за счёт включения гинекологических и травматологических операций.

Обсуждение. Организация дневного стационара на базе новой поликлиники позволила в короткие сроки создать полноценное хирургическое подразделение, соответствующее современным нормативам. Компактное размещение всех зон на 300 м² обеспечивает полный цикл оказания помощи: от подготовки до послеоперационного наблюдения. Наличие двух операционных и обученного персонала позволяет выполнять до 4–6 вмешательств в смену. Спектр операций подобран с учётом наиболее частых обращений (грыжи, варикоз, урологические патологии), что повышает доступность помощи для жителей быстрорастущего микрорайона. Формат дневного стационара снижает нагрузку на круглосуточный стационар Токсовской КМБ, сокращает время ожидания плановых операций. Важным социальным эффектом является отсутствие необходимости дальних поездок — квалифицированная помощь оказывается по месту жительства.

Выводы. Создание хирургического дневного стационара в поликлинике «Мурино» является успешным примером развития амбулаторной хирургической помощи в быстрорастущем районе. Рациональное использование площади 300 м² позволило разместить две операционные, палату пробуждения, перевязочную и 6 коек для послеоперационного наблюдения, что соответствует нормативным требованиям. Сформированная команда хирургов, урологов, анестезиолога и операционных медсестёр обеспечивает выполнение широкого спектра вмешательств — от удаления кожных образований и коррекции вросших ногтей до герниопластики, урологических операций и малоинвазивной флебологии (ЭВЛК, склеротерапия). Благодаря такому оснащению и кадровому потенциалу удалось повысить доступность плановой хирургической помощи для жителей Мурино и Всеволожского района, сократить время ожидания операций и снизить нагрузку на круглосуточный стационар. Дальнейшее развитие направления требует регулярного мониторинга результа-

тов, внедрения телемедицинских консультаций и повышения квалификации персонала, что обеспечит устойчивый рост качества и безопасности медицинской помощи.

---

224. К этиологии и патогенезу первичной катехоламиновой гипертензии

Путинцев А.М. (1), Францев Р.С. (2), Ивацин П.Н. (1), Худяшев С.А. (1), Лишов Е.В. (1), Шерстенникова Е.Е. (1)

1) Кемерово,
2) Ставрополь

1) КемГМУ,
2) СтГМУ

Актуальность

Правый и левый надпочечники, имея одинаковую функцию, существенно различаются по синтопии, кровоснабжению и по путям венозного оттока. Если правая надпочечниковая вена сразу впадает в нижнюю полую вену, то левая впадает в бассейн левой почечной вены, где имеется предуготовленость к венной гипертензии и воздействию на структуру надпочечника с формированием его гиперфункции, с последующим развитием артериальной гипертензии. Актуальность артериальной гипертензии очевидна в её широкой распространенности и определяющей роли в структуре сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы

Изучение анатомии клапанных структур, синтопии аорты, левой брыжеечной вены, синтопии левой почечной вены, а также изучение гемодинамики проводилось на 100 органокомплексах. Изучение клапанных структур проводилось на 60 органокомплексах, с использованием классических методик.

Результаты и их обсуждение

Наше исследование позволило доказать наличие предрасполагающих и производящих факторов в развитии целого ряда патологических состояний.

В исследовании выявлена высокая частотота несостоятельности клапанов гонадной вены (в 55% случаев), с формированием нисходящего рефлюкса, а также относительная несостоятельность диафрагмального клапана (в 23,3% случаев), что является проявлением восходящего рефлюкса. Данный рефлюкс в 100% случаев оказывает воздействие на левый надпочечник.

В своих исследованиях мы выявили четкое влияние вышеперечисленных сосудистых структур на левую почечную вену (ЛПВ) на развития венной гипертензии.

В нашем исследования было выявлено, что в норме пиковая систолическая скорость кровотока (ПССК) находится от 18 до 33 см в секунду, при отклонении от нормы, наблюдается увеличение динамики ПССК.

Мы обнаружили клинический случай, где ЛПВ была представлена двумя стволами — один проходил впереди аорты, а второй, меньшего диаметра проходил позади аорты. Вариант встретился нам однократно (в 1% случаев). При таком варианте аорта оказывает давление на нижний ствол ЛПВ, в следствие чего возникает венная гипертензия и нарушение венозного оттока от почки.

Также было выявлено проксимальное раздвоение почечной вены — при таком варианте ЛПВ выходит из почки одним стволом, а затем делится на 2 ствола. Верхний ствол проходит впереди аорты, и впадает в НПВ. Второй ствол проходит вниз позади аорты и впадает в НПВ. Частота встречаемости данной аномалии составила 2 %.

В 1% случаев нами была выявлена позадиаортальная позиция ЛПВ. Она относится к патологическому варианту расположения. В данном случае ЛПВ проходит одним стволом в нисходящем направлении позади аорты и впадает в НПВ на уровне четвертого поясничного позвонка.

При высоком расположении вены, ЛПВ проходит на уровне двенадцатого грудного позвонка. Данный вариант был обнаружен в 4% случаев. В связи с особенностями направления ЛПВ мы видим, что площадь наложения левой почечной вены на аорту несколько больше, чем при горизонтальном. В таком случае давление, оказываемое на ЛПВ увеличивается и, соответственно, увеличивается давление в ВБА.

При низком расположении вены, ЛПВ проходит на уровне третьего поясничного позвонка. Данный вариант встречался в 1% случаев.

В одном случае нами был выявлен синдром Щелкунчика — синдром, в основе которого лежит сдавление ЛПВ между аортой и ВБА, вследствие чего повышается давление в системе ЛПВ. Частота встречаемости составила 1%

Выводы: 1. Таким образом мы видим влияние синтопии в плане возникновения венозной гипертензии в левом надпочечнике, его сегментах, только в 10% (10 случаев). Между тем значимая гипертензия, приводящая к несостоятельности клапанных структур, по нашим данным составляет 60% (36 случаев). 2. Только 10% (6 случаев) наблюдений объясняют венную гипертензию синтопией ЛПВ с артериальными структурами. Изучение пульсионного воздействия аорты, ВБА, а также их суммарное воздействие на ЛПВ с использованием математических методов показало их четкое воздействие на венозную гипертензию (0,7 и 1,15 Па соответственно).

---

225. PeTEP-пластика при вентральных грыжах и диастазе прямых мышц живота: первый клинический опыт

Войновский А.Е. (1), Дибиров М.Д. (2), Отман Х.(1,3), Кихляров П.В. (1), Петров В.Н. (1), Калачев С.В. (1), Гобеджишвили В.В. (4), Харьков Д.И. (4)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова ДЗМ города Москвы, Российская Федерация,
2) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,
3) ФГАОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов им. Патриса Лумумбы, Москва, Российская Федерация,
4) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Российская Федерация

Актуальность: Минимально инвазивное хирургическое лечение вентральных грыж прошло долгий путь: от IPOM до eTEP/eTEP-TAR. Однако опрос выбора метода лечения первичных вентральных грыж и диастаза прямых мышц живота до сих пор является нерешенным. Учитывая данные современной литературы, все большую популярность приобретают предбрюшинные пластики, которые позволяют сохранить белую линию живота, восстановить анатомию передней брюшной стенки.

Материал и методы. В проспективное исследование включены 45 последовательных пациентов (средний возраст 44,6±9,8 года, 24 мужчины, 21 женщина) с первичными срединными вентральными грыжами W1–W2 (n=25), изолированным диастазом прямых мышц живота (n=13) или их сочетанием (n=7). Всем пациентам впервые выполнена пластика по методике PeTEP. Оценивались интраоперационные показатели, частота конверсии, послеоперационные осложнения (Clavien–Dindo), длительность госпитализации, болевой синдром (ВАШ), качество жизни (SF-36) через 3 месяца.

Результаты. Медиана длительности операции — 95 мин (IQR 85–105). При анализе кривой обучения время вмешательства снизилось со 115 мин (первые 5 случаев) до 72 мин (последние 5). Интраоперационных осложнений не было. Конверсия (повреждение брюшины) потребовалась у 3 пациентов (6,7%). Ранние послеоперационные осложнения Clavien–Dindo I–II отмечены у 6 (13,3%) пациентов (серома, транзиторная задержка мочеиспускания). Медиана койко-дня — 3 [2;4] суток. Через 3 месяца качество жизни по SF-36 улучшилось с 47,1±5,9 до 55,3±4,8 балла (p

---

226. Современная помощь при грыжах передней брюшной стенки в дневном стационаре: клинические и социальные аспекты

Ильичева Н.В., Шабулдов К.В., Загородникова М.К., Белоусов И.С.

Мурино

ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ»

Введение. Грыжи передней брюшной стенки — распространённая хирургическая патология, требующая своевременного лечения для предотвращения осложнений (в т.ч. ущемления). Наиболее частые виды — пупочные грыжи и грыжи белой линии живота. Традиционная «натяжная» герниопластика ассоциирована с высоким риском рецидива (25–30%), длительной госпитализацией и реабилитацией. В связи с этим актуален поиск методов, обеспечивающих низкую частоту рецидивов, раннюю активизацию пациента и возможность выполнения в условиях дневного стационара.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность герниопластики с сетчатыми имплантатами при лечении грыж передней брюшной стенки в условиях дневного стационара амбулаторного хирургического отделения.

Материалы и методы. В дневном стационаре хирургического отделения поликлиники «Мурино» (ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ») за отчётный период выполнено 43 операции герниопластики с использованием синтетических сетчатых имплантатов. Пациентам проводилось предоперационное обследование: сбор анамнеза, физикальный осмотр, УЗИ брюшной стенки, лабораторные анализы, ЭКГ и флюорография. Операции выполнялись открытым доступом с установкой сетчатого имплантата над или под апоневрозом. В послеоперационном периоде оценивались сроки активизации пациентов, уровень болевого синдрома, косметический результат и частота осложнений. Качество помощи оценивалось методом анкетирования.

Результаты. Все 43 пациента хирургического дневного стационара активизированы и отпущены домой в день операции без осложнений. Большинство вернулись к обычной активности через 3–5 дней. Отмечен низкий уровень болевого синдрома благодаря малоинвазивному подходу и современной анестезии. Достигнут хороший косметический эффект (отсутствие грубых рубцов при внутрикожном шве). По данным анкетирования, 95% пациентов оценили качество помощи на «отлично» и «хорошо». Риск рецидива при использовании сетчатых имплантатов составил 0,7–1,5%, что значительно ниже, чем при «натяжной» пластике.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность герниопластики с сетчатыми имплантатами в условиях дневного стационара.

Метод позволяет надёжно укрепить брюшную стенку за счёт интеграции сетки с тканями, обеспечить раннюю активизацию пациента (на 2–3-й день возможна амбулаторная реабилитация) и быстрое восстановление трудоспособности. Внедрение данного подхода в амбулаторную практику повышает доступность специализированной хирургической помощи, сокращает время ожидания операции, снижает нагрузку на круглосуточный стационар и позволяет проводить лечение на ранних стадиях, предотвращая развитие осложнений.

Выводы. Герниопластика с сетчатыми имплантатами в условиях дневного стационара является эффективным и безопасным методом лечения грыж передней брюшной стенки, обеспечивающим низкий риск рецидивов (0,7–1,5%), короткую реабилитацию (возвращение к обычной активности через 3–5 дней) и высокую удовлетворённость пациентов (95% отличных и хороших оценок). Целесообразно дальнейшее внедрение метода в амбулаторную хирургическую практику, расширение показаний и оптимизация протоколов послеоперационного ведения.

---

227. Малоинвазивные методы лечения варикозной болезни в дневном стационаре: опыт 78 операций

Ильичева Н.В. (1), Шабулдов К.В. (1), Загородникова М.К. (1), Костенков Н.Ю. (2)

1) Мурино
2) Санкт-Петербург

1) ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ»
2) Спб ГБУЗ Городская больница 15

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей — широко распространённая патология, снижающая качество жизни и трудоспособность. Традиционная флебэктомия требует госпитализации и длительной реабилитации. В поликлинике «Мурино» организован хирургический дневной стационар для применения малоинвазивных методов: эндоваскулярной лазерной коагуляции (ЭВЛК) и склеротерапии. За первые полгода выполнено 78 операций.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность ЭВЛК и склеротерапии при варикозной болезни в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. В анализ включены 78 пациентов (63 женщины, 15 мужчин, 28–67 лет). ЭВЛК выполнена при стволовом варикозе (52 операции), склеротерапия — при ретикулярных венах и телеангиэктазиях (26). Всем проведено УЗДС, предоперационная подготовка (анализы, ЭКГ, флюорография). Вмешательства — под местной анестезией, в условиях дневного стационара. После операции — компрессионный трикотаж, ограничение нагрузок на 3–7 дней. Контроль через 7–14 дней с УЗДС.

Результаты. Все операции выполнены без перехода на круглосуточный стационар. Интраоперационных осложнений не было. У 3 пациентов после ЭВЛК — небольшие гематомы (разрешились самостоятельно), при склеротерапии у 2 — временная гиперпигментация. Через 7–14 дней у 94% пациентов отмечено исчезновение или значительное уменьшение тяжести, отёков и болей. Облитерация вен после ЭВЛК достигнута в 98% (одна повторная пенная склерооблитерация). Косметический эффект хороший и отличный у 96% пациентов. Возвращение к обычной активности — через 1–2 дня. Удовлетворённость лечением высокая.

Обсуждение. ЭВЛК и склеротерапия в дневном стационаре демонстрируют высокую эффективность, сопоставимую с профильными центрами. Ключевые преимущества: отсутствие госпитализации, местная анестезия, реабилитация 1–2 дня (против 3–6 недель после флебэктомии), отличный косметический эффект, низкий риск осложнений. Лечение по месту жительства повышает доступность помощи, снижает нагрузку на круглосуточный стационар, минимизирует социально-трудовые потери (возврат к работе через 2–3 дня). Устранение косметического дефекта улучшает психоэмоциональное состояние. Перспективы: расширение методик, оптимизация компрессионной терапии, телемедицинский контроль.

Выводы. ЭВЛК и склеротерапия являются эффективными и безопасными методами лечения варикозной болезни в условиях дневного стационара, что подтверждено опытом 78 операций. Отмечено быстрое купирование симптомов ХВН у 94% пациентов, реабилитация в течение 1–2 дней, отличный косметический результат у 96%, отсутствие серьёзных осложнений. Организация флебологической помощи в хирургическом дневном стационаре повышает её доступность, сокращает сроки нетрудоспособности и разгружает круглосуточный стационар. Дальнейшее внедрение малоинвазивных технологий с мониторингом отдалённых результатов позволит обеспечить безопасное и комфортное лечение пациентов с хроническими заболеваниями вен.

---

228. Предоперационное введение ботулотоксина типа А как способ сведения двусторонней TAR-пластики к односторонней при больших грыжах.

Войновский А.Е., Дибиров М.Д., Отман Х., Кихляров П.В., Петров В.Н., Калачев С.В., Харьков Д.И.

Москва

Городская клиническа больница № 67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы,

Введение. Послеоперационные вентральные грыжи больших размеров (W3) встречаются в 20–30% случаев после лапаротомий. TAR-пластика эффективно закрывает дефект, но сопряжена с высокой частотой осложнений, а критерии выбора одно- или двусторонней техники отсутствуют. Предоперационное введение БТА может снизить необходимый объем операции, однако его роль при TAR изучена недостаточно. Цель. Изучить возможность снижения объёма реконструкции методом TAR у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами класса W3 за счёт предварительного введения ботулотоксина А (БТА) в латеральные мышечные группы. Материал и методы. Проанализированы данные 47 человек со срединными дефектами брюшной стенки (W3). В первой подгруппе (11 чел.) за 28 дней до вмешательства инъецировали 500 ЕД БТА с последующим планированием односторонней TAR. Во второй подгруппе (36 чел.) выполняли классическую двустороннюю TAR без токсина. У пациентов первой подгруппы исходно отмечались более высокие показатели анестезиологического риска ASA (p=0,011), индекса Tanaka (0,23±0,01 против 0,19±0,02; p=0,001), а также большая ширина (16,8 см против 15,3 см; p=0,01) и длина (18 см против 14 см; p=0,005) грыжевых ворот. Иные параметры значимо не разразличались. Результаты. Введение БТА привело в первой группе к значимому сужению дефекта (с 16,8 до 12,96 см; p

---

229. Применение внутриплевральной вакуумной повязки при лечении больных со спонтанным разрывом пищевода

Порханов В.А. (1,2), Поляков И.С. (1,2), Барышев А.Г. (1,2), Сирота А.А. (1), Акобян А.В. (1), Сирота М.В. (1), Бондаренко Е.А. (1)

Краснодар

ГБУЗ НИИ ККБ-1 им. проф. С.В. Очаповского.

Актуальность. Перфорация пищевода, - редкое и агрессивно протекающее заболевание, лечение которого, зачастую, осложнено в связи с несвоевременным обращением пациентов и поздней диагностикой, требует подготовленной реанимационной службы и продуманного мультимодального подхода. Определённый в стандартах лечения до суточный срок возможного ушивания сквозного разрыва пищеводной стенки существенно ограничивает потенциал органосохраняющего подхода, что нередко приводит к инвалидизации пациентов, в связи с необходимостью экстирпации пищевода.

Цель. Улучшение результатов и частоты применения органосохраняющего подхода лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода (синдром Бурхаве) путем ушивания дефекта пищевода через торакотомный доступ, этапной санации плевральной полости и заднего средостения с наложением вакуум-ассистированной повязки.

Материалы и методы. Проведено исследование, в которое вошли 22 пациента со спонтанным разрывом пищевода. В зависимости от метода лечения пациенты разделены на 2 группы: в 1-й группе (n = 12) использовалась видеоторакоскопическая санация плевральной полости с установкой вакуумной повязки в просвет пищевода (эндовакуум), во 2-й

(n = 10) - торакотомия, санация п/полости, ушивание дефекта нижней трети пищевода и наложение вакуумной повязки в заднее средостение, плевральную полость и п/о торакотомную рану. Проведено сравнение результатов лечения между группами.

Результаты. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре у пациентов 1-й группы составила 52[48-55] суток, у пациентов 2-й группы - 14[12-17] суток. Летальность в 1-й группе составила 16,7% (2 пациента). Летальных исходов во 2-й группе не наблюдалось.

Заключение. Ушивание перфоративного отверстия стенки пищевода у пациентов не позднее 3-х суток от момента повреждения из торакотомного доступа, тщательная некрэктомия, использование внутриплевральной вакуум-ассистированной повязки и этапные санации плевральной полости повышают частоту благоприятных исходов заболевания. Предлагаемый метод лечения является эффективным и органосохраняющим, что позволяет достоверно сократить продолжительность пребывания пациента в стационаре, и добиться хорошего качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде.

---

230. Симметризация контрлатеральной молочной железы после мастэктомии

Сорогина Л.В. (1), Стольникова Ю.Л. (1), Шнейдер В.Э. (1), Гудков М.С. (2)

1) Тюмень,
2) Москва

1) ФГБОУ ВО Тюменский государственныймедицинский университет,
2) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущие позиции в структуре онкозаболеваемости у женщин. При локально-распространённых формах стандартом лечения остаётся мастэктомия. Современная хирургия РМЖ ориентирована не только на онкологический контроль, но и на восстановление качества жизни, поэтому реконструкция молочной железы стала важным этапом реабилитации. Существенное значение имеет симметризация контралатеральной молочной железы, влияющая на эстетический результат, психосоциальное благополучие и удовлетворённость пациенток. Несмотря на широкое применение симметризирующих операций, сохраняются дискуссии относительно выбора методики и сроков вмешательства. Одномоментная симметризация уменьшает число операций и сроки лечения, но может быть менее точной. Отсроченный подход позволяет лучше адаптировать форму, но требует повторной госпитализации. Недостаточно данных о сравнительной эффективности редукции, мастопексии и аугментации. Важны также вопросы онкологической безопасности и осложнений.

Материалы и методы. Выполнен систематический обзор литературы в соответствии с PRISMA-2020. Поиск проведён в PubMed и РИНЦ (2021–2025 гг.) с использованием ключевых слов: «contralateral breast symmetrization», «mastopexy», «reduction mammoplasty», «breast reconstruction». Этапы отбора включали идентификацию, удаление дубликатов, скрининг и оценку полнотекстовых статей. Включены исследования с пациентками ≥18 лет после односторонней мастэктомии с реконструкцией, сообщающие клинические исходы. Исключены серии маммопластики, тогда как мастопексия характеризуется более высоким риском позднего птоза. Высокая частота ревизий после двухэтапной имплантационной реконструкции связана с трудностью прогнозирования окончательного объёма. Онкологическая настороженность при редукционных вмешательствах подтверждает их дополнительную диагностическую ценность за счёт выявления оккультных неоплазий.

Выводы. Симметризация контралатеральной молочной железы является ключевым этапом реконструкции, определяющим эстетический результат и качество жизни. Одномоментный подход предпочтителен при стабильных условиях реконструкции, отсроченный — при сложных и двухэтапных методиках. Якорная редукционная маммопластика обеспечивает наибольшую долгосрочную стабильность. Выбор метода должен быть индивидуализирован с учётом анатомии, типа реконструкции и онкологических факторов.

---

231. Ревизионная хирургия при рецидивных формах ахалазии кардии: результаты органосохраняющего лечения

Ерин С.А. (1), Гололобова У.Р. (1,2), Гололобов Г.Ю. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ №24 ДЗМ
2) ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Введение. Ежегодная заболеваемость ахалазией кардии составляет в среднем 1 на 100000 человек, в то время как рецидив заболевания характеризуется более ограниченной распространенностью: от 10 до 25% на количество случаев первичной заболеваемости. Рецидивные формы ахалазии кардии традиционно разделяют на категории: ранний рецидив в исходе недостаточного объёма первичного оперативного лечения (в т.ч. неадекватной протяженности кардиомиотомического разреза), а также поздний ввиду неуклонного прогрессирования заболевания с развитием мегаэзофагуса, требующего резекционных оперативных объёмов. Тактика лечения рецидива ахалазии кардии на сегодняшний день включает ряд подходов с применением эндоскопических методик (баллонная дилатация, POEM), а также выполнения ре-кардиомиотомии или эзофагэктомии, которая, по мнению ряда авторов, представляется единственным возможным вариантом лечения данной группы пациентов, однако связана с высокими послеоперационными рисками (до 50%), включая несостоятельность анастомозов, некроз желудочного или кишечного стебля, демпинг-синдром, а также ряд кардиореспираторных нарушений, особенно у пациентов пожилого возраста. Органосохраняющая методика ре-кардиомиотомии с формированием антирефлюксного механизма также имеет место в мировом опыте, являясь менее инвазивной методикой с оптимальными клиническими результатами.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование (период 2019-2026 гг.) включены 15 пациентов (100%) с рецидивной ахалазией кардии, ранее перенесшие оперативное лечение в POEM – 4 (26,7%), кардиомиотомии с фундопликацией или альтернативными вариантами «закрытия» миотомического разреза – 11 (73,3%). По данным рентгенологической классификации (Б.В. Петров-

ский, 1962), 7 (46,7%) случаев соответствовали III стадии ахалазии кардии, 8 (53,3%) случаев – IV стадии. Оценка показателей качества жизни, согласно специализированной анкете, продемонстрировала балл Eckardt 10,6±1,4.

Результаты. Всем участникам исследования была выполнена лапароскопическая ре-кардиомиотомия по Геллеру с передней фундопликацией по Дору и задней парциальной фундопликацией. Интраоперационные осложнения в виде перфорации слизистой оболочки пищевода были выявлены у 2 (13,3%) пациентов, и устранены интраоперационно. Продолжительность оперативного пособия составила 134±48 мин, кровопотеря – 53±28 мл, длительность пребывания в стационаре – 7±4,2 к/д с учетом контрольной Rg-скопии перед возобновлением перорального питания и оценкой нутритивного статуса пациентов перед выпиской (в т.ч. исключение послеоперационной дисфагии). Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo ⍰ IIIb были зафиксированы у 1 (6,7%) пациента – перитонит в исходе прорезывания шва на слизистой оболочке пищевода, потребовавший релапароскопии. Динамика показателей качества жизни через 6 месяцев после лечения составила: Eckardt – 1.8±0.4 (дополнительно – GERD-Q – 2.0±0.7, что говорит об адекватной функции манжеты). По данным на 2026 г., среди пациентов, оперированных по указанной методике, клинических рецидивов не зафиксировано.

Выводы. На основании проведенного анализа можно судить об эффективности и безопасности техники лапароскопической ре-кардиомиотомии по Геллеру с формированием антирефлюксного механизма у пациентов с рецидивными формами ахалазии кардии, с учетом выраженного улучшения качества жизни пациентов и длительного стойкого безрецидивного периода (>5 лет на момент исследования). Частота интра- и послеоперационных осложнений, связанных с перфорацией слизистой оболочки пищевода на этапе кардиомиотомии, является невысокой с учетом выраженного рубцово-спаечного процесса вследствие перенесенных ранее оперативных вмешательств в зоне кардиоэзофагеального перехода. Стоит отметить, что с момента внедрения в оперативную технику этапа гидропрепаровки тканей пищевода, перфораций слизистой оболочки не было. Несомненно, факт органосохраняющего характера лечения определяет приоритет при выборе тактики у пациентов данной группы по сравнению с резекционными вмешательствами.

---

232. Экспериментальное обоснование эффективности новых полисахаридных гемостатических средств при кровотечениях из варикозных вен пищевода

Дадоходжаев А.А., Ибрагимов Р.А., Яглы С.И., Анисимов А.Ю.

Казань

Казанский (Приволжский) федеральный университет

Актуальность клинически значимого синдрома портальной гипертензии определяется частотой и тяжестью его осложнений, в первую очередь - кровотечения из-за разрыва варикозных вен пищевода или желудка.

Исследованиями последних лет доказано, что такое кровотечение возникает только в том случае, если градиент между портальным давлением и давлением в нижней полой вене достигает порогового значения 12 мм рт.ст. и является маркером очень высокого риска смерти (57%). Разрыв варикозных вен пищевода является причиной 70%, а варикозных вен желудка - от 5 до 10% всех эпизодов кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с портальной гипертензией.

Для снижения риска смертельного исхода от острого варикозного кровотечения, современная хирургия использует специальные гемостатические материалы местного применения. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что на российском рынке имеет место дефицит отечественных гемостатических препаратов. В современных условиях политического и экономического развития России в аспекте решения стратегической задачи перехода от экспортно-ориентированной на импорто-заместительную модель экономики обоснование клинического использования новых отечественных гемостатических материалов местного действия при остром кровотечении из варикозных вен пищевода или желудка как нельзя более актуально.

Исходя из выше сказанного, целью исследования явилось проведение в патофизиологическом эксперименте на модели портальной гипертензии лабораторной оценки локальной гемостатической активности оригинального отечественного гемостатического препарата при кровотечении из варикозных вен пищевода и (или) желудка.

Методы: Для оценки местных гемостатических средств в качестве экспериментальных животных использовали 7 животных: 5 кроликов породы «Калифорнийский» массой тела от 4700 гр. до 4900 гр., и 2 свиньи породы «Крупная белая» весом от 40 до 50 кг. Первая фаза эксперимента включала создание модели ВРВП через контролируемую компрессию печеночно-двенадцатиперстной связки. После двухнедельного периода развитие варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) было подтверждено эндоскопически, после чего проводилась

оценка гемостатической эффективности двух новых препаратов на основе биополимерного комплекса производного коллагена в сравнении с контролем.

Результаты: В группе кроликов (n=5) у всех животных зарегистрировано формирование ВРВП к 7 дню наблюдения (частота события 100%; 95% доверительный интервал 47,8–100%). Степень ВРВП соответствовала 2 по модифицированной классификации Paquet (множественные расширенные вены, занимающие менее половины окружности пищевода). В группе свиней (n=2) формирование ВРВП подтверждено у одной особи на 10 день (50%; 95% ДИ 1,3–98,7%) со степенью 3 (множественные вариксы, занимающие более половины окружности пищевода); вторая особь не достигла конечной точки.

Проведён сравнительный анализ гемостатической эффективности двух оригинальных композиций на основе биополимерного комплекса в сопоставлении с контрольной группой (без применения гемостатика). Обе тестируемые композиции сокращали время кровотечения из пункционных ран на модели варикозного расширения вен. Наиболее выраженный эффект продемонстрировал биополимерный комплекс №2: среднее время остановки кровотечения составило 10 ± 0,4 с, что на 71,4% меньше контрольного показателя (35 ± 5,9 с) и значительно превосходит результат комплекса №1 (30 ± 3,7 с). Достигнутый гемостаз характеризовался быстрым формированием плотного, хорошо фиксированного сгустка.

Выводы: На основании полученных экспериментальных данных биополимерный комплекс №2 определён как наиболее перспективная композиция для дальнейшего клинического трансфера. Его высокая локальная гемостатическая активность позволяет рассматривать данный состав в качестве потенциального нового стандарта для эндоскопической остановки острых кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка при условии подтверждения безопасности и эффективности в расширенных исследованиях.

---

233. Опыт выполнения лапароскопических резекций поджелудочной железы при кистозных и нейроэндокринных опухолях

Демин Д.Б.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова»

Кистозные и нейроэндокринные (НЭО) опухоли поджелудочной железы являются достаточно редкой патологией и составляют 1–2% от всех опухолей поджелудочной железы (ПЖ). При исключении онкологами злокачественного характера новообразований пациенты с вышеуказанными нозологиями попадают в сферу деятельности хирургической службы общебольничной сети.

Цель исследования: оценить опыт выполнения лапароскопических резекций поджелудочной железы, в том числе с применением интраоперационной навигации.

Материал и методы. В 2019-2026 г.г. в ГАУЗ «ООКБ имени В.И.Войнова» нами оперированы лапароскопическим доступом 15 пациентов по поводу доброкачественных объемных образований тела и хвоста ПЖ. Все пациенты были женского пола в возрасте от 22 до 65 лет. У 13 пациенток имели место муцинозные цистаденомы с размерами от 4 до 12 см в диаметре, у 2 пациенток были НЭО перешейка (5 см) и тела ПЖ (3 см в диаметре), в том числе 1 подтвержденная инсулинома. Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке после стандартного обследования с обязательным выполнением МСКТ с контрастным усилением для проведения предоперационного планирования с созданием виртуальных 3D-моделей зоны оперативного действия с подробной анатомией, прежде всего сосудистой. У 5 пациенток в процессе вмешательства применена технология интраоперационной дополненной реальности (ДР). Все оперативные вмешательства выполнены на эндовидеохирургическом комплексе экспертного класса с современной энергией. В качестве гарнитуры виртуальной визуализации применялись очки ДР «HoloLens 2».

Результаты. При цистаденомах ПЖ в 12 случаях выполнена дистальная панкреатоспленэктомия, в одном случае – спленосохраняющая корпорокаудальная резекция. В двух случаях осуществлена конверсия доступа в связи с плотной фиксацией образования к конфлюэнсу воротной вены и невозможностью безопасной диссекции. В процессе трех операций применена ДР-технология. В пяти случаях пересечение паренхимы ПЖ осуществили сшивающим аппаратом, в восьми – ультразвуковым диссектором.

При НЭО в обоих случаях выполнена лапароскопическая энуклеорезекция ПЖ с интраоперационной ДР-нави-

гацией с удалением образования в капсуле в пределах неизмененной паренхимы органа.

Все оперативные вмешательства выполнены штатно с минимальной кровопотерей. Следует отметить, что применение интраоперационной ДР во всех случаях помогло осуществить четкое понимание сосудистой анатомии зоны вмешательства, особенно при энуклеации НЭО перешейка ПЖ, где образование находилось в тесном контакте с конфлюэнсом воротной вены, проксимальными отделами верхней брыжеечной и селезеночной вен, а также с чревным стволом и начальными отделами общей печеночной и селезеночной артерий.

Всем пациентам во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде вводились блокаторы панкреатической секреции (октреотид и ингибиторы протоновой помпы).

В одном случае у пациентки с цистаденомой возникло кровотечение в зоне диссекции ПЖ через 12 часов после операции, выполнена релапароскопия, гемостаз. У 5 пациентов развилась клиника послеоперационного панкреатита с жидкостными скоплениями, из них у 4 интраоперационная ДР не применялась. У 3 пациентов клиника купирована только консервативными мероприятиями, двум пациентам выполнено пункционное дренирование под ультразвуковой навигацией. Во всех случаях выздоровление, длительность послеоперационного пребывания в стационаре от 6 до 17 суток. Наблюдение в катамнезе – пациенты жалоб не предъявляют.

Заключение. Лапароскопические технологии в большинстве случаев являются эффективным методом хирургического лечения доброкачественных кистозных и нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы. Применение интраоперационной дополненной реальности позволяет визуализировать в виртуальном режиме сосудистую архитектонику данной сложной анатомической зоны, что повышает безопасность вмешательства.

---

234. Опыт четырехлетнего применения технологий интраоперационной цифровой навигации в сложной хирургии

Демин Д.Б.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова»

Предоперационное планирование и интраоперационная навигация являются ключевыми компонентами концепции хирургической безопасности. Технология дополненной реальности (ДР) позволяет создать эффект «прозрачной» хирургической анатомии и обеспечить виртуальную визуализацию в зоне оперативного действия анатомических структур, скрытых в толще тканей.

Цель исследования: оценить четырехлетний опыт внедрения ДР-технологии при выполнении оперативных вмешательств, в первую очередь, высокотехнологичных.

Материал и методы. В 2022-2026 г.г. в ГАУЗ «ООКБ имени В.И.Войнова» с применением интраоперационной ДР-технологии нами выполнены 85 оперативных вмешательств. Всем пациентам в рамках предоперационного обследования выполняли МСКТ с контрастным усилением, на основании которого создавали виртуальные 3D-модели зоны оперативного действия с подробной анатомией, прежде всего сосудистой. В качестве гарнитуры виртуальной визуализации использованы очки ДР «HoloLens 2» (Microsoft). Первая операция с применением ДР (лапароскопическая резекция печени) выполнена нами 1 февраля 2022 года, а через 3 недели мы выполнили первую в РФ лапароскопическую адреналэктомию с применением ДР.

Результаты. В числе выполненных с ДР вмешательств были 66 высокотехнологичных лапароскопических операций: 22 адреналэктомии (9 правосторонних и 13 левосторонних), 23 резекции печени, 14 клипирований селезеночной артерии при ее аневризме, 5 резекций поджелудочной железы, удаление 2 забрюшинных внеорганных новообразований, 10 других лапароскопических вмешательств: 4 иссечения кист селезенки, 2 фундопликации по Ниссену, 2 дренирования поддиафрагмальных абсцессов справа, 1 иссечение кисты почки, 1 лапароскопическая герниопластика при дважды рецидивной паховой грыже, а также 3 ортопедических операции и 6 аортобедренных реконструкций при инфраренальных аневризмах брюшной аорты.

Виртуальные модели зоны оперативного действия были эффективно применены при выполнении всех оперативных вмешательств. Загруженная в ДР-гарнитуру 3D-модель интраоперационно позиционировалась на монитор лапароскопической видеосистемы (или операционную

рану в ангиохирургии и ортопедии), что позволило во всех случаях идентифицировать необходимые анатомические структуры и выполнить вмешательства в штатном режиме без неблагоприятных интраоперационных событий и с минимальной кровопотерей. В данной группе пациентов летальных исходов не было.

Для оценки эффективности ДР-технологии нами применена психометрическая оценочная шкала на основании методики Ликерта. Полученные результаты продемонстрировали удобство применения данной технологии по ключевым показателям.

Анализируя результаты выполненных вмешательств с применением ДР-технологии, необходимо отметить:

1. 3D-моделирование зоны операции на основании МСКТ является самостоятельным эффективным методом предоперационного планирования и позволяет на дооперационном этапе пространственно увидеть эту зону у конкретного пациента со всеми ее анатомическими особенностями;

2. ДР – персонализированный виртуальный 3D-атлас анатомии зоны хирургического интереса перед глазами хирурга, методика востребована для работы в сложных анатомических зонах;

3. ДР - виртуальная цифровая операционная с возможностью телеметрии, передачи информации, архивирования и обучения в онлайн-режиме.

Заключение. Технология дополненной реальности является эффективным методом интраоперационной навигации при оперативных вмешательствах, особенно высокотехнологичных, когда необходима четкая ориентация в сложных анатомических зонах. Необходимо широкое внедрение данной технологии в хирургическую практику в рамках развития концепции безопасной хирургии.

---

235. Малоинвазивная хирургия ущемленных вентральных грыж. Наш первый опыт.

Мугатасимов И.Г., Чернявский С.С., Смирнова А.В., Хакимов Р.К., Пак А.В., Жданов Д.А.

Новокузнецк

НГКБ№1 им. Г.П. Курбатова

Актуальность. Проблема оптимального способа лечения ущемленных вентральных грыж самоочевидна. В отчете главного хирурга РФ за 2024 год отмечается тенденция к увеличению количества оперированных пациентов с ОКН и ущемленной грыжей. Пациенты с ущемленными ПОВГ являются наиболее сложным контингентом больных в ургентной хирургии. Эта группа представлена лицами пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Преимущества малоинвазивного доступа давно доказаны. Но в ургентной хирургии он имеет ограничения, так как требует определенного уровня навыков у хирурга и чаще всего ограничения по времени. Существует тенденция к поиску упрощенного оперативного вмешательства при сохранении преимуществ малоинвазивной хирургии.

Материалы и методы. В нашей клинике в течение последнего года активно внедрялась лапароскопическая методика ушивания грыжевого дефекта при ущемленных вентральных грыжах. В нашу клинику за 2025г. поступило 80 пациентов с ущемленными вентральными грыжами (УВГ). Из них 15 человек с послеоперационными УВГ, 25 пациентов с первичными УВГ и 40 пациентов с ущемленными паховыми грыжами.

Результаты и обсуждение. Лапароскопическим доступом прооперировано 53,8% пациентов (43 человека). Из 40 человек с паховыми грыжами малоинвазивным способом прооперировано 60% (24 человека). Среди пациентов с послеоперационными вентральными грыжами лапароскопически прооперированы 33,3% (5 человек из 15), с ущемленными первичными грыжами 56% (14 человек). Летальность составила 6,25%, за счет пациентов, поступивших позднее 24часов с момента ущемления и которым потребовалась резекция ущемленного органа; летальных случаев и инфекции области хирургического вмешательства среди пациентов с лапароскопическим доступом не было.

Выводы. Предлагаемая методика не требует высоких навыков у дежурного хирурга, не требует высокотехнологичного оборудования, позволяет выполнить малоинвазивное вмешательство у сложной группы ургентных пациентов с ущемленными вентральными грыжами за непродолжительное время.

По нашему мнению, упрощая малоинвазивную методику операции, можно улучшить результаты лечения пациентов с ущемленными вентральными грыжами.

---

236. Электромиографическая характеристика мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки после проведенной паховой герниопластики.

Паскалов Ю.С. (1), Мухин А.С. (2)

1) Тирасполь,
2) Нижний Новгород

1) ПГУ им. Т.Г. Шевченко,
2) ФГБОУ ВО ПИМУ

Введение. Паховая грыжа является сложным топографо-функциональным заболеванием, при котором учет электрофизиологии брюшных мышц пахового промежутка, позволяет не только в предоперационном периоде оценить степень разрушения пахового канала, но и оценить качество выполненной герниопластики и функциональную реабилитацию мышечнно-апоневротических структур паховой области в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Сравнить электрофизиологическую активность брюшных мышц пациентов в пред- и послеоперационном периоде после выполненной герниопластики.

Материалы и методы. В период 2016-2026 гг. проведено исследование электроактивности самостоятельного сокращения брюшных мышц аппаратом «Synapsis Neurotech Russia» у 146 больных. Из них мужчин было 125 (85,6 %) и женщин 21 (14,4 %). Средний возраст составил 52,6 + 1,5 лет. В предоперационном периоде обследовано 95 (65,1 %), в послеоперационном (1-5 лет) – 95 (59,7%) обследованных, которым была выполнена комбинированная аутопластика с поперечным релаксирующим разрезом передней стенки влагалища прямой мышцы и ретрофуникулярной и ретромускулярой аутодермопластикой. Методом поверхностной электромиографии оценивались электропотенциалы мышц, окружающих паховый промежуток; группы боковых мышц и прямых мышц передней брюшной стенки.

Результаты исследования. В предоперационном периоде амплитуда и частота ЭМГ мышц разрушенного грыжей пахового промежутка (ПП) при физической нагрузке были равны 446,88 + 53,72 МкВ и 13,34 + 4,46/с, амплитуда и частота электромиограмм мышц пахового промежутка на стороне выполненной герниопластики составила 780,8+45,6 МкВ и 40,4+4,3/с. Разница в амплитуде и частоте между ними составила 42,8 % и 67,1%. Фронт и площадь электромиограмм мышц пахового промежутка, обозначающие скорость и мощность сокращения мышц в предоперационном периоде составили 239,1+56,9 мс и 145,5+19,3 мВ*мс, в послеоперационном периоде параметры достигли 407,9+32,5 мс и 348,5+30,6 мВ*мс. Разница между скоростью и мощностью мышц пахового промежутка составила 41,4% и 58,3%.

У пациентов в предоперационном периоде амплитуда и частота ЭМГ группы боковых мышц живота (ГБМ), полученных при физической нагрузки на стороне паховой грыжи достигли 551,09 + 24,1 МкВ и 55,55 + 4,37/с, амплитуда и частота электромиограмм у пациентов после герниопластики составили 763,7+41,7 МкВ и 79,6+3,5/с. Следовательно, у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде после герниопластики амплитуда электромиограммы ГБМ выше на 27,8%, а частота на 30,3% больше, нежели чем до операции. Скорость и мощность ГБМ во время исследования у пациентов в предоперационном периоде достигли 160,6+29,7 мс и 172,4+14,6 мВ*мс, после выполненной герниопластики показали значения 277,7+26,7 мс и 219,4+22,4 мВ*мс. Ввиду этого, на оперированной стороне скорость и мощность ГБМ превышает на 42,1% и 21,5% чем у грыженосителей паховой грыжи.

Самостоятельное сокращения прямых мышц (ПМ) пациентов на стороне пахового грыжевого выпячивания генерировало ЭМГ с амплитудой и частотой на уровне 765,86 + 27,11 МкВ и 51,97 + 3,85/с, амплитудно-частотные параметры электромиограмм прямых мышц в послеоперационном периоде достигли 949,9 + 36,8 МкВ и 78,4 + 4,9/с, что позволяет сделать заключение об увеличение амплитуды и частоты ЭМГ прямых мышц на стороне выполненной герниопластики на 19,4 % и 16,7 %. Фронт и площадь ЭМГ у пациентов в предоперационном периоде составили 194,8+20,4мс и 142,7+12,6 мВ*мс, в послеоперационном периоде данные параметры достигли 344,5+21,5мс и 271,3+18,4 мВ*мс. В силу этого видно, что скорость и мощность электромиограмм ПМ у пациентов перенесших паховую герниопластику выше на 43,5 % и 47,4 % чем у лиц страдающие паховой грыжей.

Выводы: 1. Различие в амплитудно-частотных параметрах, скорости и мощности ЭМГ мышц разрушенного грыжей для пахового промежутка и зоной герниопластики достигают 42,8 %, 67,1 %, 41,4 %, 58,3 %, для группы боковых мышц разница составила 27,8 %, 30,3 %, 42,1 %, 21,5 %, для прямых мышц различия достигли до 19,4 %, 16,7 %, 43,5 %, 47,4 %. 2. При планировании способа герниопластики необходимо учитывать присутствующую функциональную неполноценность мышц, не только формирующих паховый промежуток, но и группы боковых мышц и прямых мышц. 3. Электромиография в послеоперационном периоде позволяет оценить не только качество, но и функциональную реабилитацию мышечно-апоневротических структур выполненной паховой герниопластики.

Вариант представления тезисов – публикация в сборнике.

237. Клинический опыт эндоскопического лечения рецидивов дивертикула Ценкера

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Канищев И.С., Гришина Е.А.

Москва

Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова

Актуальность. Определить оценить безопасность и эффективность эндоскопического лечения рецидива дивертикула Ценкера.

Материалы и методы. В ретроспективном аспекте проанализированы результаты эндоскопического лечения 23 пациентов с рецидивом дивертикула Ценкера после предыдущих эндоскопических или хирургических вмешательств. В период с июля 2015 по декабрь 2024 года в отделение оперативной эндоскопии МКНЦ имени А.С.Логинова выполнено 26 процедур с использованием трех эндоскопических техник: стандартной, тоннельной и комбинированной. Были оценены особенности выполнения ранее проведенных вмешательств, характеристики операционного процесса, краткосрочные и долгосрочные результаты оперативного лечения, а также частота рецидивов. Клинические симптомы до и после лечения оценивали с помощью специализированной модифицированной анкеты.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства 40 [26; 45] минут. Технический успех достигнут в 100%. Внутрисосудистая кровопотеря не превышала 10 мл; значимых интра- или послеоперационных осложнений, влияющих на исход лечения или требующих дополнительных вмешательств, выявлено не было. Средний период наблюдения составил 45 [19; 54] месяцев. После выполнения процедуры стандартным методом степень клинических симптомов снизилась незначительно, статистически значимые различия по сравнению с предоперационным уровнем не обнаружены. При тоннельной и комбинированной технике отмечено значимое уменьшением клинических симптомов - с 9,5 до 1,5 и с 11,0 до 0,0 соответственно (p

---

238. Реальная клиническая практика оказания медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы и трофическими дефектами

Стрижелецкий В.В., Осадчий А.А., Авдошин И.В., Султанова Ф.М.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Актуальность: По данным мировой статистики на 2025 год, количество пациентов с сахарным диабетом (СД) достигло 537 млн человек. В РФ общая численность пациентов с СД составила более 5 млн человек (3,31% населения. Сахарный диабет повышает риск развития заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) в 2–4 раза и имеется у 12–20% пациентов с патологией периферических артерий. Пациентам с СД в сочетании с атеросклерозом периферических артерий в 5 раз чаще выполняются ампутации нижних конечностей. В 15-34% случаев СД, осложняется развитием синдрома диабетической стопы (СДС) с трофическими и гнойно-некротическими осложнениями. Качество жизни пациентов напрямую зависит от возможности сохранить опороспособность конечности, поэтому приоритет отдается малотравматичным операциям, восстановлению артериального кровотока и закрытию трофического дефекта в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ с использованием медицинской информационной системы (МИС) «Ариадна» СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия». Изучены данные 1153 пациентов с осложнениями СДС, получавших лечение в условиях хирургических отделений Центра «Диабетической стопы и хирургической инфекции» спасения конечностей в период 2022—2024 гг..

Полученные результаты: За 2022-2024 год получены данные о 1153 пациентах, из них с нарушениями периферического кровообращения разной степени было 622 (53,9%). Большинство пациентов пожилого и старческого возраста, с неудовлетворительным контролем гликемии и липидного профиля. Все пациенты поступили в экстренном порядке, потребовали первичного оперативного вмешательства в первые 3-6 часов в различных объемах: вскрытие флегмоны 23 (3,7%), малые ампутации в пределах стопы 140 (22,5 %).Частота выполнения высоких ампутаций (уровень бедро и голень) у пациентов с нейроишемической формой СДС составила 28 (4,6%), с нейропатической — 16 (2,6%). В течение 24-48 часов пациенты дообследованы и консультированы сосудистым хирургом, эндокринологом, кардиологом. Медиана реваскуляризация артерий нижних конечностей составила 5 суток от момента поступления. Основным методом выбора была транслюминальной баллонной ангиопластики артерий нижних конечностей

у 490 (78,8%). В дальнейшем, после реваскуляризации, этапные некрэктомии потребовались у 177 (28,6%). У 85 пациентов сформировались трофические дефекты на стопе различной площади и глубины, что потребовало выполнения реконструктивно-пластического этапа. В рамках подготовки раневого дефекта к окончательному реконструктивному этапу использовались различные физические методы воздействия (ультразвуковая кавитация, современные раневые покрытия и ВАК-терапия.) Свободная аутодермопластика перфорированным кожным лоскутом, как завершающий этап лечения, выполнена 70 пациентам. Приживаемость кожных трансплантатов составила 78,6%. Существенной проблемой является закрытие глубокого раневого дефекта, на опороспособной поверхности стопы с выраженным дефицитом мягких тканей. Таким пациентам выполняли пластику мышечным лоскутом на питающей ножке, с последующей аутодермопластикой. Было выполнено 15 оперативных вмешательств, из которых 11 закончились удовлетворительно (лоскут приживлен). Использовали преимущественно тонкую мышцу бедра (m.gracillis), в 4 случаях широчайшую мышцу (m.latissimus dorsi). Осложнения в виде некроза лоскута развились в 4 случаях.

Рекомендации: Внедрять мультидисциплинарный подход в лечение пациентов с трофическими осложнениями СДС, стремится к окончательному закрытию трофического дефекта.

Заключение: представленный опыт работы центра «Диабетической стопы и хирургической инфекции» демонстрирует, что стратегия ранней реваскуляризации, малых ампутаций и современных методов пластического закрытия дефектов позволяет сохранить опороспособность конечности и снизить количество высоких ампутаций.

---

239. Информирование пациентов и внутренний регламент работы хирургического дневного стационара, как основа в профилактике послеоперационных осложнений

Хализов Э.В. (1),Азаренко С.В. (1), Белоусов И.С. (2), Самедов М.М. (1), Свеклов Д.С. (1)

1) Сертолово,
2) Ломоносов

1) ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница»
2) ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ».

В лечении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей С2-С6 классов(CEAP) для лечащего врача наиболее актуальным является вопрос профилактики послеоперационных осложнений.

В Сертоловской ГБ в 2025-2026 гг. в условиях хирургического дневного стационара выполнено 1391 оперативное вмешательство: 2025г -(1126 операций) и 2026 год (январь-март - 265 операций).

За данный период работы хирургического дневного стационара возникли следующие послеоперационные осложнения:

1)продолжающееся наружнее кровотечение из послеоперационных ран- 45 случаев (кровотечение возникло в первые 40 минут после операции и остановлено наложением давящей повязки),

2) Инфекции области оперативного вмешательства - 0 случаев

3) ВТЭО - 0 случаев

4) Некроз кожи - 0 случаев

5) Термоиндуцированный тромбоз(EHIT)- 0 случаев

Непостредственно перед выполнением оперативных вмешательств пациенты были проинформированы о предстоящем лечении, для каждого пациента были оценены риски ВТЭО, даны рекомендации по поводу приобретения компрессионного трикотажа, порядках получения антикоагулянтной терапии и предположительных сроках восстановления После выполнения операции, пациенту на операционном столе надевались компрессионные изделия, лечащим врачом повторно доводились сроки повторных явок на осмотр и правила ухода за участками послеоперацуонных вмешательств. Постовой медицинской сестрой оценивались послеоперационные появязки через 40 минут после операции, а также контролировалась правильность выполнения «тренировочной ходьбы».

Через 2 часа после операции лечащим врачом оценивалось состояние послеоперационных повязок, доводились даты повторных обращений на осмотры, а также возможные побочные эффекты, а также симптомы осложнений и порядок действий в случае их появления.

Также каждому пациенту непосредственно перед убытием домой вручалась «памятка», в которой дублировалась, информация касаемая ухода за областями послеоперационных вмешательств, периоды и правила использования компрессионного трикотажа, сроки повторных приемов и рабочий телефон отделения для получения консультации.

За счет слаженной работы сотрудников хирургического отделения, единых стандартов в подходах к диагностике, профилактике, лечению и информированию пациентов, а также строгих соблюдений правил асептики и антисептики возможно уменьшить риски послеоперационных осложнений.

---

240. Современные подходы к лечению осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки. Опыт ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Корольков А.Ю., Никитина Т.О., Альшевская Е.Д.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Актуальность.

Современная тактика хирургического лечения осложненных форм ДБ, согласно Рос-сийским НКР, представляет собой резекцию измененного участка толстой кишки с форми-рованием одноствольной колостомы (операция Гартмана). Данный подход сопряжен с развитием большого количества осложнений, достигающих 20-70%. Вторым этапом, не ранее чем через 6 месяцев, выполняется восстановление непрерывности толстой кишки, при этом даже при выполнении планового оперативного вмешательства, развиваются жизнеугрожающие осложнения, общий процент которых достигает 20-55%. Учитывая высокий процент осложнений, связанных с операцией Гартмана и восстановлением непрерывности толстой кишки, в последние десятилетия произошла трансформация подхода к лечению осложненных форм ДБ. Так, согласно Гайдлайнам международного общества неотложной хирургии (WSES), на сегодняшний день «золотым стандартом» в лечении пациентов с осложненными формами ДБ является выполнение резекции измененного участка толстой кишки с формированием первичного анастомоза (ПА).

Цель.

Проанализировать опыт хирургического лечения пациентов с осложненным течением ДБ толстой кишки в ПСПБГМУ им. Акад. И.П. Павлова и предложить пути совершенствования лечебного алгоритма.

Материалы и методы.

Произведен анализ результатов лечения пациентов с осложненным течением ДБ тол-стой кишки, в период с 2017-2025 г.г. Всего оперировано 17,5% (n=49) пациентов. В экс-тренном порядке - 63,3% (n=31) пациентов, в срочном порядке - 22,4% (n=11), и 14,3% (n=7) - в плановом порядке. В экстренном порядке выполнялась операция Гартмана. В срочном и плановом порядке - резекция измененного участка толстой кишки с формированием ПА.

Результаты.

У пациентов, оперированных в экстренном порядке, частота осложнений составила 54,8% (n=17). В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 32,2% (n=10) случаев (нагноение послеоперационной раны – 25,8% (n=8); острая кишечная непроходи-мость – 3,2% (n=1); внутрибрюшное кровотечение 3,2% (n=1)). Отдаленные осложнения от-мечены в 22,6% (n=7) случаев (послеоперационная вентральная грыжа – 9,7% (n=3); парако-лостомальная грыжа 12,9% (n=4)). Повторные оперативные вмешательства в раннем после-операционном периоде потребовались в 22,6 % (n=7) случаев. Восстановление непрерывно-сти толстой кишки выполнено в 73,9% (n=17) случаев, при этом отмечается высокий уровень послеоперационных осложнений - 52,9% (n=9) случаев. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 35,3% (n=6) случаев (нагноение послеоперационной раны 11,8% (n=2); острая кишечная непроходимость 5,9% (n=1); эвентрация 5,9% (n=1); несостоятельность толстокишечного анастомоза 11,8% (n=2). Отдаленные осложнения зафиксированы в 17,6% (n=3) случаев (послеоперационная вентральная грыжа - 17,6% (n=3)). Повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде потребовались в 29,4% (n=5) случаев. При выполнении оперативных вмешательств в срочном порядке, отмечено, что всего лишь у 9% (n=1) пациентов отмечено развитие микронесостоятельности анастомоза, которая пролечена консервативно. У пациентов, оперированных в плановом порядке – осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, зафиксировано не было.

Обсуждение.

Опыт, полученный при лечении пациентов с осложненными формами ДБ толстой кишки, наглядно демонстрирует ограничения и риски выполнения операции Гартмана и восстановления непрерывности толстой кишки, которые напрямую связаны с большим количеством осложнений в послеоперационном периоде, требующих выполнения оперативных вмешательств в экстренном порядке и ухудшающих качество жизни пациентов.

Выводы.

1. Накопленный опыт свидетельствует о высоком уровне жизнеугрожающих, как ранних, так и отдаленных послеоперационных осложнений после опера-ции Гартмана и восстановления непрерывности толстой кишки, что требует пересмотра хирургической тактики.

2. Формирование ПА, представляется технически выполнимым и оправданным шагом новой стратегии хирургического лечения пациентов с осложненными формами ДБ.

241. Оценка результатов лечения острого аппендицита у беременных на поздних сроках гестации

Логвин Л.А., Попов Д.Н., Корольков А.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) является самой частой хирургической патологией во время беременности. Несмотря на современные методы диагностики, постановка правильного и своевременного диагноза представляет собой сложную задачу даже для опытных специалистов ввиду неспецифичности классических симптомов ОА, которые могут сопровождать нормальное течение беременности. Поздняя диагностика ассоциирована с высоким риском осложненных форм ОА, прерывания беременности и гибели плода. С другой стороны, гипердиагностика ведет к высокой частоте негативных аппендэктомий и связанных с ними интра- и послеоперационных осложнений. Оптимальный способ оперативного лечения в зависимости от срока беременности продолжает оставаться предметом дискуссий.

Цель. Улучшить результаты лечения беременных с подозрением на острый аппендицит

Материал и методы. В настоящем исследовании представлен анализ результатов лечения 256 беременных 2-3 триместров. Все пациентки были госпитализированы с подозрением на ОА и проходили обследование и лечение в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России в период с 2010 по 2024 гг.: ретроспективная группа (2010-2019 гг.) включала 162 прооперированных пациентки 2-3 триместров с ОА; проспективная группа (2020-2024 гг.) включала 94 пациентки 2-3 триместров, госпитализированных с подозрением на ОА.

Результаты. При проведении анализа лечения беременных с ОА в ретроспективной группе было отмечено, что частота «негативных» аппендэктомий составила 42,6%, а частота преждевременных родов – 16,7%. В ходе исследования в ретроспективной группе (n=162) была изучена степень влияния клинических, лабораторных и инструментальных данных на точность постановки диагноза и определены основные факторы риска наличия ОА у беременных 2-3 триместров. На основании полученных данных сформирован оригинальный способ оценки риска ОА у беременных 2-3 триместров и разработан лечебно-диагностический алгоритм.

Для оценки эффективности разработанного лечебно-диагностического алгоритма было проведено проспективное исследование, включившее 94 беременных с подозрением на ОА. Каждой пациентке, на основании клинико-лабораторных данных и результатов УЗИ был определен риск наличия ОА и, согласно разработанному лечебно-диагностическому алгоритму, выполнялось хирургическое вмешательство (n=35).

При сравнении прооперированных беременных пациенток с ОА ретро- и проспективной групп отмечено, что при использовании нового алгоритма увеличилось количество лапароскопических вмешательств (с 8,0% до 62,86%; p

---

242. Количественная оценка перфузии мягких тканей методом флуоресцентной ангиографии с индоцианином зелёным при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы

д.м.н Стрижелецкий В.В. (1,2), д.м.н Кащенко В.А. (2,3), Авдошин И.В. (1,2), Осадчий А.А. (1,2), Султанова Ф.М. (1,2), Хадеева А.Е. (2)

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»
2) Медицинский институт Санкт-Петербургского государственного университета
3) Клиника высоких технологий «Белоостров»

Введение: сахарный диабет (СД) продолжает оставаться глобальной эпидемией XXI века. По последним оценкам Международной федерации диабета (IDF), в 2025 году число взрослых пациентов с СД в мире достигло 853 миллионов. На начало 2026 года в Российской Федерации зарегистрировано 5,6 млн больных, из которых свыше 92% страдают СД 2 типа. Эксперты Всемирной организации здравоохранения подчёркивают, что при сохранении текущих тенденций к 2030 году диабет станет причиной каждой десятой смерти в мире. Наиболее инвалидизирующим осложнением длительно текущего сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС).

В работе обобщён опыт применения системы флуоресцентной визуализации «МАРС» с индоцианином зелёным (ICG) для количественной оценки перфузии у больных с СДС до и после реваскуляризации, а также проведено сопоставление полученных параметров с показателями «условно здоровых» лиц.

Цель исследования: оценить перфузию мягких тканей у пациентов с СДС и сравнить показатели с группой «условно здоровых», используя систему флюоресцентной детекции «МАРС» с применением индоцианина зеленого.

Материалы и методы: на базе городского центра диабетической стопы и хирургической инфекции больницы Св. Георгия и кафедры общей хирургии СПбГУ обследовано 20 пациентов с нейроишемической формой СДС (стадии Wagner 2–5). Контрольную группу составили 8 «условно здоровых» добровольцев. Перфузию оценивали с помощью аппаратно-программного комплекса «МАРС», регистрирующего флуоресцентный сигнал в ближнем инфракрасном спектре после введения индоцианина зелёного. Исследование выполняли до и после реваскуляризации. У каждого обследуемого выделяли три стандартные зоны интереса: дистальная точка стопы (ROI 0), зона некроза или трофического дефекта (ROI 1) и проксимальный отдел стопы (ROI 2). Для каждой зоны автоматически вычисляли скорость накопления контраста (параметр X) и пиковую интенсивность флуоресценции, отображающую объёмный кровоток (параметр Y). На основе данных контрольной группы были вычислены ориентировочные нормативные диапазоны, с которыми в дальнейшем сравнивали послеоперационные показатели 15 пациентов, прошедших полный протокол исследования.

Результаты:

До вмешательства у всех больных выявлен выраженный градиент перфузии: самые низкие показатели регистрировались в зоне некроза, тогда как в проксимальной зоне были зафиксированы наилучшие показатели. Дистальная точка занимала промежуточное положение. После реваскуляризации положительная динамика отмечена в большинстве наблюдений: в ROI-0 скорость накопления контраста возросла у 73% пациентов (в среднем на 40%), а интенсивность флуоресценции – у 60% (в среднем на 374%). В зоне некроза у 66% больных параметр X увеличился на 40%, тогда как прирост интенсивности Y зафиксирован лишь у 26% пациентов, составив в среднем 284%. Сравнение с нормативными диапазонами «условно здоровых» показало, что после операции скорость X в дистальной точке достигла референсных значений у 60% больных (до операции – лишь у 40%), интенсивность Y – у 40% (против 33% исходно). В зоне некроза доля нормализации параметров была ожидаемо низкой: по скорости X – с 6% до 7%, по интенсивности Y – с 6% до 33%. Проксимальная зона демонстрировала промежуточные результаты: скорость X вошла в норму у 33% пациентов, интенсивность Y – у 47%. Такая динамика подтверждает, что реваскуляризация эффективно восстанавливает магистральный и коллатеральный кровоток, однако микроциркуляторное русло в области трофического дефекта зачастую претерпевает необратимые изменения, что и объясняет низкую частоту нормализации объёмного кровотока именно в ROI-1.

Заключение: Метод флюоресцентной детекции с индоцианином зеленым дает возможность количественно оценить перфузию после реваскуляризации, выявить участки с необратимой ишемией и может применяться для планирования объема некрэктомии и прогнозирования заживления трофических дефектов у больных с синдромом диабетической стопы.

---

243. Собственный опыт применения программы ускоренной реабилитации при операциях на печени и поджелудочной железе

Панченков Д.Н. (1,2), Иванов Ю.В. (1,2), Абдулкеримов З.А. (1), Злобин А.И. (1,2), Балабеков А.Г. (1), Лискевич Р.В. (1), Тупикин К.А. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
2) ФНКЦ ФМБА России

Отдельные элементы программ ускоренной реабилитации применяются во многих областях хирургии. В последнее время исследователи обращают свое внимание и на внедрение этих программ при больших операциях на печени и поджелудочной железе, что, тем не менее, имеет более медленный темп.

Цель: Оценить возможность и безопасность применения программы ускоренной реабилитации пациентов при операциях на печени и поджелудочной железе

Материал и методы.

С января 2019 по апрель 2026 года была проведена 131 операция. Пациенты были в возрасте от 22 до 78 лет, средний возраст 43,5 года, 73 мужчин (55,8%), 58 женщин (44,2%). Объем операций: панкреатодуоденальная резекция (38); дистальная резекция поджелудочной железы (28), энуклеация опухолей поджелудочной железы (13), правосторонняя гемигепатэктомия (7), резекция 2 сегментов печени (17), резекция 3 сегментов печени (9), атипичная резекция печени (19).

69 операций (52,7%) выполнены лапароскопическим доступом. Элементы ускоренной программы были применены ко всем пациентам.

Результаты У 111 пациентов (84,7%) послеоперационный период протекал гладко. У 15 (11,5%) пациентов после панкреатодуоденальной резекции были отмечены признаки гастростаза, разрешившегося на фоне консервативной терапии, у 12 (9,2%) – панкреатический свищ BL и B ISGPF, у 21 (16,0%) – признаки послеоперационного панкреатита, у 8 (6,1%) - внутрибрюшинное кровотечение, потребовавшее хирургического лечения. После лапароскопических операций пациенты были выписаны в течение 6-8 дней, после открытой операции – в течение

9-16 дней. Продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии в среднем составила 2,2 дня.

Заключение: внедрение элементов программы ускоренной реабилитации в гепатопанкреатобилиарной хирургии возможно и не несет явной дополнительной опасности для пациентов. Применение отдельных элементов программы ускоренной реабилитации в краткосрочном периоде показывает определенный потенциал экономической и лечебной эффективности. При этом на данный момент накопленного материала недостаточно для формулировки далеко идущих выводов, что требует продолжения набора материала и для получения большего объема данных и достижения большей репрезентативности.

---

244. Применение физических методов воздействия в комплексном лечении боевых ран в условиях гражданского медицинского учреждения

Панченков Д.Н., Петров Д.Ю., Кошелев И.А.,, Тупикин К.А., Вахромкин В.С., Шабловская Т.А

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Современные вооруженные конфликты характеризуются быстро меняющимися условиями ведения боя, насыщением ствольной и реактивной артиллерией, управляемыми ракетами, минометами, гранатометами, а также новыми средствами ведения войны,

На фоне массивного разрушения тканей и большой кровопотери ранения мягких тканей сопровождаются развитием местных инфекционных осложнений, что приводит к значительной нагрузке на систему здравоохранения воюющей страны

В настоящее время основной причиной летальности и основной проблемой при оказании специализированной медицинской помощи военнослужащим является раневая инфекция.

Немаловажным компонентом комплексного лечения ран и раневых инфекций является местное лечение, при котором необходимо учитывать возможность максимального удаления нежизнеспособных тканей, с минимальным числом побочных эффектов. Выполнение большинства этих требований стало возможным с внедрением в хирургическую практику современных физических методов воздействия. В настоящее время рассматриваются ультразвуковые методы воздействия на рану, а также методы воздействия с использованием аргоновой плазмы.

При обработке ран ультразвуком повышается активность оксидоредуктаз, участвующих в бактерицидной системе нейтрофилов [33]. Низкочастотный ультразвук ускоряет очищение раны за счет кавитационного разрушения клеточных элементов отделяемого и выделения лизосомальных энзимов, хемотаксических факторов, бактерицидных катионных белков. Эти факторы усиливают протеолитическую активность экссудата, стимулируют фагоцитарную и антибактериальную активность нейтрофилов. Также эффект ультразвука обусловлен и глубоким проникновением антибиотика в пораженные мышцы – до 9 мм. В то же время воздействие на раневую поверхность низкотемпературной аргоновой плазмой основано на очищении раневой поверхности от патогенной микрофлоры ионизированным газом, а также на активизации репаративных реакций организма.

Цель: Исследовать возможность и целесообразность применения методов физического воздействия в комплексном лечении боевых ранений

Материалы и методы: В условиях Университетской клиники и Клиники ФНКЦ на протяжении нескольких лет проводилось проспективное исследование воздействия ультразвуковой кавитации при лечении различных ран, в том числе и боевых, также с января 2026 года начато исследование воздействия на раневой процесс низкотемпературной аргоновой плазмы

В исследование были включены 50 пациентов, которым комплексное лечение ран проводилось с использованием ультразвуковой кавитации, а также 20 пациентов, которым проводилось воздействие на раны при помощи низкотемпературной аргоновой плазмы. Контрольная группа составила 10 пациентов

Результаты: При исследовании воздействия ультразвуковой кавитации клинически отмечено уменьшение болевого синдрома к 3-5 суткам применения кавитации, уменьшение отека и гиперемии к 5 суткам после начала сеансов кавитации, а также ускорение появления грануляций в ране в среднем на 2 суток.

В ходе исследования воздействия низкотемпературной аргоновой плазмы при помощи аппарата Плазмаран отмечено снижение степени экссудации ужен на 2-3 сутки после начала применения методики, в среднем появление краевой эпителизации ран отмечено в течение 7-9 дней по сравнению с 11-13 днями в контрольной группе.

Заключение: с учетом полученного клинического материала можно считать, что применение дополнительных методов физического воздействия в ходе комплексного лечения ран может способствовать ускорению очищения ран, улучшению условий течения раневых процессов. В то же время на основании имеющегося незначительного опыта наблюдений невозможно создание универсального алгоритма лечения осложненных боевых ран, что

требует продолжения накопления клинического материала. Следует особо отметить факт важности именно комплексного подхода к лечению раневой инфекции, в котором физические методы воздействия играют не основную, а вспомогательную роль.

---

245. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде у пациентов после бариатрических вмешательств

Анищенко В.В. (1,2), Ким Д.А. (1,2), Цзин А.О. (1,2), Патрушев П.А. (2)

Новосибирск

1) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
2) АО МЦ АВИЦЕННА Группы компаний Мать и Дитя

Актуальность: Ежегодно число выполняемых бариатрических вмешательств в мире растет. Вместе с этим увеличивается количество осложнений в раннем послеоперационном периоде. Диагностика и лечение, которых является важной проблемой. Одним из таких осложнений является кровотечение. Настоящее сообщение посвящено исследованию 57 случаев кровотечения в раннем послеоперационном периоде у пациентов после бариатрических вмешательств.

Цель: Изучить структуру, клинические проявления и результаты лечения пациентов, осложнившихся кровотечением в раннем послеоперационном периоде после бариатрических операций.

Материалы и методы: Ретроспективное когортное исследование лечения 57 пациентов после бариатрических вмешательств, осложненных кровотечением в раннем послеоперационном периоде с 2020 по 2025 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 51 человек с развившимся внутрибрюшным кровотечением, которым было проведено повторное оперативное вмешательство, и 6 человек, у которых развилось внутрипросветное кровотечение, которым был выполнено эндоскопическое вмешательство. Средний возраст пациентов составлял 47 лет (диапазон от 22 до 64 лет). Женщины составляли 57,9% (n=33), мужчины 42,1% (n=24). Средний ИМТ 43,29 кг/м2 ± 5,78,. Структура выполненных бариатрических операций была следующей: 33 пациентам (57,9%) проведена продольная резекция желудка (SGE), 12 пациентам (21,1%) - минигастрошунтирование (MGB-OAGB), 3 пациентам (5,2%) - гастрошунтирование на Ру-петле (RYGB) и 9 пациентам (15,8%) - продольная резекция желудка с двойным транзитом (SASJ).

Результаты: Внутрибрюшное кровотечение. При изучении медицинской документации медиана времени в течение которого было диагностировано кровотечение составило 10 часов (диапазон от 2 до 48 часов), снижение уровня гемоглобина от исходного в среднем составляло 27,7±16,8 г/л (19,7%). У 36 пациентов с внутрибрюшным кровотечением (70,5%) по интраперитонеальному дренажу определялось геморрагическое отделяемое, средний объем которого составлял 177,1 ±252,2 мл, что позволяло заподозрить наличие внутрибрюшного кровотечения. В клинической картине отмечалось усиление болевого синдрома, преимущественно в верхних отделах живота в 18 (35,3%) случаях, при этом положительные перитонеальные симптомы наблюдались в 3 (5,9%) случаях. Бледность кожного покрова наблюдалась в 6 (11,7%) случаях, слабость в 3 (5.9%) случаях, гипотония в 9 (17,6%) случаях, снижение темпа диуреза в 3 (5,9%) случаях. Тахикардия отмечена у 18 (35,3%) пациентов. При ревизионном вмешательстве у пациентов с внутрибрюшным кровотечением объем крови в среднем составлял 1032,4 ± 705,1 мл. В 33 случаях (64,7%) при ревизионном вмешательстве явного источника кровотечения не было обнаружено, источником кровотечения в 9 случаях (17,6%) являлась линия степлерного шва желудка, в 3 (5,9%) случаях линия мобилизации большого сальника, в 3 (5,9%) случаях область гастроэнтероанастомоза, в 3 (5,9%) случаях источником кровотечения была зона мобилизации дна желудка, селезенка. Во всех случаях ревизионного вмешательства при выявленном источнике кровотечения был достигнут полный гемостаз с помощью коагуляции, клипирования или прошивания.

Внутрипросветное кровотечение. Медиана времени в течение которого было диагностировано кровотечение составило 24 часа (диапазон от 10 до 48 часов). Уровень гемоглобина крови в среднем снижался на 38 ±33,9 г/л(27,7%) в сравнении с исходным показателем. В 6 случаях внутрипросветного кровотечения при проведении эндоскопического исследования в 3 (50%) случаях источником кровотечения являлась область анастомоза и в 3 (50%) случаях линия резекции желудка. Во всех случаях симптомом позволившим заподозрить развитие кровотечения являлась рвота «кофейной гущей» (100%). Гипотония и тахикардия наблюдались в 3 (50%) и 6 (100%) случаев соответственно. В 100% случаев эндоскопический гемостаз (инъекции адреналина, перекиси водорода, клипирование) был достигнут. Среднее время пребывания в стационаре составило 6 суток.

Заключение: Частота развития внутрибрюшного кровотечения после бариатрических вмешательств преобладает над внутрипросветным. При этом почти в 2/3 ревизионных вмешательства явный источник кровотечения отсутствует. Клинические симптомы у данной категории неспецифичны, что обосновывает необходимость формирования четкого лечебно-диагностического алгоритма, включающего мониторинг витальных функций, подсчет объема и темпа отделяемого по дренажу,

а также его характер, динамический контроль уровня гемоглобина и инструментальные методы визуализации.

---

246. Клинико-морфологическое обоснование применения вакуум-ассистированной эндовенозной термооблитерации магистральных поверхностных вен большого диаметра (≥1 см) у пациентов с варикозной болезнью

Нефедьев Ф.С. (1), Корольков А.Ю. (1), Давыденко В.В. (1), Алексеев Д.Н. (2), Париков М.А. (3), Киселева Е.В. (1)

1) Санкт-Петербург
2) Бишкек, Кыргызстан
3) Санкт-Петербург

1) «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ,
2) клиника «Флебоцентр»
3) клиника «Инновационный Сосудистый Центр СПб»

Актуальность.

Эндовенозная лазерная (ЭВЛО) и радиочастотная (РЧО) облитерация являются «золотым стандартом» лечения варикозной болезни нижних конечностей. Однако у пациентов с диаметром ствола большой подкожной (БПВ) или малой подкожной вены (МПВ) более 1 см стандартные методики демонстрируют снижение эффективности. При выполнении тумесцентной анестезии в просвете широкой вены сохраняется остаточный объем крови, который действует как термобуфер, поглощая часть энергии. Это препятствует равномерному термическому повреждению интимы и медии, что увеличивает риск неполной облитерации, реканализации и раннего рецидива заболевания. В связи с этим актуальным является поиск технических решений, повышающих эффективность эндовенозной термооблитерации вен большого диаметра.

Цель исследования.

Оценить эффективность и безопасность вакуум-ассистированной эндовенозной термооблитерации (с удалением остаточной крови по каналу световода/электрода) у пациентов с диаметром БПВ/МПВ ≥1 см по сравнению со стандартными методиками ЭВЛО и РЧО в рамках предварительного (пилотного) исследования.

Материалы и методы.

В проспективное контролируемое исследование включено 20 пациентов с варикозной болезнью CEAP C2 и диаметром магистральных подкожных вен ≥1 см по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). Все пациенты были разделены на 4 группы (n=5 в каждой):

1. Стандартная ЭВЛО (световод Biolitec ElVeS Radial 2ring, длина волны 1470 нм, линейная плотность энергии 80–100 Дж/см).

2. Стандартная РЧО (катетер ClosureFast, 7 см, 120°C).

3. Вакуум-ассистированная ЭВЛО. (световод Biolitec ElVeS Radial 2ring pro длина волны 1470 нм, линейная плотность энергии 80–100 Дж/см)

4. Вакуум-ассистированная РЧО (катетер ClosureFast, 7 см, 120°C, вакуум-экстракция крови через канал катетера)

В группах 3 и 4 во время проведения термооблитерации осуществлялась аспирация остаточной крови из просвета вены непосредственно в зоне абляции, обеспечивая плотный контакт рабочего наконечника со стенкой вены. Критерии эффективности: изменение диаметра вены по УЗДС через 2 суток и через 2 месяца после операции (степень сужения).

Также выполнялась гистологическое исследование удаленного венозного сегмента (экстрафасциальные участки ствола БПВ/МПВ).

Результаты.

Во всех группах достигнута первичная техническая успешность процедуры. Значимые различия выявлены при сравнении данных УЗИ и результатов гистологического исследования

1. Степень сужения вены по УЗИ.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось на 2-е сутки и через 2 месяца после операции. Во всех группах регистрировался облитерированный ствол вены. В группах стандартной ЭВЛО и РЧО диаметр облитерированной вены оставался близким к исходному (среднее уменьшение составило 6–12% от исходного диаметра). В группах с вакуум-ассистированной облитерацией (как ЭВЛО, так и РЧО) отмечалось значительно более выраженное сужение ствола — на 25–30% от исходного диаметра (p

---

249. Длина приводящей петли – потенциальный предиктор клинического неуспеха эрхпг при хирургически изменённой анатомии верхних отделов желудочно-кишечного тракта: пилотное ретроспективное одноцентровое исследование.

Горленко К.Л., Ибрагимов А.С., Макатова Б.И., Маринова Л.А., Гурмиков Б.Н.

Москва

НМИЦ Хирургии им. А.В. Вишневского

Актуальность. Выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) у пациентов, перенесших резекционные вмешательства на органах верхних отделов желудочно-кишечного тракта, является технически сложной задачей. В существующей научной литературе, как правило, рассматривается технический успех доступа, в то время как факторы, оказывающие влияние на клинический исход, изучены недостаточно. Длина приводящей петли тонкой кишки как количественный предиктор ранее не исследовалась. В то же время, природа хирургических исследований (повторные процедуры у одного пациента) создает проблемы при проведении статистического анализа результатов.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ данных медицинской документации 13 пациентов, которым была проведена 31 процедура ЭРХПГ в НМИЦХ им. А.В.Вишневского с 2017 по 2026 годы включительно. Типы операций распределились следующим образом: панкреатодуоденальная резекция в 35,5%, дистальная резекция желудка с реконструкцией по Бильрот-I и Бильрот-II в 12,9% и 42% случаев соответственно, гастрэктомия в 9,6% случаев. Среди показаний к проведению ЭРХПГ наиболее часто встречались холедохолитиаз (51,6%) и стриктуры желчных протоков или гепатикоэнтероанастомозов (35,5%) и образования БДС (9,7%). Кластеризация данных учтена с использованием обобщенных уравнений оценивания (ОУО). Количественная оценка длины приводящей петли проводилась с помощью индекса Юдена.

Результаты. Технический успех достигнут в 93,5% процедур, при этом клинический успех соответствовал 71%. Осложнения встречались в 3,2% процедур (в 1 случае - кровотечение, Clavien-Dindo IIIa; в 1 случае - постманипуляционный панкреатит Clavien-Dindo II) – все осложнения были разрешены консервативно или эндоскопически и не потребовали хирургического вмешательства. С использованием ОУО было установлено, что продолжительность вмешательства – независимый фактор клинического неуспеха с OR = 1,02 на 1 минуту вмешательства (95% ДИ 1,01-1,03, p = 0,003). Также выявлены тренды для билиарного стентирования и возраста пациента, однако они не достигли статистической значимости, что делает необходимым их проверку на большей популяции. Длина приводящей петли была известна для 15 процедур, для них установлен оптимальный пороговый уровень длины в 400 мм (индекс Юдена 0,5; чувствительность 100%, специфичность 50%; отрицательная прогностическая ценность 100%) – все случаи клинического неуспеха соответствовали длине петли более 400 мм.

Обсуждение. Несоответствие технического и клинического успеха указывает на наличие отдельных факторов, независимо действующих даже при наличии успешного доступа. Применение ОУО позволило установить время вмешательства как интраоперационный фактор клинического неуспеха, при стандартном анализе с применением непараметрических методов данная связь была незаметна (p = 0,940), что может трактоваться как перспективность применения метода ОУО в подобных исследованиях. Предложенный порог длины 400 мм обладает 100% отрицательной прогностической ценностью и, в связи с этим, дальнейшее подтверждение этой гипотезы может быть ценной находкой при планировании вмешательства и определении оптимального доступа в целом.

Выводы. ЭРХПГ при хирургически изменённой анатомии технически выполнима с высокой частотой клинического успеха при низком числе осложнений. Длина приводящей петли более 400 мм может являться перспективным предиктором клинического неуспеха. Полученные результаты требуют дальнейшей валидации в более крупных исследованиях.

---

250. ETEP и открытая ретромускулярная пластика – анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения пациентов

Мельников-Макарчук К.Ю. (1,2), Сажин И.В. (1,2), Гусейналиев М.В. (1), Беляев С.Н. (1), Ерохина Я.В. (1), Нечай Т.В. (2)

Москва

1) ГКБ им. В.М. Буянова
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Выполненный эндоскопически, вариант ретромускулярной пластики eTEP всё шире используется при лечении вентральных грыж. При этом классический вариант открытого ретромускулярного вмешательства является золотым стандартом выполнения герниопластик. Данные о сравнении преимуществ и недостатков двух методов появляются, но такие исследования малочисленны.

Цель

Сравнить периоперационные и отдаленные результаты eTEP и открытой ретромускулярной пластики Rives-Stoppa (RS) у сопоставимых пациентов

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ эпизодов из единого локального регистра вентральных грыж. В исследование включали только завершённые случаи с зафиксированными данными о размере дефекта, возрасте, индексе коморбидности Charlson и длительности госпитализации. Основные конечные точки: длительность операции, длительность госпитализации и площадь имплантированной сетки, рецидивы, жалобы в послеоперационном периоде, качество жизни

Результаты

В итоговую когорту вошли 46 пар пациентов (n=92). После сопоставления группы были близки по возрасту, CCI и площади дефекта: медиана площади дефекта составила 22,5 см² в группе eTEP и 24,5 см² в группе RS (p=0,19). Несмотря на это, длительность операции была больше при eTEP: медиана 130 мин против 90 мин при RS (p=0,0076). В то же время длительность госпитализации была меньше после eTEP: 3 дня против 4 дней после RS (p=0,022). Площадь имплантированной сетки оказалась больше при eTEP: медиана 475 см² против 285 см² при RS (p=0,003).

Выводы

У сопоставимых пациентов с вентральными грыжами eTEP ассоциирован с более длительным временем операции по сравнению с RS, но с меньшей длительностью госпитализации. Для eTEP также характерно использование более крупного сетчатого импланта, при этом различий в частоте послеоперационного болевого синдром и качестве жизни не выявлено.

---

251. Клинико-диагностические проблемы при острой мезентериальной ишемии

КаКалинин Д.И. (1), Шарапов А.С. (1), Федотова Е.В. (1)

1) Архангельск1)Архангельск

ФГБОУ ВО «СГМУ» (Архангельск) МЗ РФ

Актуальность: Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) – это одна из самых сложных и острых патологий в структуре ургентной абдоминальной хирургии. Данное заболевание относится к числу наиболее сложных для диагностики, поскольку характеризуется отсутствием специфических клинических проявлений, а описанная в литературе триада симптомов манифестирует на поздних стадиях. На начальных этапах заболевание может маскироваться под панкреатит, абдоминальную колику или кишечную непроходимость. Сложности есть в лабораторной и инструментальной диагностике, некроз кишечника развивается через 6-12 часов от начала тромбоза, и для положительных результатов необходимо попасть в «золотой час».

Цель: проанализировать клинико-диагностические проблемы у пациентов с острой мезентериальной ишемией.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 202 истории болезни пациентов, пролеченных в ГБУЗ АО «Первой городской клинической больницы имени Е. Е. Волосевич» (ГБУЗ АО «ПГКБ им. Е.Е. Волосевич») с ОМИ в период с 2020 по 2025гг. Для статистической обработки отобрано 178 случаев с ОМИ. Отбор историй выполнялся по информативности заполненной медицинской документации (первичный осмотр, дневники, выписной/посмертный эпикриз, протокол операции). Статистический анализ проводится с использованием пакета прикладных статистических программ STATA12.1 и компьютерная программа Microsoft Excel.

Результаты: Все пациенты, это лица старших возрастных групп, средний возраст (76,4±10,9 лет (наименьшее 38,0; наибольшее 98,0; Me=77,0; 95% ДИ 97,9-100,0), мужчины средний возраст 70,4±10,2 лет (наименьшее значение 40,0, наибольшее 86,0; Me=72,0; 95,0% ДИ 94,1-100,0), женщины средний возраст 79,6 ±10,0 лет (наименьшее 42,0, наибольшее 98,0; Me= 82,0; 95% ДИ: 96,8 - 100,0. В гендерном плане преобладали женщины 65,7%. В большинстве случаев пациенты доставлены в стационар бригадой скорой помощи 129 пациентов (73,0%). Основной диагноз на догоспитальном этапе - заболевания органов пищеварения 107 больных (60,0%). В 13 случаях была заподозрена острая мезентериальная ишемия или состояния, приводящие к ней. Этап лабораторной диагностики не оценивался, т.к она не является специфичной, идеального маркера острой мезентериальной ишемии не существует на сегодняшний день. Высокий процент летальности 100,0% был в группах молодого и среднего возраста что объясняется малочисленностью выборки в этих возрастных группах и не является статистически достоверным и требует дальнейшего анализа. Самый низкий процент летальности в группе пожилых пациентов 34,38%, что также требует дальнейшего анализа. Показатель летальности среди всех исследуемых пациентов составил 85,8%. Все больные имели коморбидную патологию, в большинстве случаев это заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как: гипертоническая болезнь – 127 пациентов (71,35%); нарушения ритма сердца 123 пациента (69,10%). По данным нашего исследования, доля пациентов, у которых диагноз был установлен в рамках золотого часа ничтожно мала. Как правило диагноз устанавливался в течение первых 6 часов – первый рубеж – у пациентов в терминальной стадии заболевания и затем в течение 48-96 часов от момента обращения в стационар – второй рубеж. Предпочтение в диагностическом плане отдавалось лапароскопии и лапаротомии.

Компьютерная томография и колоноскопия, как методы диагностики применялся у пациентов на 2-4 сутки от момента госпитализации.

Выводы и рекомендации

Пациенты с ОМИ- пациенты старших возрастных групп и учитывая мировую тенденцию к старению общества их доля в структуре ургентной патологии будет увеличиваться. В гендерном плане превалируют женщины. Заболевание манифестирует не с классической триады симптомов, а с типичных масок, симулирующих различные заболевания пищеварительного тракта и не только. Накладывает свой отпечаток на клиническую картину и коморбидная патология. Необходимо более широко, с учётом современных позиций по данной патологии, использовать КТ-ангиографию в первые 4 часа от начала боли.

---

252. Расширяя пространство операционной. Дополненная реальность в хирургической практике.

Панченков Д.Н., Климов Д.Д., Раснер П.И., Абдулкеримов З.А., Лискевич Р.В., Григорьева Е.В., Решетов Д.Н., Манчуров В.Н., Шпицер И.М., Тупикин К.А., Балабеков А.Г.

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д.4, Российская Федерация

Актуальность.

Современная хирургия стремится к снижению инвазивности вмешательств без потери радикальности и безопасности. Однако даже при наличии КТ, МРТ и ультразвуковой визуализации хирург вынужден мысленно переводить плоскостные изображения в трехмерную анатомическую картину. Дополненная реальность открывает возможность вывести персонализированную анатомическую модель непосредственно в операционное поле, тем самым меняя привычную логику навигации: от внешнего анализа изображений — к интерактивному пространственному сопровождению вмешательства.

Материал и методы.

Проанализирован клинический опыт применения технологии дополненной реальности в Университетской клинике Российского университета медицины Минздрава России за период 2022–2025 гг. AR-навигация использовалась у 76 пациентов в абдоминальной, интервенционной, урологической, челюстно-лицевой, реконструктивной хирургии, а также при операциях на голове и шее. Технологический алгоритм включал получение DICOM-данных, сегментацию анатомических структур, построение индивидуальной 3D-модели, предоперационное моделирование и последующее интраоперационное использование реконструкции через AR-гарнитуру.

Полученные результаты.

Применение AR не приводило к клинически значимому увеличению продолжительности операций: подготовительные этапы занимали ограниченное время и быстро осваивались хирургической командой. В хирургии опухолей головы и шеи технология позволила оптимизировать доступ у трети пациентов и сопровождалась сокращением средней длительности вмешательства примерно со 134 до 115 минут. В интервенционной хирургии при трансартериальной химиоэмболизации отмечена тенденция к уменьшению времени рентгеноскопического контроля, среднее сокращение времени операции составило 15 мин. По шкалам Лайкерта хирургические бригады оценивали технологию как удобную и перспективную для практического применения.

Обсуждение.

Наибольшую ценность AR демонстрирует в ситуациях, где стандартная визуализация недостаточно отражает пространственные отношения: при глубоко расположенных опухолях, вариантной сосудистой анатомии, реконструктивных вмешательствах, перкутанных доступах и эндоваскулярных процедурах. Технология снижает когнитивную нагрузку, помогает заранее оценить риски и выбрать оптимальную траекторию манипуляций. Вместе с тем сохраняются ограничения: недостаточная точность совмещения виртуальной модели с реальными тканями, влияние деформации органов, отсутствие единых метрик оценки эффективности и малая численность однородных клинических групп.

Выводы.

Дополненная реальность постепенно превращается из экспериментальной визуализационной опции в инструмент хирургического мышления и навигации. Ее внедрение особенно оправдано в анатомически сложных зонах и при вмешательствах, где цена пространственной ошибки высока. Дальнейшее развитие технологии должно быть направлено на повышение точности регистрации, автоматизацию сегментации, интеграцию с УЗИ, рентген-навигацией и алгоритмами машинного обучения.

---

253. Большая амбулаторная хирургия в Ленинградской области. Перспективы есть.

Белоусов И.С. (1), Прядко А.С. (2)

Ленинградская область

1) ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ»
2) ГБУЗ «ЛОКБ»

Введение. В современных условиях вопросы финансирования первичного звена здравоохранения является крайне актуальными. Как представители региональной медицины, находясь на переднем крае оказания медицинской помощи, мы заинтересованы в поиске оптимальных форм ресурсосбережения. Оптимизировать расходы на оказание хирургической помощи позволяет концепция «хирургии одного дня», в рамках которой до 40-50% наиболее распространенных вмешательств может выполняться в амбулаторных условиях. Интерес к хирургическому стационарозамещению в нашей стране носит волнообразный характер. После интенсивного развития этой идеи и повсеместной организации Центров амбулаторной хирургии в девяностые годы, в дальнейшем мы наблюдали снижение интереса к «большой амбулаторной хирургии». Прежде всего по объективным организационным и экономическим причинам. Отчасти существующие сложности были решены рядом приказов Минздрава, вышедших в 2012 году и появлением единого метода оплаты законченного случая лечения по клинико-статистическим группам, в том числе на койках дневного стационара.

Цель исследования. Проанализировать имеющийся опыт хирургического стационарозамещения в Ленинградской области и оценить перспективные направления развития и совершенствования амбулаторной хирургической помощи в регионе.

Материалы и методы. Изучен опыт создания и организации работы отделения амбулаторной хирургии с дневным стационаром ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ», проведен анализ его результатов в период с 2021 по 2025 г. Изучена возможность масштабирования полученного опыта и первые результаты работы вновь созданных в регионе хирургических дневных стационаров.

Результаты. В конце 2020 года в Ленинградской области стартовал пилотный проект хирургического стационарозамещения – в Ломоносовской межрайонной больнице было создано отделение амбулаторной хирургии с дневным стационаром. Впервые в регионе в условиях хирургического дневного стационара стали проводится операции, традиционно выполняющиеся в больничных условиях. Работа отделения позволила в масштабах одного района Ленинградской области с прикрепленным населением 80 тысяч жителей, оптимизировать работу хирургической службы и изменить в правильную сторону соотношение плановых и экстренных операций. Количество плановых вмешательств по поводу грыж живота было увеличено более чем в полтора раза, по поводу варикозной и геморроидальной болезни – в несколько раз. К 2025 году полученные стабильные результаты позволили поднять вопрос о возможности их масштабирования в рамках региона. Для достижения этой цели была введена должность главного внештатного специалиста Комитета по здравоохранению Ленинградской области по амбулаторной хирургии, проведена областная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы амбулаторной хирургии» с участием экспертов из числа профессорско-преподавательского состава медицинских ВУЗов, хирургических сообществ и ассоциаций, районных хирургов и организаторов здравоохранения Ленинградской области. Отделение амбулаторной хирургии с дневным стационаром Ломоносовской МБ получило статус межрайонного. На базе отделения прошли стажировку врачи-хирурги ряда амбулаторий, поликлиник и больниц области. Проведенная работа позволила в короткие сроки уже в 2025 году запустить работу еще двух хирургических дневных стационаров в Ленинградской области на базе ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ» и ГБУЗ ЛО «Токсовская КМБ» с проведением операций «госпитального реестра» по профилю хирургия и смежным хирургическим специальностям (урология, гинекология, травматология и ортопедия, колопроктология).

Обсуждение. Работа хирургического дневного стационара снижает нагрузку на круглосуточную хирургическую койку, оптимизируя работу хирургических служб районов, сокращает время ожидания плановых операций. В отличие от концепции стационара краткосрочного пребывания, оптимальной для медицины мегаполисов, для реализации запросов жителей регионов предпочтительным является максимальное приближение специализированной хирургической помощи к месту проживания пациента. Создание новых хирургических кластеров на базе амбулаторно-поликлинических подразделений Ленинградской области позволили создать условия для повышения качества и безопасности медицинской помощи и увеличить ее доступность населению; внедрить новые медицинские технологии и улучшить инфраструктуру медицинских организаций.

Выводы. Полученный опыт хирургического стационарозамещения на базе хирургических дневных стационаров ЛПУ Ленинградской области можно рассматривать как определенный вектор развития амбулаторной хирургической помощи. Стратегической целью может стать создание сети межрайонных хирургических дневных стационаров для проведения «больших амбулаторных операций» в каждом медицинском округе региона. Необходимо отметить, что подобный вектор развития хирургической службы Ленинградской области полностью соответствует целям, сформулированным указом Президента Российской Федерации № 896 от 08.12.2025 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года».

254. Эмболизация и введение факторов свертывания в комплексном лечение эрозивных кровотечений при панкреонекрозе

Северцев А.Н. (1,2), Джуракулов Ш.Р. (1,2), Бурчиев С. (1), Гусейнов А. (2), Шаповалов Д.А. (1), Мурадян Т.Г. (1), Ржебаев К.Э. (2)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Введение:

Течение тяжелого острого панкреатита, осложненного кровотечением, связано с неблагоприятным исходом лечения этой группы больных. Общая частота всех желудочно-кишечных кровотечений при остром панкреатите достигает 23%. При этом летальность в этой группе превышает 50%. Наибольшую сложность в диагностике и лечении представляют аррозивные парапанкреатические внутрибрюшинные кровотечения без четкой артериографической локализации на стадии развития гнойно-септических осложнений панкреонекроза (летальность до 100%).

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность метода эндоваскулярной эмболизации и введения факторов свертывая в лечении аррозивных кровотечений при остром панкреатите.

Материалы и методы: Оценивалось лечение пациентов с панкреонекрозом в отделении интенсивной терапии с развившимся кровотечением за период 2023-2025 годов. В лечении этих пациентов (после неэффективности стандартных методов ушивания и тампонады кровоточащих участков) применялась эндоваскулярная полная дистальная эмболизация селезеночной артерии с созданием «синдрома перетока/ обкрадывания» кровообращения в поджелудочной железе, а также последующее системное введение факторов свертывания, что в условиях замедленного кровотока позволяет формировать стабильный гемостаз.

Результаты: Методика запатентована (Россия). В целом было пролечено 6 пациентов. Соотношение мужчин и женщин — 5:1. Средний возраст составил 46 лет (39-62). Помимо эрозивного кровотечения у всех пациентов имелись характерные осложнения, связанные с тяжелым течением панкреонекроза. Летальность вследствие кровотечения в этой группе больных составила 0%.

Заключение: Эмболизация артериального сосуда, питающего пораженную ткань поджелудочной железы, в комбинации с системным применением факторов свертываемости позволяет останавливать практически всегда смертельное парапанкреатическое внутрибрюшное кровотечение на стадии гнойно-септических осложнений панкреонекроза.

---

256. Локальные методы деструкции в хирургическом компоненте лечения непаразитарных кист печени

Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Карпова Р.В., Кошелев И.А., Вахромкин В.С., Доспехов Д.В., Терясов С.Г.

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Актуальность. Непаразитарные кисты печени (НКП) представляют собой гетерогенную группу доброкачественных образований, объединяемых по морфологическому признаку — наличию жидкостного содержимого, но значительно различающихся по этиологии, пато- и морфогенезу. Распространенность простых кист печени в общей популяции достигает 15-18 %. Актуальность данной патологии связана с увеличением частоты выявляемости из-за развития инструментальных методов визуализации, а также наличием хронического абдоминального синдрома, диспепсических расстройств у определенной группы пациентов. Целью данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности современного малоинвазивного метода микроволновой абляции (МВА) в лечении симптоматических НКП.

Материалы и методы исследования. В период с января 2022 г. по декабрь 2024 г. в хирургическом отделении университетской клиники ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России проведено проспективное нерандомизированное исследование, включившее 18 пациентов с симптоматическими НКП, подвергшихся чрескожной МВА. Критериями включения были: наличие одной или нескольких (не более 3) НКП диаметром от 4 до 12 см; наличие стойкого болевого абдоминального синдрома и/или диспепсии, ассоциированных с кистой; отсутствие данных за паразитарную (отрицательные серологические тесты на эхинококкоз и альвеококкоз) или опухолевую (отсутствие утолщенных перегородок, узлового компонента по данным МРТ с контрастированием) природу образования; информированное согласие пациента. Критериями исключения являлись: поликистоз печени по типу III по Gigot, признаки инфицирования или кровоизлияния в кисту на момент вмешательства, тяжелая коагулопатия, общие противопоказания к интервенционным процедурам. В исследо-

вание вошли 7 мужчин (38,9 %) и 11 женщин (61,1 %). Средний возраст составил 54,6 ± 12,3 года (диапазон от 38 до 81 года). У 14 пациентов (77,8 %) была одиночная киста, у 4 пациентов (22,2 %) — две кисты. Средний максимальный диаметр доминирующей кисты по данным предоперационного УЗИ составил 72,4 ± 15,8 мм (от 42 до 110 мм). Локализация кист: в правой доле — 13 случаев (72,2 %), в левой доле — 5 случаев (27,8 %). Все пациенты предъявляли жалобы на тупые боли или чувство тяжести в правом подреберье/эпигастрии, у 6 (33,3 %) отмечалась тошнота после приема пищи.

Результаты лечения. Технический успех процедуры (полное опорожнение кисты и выполнение абляции) был достигнут у всех 18 пациентов (100 %). Среднее время вмешательства составило 35,4 ± 9,2 минуты. Интраоперационных осложнений зафиксировано не было. У 16 пациентов (88,9 %) послеоперационный период протекал гладко. У 2 пациентов (11,1 %) в первые 24 часа отмечался субфебрилитет (37,2-37,5°C) и умеренная болезненность в зоне пункции, что было расценено как постабляционный синдром (осложнение I степени по Clavien-Dindo) и купировано ненаркотическими анальгетиками. Средняя длительность стационарного наблюдения составила 1,8 ± 0,7 суток. Клинические симптомы (боль, дискомфорт) полностью регрессировали у 15 пациентов (83,3 %) в течение первой недели после процедуры. Данные контрольного наблюдения в сроки от 6 до 12 месяцев (средний срок follow-up — 9,2 мес.) были доступны для всех 18 пациентов. У 15 пациентов (83,3 %) по данным ультразвукового исследования на всех контрольных сроках наблюдалось полное отсутствие жидкостного компонента на месте кисты. У 3 пациентов (16,7 %) с исходными кистами диаметром более 9 см через 1 месяц определялась минимальная остаточная серозная полость (средний размер 8,5±3,2 мм), которая в дальнейшем не увеличивалась.

Обсуждение. Согласно последним клиническим рекомендациям, бессимптомные кисты небольшого размера (5 см, наличие осложнений или сомнения в диагнозе. Среди методов выбора сегодня фигурируют лапароскопическая фенестрация (золотой стандарт для поверхностно расположенных крупных кист), чрескожная склеротерапия и различные методы абляции. Чрескожная МВА является высококонкурентным методом, особенно для кист, расположенных в глубине паренхимы или вблизи крупных сосудов, где лапароскопический доступ технически сложен. Ее преимущества — минимальная инвазивность (пункционный доступ), возможность проведения под местной анестезией, короткий период госпитализации и низкая частота осложнений.

Заключение. Чрескожная микроволновая абляция стенок кисты после предварительной аспирации ее содержимого является высокоэффективным и безопасным малоинвазивным методом лечения симптоматических НКП. Метод обеспечивает высокий процент (83,3 %) полного регресса кист и стойкое купирование клинической симптоматики при минимальном риске осложнений и коротких сроках госпитализации.

---

257. Стратификация критериев по влиянию на частоту развития осложнений после эхинококкэктомии из печени

Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Бабажанов К.Б., Маткурбонов Н.О.

Ургенч

Ургенчский государственный медицинский институт

Актуальность. Послеоперационные осложнения при хирургическом лечении эхинококкоза печени остаются актуальной проблемой. Отсутствие унифицированных инструментов количественной оценки риска осложнений требует разработки прогностических шкал для индивидуализации тактики лечения.

Цель исследования. Провести стратификацию клинических, морфологических и анатомо-топографических критериев по степени их влияния на развитие осложнений после эхинококкэктомии печени с формированием шкалы (Cystic Echinococcosis Complication Score) CECS.

Материалы и методы. В исследование включены данные 746 пациентов, перенесших эхинококкэктомию в 2020–2025 гг. Оценено 48 признаков, включая морфометрию кист, локализацию, течение заболевания и фоновые состояния. Использовались χ^2-критерий и ROC-анализ. В шкалу CECS вошли признаки с высокой прогностической значимостью.

Результаты. Общая частота осложнений составила 25,9%, тяжелых - 5,1%. Выделены 12 ключевых признаков, значимо ассоциированных с осложнениями: прорыв в желчные протоки (68,7%), бронхоплевральные свищи (80%), рецидивы (42,0%), контакт с магистральными сосудами (70,9%), интрапаренхиматозное расположение (51,3%), кальцификация капсулы (47,4%), крупные кисты ≥10 см (43,2%), множественность кист (53,9%), нагноение кисты (75%), сахарный диабет (83,8%), сопутствующая патология печени (49%) и сочетанный/диссеминированный эхинококкоз (84,6%). Шкала CECS показала высокую предиктивную ценность (AUC >0,6).

Заключение. Разработанная шкала CECS на основе 12 стратифицированных признаков демонстрирует клиническую применимость в прогнозировании риска осложнений при эхинококкэктомии и способствует персонализации тактики лечения.

258. Единый алгоритм лапароскопичекого доступа при перфорации полого органа

Галлямов Э.А. (1,2), Шалыгин А.Б. (1,2), Меджидова Л.А. (1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет)» МЗ РФ. 119146, Российская Федерация, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19 стр. 1,
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница имени И.В. Давыдовского» ДЗМ, 109240, Российская Федерация, Москва, ул. Яузская, д. 11

Актуальность. Перфорация полого органа брюшной полости остаётся критическим состоянием с высокой летальностью от 9 до 30%, требующим неотложного хирургического вмешательства. Несмотря на доказанные преимущества малоинвазивного подхода, включающие снижение частоты раневых осложнений и сокращение сроков госпитализации, унифицированные критерии отбора пациентов для лапароскопического доступа при перфорации полого органа отсутствуют. Вариабельность клинических ситуаций и недостаточная стандартизация тактики определяют необходимость разработки структурированного алгоритма принятия решений.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое когортное исследование 37 пациентов с верифицированной перфорацией или микроперфорацией полого органа, получивших хирургическое лечение в нашем многопрофильном стационаре в 2025 г. Демографические характеристики: 56,8% женщин, средний возраст 54,6 ± 17,3 лет, 64,9% экстренных госпитализаций. Алгоритм выбора хирургического доступа базировался на оценке гемодинамического статуса, распространённости перитонита, временно́го интервала от перфорации, индекса массы тела, класса ASA, спаечного процесса и технического оснащения. Статистический анализ проведён методами описательной статистики, нормальность распределения верифицирована критерием Шапиро–Уилка.

Полученные результаты. Нозологическая структура представлена перфорацией дивертикулов толстой кишки (27,0%), язвы двенадцатиперстной кишки (13,5%), повреждениями тонкой кишки (13,5%) и ятрогенными микроперфорациями после эндоскопических вмешательств (13,5%). Лапароскопический доступ применён у 21,6% пациентов, конверсия потребовалась в одном наблюдении (2,7%) вследствие распространённого спаечного процесса. Две трети пациентов (67,6%) доставлены в первые шесть часов от начала симптомов. Летальных исходов не зарегистрировано, медиана госпитализации составила 5 суток (межквартильный интервал 4–8 суток). Даже при тяжёлом перитоните с Мангеймским индексом более 18 баллов достигнут благоприятный исход.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют преимущество по сравнению с международными данными, где летальность достигает 9,3%. Предложенный алгоритм интегрирует патофизиологический подход, при котором противопоказания к лапароскопии определяются функциональным состоянием пациента и стадией перитонита, а не только нозологией. Ключевым ограничением служит гемодинамическая нестабильность вследствие негативного влияния пневмоперитонеума на венозный возврат при септическом состоянии. Низкая частота конверсий (2,7%) свидетельствует о корректности отбора пациентов и соответствует показателям ведущих центров (12–14%). Применение концепции ускоренного восстановления с ранней активизацией и мультимодальной аналгезией способствовало сокращению сроков госпитализации.

Выводы и рекомендации. Разработанный алгоритм обеспечивает стандартизацию принятия хирургических решений при перфорации полого органа и минимизирует риск нецелесообразных конверсий. Внедрение данного подхода ассоциировано с нулевой госпитальной летальностью и приемлемыми сроками стационарного лечения. Для гемодинамически стабильных пациентов с временем от начала симптомов менее 24 часов, при отсутствии распространённого калового перитонита, классе ASA I–III и индексе массы тела менее 35 кг/м² лапароскопический доступ является предпочтительным при наличии соответствующего оборудования и опыта хирурга. Перспективным направлением служит проведение проспективного многоцентрового рандомизированного исследования для валидации алгоритма.

---

259. Профилактика послеоперационных раневых осложнений надапоневротической герниопластики у пациентов с вентральными грыжами

Хиндикайнен А.Ю., Помазков А.А., Керимов И.Э.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Одной их актуальных проблем современной хирургии на сегодняшний день является лечение грыж передней брюшной стенки. Широкое использование сетчатых имплантов в современном лечении вентральных грыж послужило причиной появления дополнительных факторов для возникновения ряда осложнений, характерных именно для этого вида операций, однако четких алгоритмов, позволяющих обеспечить комплекс-

ный подход в профилактике раневых осложнений при грыжесечениях, пока не разработано. Проблема профилактики послеоперационных раневых осложнений наиболее актуальна у пациентов, которым выполняется герниопластика с надапоневротическим размещением эндопротеза. Эта методика в большинстве случаев применяется при невозможности дифференцировки слоев передней брюшной стенки.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных по методике надапоневротической герниопластики.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 180 больных с послеоперационными вентральными грыжами в хирургическом отделении клиники ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Пациентам основной группы (n=84) выполняли надапоневротическую пластику полипропиленовым сетчатым имплантом с покрытием его поверхности полисахаридной системой (патент РФ 2645245). У пациентов контрольной группы (n=96) выполняли пластику дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом без дополнительного применения препарата. В послеоперационном периоде оценивались объем и характер отделяемого дренажей. На 7-е, 14-е и 21-е сутки выполняли УЗИ передней брюшной стенки, при обнаружении жидкостных скоплений объемом более 20 мл производились санационно-диагностические пункции.

Результаты. Количество раневого отделяемого у пациентов основной группы на 1-е сутки после операции было на 35,1% меньше (40,86±19,99 мл), чем у пациентов контрольной группы (62,94±20,13 мл). На 2-е сутки после операции количество раневого отделяемого у пациентов основной группы сокращалось до 23,57±20,03 мл, что позволяло большинству пациентов основной группы удалить дренаж из парапротезной зоны на 2-е сутки после операции. Средние сроки удаления дренажей у пациентов основной группы составили 2,89±1,33 суток, у пациентов контрольной группы – 4,84±1,34 суток, что является следствием снижения количества экссудата у пациентов основной группы на 2-3-е сутки до 10-15 мл. В послеоперационном периоде местные осложнения и асептические жидкостные скопления в области имплантации наблюдались у 18 пациентов основной группы (21,4% из 84) и у 51 пациента (53,1% из 96) контрольной группы. Среднее количество пункций серома под УЗ-контролем в послеоперационном периоде у пациентов в контрольной группе в 3 раза превышало количество пункций, потребовавшихся больным основной группы. Средний койко-день у пациентов контрольной группы составил 14,56±4,31 суток, в основной группе - 9,61±4,27 суток.

Выводы. Использование разработанной методики в клинической практике позволило: 1. уменьшить количество раневого отделяемого после надапоневротической герниопластики, что привело к сокращению срока нахождения дренажей в зоне импланта, уменьшению объема парапротезных жидкостных скоплений и снижению количества пункций в послеоперационном периоде; 2. снизить частоту развития раневых осложнений в послеоперационном периоде; 3. сократить сроки пребывания больных в стационаре и восстановления трудовой активности пациентов.

---

261. Альтернативное лечение ТИПССу при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

Северцев А.Н. (1,2), Кумыков И.А. (1), Джуракулов Ш.Р. (1,2), Глебов К.Г. (1,2), Аносов В.Д. (1,2), Мурадян Т.Г. (1), Шаповалов Д.А. (1), Мусханов М.И. (1), Фрекэуцану Д. (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Актуальность

В настоящее время «золотым стандартом» в лечение кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, является ТИПСС. К сожалению, имеется значительное число противопоказаний к выполнению данного рентгенэндоваскулярного вмешательства. Целью данного исследования является сравнение групп лечения с использованием ТИППСа и комбинации эмболизации селезеночной артерии с эндоскопическим лигированием вен при портальном кровотечении.

Материалы и методы

Одноцентровое исследование (январь 2024 — март 2026). Включено 17 больных с кровотечением из варикозно- расширенных вен пищевода с использованием эмболизации селезеночной артерии с одновременным эндоскопическим лигированием вен пищевода (Группа 1). Аналогичная группа (17) больных с той же хирургической патологией с выполнением ТИПСС (Группа 2). Набор в группу 1 осуществлялся в случае противопоказаний для выполнения ТИПСС. Всем больным осуществляли мониторинг гемодинамики, лабораторных тестов.

Результаты

Технический успех гемостаза был достигнут в обоих группах в 100%. Госпитальная летальность, связанная с кровотечением, в группе 1 - 10%, группе 2- 0%. Рецидив кровотечения был зафиксирован только у 1 больного группы 1. Большинство оцененных показателей практически не отличался в обоих группах на момент выписки. Хотя на момент включения в исследование, больные группы 1 были тяжелее в сравнении с больными группы 2.

Выводы

В случае невозможности (по различным причинам) выполнения ТИПСС при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, выполнение эмболизации селезеночной артерии с одновременным эндоскопическим лигированием вен, является альтернативным и эффективным методом в лечении этой группы больных.

---

262. Результаты лечения пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой

Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Карпова Р.В., Вахромкин В.С., Доспехов Д.В., Кошелев И.А.,

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Актуальность. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) – первичная опухоль, составляющая 80 – 85 % от всех злокачественных образований печени. По данным мировой статистики заболеваемость ГЦК занимает – 6 место, а летальность – 3 место. Распространенность заболевания в РФ выросла на 8 % за последние 5 лет и составляет 4-5 случаев на 100 тыс. населения в год, при этом III–IV стадии занимают около 80 %. Лечение данной патологии представляет собой сложную задачу и должно учитывать многие факторы. Цель исследования заключалась в анализе результатов лечения больных с ГЦК за период с 2008 г. по 2024 г.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения 197 больных с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), средний возраст составил 61,3 ± 8,5 года, мужчин – 140 (71 %), женщин – 57 (29 %). Резекция печени выполнена 82 пациентам, локорегионарные методики – 119 пациентам.

Результаты лечения. Средняя продолжительность времени операции составила 179 ± 28,3 мин; средний койко–день составил 11 ± 3 день; продолжительность жизни составила однолетняя 83 %, двухлетняя 75 %, трехлетняя 50 %, пятилетняя 32 %. При ЛРТ средняя продолжительность химиоэмболизация.

Обсуждение. Локорегионарная терапия (ЛРТ) активно применяется у пациентов с данной патологией и представлена следующими опциями: абляционные методы (радиочастотная абляция (РЧА), микроволновая абляция (МВА) и лазерная абляция (ЛА) и рентгенэндоваскулярные вмешательства (трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ), трансартериальная радиоэмболизация (ТАРЭ). Целями ЛРТ являются: уменьшение опухолевого размера, соответствующий критериям ТП (down-stage терапия), контроль роста опухоли у пациентов, включенных в список для трансплантации (bridge-терапия), увеличение срока выживаемости у паллиативной группы больных, которые не подлежат хирургическому лечению и трансплантации печени (ТП). Абляция является методом лечения солитарных опухолей диаметром до 2 см (BCLC 0) у пациентов, не являющихся кандидатами для ОТП, BCLC A в случае противопоказаний к резекции и ОТП, а также в качестве “терапии ожидания” (bridge-терапия) и “терапия понижения”

Заключение. Комплексный подход к лечению пациентов с первичным раком печени позволяет определить оптимальную тактику, что повышает эффективность лечения, увеличивает продолжительность жизни и повышает ее качество, делает возможным применение локальных методов у соматически отягощенных больных.

---

263. Формирование и выполнение лечебно-эвакуационных мероприятий медицинской службы передового звена в зоне боевых действий (обобщенный опыт СВО)

Князев В.Н. (1), Фоминых Е.М. (2,3), Моисеев А.С. (1), Чжау Д.И. (1), Голубева Е.Г. (1), Шайхилисламова Г.И. (1)

1) ЛНР, ДНР,
(2,3) Москва

1) Войсковая часть-полевая почта 29297, Южная группировка войск, ЛНР, ДНР,
2) ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ»,
3) ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ»

Актуальность. Опыт организации помощи в условиях специальной военной операции показал, что не все модели такой помощи реализуются на практике. Главным проблемой стала отдаленность линии боевого соприкосновения от этапов оказания квалифицированной и специализированной помощи.

Материалы и методы. Анализированы структура ранений и сложность лечебно-эвакуационных мероприятий, выполняемых медицинской службы полкового звена с 2022 г. Данные о санитарных потерях представлены в относительных показателях.

Результаты и обсуждение. В общей структуре раненых преобладали минно-взрывные поражения (доля - 73%). Повреждения другими снарядами не превышала 10% (огнестрельные – 9%, холодовые повреждения – 5%, ожоги – 4%, комбинированные (механо-термические) – 9%).

Сочетанные повреждения составили 86 %.Ранения наименее защищенных конечностей, требовали постоянного расхода и пополнения иммобилизирующих средств. Получен удачный опыт использования полимерных бинтов «Примкаст» (ООО «Примгрупп»). Легкие и малоразмерные, они без затруднений доставлялись на передовые этапы.

Несмотря на относительную тяжесть (легкая и средняя степень составила 95% от всех раненых) многие раненые выходили с линии боевого соприкосновения на транспортную эвакуацию самостоятельно и доставлялись в госпиталь в течении первых суток (84%).

Среди раненых, находившихся в тяжелом состоянии, преобладали ранения в области головы, груди и живота. В количественном отношении их было не много. Из них 5% оставались на линии боевого соприкосновения более суток из-за сложности эвакуации и невозможности к самостоятельному передвижению. Кровопотеря (54% всех раненых), пневмоторакс и гипоксия (12%), сочетание кровопотери и пневмоторакса (16%), ожог (4%), холодовая травма (5%) и водно-электролитные нарушения (9%) утяжеляли состояние.

Проведение инфузионной терапии непосредственно в боевых порядках было обосновано затруднено, из-за отсутствия навыков у санитарных инструкторов. Только 15% раненым инфузионная терапия проводилась до поступления на этап врачебной помощи.

В 94% первая помощь оказывалась неквалифицированным специалистом. В 6% случаев ее оказывали санинструктор или специально обученный боец без медицинского образования, которые прошли расширенную медицинскую подготовку. Это обусловлено тем, что боевые действия стали проводятся малыми группами (2-3 бойца) и обеспечить медицинское сопровождение каждой группы не представлялось возможным. Безопасная эвакуация затруднялась уязвимостью эвакуационных групп атакой беспилотников на расстоянии более десяти километров.

Основные совершаемые ошибки, касались правильности наложения жгутов (26% всех с ранениями конечностей), иммобилизации (45% раненых в конечности) и дренирования плевральной полости (50%).

Указанные сложности, требовали коррекции наших медико-тактических действий. Информационная поддержка по оказанию помощи, согласованию точек эвакуации, доставке с помощью БПЛА расходного имущества и медикаментов осуществлялись радийной связью из координационного центра. Занятия по тактической медицине с эвакогруппам и штурмовых рот проводили медицинские работники, прошедшие сертифицированный курс обучения. Содержание тем включали правила наложения и контроля жгута, иммобилизации, купирования пневмоторакса, технологии инфузионных вливаний внутрикостным доступом.

Практическую ценность приобрели пункты сбора и эвакуации раненых (СЭП) развернутые вблизи передовых позиций. На этих пунктах устанавливалось дежурство передвижных медицинских групп, которые оказывали доврачебную и врачебную помощь с элементами квалифицированной хирургической.

Выводы. Медицинской службе следует углубленно проводить занятия по оказанию медицинской помощи и продолжать осваивать технику медицинского обеспечения с помощью дронов. Разрабатывать способы проведения инфузионной терапии санинструкторами. Самозатвердевающие иммобилизирующие повязки полезно использовать в передовых этапах. Хирургическую работу на СЭПе целесообразно расширить. Обмен опытом важен для его передового распространения.

---

264. Формирование потока целевых пациентов хирургического профиля как основа стабильной работы хирургического дневного стационара

Азаренко С.В. (1), Хализов Э.В. (1), Белоусов И.С. (2), Самедов М.М. (1), Свеклов Д.С. (1)

1) Сертолово
2) Ломоносов

1) ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница»
2) ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ»

Зачастую, по самым разнообразным причинам, возникают трудности в устойчивом поступлении пациентов в хирургический дневной стационар.

На базе Сертоловской городской больницы проведен анализ деятельности хирургического дневного стационара в период с 2022-2025 годы, приняты меры по формированию потока «целевых пациентов», информирование сотрудников больницы о видах медицинских вмешательств выполняемых в условиях дневного хирур-

гического стационара «Сертоловской ГБ», проведена масштабная рекламная акция по информированию населения посредством «районных» печатных и электронных газетных изданий, организовано непрерывное взаимодействие с органами местного самоуправления, руководством детских садов и школ в части информированности о возможностях оказания медицинской помощи в условиях городской больницы. Сформулированы причины снижения поступлений целевых пациентов в хирургический дневной стационар и способы поддержания вовлеченности населения города в жизнь лечебного учрежления, что в конечном результате обеспечило устойчивость в работе хирургического отделения.

Вывод: Комплексный подход в работе руководства с коллективом лечебного учреждения, а также с прикрепленным населением, органами местного самоуправления, работниками сферы образования и всестороннее освещение деятельности медицинской организации способствует формированию целевого потока пациентов в хирургический дневной стационар, что в свою очередь сказывается на беспрерывной работе и устойчивом экономическом росте учреждения.

---

265. Клиническая картина «Антонова огня» в художественно-историческом аспекте описания газовой гангрены и гнойного заражения

Князев В.Н., Катаева М.П., Фролова З.И., Булацева В.А.

Дмитров

ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж»Дмитровский филиал

Актуальность. Социальная значимость тяжелых гнойных осложнений в хирургии определяется значительными масштабами современного травматизма, в результате военных конфликтов и природных катастроф. Термин «Антонов огонь» исторически употреблялся, чтобы показать тяжкие страдания людей с клиническими проявлениями газовой гангрены (анаэробной инфекции) или пиемии (общего гнойного заражения крови).

Материалы и методы. Мы проследили, как в художественных произведениях известные писатели использовали термин «Антонов огонь» для яркого отражения трагических кончин знаменитых исторических личностей, а также болезненных страданий героев своих романов от гангрен и пиемии.

Результаты и обсуждение. Общеизвестно, что анаэробная инфекция возникает в период затяжных войн в связи с осложнениями боевых повреждений достигая высокой летальности.

Мы проследили, как в художественных произведениях известные писатели использовали термин «Антонов огонь» как отражение трагических кончин знаменитых исторических личностей, а также болезненных страданий героев своих романов от гангрен и пиемии. Вот несколько примеров.

• Гиппократ в своих трактатах описывал клинику анаэробной инфекции у раненого Критона.

• Гален описывал «воздушные опухоли».

• Парацельс охарактеризовал осложненные раны, как нечто отвратительное – «Старая вонючая яма».

• Французский хирург и акушер, Амбруаз Паре впервые описал анаэробную инфекцию, назвав ее госпитальной гангреной - «госпитальная гангрена Паре».

• Лейб-хирург Наполеона Ларей лечил травматическую гангрену конечности у раненого, который умер через 10 часов после ранения.

• Внук Тимура – хан Пир Мухаммад после сражения умирал от раневого сепсиса, перед которым даже самые искусные арабские лекари оказались бессильны.

• В своем романе «Анна Ярославна-королева Франции» Ант. Ладинский указывает на развитие септического заражения, приведшего к кончине короля Генриха I.

• Оноре де Бальзака, французский писатель также трагически умирает от газовой гангрены. Инфекция развилась после незначительных ушибов отечной ноги. Дом был пропитан запахом гниения, а лицо Бальзака выглядело лиловым.

• Пушкин А.С. умер по истечении 46ч 15мин после ранения от развития анаэробной раневой инфекции таза (гематомы) и брюшной полости (перитонита).

В «Хирургии» М. Хелиуса (1840г) сказано: «Когда кости и ткани мышц, сухожилий раздроблены, то предвидится Антонов огонь».

В хронологии перечисленных событий и судеб людей, мы видим характеристику газовой гангрены и гнойного заражения, как предвестников и признаков «Антонова огня».

На страницах «Дневника старого врача» Н.И. Пирогова, описывается посещение клиники Charite, которую он характеризует как резервуар госпитальной нечисти (госпитального антонова огня) и гнойного заражения.

Основоположник гнойно-септической хирургии В. Ф. Войно-Ясенецкий в «Очерках гнойной хирургии» описывает газовую анаэробную гангрену брюшной стенки и зараже-

ние крови – пиемию.

Уместно будет обратиться и к таким классикам русской литературы, как Толстой Л.Н. и Тургенев И.С., которые, глазами врачей использовали понятия «Антонов огонь» и пиемию. Достаточно прочесть романы «Война и мир», «Отцы и дети».

На протяжении нескольких страниц «Войны и мира» повествуется о полученном ранении князя Андрея Болконского и последующим за этим смертельного осложнения – антонова огня.

Герой романа «Отцы и дети» молодой, провинциальный врач Базаров, производя вскрытие умершего тифозного больного, нечаянно порезал палец и впоследствии погибает от пиемии.

Вывод. В наше время термин «Антонов огонь» ушел в историю, найти и встретить его можно только в определенной литературе, используя в основном в познавательных и обучающих целях.

И по сей день, продолжается борьба с такими грозными заболеваниями, как перитонит, синдром длительного сдавливания, медиастинит, ожоговая болезнь, гангрены, сепсис. В их разнообразной клинической картине всегда будет иметь место «Антонов огонь».

---

266. Склеротерапия в лечении хронического геморроя

Белоусов И.С., Байрамов Р.А., Бугеря И.А.

Ленинградская область

ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ»

Актуальность. Современные тенденции в хирургии связаны с поиском оптимального сочетания радикальности и малоинвазивности оперативных вмешательств и инвазивных процедур. Это актуально при заболеваниях аноректальной области, где значительная интенсивность болевого синдрома после традиционных операций, длительное заживление послеоперационных ран, высокий риск инфекционных осложнений, важность бережного отношения к сфинктерному аппарату прямой кишки подталкивают к внедрению новых технологий и малоинвазивных процедур. В связи с этим огромный интерес вызывает возможность применения малоинвазивных методов лечения, в качестве одного из которых рассматривается склеротерапия. При этом единого протокола проведения склеротерапии при хроническом геморрое не существует. Упоминание о возможности склеротерапии геморроидальных узлов включено в клинические рекомендации по лечению хронического геморроя. Но подробная информация о методике проведения процедуры, объеме и концентрации склерозанта, форме его введения, отсутствует.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения хронического геморроя с помощью склеротерапии.

Материал и методы. На основании опубликованных в отечественной и зарубежной литературе результатов применения склеротерапии в лечении геморроидальной болезни, а также на основании собственного опыта в отделении амбулаторной хирургии с дневным стационаром ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ» был разработан локальный стандарт (протокол) проведения склеротерапии при хроническом геморрое 1-3 ст., который мы применяем с 2024 года. Так, в положении пациента как для литотомии визуализируются геморроидальные узлы с помощью аноскопа с U-образным вырезом. Используется препарат этоксисклерол в концентрации 3% в виде микропенной формы, которая готовится непосредственно перед введением. Инъекция осуществляется иглой 20 G длиной 9см непосредственно в толщу каждого геморроидального узла на 3, 7 и 11 часах условного циферблата, до 2 мл пены в каждый.

Результаты

В период с 2024 по 2025 г. по указанному протоколу в отделении амбулаторной хирургии с дневным стационаром ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ» проведено лечение 58 пациентов (1 стадия – 18, 2 - стадия 24, 3 стадия – 16). Через месяц 16 пациентам с сохраняющимися симптомами было проведен второй сеанс склеротерапии. Осложнений или побочных эффектов проводимого лечения отмечено не было. Через три и шесть месяцев после лечения у 89 % пациентов отсутствовали симптомы заболевания (у пациентов с 1 и 2 стадиями – 95%)

Обсуждение. Склеротерапия при начальных стадиях геморроидальной болезни демонстрируют высокую эффективность, сопоставимую с хирургическим лечением. Ключевым преимуществом является минимальные затраты для проведения лечения, низкий риск осложнений, доступность к проведению в амбулаторных условиях. Одной из возможных перспектив может быть расширение показаний к проведению, применение процедуры как этапа комбинированного малоинвазивного хирургического вмешательства (в сочетании в лигированием, подслизистой лазерной вапоризацией).

Выводы. Склеротерапия являются эффективным и безопасным малоинвазивным методом лечения хронического геморроя. Возможность ее проведения в амбулаторных условиях повышает доступность лечения, сокращает сроки нетрудоспособности пациентов. Дальнейшее внедрение методики с мониторингом отдалённых результатов позволит обеспечить безопасное и комфортное лечение пациентов геморроидальной болезнью.

267. Опыт применения ICG-флуоресцентной навигации при выполнении сложной холецистэктомии

Войновский А.Е. (1), Алекперов С.Ф. (1), Петров В.Н. (1), Калачев С.В. (1), Кихляров П.В. (1), Зенкин А.А. (1), Лобанков Д.В. (1), Отман Х. (1,3), Харьков Д.И. (2), Султанова М.Э. (4)

Москва

1) ГКБ №67 им. Л.А.Ворохобова,
2) Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
3) Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН),
4) Российский университет медицины

Актуальность. Холецистэктомия является «золотым стандартом» лечения желчнокаменной болезни, однако при сложных формах (острый холецистит, выраженный спаечный процесс, вариантная анатомия сосудов и желчевыводящих путей) риск ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков достигает 0,5–1,5%. Интраоперационная флюоресцентная навигация с индоцианином зеленым (ICG) позволяет визуализировать внепеченочные желчные протоки и пузырный проток в реальном времени, что потенциально снижает частоту билиарных осложнений. Однако опыт применения ICG именно при сложной холецистэктомии в отечественной практике ограничен.

Материал и методы. За 2025-2026 года в ГКБ №67 было выполнено 43 операции по поводу осложнений ЖКБ. В частности, были выполнены операции по поводу резидуального холедохолетиаза длинной культи желчного пузыря; аневризмы пузырной артерии, осложненной кровотечением в желчный пузырь. Для достижения достаточной флюорисценции и снижения уровня шумо от печени ICG вводился за 90-120 минут, в дозировке 0,25 мг/кг.

Результаты. Адекватная флюоресцентная визуализация пузырного протока достигнута у 37 (86,0%) пациентов, общего желчного протока – у 40 (93,0%). Повреждений желчных протоков не было. Конверсии в открытую холецистэктомию не выполнялись. Летальности и повторных операций не было.

Вывод. Применение индоцианида зеленого при сложной холецистэктомии обеспечивает высокую частоту визуализации внепеченочных желчных протоков (86–93%), способствует безопасной идентификации пузырного протока и может снижать риск ятрогенных повреждений. Метод показал хорошую переносимость и отсутствие ICG-ассоциированных осложнений.

Рекомендации. Пациентам с высоким риском сложной холецистэктомии (острый холецистит, выраженный спаечный процесс, вариантная анатомия сосудов и желчевыводящих путей) целесообразно внутривенное введение индоцианида зеленого в дозе 0,25 мг/кг за 90-120 мин до операции. Оптимальный режим флюоресцентной визуализации требует настройки под конкретное эндоскопическое оборудование.

---

268. Лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов старшей возрастной группы с использованием малоинвазивных методик.

Войновский А.Е. (1), Дибиров М.Д. (1,2), Калачев С.В. (1), Пирахмедов М.И. (1,2), Магомедалиев А.М. (1,2), Султанова М.Э. (1,2), Харьков Д.И. (1,3)

Москва

1)ГБУЗ ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова ДЗМ города Москвы
2) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
3) Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является распространённой патологией у пациентов пожилого возраста и нередко сопровождается не только типичными симптомами гастроэзофагеального рефлюкса, но и внепищеводными проявлениями, такими как хронический кашель, охриплость, тяжелая рефлюкс ассоциированная бронхиальная астма и кардиалгии, имитирующими приступы стенокардии. Преобладание атипичной симптоматики затрудняет своевременную диагностику и приводит к длительному неэффективному лечению у специалистов смежного профиля. Ещё одним фактором является наличие сопутствующих заболеваний. Выбор оптимальной тактики лечения данной категории пациентов остаётся актуальной проблемой современной хирургии.

Материалы и методы. Группой авторов проведён проспективный анализ данных 48 пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью пожилого и старческого возраста, которые были оперированы с помощью малоинвазивных технологий на базе ГБУЗ «ГКБ № 67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы». Всем пациентам предоперационно проведено рентгеновское и эндоскопическое исследование для подтверждения диагноза ГПОД. Так же предоперационно оценивались гемодинамические показатели, оценивалась система свёртывания крови. Все пациенты предварительно были подготовлены к операции. Оценивается

интраоперационные и послеоперационные результаты, послеоперационные осложнения, оценивалась длительность приёма ингибиторов протоновой помпы (ИПП) в послеоперационном периоде, улучшение качества жизни.

Результаты. В исследование включены 48 пациентов старше 65 лет с диагностированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, которым выполнено малоинвазивное хирургическое лечение с применением лапароскопических технологий. Методом выбора оперативного вмешательства являлась лапароскопическая фундопликация short floppy Nissen. В нашей практике не применяли протезирующие виды пластик, ввиду возможности серьёзных осложнений, таких как пролежень, формирование грубых рубцов в области кардиоэзофагеального перехода, миграция сетчатого протеза в просвет пищевода. Пластика ПОД производится только за счёт задней, а иногда и передней крурорафии нерассасывающейся силиконовой плетенной нитью 2,0. Дополнительно пищевод подшивается отдельными узловыми швами к правой и левой ножкам ПОД. У данной возрастной категории пациентов эти швы не несут негативного характера.

Анализ результатов показал, что средняя продолжительность операции составила 100±40 минут. Средняя кровопотеря –30 мл. (5-100мл). Среднее время послеоперационное пребывание в стационаре составило 4±1,9 койко-дня. По данным опроса, среднее время исчезновение изжоги составило 9 дней (1-40 дней). Среднее время прекращение приёма ИПП составило 12,5 дней (1-45дней). Интраоперационные осложнения отмечены у 2,08 % пациентов. Послеоперационные осложнения в группе пациентов, которые вошли в исследование не отмечено. Оценивая отдалённые результаты в течение двух лет, у пациентов рецидива ГЭРБ не было.

Результаты и обсуждения. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности малоинвазивных методов лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов пожилого возраста. Лапароскопический доступ позволяет снизить травматичность вмешательства, сократить сроки реабилитации и улучшить качество жизни больных, а так же предотвратить возможные осложнение ГЭРБ (пищевод Барретта, карцинома н\3 пищевода).

---

270. Прогностическое значение креатининфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы, гаммаглутаминтранспептидазы в диагностике деструктивного холецистита у пациентов старше 60 лет

Бурцева М.А. (1), Яшнов А.А. (2)

1) Санкт-Петербург,
2) Чита

1) СПБ ГБУЗ Николаевская больница,
2) ФГБОУ ВО Читинская Государственная Медицинская Академия

Актуальность: Диагностика деструктивных форм калькулезного холецистита в старшей возрастной группе в ежедневной практике рядового хирурга является непростой задачей. Соматический статус пациента играет в течение заболевания важную роль. Сглаженность симптомов в острый период, отсутствие иммунного ответа даже при распространенном процессе. Особенности малоинвазивной диагностики у пациентов данной группы, а также высокий уровень послеоперационной летальности, создаёт необходимость в более тщательном подходе к диагностике тяжести течения воспалительного процесса в стенке желчного пузыря в предоперационном периоде. Достоверно известно, что чувствительность основного метода диагностики как ультразвукове исследование в старшей возрастной группе не превышает 75%, что связано не только с квалификации специалиста и технически оснащением стационара, но и наличием морбидного ожирения, вынужденного положения пациента при старческой деменции и других состояниях, наличие асцита при сердечно-сосудистой недостостаточности. Второй по значимости и частоте выполнения неинвазиный метод диагностики - компьютерная томография в настоящее время так же имеет широкой диапазон чувствительности и специфичности от 30% до 70% при диагностике деструктивных форм острого калькулезного холецистита у пожилых и стариков. Зачастую ошибочно выставляют диагноз «острый холецистит» принимая отек стенки желчного пузыря, вызванный декомпенсаций хронический сердечной недростаточности за острый процесс. Такие ошибки могут нести фатальный характер, пациентом ошибочно могут быть выполнены оперативные вмешательства от диагностической лапароскопии до холецистостомии местным доступом. Доступность и простота лабораторной диагностики позволяет в совокупности прогнозировать многие состояния, в том числе и развитие деструктивных форм острого калькулезного холецистита.

Цель исследования – изучить диагностическую ценность изменений концентрации лактатдегидрогензы, креатининфосфокиназы, гаммаглутаминтранспептидазы и щелочная фосфатаза при остром деструктивном холецистите у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы: Работа выполнена базе хирургического отделения ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» города Читы. Получено разрешение этического комитета на проведение исследования (№ 117 от 10.11.2021 г.).

Проведено одномоментное исследование больных (n=105), госпитализированных в городскую клиническую больницу № 1 г. Читы в период с 2021 по 2024 гг.

Выделена группа исследования, в которую вошли пациенты с острым калькулезным холециститом. Данная группа подразделена на подгруппы в зависимости от клинико-морфологических изменений:

1. пациенты с катаральным калькулёзным холециститом (N=35)

2. пациенты с деструктивным калькулёзным холециститом (N=35)

3. пациенты с хроническим калькулезным холециститом (N= 35)

Критерии включения в исследуемую группу: пациенты, страдающие желчнокаменной болезнью с различными клинико-морфологическими вариантами течения острого холецистита в возрасте от 60 и старше, оперированные по стандартной методике лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии лапаротомным доступом. Критерии исключения: пациенты, страдающие желчнокаменной болезнью в возрасте младше 60 лет, пациенты с тяжёлой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, с проявлениями острого коронарного синдрома, пациенты, с клиникой острого панкреатита.

Исследуемая группа (n=70) разделена на подгруппы в зависимости от установленного заключительного клинического диагноза, учитывающего характер воспалительных изменений в желчном пузыре и течение заболевания по результатам гистологического исследования согласно МКБ-10 (К81.0–К81.1): 1 подгруппа (n=35) пациенты с острым катаральным холециститом; 2 подгруппа (n=35) пациенты с острым деструктивным холециститом (флегмонозный и гангренозный).

Отдельно выделена подгруппа пациентов (n=35) с хроническим калькулезным холециститом, оперированные по стандартной методике лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии лапаротомным доступом

Всем пациентам, включённым в группу исследования, при поступлении были проведены ряд стандартных общеклинических лабораторных исследований - ОАК, ОАМ, б/х крови в том числе с определением уровня КФК, ЛДГ, ГГТП, щелочной фосфатазы). Так же были выполнены инструментальные методы исследования (УЗИ ОБП, КТ ОБП, ЭГДС). Консультации смежных специалистов проводились по показаниям - наличие сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, болезней органов дыхания.

Оперативное лечение выполнялось всем пациентам согласно срокам, установленным в Национальных клинических рекомендациям РОХ 2015 г., 2021 г (первые 72 часа от момента поступления пациента в стационар) и в отстроченном порядке. Объем оперативного лечения - холецистэктомия лапароскопическим или традиционным лапаротомным способами. Статистическая обработка материала

Данные, полученные в ходе исследования обработаны с использованием программы SPSS Statistics 11.0. Во время статистической обработки данных соблюдены основные принципы статистического анализа, принятые для исследований в биологии и медицине. Результаты приведены в среднем значении со средней квадратичной ошибкой (M ± m).

Критерии, используемые при статистическом анализе групп с нормальным распределением выборки:

1. Критерий статистической значимости различий между качественными признаками при помощи таблицы сопряженности и критерия $\chi 2$.

2. Оценка нормальности распределения признаков с помощью критерия Шапиро-Уилка.

3. Исследование взаимосвязей между изучаемыми параметрами методом коэффициента корреляции Пирсона.

4. Проведение сравнения исследуемых групп с группой клинического сравнения с использованием критерия Стьюдента и поправки Бонферрони.

5. Сравнение средних значений количественного признака в трех и более независимых групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA)

Для групп с ненормальным распределением выборки использовались:

1. Оценка ранговой корреляции для определения тесноты и направления корреляционной связи между признаками или профилями признаков, использован метод ранговой корреляции Спирмена.

2. Критерий Фридмана применен для сравнения трех и более связанных выборок, данные в которых не подчиняются закону нормального распределения.

3. Для сравнения двух групп по бинарному признаку применялся параметр отношение шансов.

4. Для парного сравнения независимых выборок использовался критерий Манна – Уитни.

В ходе сравнения двух выборок по частоте проявления определенного эффекта был применен критерий Фишера.

Полученные результаты: У лиц старше 60 лет диагностическая ценность изменения концентрации исследуемых ферментов с совокупности с стандарными неинвазивными методами обследования значимо выше. Установлено, что при остром деструктивном холецистите среднее значение КФК составляет 319,44 ЕД/л, что в 2,7 (p

---

271. Сравнительный анализ лапароскопических (eTEP RS, vTAPP, IPOM+) и открытых герниопластик вентральных грыж срединных локализаций.

Дворянкин Д.В., Хафизов В.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России

Актуальность. Высокая распространенность вентральных грыж срединной локализации и риск послеоперационных осложнений обуславливают необходимость выбора оптимального способа герниопластики. Внедрение лапароскопических и эндоскопических методик, включая eTEP RS, vTAPP и IPOM+, расширило возможности малоинвазивного лечения, однако их преимущества по сравнению с открытыми реконструктивными вмешательствами требуют клинической оценки. Сравнение длительности операции, сроков госпитализации и частоты осложнений позволяет определить наиболее безопасные и эффективные подходы к хирургическому лечению данной категории пациентов.

Цель. Провести сравнительных анализ результатов открытых и лапароскопичеких герниопластик вентральных грыж срединной локализации.

Материалы и методы. В ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова МЧС России в клинике №2 на базе отделения хирургического экстренной помощи выполнено 100 лапароскопических хирургических вмешательств и 114 открытых по поводу срединных грыж брюшной стенки. IPOM+ пластика выполнена у 43 больных, eTEP RS выполнена 39 больным, vTAPP 13 больным, Open RS 83 больным, открытая предбрюшинная пластика 31 больному. В рамках нашего исследования, проведен анализ продолжительности операций с последующей оценкой продолжительности лечения в стационаре, а также проведен анализ послеоперационных осложнений, разделенных на большие (потребовавшие повторной операции или ревизии раны) и малые (разрешенные консервативно).

Результаты исследования. Средняя продолжительность лапароскопических операций составила 131 минуту, по сравнению с открытыми техниками – 127 минут. Больные, прооперированные лапароскопическим способом, находились в стационаре 5 дней, а прооперированные открытым способом, в среднем, находились в стационаре на 1 день дольше (6 дней) (ДИ). При анализе частоты осложнений, у 2 (2%) пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику, возникли осложнения, потребовавшие повторное хирургическое вмешательство, среди открытых методик у 6 (5,3 %) пациентов. Малые осложнения, разрешившиеся консервативно, возникли у 15 (15%) больных, оперированных лапароскопическим способом. У 26 (22,8%) больных, оперированных открыто, возникли малые осложнения.

Выводы. Эндовидеохирургические методики герниопластики срединных вентральных грыж показали сопоставимую с открытыми операциями продолжительность вмешательства при меньшей средней длительности пребывания пациентов в стационаре. Частота больших и малых послеоперационных осложнений была ниже в группе эндовидеохирургических операций по сравнению с открытыми методиками. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения малоинвазивных технологий, включая eTEP RS, vTAPP и IPOM+, у отобранных пациентов при наличии технических возможностей.

---

272. Консервативное лечение больных с тяжёлой артериальной ишемией нижних конечностей внутривенными инфузиями 0.01% раствора нитроглицерина в условиях дневного стационара.

Щербюк А.Н. (1,3), Мануйлов В.М. (1,2), Маслов В.О. (1,3), Ланцова С.А. (1,4)

Московская область

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.»
2) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»
3) Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Московский медицинский университет „Реавиз“»
4) Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Актуальность. Тяжелая артериальная ишемия нижних конечностей у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и ишемической болезнью сердца является одной из наиболее значимых проблем сосудистой хирургии. Анамнез таких пациентов часто отягощен выраженной сопутствующей патологией, что ограничивает возможности хирургического вмешательства. Таким образом, поиск терапии, направленной на улучшение кровотока в микроциркуляторном русле, остается актуальным.

Материалы и методы. В исследование были включены 1300 пациентов с артериальной ишемией конечностей на фоне мультифокального атеросклероза и ишемической болезни сердца, находившиеся на лечении в период с 2012 по 2025 годы. У 856 больных хирургическое лечение признано невозможным из-за распространённости поражения. У 245 вмешательство на сосудах не выполнялось из-за сопутствующих гнойных процессов. 199 временно воздержались от хирургического лечения. Исследование проводилось на базе дневного стационара Пушкинской клинической больницы им. проф. Розанова. В исследование были включены мужчины: до 50 лет – 166 человек, до 60 лет – 162, до 70 лет – 162, 70+ лет – 162, женщины до 50 лет – 166 человек, до 60 лет – 162, до 70 лет – 162, 70+ лет – 162. Пациенты с IIA степенью: до 50 лет – 80 человек, до 60 лет – 80, до 70 лет – 190, 70+ лет – 350. Пациенты с IIБ степенью: до 50 лет – 120 человек, до 60 лет – 120, до 70 лет – 90, 70+ лет – 70. Пациенты с IIIA степенью: до 50 лет - 30 человек, до 60 лет – 30, до 70 лет - 51, 70+ лет – 89. У большинства больных анамнез был отягощен ИБС, гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа. Выраженность ишемии оценивали по клинической картине, данным тредмил-теста, эхокардиографии, УЗИ сосудов, показателям гемодинамики и капилляроскопии.

Результаты. После курса проведенной инфузионной терапии 0,01% раствором нитроглицерина у всех пациентов отмечено уменьшение интенсивности болевого синдрома, повышение переносимости ходьбы. По результатам тредмил-теста при ишемии IIA степени дистанция «безболевого» пути увеличилась в 1,9 раза или на 190%, при IIБ степени ишемии – в 1,8 раза или на 180%. При IIIA степени у 67% пациентов после лечения наблюдалось полное отсутствие болевого синдрома в состоянии покоя. При оценке центральной гемодинамики было выявлено снижение общего периферического сосудистого сопротивления на 23%, увеличение минутного объема сердца на 41%.

Обсуждение. Лечение хорошо переносилось пациентами и не требовало отмены. Метод капилляроскопии подтвердил улучшение кровотока в микроциркуляторном русле после применения терапии внутривенными инфузиями 0,01% нитроглицерина. После проведенного лечения отмечалось увеличение числа функционирующих капилляров.

Выводы:

1. Применение внутривенных инфузий 0,01% нитроглицерина является эффективным методом лечения тяжелой артериальной ишемии конечностей у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и ишемической болезнью сердца: при ишемии IIA степени дистанция «безболевого» пути увеличилась в 1,9 раза или на 190%, при IIБ степени ишемии – в 1,8 раза или на 180%, при IIIA степени у 67% пациентов после лечения наблюдалось полное отсутствие болевого синдрома в состоянии покоя.

2. Внутривенная терапия 0.01% раствором нитроглицерина хронической артериальной недостаточности является безопасным методом. За всё время исследования не зафиксировано ни одного осложнения.

3. В результате применения внутривенных инфузий 0,01% раствора нитроглицерина отмечено снижение общего периферического сосудистого сопротивления на 23%, а также увеличение минутного объема сердца на 41%

4. Оценка результатов терапии посредством капилляроскопии позволяет объективно фиксировать улучшение кровотока на уровне микроциркуляторного русла.

Рекомендации. Авторы считают целесообразным рассмотреть внедрение терапии внутривенными инфузиями 0.01% раствора нитроглицерина в условиях дневного стационара у больных с тяжёлой артериальной ишемией нижних конечностей.

273. Комбинированная терапия ингаляциями кислородно-гелиевой смесью в сочетании с внутривенными инфузиями 0,01% нитроглицерина у пациентов с сахарным диабетом и длительно существующими трофическими расстройствами нижних конечностей.

Маслов В.О. (1,3), Яремин Б.И. (3), Мануйлов В.М. (1,2), Щербюк А.Н. (1,3), Ланцова С.А.(1,4)

Московская область

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В. Н.»
2) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»
3) Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Московский медицинский университет „Реавиз“»
4) Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Актуальность. Трофические расстройства нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом являются наиболее значимой проблемой современной хирургии. Применение стандартной терапии у таких пациентов часто оказывается неэффективным: не обеспечивается повышение оксигенации тканей, не происходит улучшение кровотока в микроциркуляторном русле. В связи с этим риск ампутационных вмешательств у таких больных возрастает, что диктует нам необходимость разработки методов терапии, направленных на улучшение доставки кислорода к тканям и предотвращение спазма сосудов.

Материалы и методы. В ходе исследования были изучены клинические данные 50 пациентов с сахарным диабетом, хронической ишемией нижних конечностей I-IIб стадии по Покровскому-Фонтейну и трофическими язвами нижних конечностей. Исследование проводилось на базе Пушкинской клинической больницы им. проф. Розанова в хирургическом отделении на койках дневного пребывания. Пациенты были поделены на три группы: первая группа – терапия с использованием кислородно-гелиевой смеси в комбинации с внутривенными инфузиями 0,01% раствором нитроглицерина, вторая группа – терапия с использованием изолированной кислородно-гелиевой смесью, третья группа – применение стандартной терапии. Лечение пациентов осуществлялось амбулаторно. Ингаляции в первой и второй группе выполнялись подогретой до 95 °С в соотношении 70:30 кислородно-гелиевой смесью. Эффективность терапии оценивали по данным тредмил-теста, эхокардиографии, уменьшению ишемических проявлений, выраженности трофических дефектов и общей переносимости проведенного курса лечения.

Результаты. В ходе проведенного исследования у пациентов первой группы было отмечено улучшение субъективной переносимости физической нагрузки, было выявлено увеличение расстояния безболевой ходьбы. Переносимость курса была удовлетворительной. По результатам тредмил-теста при ишемии IIA степени дистанция «безболевого» пути увеличилась в 2,2 раза или на 220%, при IIБ степени ишемии – в 2 раза или на 200%. При IIIA степени у 70% пациентов после лечения наблюдалось полное отсутствие болевого синдрома в состоянии покоя. При оценке центральной гемодинамики было выявлено снижение общего периферического сосудистого сопротивления на 27%, увеличение минутного объема сердца на 48%.

Обсуждение. Полученные данные позволяют рассматривать сочетанное применение кислородно-гелиевой смеси и внутривенных инфузий раствором 0,01% нитроглицерина в качестве терапии, направленной не только на симптоматическое улучшение состояния больного, но и на коррекцию патогенетических звеньев развития трофических дефектов нижних конечностей: тканевая гипоксия, недостаточность микроциркуляторного русла, сосудистый спазм.

Выводы:

1. Применение комбинированной терапии ингаляциями кислородно-гелиевой смеси в сочетании с внутривенными инфузиями 0,01% нитроглицерина является патогенетически обоснованным методом лечения пациентов с сахарным диабетом, осложненным трофическими расстройствами нижних конечностей, т.к. по данным тредмил-теста при ишемии IIA степени дистанция «безболевого» пути увеличилась в 2,2 раза или на 220%, при IIБ степени ишемии – в 2 раза или на 200%. При IIIA степени у 70% пациентов после лечения наблюдалось полное отсутствие болевого синдрома в состоянии покоя.

2. При применении комбинированной терапии ингаляциями кислородно-гелиевой смеси в сочетании с внутривенными инфузиями 0,01% нитроглицерина было отмечено снижение общего периферического сосудистого сопротивления на 27%, увеличение минутного объема сердца на 48%.

Рекомендации. Комбинированная терапия ингаляциями кислородно-гелиевой смеси и внутривенными инфузиями 0,01% нитроглицерина может быть включена как дополнительный способ улучшения кровотока в микроциркуляторном русле и тканевой оксигенации у больных сахарным диабетом, осложненным хроническими язвенными дефектами нижних конечностей.

274. Результаты шунтирования к немагистральным ветвям артерий бедренно-подколенного сегмента с целью снижения уровня высокой ампутации при критической ишемии нижних конечностей

Курьянов П.С., Уртемеев О.В., Гусев А.А., Стрижелецкий В.В., Бубнова Н.А.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Городская больница Святого Великомученика Георгия

Актуальность проблемы:

Высокая ампутация нижней конечности при критической ишемии сопряжена с высокой летальностью как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Снижение уровня высокой ампутации с целью сохранения коленного сустава и опороспособной культи голени повышает выживаемость пациента и вероятность успешного протезирования. При протяженных окклюзиях артерий бедренно-подколенного сегмента, в особенности при окклюзиях подколенной артерии, коллатеральное кровоснабжение голени на уровне ампутации часто не позволяет добиться заживления культи. Реваскуляризация голени в таких ситуациях имеет целью повысить шансы на сохранение коленного сустава и формирование «протезопригодной» культи голени.

Материалы и методы:

Данное ретроспективное исследование включало в себя 10 пациентов с критической ишемией конечности (медианный возраст 66 лет, мужчин 80%), которым выполнено шунтирование к немагистральным ветвям артерий бедренно-подколенного сегмента с последующей ампутацией голени на уровне верхней трети. Показанием к высокой ампутации конечности были глубокие и распространенные некротические изменения тканей стопы либо предшествующие неудачные попытки дистальных артериальных реконструкций. Среднее число реконструктивных вмешательств в анамнезе составило 3 (от 1 до 11). В 100% наблюдений по данным ангиографии имела место окклюзия подколенной артерии на всем протяжении, в 80% - окклюзия поверхностной бедренной артерии, в 20% - окклюзия глубокой артерии бедра, в 10% – окклюзия подвздошного артериального сегмента. Проксимальный анастомоз формировали с глубокой бедренной артерией в 50% наблюдений, с поверхностной бедренной – в 30%, с общей бедренной – в 10%, с функционирующим аутовенозным шунтом – в 10%. Дистальный анастомоз формировали с медиальной суральной артерией в 70% случав, с латеральной суральной – в 10%, с нисходящей артерией колена – в 10%, с артерией, сопровождающей малоберцовый нерв – в 10%. В качестве кондуита использовали большую подкожную вену в 50% наблюдений, малую подкожную в 40%, вены верхних конечностей в 10%. Всегда выполняли контрольную прямую артериографию конечности.

В раннем послеоперационном периоде у 20% пациентов развился тромбоз шунта, им выполнена ампутация конечности на уровне бедра. Летальность в послеоперационном периоде составила 0%.

Продолжительность наблюдения составила 2-24 месяца (медиана 6 месяцев). Во всех случаях, когда реконструкция оставалась проходимой в раннем послеоперационном периоде, удалось добиться заживления культи голени. Первичная проходимость реконструкции через 12 месяцев - 44,4%, сохранение коленного сустава – 80%, летальность - 0%. Успешное протезирование конечности проведено у 30% больных.

Выводы:

Шунтирование к немагистральным ветвям бедренно-подколенного сегмента как способ снижения уровня высокой ампутации при критической ишемии является перспективной методикой, которая позволяет сформировать протезопригодную культю голени. Необходимы дополнительные исследования для уточнения технических аспектов и показаний к выполнению подобных реконструкций.

---

277. Опыт комплексного лечении послеоперационных пищеводных свищей с использованием вакуумной терапии

Черкасов Д.М., Галашокян К.М., Ендоренко К.В., Полупанова Э.Т.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Современная лапароскопическая хирургия пищевода и желудка достигла значительного развития, тем временем показатели осложнений и эффективность их лечения остаются недостаточно удовлетворительными. Согласно данным литературы при лапароскопической кардиомиотомии повреждения пищевода составляют около 11%, при лечении дивертикулов пищевода частота несостоятельности может достигать 21%, а смертность до 11%. Эндохирургия лейомиом пищевода может осложниться перфорацией в 15,4% случаях, а при тотальной гастрэктомии частота несостоятельностей анастомоза может достигать до 16%. Послеоперационные пищеводные свищи относятся к тяжело корригируем послеоперационным осложнениям, а в случае их запоздалой диагностики и недостаточной терапии могут приводить к развитию септического состояния

и смерти. Метод отрицательного давления активно внедряется в клиническую практику для терапии послеоперационных пищеводных свищей.

Материалы и методы исследования. Выполнен анализ результатов лечения 228 пациентов с заболеваниями пищевода и желудка, которым выполнены операции с использованием видеоэндохирургической техники: нейромышечные заболевания пищевода (n=163), дивертикулы пищевода различной локализации (n=31), доброкачественные новообразования пищевода (n=23), злокачественные опухоли желудка (n=11). Все пациенты с пищеводными свищами лечились методом вакуумной терапии согласно патенту РФ №2758546.

Полученные результаты. У пролеченных пациентов во время операций на пищеводе установлено 18 случаев (8,3%) повреждение слизистого слоя, после чего в 8 наблюдениях (3,7%) данное дефекты слизистой стали причиной конверсии в срединную лапаротомию, а в 10 (4,6%) наблюдениях дефекты стенки пищевода устранены эндохирургически.

После операции на 4,5 сутки (от 2-х до 8 суток) в 5 наблюдениях (2,2%) обнаружена негерметичность линии шва, что в последствии привело к образованию послеоперационных пищеводных свищей (III ст по CD). При том у двух пациентов с нейромышечными заболеваниями пищевода (1,2%), по одному случаю с эпифренальным дивертикулом (3,2%), с лейомиомой (4,3%) и гастрэктомией по поводу рака тела желудка (9,1%).

Расположение несостоятельности от резцов в среднем составляла 34 см, диаметр повреждения слизистой составлял – 8 мм. Число релапаротомий в среднем составило 0,6. Вакуум-терапию применяли на протяжении 22,5 дней. Энтеральное питание у 3 (60%) пациентов проводили через назогастральный зонд, а в 1 (20%) – через питательную еюностому. Послеоперационные пищеводные свищи устранены в течение 26 – 32 дней при использовании вакуумной терапии, что в среднем – 28,5 дней. Летальных исходов не было.

Долгосрочные результаты лечения были проанализированы у 184 (80,7%) пациентов исследования. Нормализация показателей по шкале SF-36 приходились к первому году наблюдения.

Обсуждение. Лечение несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза и свищей пищевода требует комплексного лечения. При лечении септического состояния приоритетом является эффективное ограничение и контроль пищеводно-желудочного отделяемого, обеспечение дренирования плевральной и брюшной полостей и средостения, а также проведение адекватной антибактериальной терапии. Обязательной частью терапии выступает нутритивная поддержка, причем предпочтение следует отдавать энтеральному питанию.

Представленный способ лечения пищеводных свищей применяется при отсутствии распространенного перитонита и наличии дренируемого абсцесса или трубчатого свища. Метод прост и может служить альтернативой традиционным и малоинвазивным подходам.

Выводы и рекомендации. Вакуумная терапия представляет собой эффективный и альтернативный способ лечения послеоперационных пищеводных свищей, отличающийся простотой применения.

---

278. Священное врачевание Н.И. Пирогова и В.Ф. Войно-Ясенецкого (Архиепископ Лука) в народно-военном патриотизме их сподвижников

Князев В.Н., Катаева М.П.

Дмитров

ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж» Дмитровский филиал

Актуальность. Современные военные конфликты и катастрофы выделяются рядом особенностей. Многочисленные примеры спасения раненых и пострадавших в очагах бедствий по-прежнему выражают дух Русского народа и Государства Российского, что послужило нам импульсом к данной работе. На примере изучения творчества и наследия выдающихся личностей какими являются Н.И. Пирогов и В.Ф. Войно-Ясенецкий, мы вспоминаем их духовные искания и свершения во имя спасения людей.

Материалы и методы. В отражении военных путей Пирогова и Войно-Ясенецкого, переплетаются судьбы Боткина, Толстого, Скобелева, Некрасова. Нами прослежены временные отрезки жизни перечисленной плеяды имен, совместных свершений, исторических событий, подвига.

Результаты и обсуждения. Организация военно-полевой хирургии создана умом и руками Пирогова и развивалась земским врачом и священником Войно-Ясенецким. Благодаря им тяжелораненые и гнойно-септические больные поправлялись чудесным образом. Спасение и облегчение страданий происходило не только на перевязочных пунктах, операционных столах и в лазаретах больничных коек, но и с помощью повседневной человеческой заботы.

В чем истина этих Духовных и Телесных побед? В их Простоте и Величие, во многом послужившие личным примером на театрах военных действий.

Николай Пирогов и Лев Толстой — ключевые фигуры Крымской войны. Пирогов написал книгу «Крымская

война. Записки военного хирурга» («Севастопольские письма») В ней он описывает ужасы войны и работу сестер милосердия. В своих «Севастопольских рассказах». артиллерийский офицер Толстой описывая реальный героизм изнутри, впоследствии переносит в произведение «Война и мир».

Н. А. Некрасов, редактор журнала «Современник», тепло отзывался о деятельности Пирогова в Крыму. Боткина связывала многолетняя дружба с Некрасовым, который называл его народным заступником. Некрасов посвятил Боткину четвертую часть поэмы «Кому на Руси жить хорошо» - «Пир на весь мир». Дом-музей Некрасова в Санкт-Петербурге хранит память и о Пирогове.

Пирогов и Боткин вновь на театре военных действий. Теперь это Русско-турецкая война. «Письма из Болгарии 1877г.» - своеобразная энциклопедия военно-полевой терапии Боткина. На передовых перевязочных пунктах Болгарии в Плевне Пирогов встречался с русским полководцем М.Д. Скобелевым, о котором ходили легенды. Скобелеву было дорого народное и славянское дело как служение исключительно своему народу.

Основоположники военно-полевой медицины Пирогов и Боткин, писатель Толстой, поэт Некрасов, генерал Скобелев. Справедливость их жизненного пути как телесно, так и духовно, продолжена земским врачом и священником Войно-Ясенецким.

В беспримерной любви и веры к перечисленной плеяде имен для нас открывается эпоха их исторического наследия. Симферопольский военный госпиталь, где спасением раненых и больных занимались Пирогов и Боткин. Сегодня территория Военно-медицинского клинического центра Крымского региона им. Святителя Луки. Во дворе памятник. На здании мемориальная доска. Память о том, что здесь работал выдающийся архипастырь и хирург святитель Лука – профессор медицины В.Ф. Войно-Ясенецкий. Плевна. В парке имени Скобелева из белого мрамора памятник-бюст Н.И. Пирогову. Суворову Равный - памятник генералу Скобелеву на коне рядом с академией Генштаба Вооруженных Сил. «Домом Н.И. Пирогова» в российской столице становится Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, где среди аллей воздвигнут Храм святителя и чудотворца Николая и сооружен Монумент Медикам России. Здесь же бюст Святителя Луки.

Выводы. Деятельность и убеждения выдающихся врачевателей недугов людских остаются в нашей памяти проявлением истины, нравственности и правдивости. Духовное наследие их служит человечеству святым примером для подражания. Поклонимся Скобелеву также как из транспорта раненых навстречу ему «вспыхивало «ура», поклонимся Луке, также как оперированные раненые салютовали своими сохраненными ногами, поклонимся и Пирогову, который все может и даже голову раненым пришьет.

---

279. Оптимизация тактики лечения язвенных дуоденальных кровотечений на основе стратификации риска рецидива

Корольков А.Ю., Танцев А.О., Попов Д.Н.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Актуальность

Язвенные дуоденальные кровотечения представляют собой значимую проблему неотложной хирургии, что обусловлено их высокой частотой встречаемости, а также высокой вероятностью рецидива кровотечения и летальностью. Развитие повторного кровотечения существенно ухудшает прогноз, увеличивает объём лечебных мероприятий, требует оперативного вмешательства и проведения интенсивной терапии. Несмотря на развитие современных эндоскопических и рентгенэндоваскулярных методов гемостаза, выбор оптимальной лечебной тактики, особенно у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения, остается актуальным.

Цель

Улучшение результатов лечения пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки на основе стратификации риска рецидива и оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы

В исследование включены 349 пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки. На основании ретроспективного анализа выделены факторы риска рецидива кровотечения и изучена степень их влияния на вероятность его возникновения. Разработана прогностическая модель (AUC = 0,87; Sp = 71,0%; Se = 79,8) и оригинальная оценка риска рецидива, включающая размер и локализацию язвы, тип кровотечения по классификации J.A. Forrest, наличие коморбидной патологии, приём антикоагулянтов и/или антиагрегантов, вид первичного эндоскопического гемостаза, а также признаки пенетрации язвы в головку поджелудочной железы по данным компьютерной томографии брюшной полости. Пациенты стратифицированы на группы низкого, среднего и высокого риска с применением дифференцированной лечебной тактики. В группе низкого риска выполнялся эндоскопический гемостаз с динамическим наблюдением и применением транскатетерной ангиоэмболизации при рецидиве. В группе среднего риска гибридный гемостаз применялся как окончательный метод остановки кровотечения, а при рецидиве выполнялось оперативное лечение. В группе высокого риска гибридный гемостаз применялся как подготовительный этап к оперативному лечению и не позднее 19 часов после его выполнения все пациенты были оперированы.

Результаты

В исследовании сформированы две группы пациентов: стратифицированная ретроспективная (n=89: низкий риск — n=45, средний — n=32, высокий — n=12) и проспективная (n=69: низкий риск — n=35, средний — n=25, высокий — n=9). Внедрение разработанного алгоритма лечения в проспективной группе позволило достоверно улучшить клинические результаты по сравнению с ретроспективной. Частота рецидивов кровотечения снизилась с 34,8% в ретроспективной группе до 14,5% в проспективной (p=0,007). Наиболее выраженный эффект отмечен в группе высокого риска, где в проспективной группе рецидивы кровотечения отсутствовали. В группе среднего риска частота рецидивов снизилась с 46,8% до 28,0% (p=0,019), тогда как в группе низкого риска различия носили статистически недостоверный характер, что подтверждает благоприятный прогноз в данной группе пациентов. Отмечено также значимое снижение летальности с 16,8% до 4,3% (p=0,021). В группе среднего риска летальность уменьшилась с 21,8% до 4,3%, при этом различие носит пограничную статистическую значимость (p = 0,054), но отражает более чем пятикратное снижение частоты летальных исходов. В группе высокого риска — с 50% до 22,2% (p=0,195), что, несмотря на отсутствие статистической значимости вследствие ограниченного объёма групп, указывает на отчётливую тенденцию к улучшению прогноза. Кроме того, зафиксировано сокращение длительности госпитализации: медиана составила 6 суток (Q1–Q3: 5–10) в проспективной группе против 8 суток (Q1–Q3: 6–12) в ретроспективной (p=0,015).

Выводы

Рецидив кровотечения является ключевым фактором неблагоприятного исхода при язвенных дуоденальных кровотечениях. Стратификация пациентов по рискам рецидива кровотечения с применением гибридного гемостаза позволяет снизить частоту рецидивов, летальность и длительность госпитализации.

---

280. Генетические предпосылки формирования рецидивов абдоминальных грыж после герниопластики

Лымарь Ю.Ю. (1), Юдин В.А. (2), Натальский А.А. (2)

Рязань

1) ООО «Медклиника»,
2) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. Не смотря на множество предложенных способов герниопластики и их модификаций проблема рецидивов абдоминальных грыж остается значимой и актуальной. Частота рецидива при грыжах передней брюшной стенки составляет по данным разных авторов от 1 до 40%. Изучение грыжевой болезни, как заболевания со сложным этиопатогенезом, обусловило выявление генетических предпосылок, предрасполагающих к возникновению рецидивов после перенесенной герниопластики.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение генетических предпосылок возникновения абдоминальных грыж и их рецидивов.

Материал и методы. Период: с января 2025 года (исследование продолжается). Объект исследования: основная группа – мужчины с рецидивными грыжами передней брюшной стенки (n=40), контрольная группа – мужчины без грыж (n=40). Возраст пациентов: 18-86 лет. Средний возраст представителей основной группы 61±2,8 года, контрольной – 60,4±3,1 года. Индекс массы тела пациентов: 18-41 кг/м2. Средний индекс массы тела пациентов основной группы – 26,3±3,5 кг/м2, контрольной группы – 26,7±3,2 кг/м2. Сопутствующая патология у всех пациентов была компенсирована. Проводимые исследования: полиморфизм 1663Ins/DelT альфа1-цепи коллагена I (COL1A1), полиморфизм G-1997T альфа1-цепи коллагена I (COL1A1), полиморфизм Sp1 (G2046T) альфа1-цепи коллагена I (COL1A1), полиморфизм G2092A (Ala698Thr; A698T) альфа1-цепи коллагена III (COL3A1). Статистический анализ производился методом Манна-Уитни.

Полученные результаты. Мутации 1663Ins/DelT (COL1A1): основная группа – не выявлены (n=0), контрольная группа – не выявлены (n=0). Мутации G-1997T (COL1A1): основная группа – выявлены у 70% пациентов (n=28), контрольная группа – не выявлены (n=0) (p

---

281. Оптимизация комплексного лечения острого билиарного панкреатита тяжелой степени тяжести

Корольков А.Ю., Ахмедов А.Н., Попов Д.Н., Багненко С.Ф.

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

Актуальность. Острый билиарный панкреатит (ОБП) тяжелой степени сохраняет высокие показатели летальности (до 20–45%), что обусловлено прогрессированием панкреонекроза и развитием гнойно-некротических осложнений. Ключевым звеном патогенеза служит острая внутрипротоковая гипертензия вследствие обструкции или разрыва главного панкреатического протока (ГПП), что обосновывает поиск эффективных методов декомпрессии. Эндоскопическое стентирование ГПП рассматривается как перспективный метод восстановления целостности протоковой системы, однако четкие показания, сроки выполнения и его влияние на исходы требуют уточнения.

Материал и методы. В клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова за период 2015–2024 гг. пролечено 126 пациентов с тяжелым ОБП. В ретроспективную группу I (n=69) вошли больные, получавшие стандартную консервативную терапию без стентирования ГПП. В проспективную группу II (n=57) включены пациенты, которым в сроки 12–72 часа от дебюта заболевания дополнительно выполнялось эндоскопическое транспапиллярное стентирование ГПП. Критериями сравнения служили динамика С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина (ПКТ), шкалы SOFA, распространенности парапанкреатита по данным КТ, частота гнойно-некротических осложнений, длительность госпитализации и летальность. Полученные результаты. Исходно группы были сопоставимы по основным параметрам. У 86% пациентов выявлен панкреонекроз I типа конфигурации с преимущественной локализацией в области перешейка. В группе II уже с первых суток после стентирования отмечено достоверное снижение уровня СРБ и ПКТ по сравнению с группой I (p

---

283. Применение деэпителизированных кожных лоскутов для пластического закрытия раневых дефектов в области стоп

Новикова О.В. (1), Глыздов А.П. (2), Малицкий М.В. (2)

Витебск, Республика Беларусь

1) Государственное учреждение «Витебская областная клиническая больница Республиканский научно-практический центр «Инфекция в хирургии»
2) Государственное учреждение «Витебская областная клиническая больница, отделение гнойной хирургии»

Актуальность.

Пластическое закрытие ран стоп представляет существенную проблему, так как особенности структуры этих тканей - высокая плотность, толщина эпидермиса, особенность кровоснабжения, постоянные механические нагрузки - затрудняют приживление кожных лоскутов, приводя к их отторжению. Формирование рубцов неизбежно приведёт к развитию осложнений. Применение деэпителтзированных кожных лоскутов позволяет избежать рубцовой деформации стопы, профилактировать язвы послеоперационного рубца, заместить раневой дефект собственными тканями, и, соответственно, оптимизировать подходы к лечению. Дермальные трансплантаты формируются из дермы после отделения покрывающего её эпидермиса и подкожно-жировой клетчатки. Эти трансплантаты очень надёжны, устойчивы к инфекции и могут погружаться под поверхность кожи. При таком утапливании эпидермальные элементы атрофируются и становятся неактивными; однако обнажившийся трансплантат, используемый поверхностно, может реэпителизироваться. Однако, в методах забора деэпителизированного лоскута остаются сложности с последующем закрытием донорских участков.

Цель исследования — разработать метод забора и трансплантации деэпителизированного лоскута на раны стопы с минимальным риском развития осложнений в зоне забора трансплантата и с высоким уровнем приживаемости на раневой поверхности.

Материалы и методы.

В отделении гнойной хирургии пролечено 20 пациентов, (8 мужчин, 12 женщин, средний возраст 58,7) с обширными раневыми дефектами стопы. Первым этапом под внутривенным наркозом проводили забор дерматомом расщеплённого кожного лоскута толщиной 0,3 мм. Полученный лоскут сохранялся для последующего этапа в физиологическом растворе. Затем из зоны забора расщеплённого лоскута выкраивался и иссекался эпидермально-дермальный участок толщиной до 5 мм по размеру раневого дефекта стопы, производилось удаление

подкожно-жировой клетчатки с внутренней поверхности лоскута, гемостаз, пластическое закрытие донорского участка полученным ранее расщеплённым кожным лоскутом. Вторым этапом производилась некрэктомия из раны стопы, ультразвуковая кавитация раневого дефекта, пластическое закрытие дермальным лоскутом с последующей фиксацией к ране узловыми швами. В послеоперационном периоде наблюдался частичный лизис кожного лоскута и заживление раны под струпом. Однако, отмечалась плотная фиксация трансплантата к раневому дефекту уже на 3 сутки после операции.

Полученные результаты.

В клинической практике данная методика продемонстрировала хорошие результаты: ускорилось заживление, сократились сроки пребывания в стационаре, в отдалённом периоде не наблюдалось формирование нейротрофических язв и грубых рубцовых изменений. Данная методика хорошо зарекомендовала себя в комбинации с наложением дерматотензионных швов на раны стопы. Что позволяет обеспечить оптимальные условия для приживления трансплантата. В послеоперационном периоде наблюдался частичный лизис кожного лоскута и заживление раны под струпом. В результате заживление раны ускорилось, сроки госпитализации уменьшились, в отдалённом периоде не наблюдалось формирование нейротрофических язв и грубых рубцовых изменений.

Обсуждение.

Пластическое закрытие раневых дефектов стоп деэпителтзированными лоскутами позволяет сформировать сходную гистологически, по плотности и толщине ткань, избежать рубцовой деформации стопы, профилактировать язвы послеоперационного рубца, заместить раневой дефект собственными тканями, и, соответственно, оптимизировать подходы к лечению. Использование стандартных расщеплённых лоскутов на стопе не возможно в связи с высокой вероятностью формирования язв послеоперационного рубца, низкой защитной функцией тонкого лоскута и отличием гистологической структуры. Кожный покров, восстановленный свободной пересадкой расщеплённых кожных лоскутов, отличается от нормальной кожи цветом, меньшей эластичностью, подвижностью. Такая кожа после приживления подвержена некоторому сморщиванию, менее устойчива к механическим нагрузкам.

Выводы и рекомендации.

Таким образом, применение деэпителизированного лоскута для пластического закрытия ран стопы по предложенной методике позволяет минимизировать риск развития осложнений в зоне забора трансплантата и обеспечить высокий уровень приживаемости на раневой поверхности.

---

284. Пластика суральным лоскутом с предоперационной спицевой дермотензией донорской зоны и ЛДФ-мониторингом при длительно незаживающих ранах голени

Кошманёв М.С., Рябков М.Г.

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «НОКБ ИМ. Н.А.СЕМАШКО»

Актуальность. Суральный лоскут — основной способ закрытия дефектов нижней трети голени и стопы. При его заборе формируется донорская рана, которую традиционно закрывают расщеплённым аутодермотрансплантатом. Это ведёт к вторичной ретракции, рубцовой деформации и ограничению тыльного сгибания стопы. Трансплантат не восполняет дефицит тканей: кожа остаётся ригидной, спаянной с икроножной мышцей. Образующийся рубцовый массив делает донорскую зону непригодной для повторного забора лоскута, что критично для пациентов с рецидивирующим остеомиелитом и необходимостью этапных реконструкций. Одноэтапная пластика сопряжена с высоким риском венозной недостаточности и некроза лоскута. Первичное закрытие донорской раны собственными тканями без использования трансплантата остаётся нерешённой задачей.

Материал и методы. В исследование включены 22 пациента с посттравматическим остеомиелитом, которым выполняли пластику суральным лоскутом. Основная группа — 8 пациентов, двухэтапная методика. Первый этап: мобилизация лоскута, пересечение малой подкожной вены. По краям донорской раны чрескожно, с захватом фасции, проводили спицы Киршнера и фиксировали в соединительных узлах (патент RU 242125 U1). Тракцию спиц выполняли 7 суток, регулируя амплитуду по состоянию тканей и болевому синдрому. Второй этап (8-е сутки): секвестрнекрэктомия, при необходимости — антибактериальный спейсер, ротация лоскута в реципиентную зону, первичное ушивание донорской раны. Контрольная группа — 14 пациентов, традиционная одноэтапная пластика без дермотензии, донорская рана закрывалась расщеплённым трансплантатом. Микроциркуляцию оценивали методом ЛДФ (аппарат «Лазма») на пяти этапах: исходно, после мобилизации, на 1-е и 7-е сутки дермотензии, после перемещения лоскута.

Результаты. В основной группе во всех 8 наблюдениях донорская рана ушита первично. У одного пациента — краевое расхождение (4×2 см), купированное вторичными швами. Некрозов лоскутов не зафиксировано. В контрольной группе первичное ушивание донорской раны — у 2 из 14, в 12 случаях потребовалась аутодермопластика. Краевой некроз лоскута — у 4 пациентов, тотальный некроз — у 1, гематома донорской зоны с пункцией — у 1. По данным ЛДФ, венозный застой сразу после мобилизации — 40,2±3,1% от исходного. На 1-е сутки — без динамики. К 7-м суткам — 13,5±2,8%. После

ротации — 24,1±3,4%. Артериальный кровоток не нарушался.

Обсуждение. Закрытие донорской раны свободным кожным трансплантатом формирует рубцовый регенерат — неэластичный, склонный к сморщиванию, фиксирующий икроножную мышцу. В контрольной группе такой подход потребовался в большинстве случаев. Предложенная методика позволяет ушить донорскую рану первично, в отличие от традиционной тактики. Двухэтапная пластика повысила выживаемость лоскутов: в основной группе некрозов не было, в контроле — краевые некрозы у 4 и один тотальный. Эти данные согласуются с результатами ЛДФ: за 7 суток дермотензии венозный застой снижается с исходных значений до 13,5±2,8%, а после перемещения не превышает 24,1±3,4%, оставаясь ниже первоначального пика. Снижение венозного стаза к моменту переноса коррелирует с отсутствием некрозов в основной группе. Устройства DermaClose и TopClosure, применявшиеся ранее для закрытия донорских ран, устанавливают после перемещения лоскута, на открытую рану, что создаёт риск вторичного инфицирования и затрудняет перевязки. Их конструкция не предполагает двухэтапной пластики с мобилизацией и отсроченным переносом. Фиксация поверхностная, без захвата фасции, что ограничивает передачу усилия на глубокие ткани. Спицевая тракция через фасцию лишена этих недостатков. Ограничением работы служит небольшой объём выборки, требующий дальнейшего накопления данных.

Выводы. Двухэтапная пластика суральным лоскутом со спицевой дермотензией обеспечивает первичное ушивание донорской раны во всех наблюдениях, в контроле — 2 из 14. Некрозов лоскута в основной группе нет, в контроле — краевые у 4, тотальный у 1. По данным ЛДФ, венозный застой снижается с 40,2±3,1% до 13,5±2,8% к 7-м суткам, после перемещения — 24,1±3,4%. Таким образом, двухэтапная методика со спицевой дермотензией повышает выживаемость сурального лоскута за счёт адаптации венозного русла в предоперационном периоде.

---

286. Разработка доменно-индексной системы для оценки качества жизни пациентов с дисфагией при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Марюхин Г.В. (1), Хашимов Б.Б. (2), Иванов В.В. (1,2), Янин Е.Л. (1,2)

Тюмень

1) ТюмГМУ,
2) ОКБ №1 г. Тюмень

Актуальность

Разработка H2AD основана на задаче перевести жалобы пациента с ГПОД и дисфагией в структурированную систему. Дисфагия при ГПОД проявляется не только затруднением прохождения пищи, но и изменением пищевого поведения, тревогой, ограничением социальной активности и снижением функционального состояния. Поэтому, H2AD создавался не как общий опросник, а как доменная модель с индексами, описывающими разные стороны состояния.

Материал и методы

Модель H2AD выполнена как аналитико-методологическая разработка пациент-ориентированного инструмента для оценки качества жизни пациентов при дисфагии на фоне ГПОД, после проведённого хирургического лечения и при дальнейшем мониторинге их состояния. На первом этапе была выведена концептуальная модель: дисфагия –многокомпонентное состояние. Для этого был проведен сравнительный анализ существующих опросников и выявлено, что недостаточно отражаются: поведенческая адаптация, тревога перед едой, социальное избегание, функциональные последствия и связь симптомов с режимом жизни. После этого была сформирована доменная модель H2AD. В неё были включены шесть базовых компонентов: механический, сенсорный, поведенческий, эмоционально-когнитивный, социальный и функциональный. Такое разделение позволяет не смешивать симптом как ощущение с реакцией пациента на него.

Затем, выделены клинически значимые домены, отражающие состояние пациента. Вопросы были распределены так, чтобы каждый блок измерял один основной конструкт и рассчитывался самостоятельно (базовый индексы). Все ответы оцениваются по шкале 0–4 (Шкала Лайкерта). Это позволяет рассчитывать домены как средние значения и сохранять сопоставимость показателей.

Сформированная архитектура доменов H2AD представлена индексами: MI, SenI, BI, EI, SocI и FI. MI – механическое затруднение прохождения пищи по пищеводу, SenI – сенсорные и рефлюксно-регургитационные ощущения пациента, BI – изменение пищевого поведения, EI – страхи и фиксация на симптомах, SocI – ограничения социальных взаимодействий с другими людьми, FI – функциональные последствия для питания,

активности и самочувствия.

На основе доменов создана система композитных индексов. DBI = (MI + SenI) / 2 – отражает «бремя дисфагии». QII = (BI + EI + SocI + FI) / 4 отражает влияние симптомов на качество жизни, отражая влияние на жизнь через разные компоненты. ALI = (BI + FI) / 2 оценивает адаптационную нагрузку. PII = (EI + SenI) / 2 – характеристика психосенсорного дистресса. OCI = (MI + SenI + BI + EI + SocI + FI) / 6 – объединение доменов для интегрального результата. Эта система позволяет видеть профиль пациента и получать наглядные показатели для наблюдения и научной обработки.

Для первичной оценки системы опросник был проверен пациентами торакального отделения №2 ОКБ №1 г. Тюмень.

Полученные результаты

По итогам первичной проверки разработанной системы была выявлена корреляция между полученными через опросник значениями и лабораторными/инструментальными данными.

Обсуждение

Главная особенность H2AD – каждый индекс имеет клинический смысл. Базовые индексы – формирование профиля пациента, а композитные – обобщённые аналитические параметры. Такой подход позволяет отличать бремя симптомов от последствий заболевания.

Отдельным элементом разработки стало программное обеспечение для интерпретации. ПО для H2AD позволяет вносить ответы пациента, автоматически рассчитывать индексы, формировать профиль ввода, сохранять данные в единой базе, сравнивать разные визиты одного пациента и сопоставлять пациентов. Поддерживается функция экспорта профиля пациента и базы данных. Поэтому, H2AD является не только опросником, но и цифровой системой клинического мониторинга.

Выводы и рекомендации

H2AD представляет собой разработанную доменно-индексную систему для оценки качества жизни пациентов с дисфагией при ГПОД. Его ценность состоит в сочетании клинически обоснованных доменов, прозрачного подсчёта, композитных индексов и наличии ПО для анализа. Следующий этап – клиническая апробация и психометрическая валидация H2AD.

---

287. Дренирование брюшной полости при многоэтапном хирургическом лечении боевой травмы живота

Шестаков А.М. (1), Мусаилов В.А. (2), Самохин О.И. (3), Андреев Е.В. (4), Ряднов А.А. (5), Киктева С.С. (6)

1) Ростов-на-Дону,
2) Москва,
3-6) Ростов-на-Дону

1) ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ,
2) НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского МО РФ, ФГБ ВО УВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Медицинской институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»,
3) ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ,
4) ГБУ РО «ОКБ№2», ФГБОУ ВО РостГМУ,
5) ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ,
6) ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ

Актуальность. Купирование огнестрельного перитонита требует многоэтапного хирургического лечения. Залогом его успешной реализации является соблюдение единых тактических подходов. Проблема единообразия дренирования брюшной полости в этих условиях приобретает особую значимость.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения раненых на СВО с повреждениями живота, поступивших в отделение неотложной хирургии ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ с мая по октябрь 2025 года. Изучены особенности дренирования брюшной полости, выполненные раненым на 1-3 этапе многоэтапного хирургического лечения. Произведена оценка адекватности дренирования, осложнений, связанных с дренажами и процессом их установки. Исследована микрофлора дренажных каналов и лапаротомных ран. Все пациенты мужского пола, средний возраст 37,1±8,8 лет.

Полученные результаты. Изолированные ранения живота отмечены у 9,36% раненых, сочетанные ранения у 85,9%, комбинированные повреждения у 1,28%. Ранение одной анатомической области имелось у 15,4% раненых, двух анатомических областей - у 21,8% случаев, трех областей – в 37,2% случаев, четырех и более анатомических областей – в 25,7%. В 35,9% отмечено ранение одного органа брюшной полости, в 38,5% – двух органов, в 16,7% – трех органов, в 8,9% - четырех и более. Согласно шкале ВПХ-ОР раненые относились к категории тяжелых 71,8% и крайне тяжелых – 28,2%. 41% раненых прооперирован на передовом этапе в первые сутки с момента ранения. 83,3% раненым была выполнена одна операция на брюшной полости на предыдущем этапе. Интервал между операцией в отделении неотложной хирургии ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ и хирургическим лечением на предыдущем этапе у 41% раненых составляла двое суток, у 32% раненых -

трое суток.

Обсуждение. Исходя из предположения, что адекватное дренирование брюшной полости - это такое, когда дренажи проведены в 5 анатомических пространств брюшной полости (малый таз, подпеченочное пространство, боковые каналы и левое поддиафрагмальное пространство); в наблюдении неадекватное признано дренирование у 69,23% раненых. В 51,28% случаев выполнено редренирование брюшной полости. Впервые предложен термин «порочное дренирование» - дренирование, которое приводит к новому патологическому процессу и усугубляет состояние больного. Изучены факторы, способствующие этому процессу: осложнения, возникающие при проведении и установке дренажа; при взаимодействии органов брюшной полости с дренажными трубками; осложнения, связанные с прекращением дренажной функции трубки, и возникновении благоприятных условий для развития гнойных осложнений; с неадекватностью дренажной системы – собирательной емкости и/или соединительной трубки; осложнения назо-гастро-интестинального дренирования. Наиболее частыми причинами порочности стали закупорка просвета дренажной трубки фибрином, детритом или кровяным сгустком, фиксация в отверстиях дренажных трубок большого сальника, жирового подвеска толстой кишки, стенки кишки или ее брыжейки, формирование абсцессов. Проведенное микробиологическое исследование показало, что у 3,85% раненых микрофлора высеяна только в лапаротомной ране, у 6,41% – только в дренажном канале, у 7,69% раненых микробная картина лапаротомной раны отличалась от микрофлоры дренажа.

Выводы и рекомендации. Дренированию брюшной полости следует уделять больше внимания. Для военных хирургов необходим единообразный подход к этому вопросу. Понимая риски и осложнения при установке дренажей, феномен порочности, все-таки, необходимо всегда выполнять дренирование в условиях многоэтапного хирургического лечения.

---

288. Эндоскопическая экстраперитонеальная (eTEP) и интраперитонеальная (IPOM) пластика при срединных первичных вентральных грыжах. Результаты проспективного многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования.

Панкратов А.А. (1,3), Авясов Д.И. (1,2), Аносов В.Д. (3), Армашов В.П. (4), Черняков А.В. (3), Овчинников С.В. (3), Костяев Д.С. (3), Путулян А.А. (4)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»Минздрава России
2) ГБУЗ «ГКБ им В.П. Демихова ДЗМ» г. Москвы
3) ГБУЗ «ГКБ им О.М. Филатова ДЗМ» г. Москвы
4) ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ г. Москвы

Актуальность. IPOM широко распространена, но сопровождается выраженным болевым синдромом и имеет риски развития интраабдоминальных спаек. eTEP с ретромускулярной установкой сетки лишена этих недостатков, но сопряжена с другими осложнениями: несостоятельность швов брюшины с миграцией кишки, повреждение Спигелиевой линии с формированием латеральных грыж. Эффективность и безопасность сравниваемых методик остаются недостаточно изученными. Цель: сравнить эффективность и безопасность eTEP и IPOM при первичных срединных грыжах. Материал и методы. проспективное мультицентровое простое слепое РКИ (сентябрь 2023 – октябрь 2025). Критерии включения: первичные не ущемленные срединные вентральные грыжи малого и среднего размера (грыжевые ворота 1-4 см, EHS и AHS). Критерии невключения: осложненные, рецидивные/ послеоперационные, латеральные грыжи; тяжёлая коморбидность; инфекция/рубцы в зоне операции; непереносимость импланта; невладение методикой. Критерии исключения: переход на другой вид операции в ходе вмешательства, отказ больного от дальнейшего участия в исследовании. Критерии сравнения: интра- и послеоперационные осложнения, рецидивы, качество жизни (EuraHs-Qol), длительность госпитализации и операции. Методы оценки: анализ амбулаторных баз, телефонный опрос, контрольный осмотр (на 7, 30 и 90-е сутки после операции). Включено 100 пациентов (по 50 в группе). Средний возраст пациентов – 47,2 года в группе eTEP, 52,5 года – IPOM. Распределение по полу — по 32 (64%) мужчины в каждой. В группе IPOM размер грыжевых ворот составил 1,8 см (1–4,5), грыжевого мешка — 3 см (1–15). В группе eTEP — 1,7 см (0,5–4), 2,9 см (1,5–8) соответственно. При IPOM использовали имплант «Reperen» (12×10 см), фиксация — спиралевидными скрепками (ProTack). При eTEP — макропористый «Ethicon Prolene» (18×17 см). В обеих группах перекрытие грыжевых ворот — 5 см во всех направлениях. Результаты: Среднее время

операции: IPOM — 48 мин (20–105), eTEP — 125 мин (45–250) (p

---

289. Минимально инвазивные вмешательства в лечении билиарных осложнений после трансплантации печени

Лищенко А.Н. (1), Андреев А.В. (1), Попов А.Ю. (1), Порханов В.А. (1), Исмаилов С.И. (2), Ибадов Р.А. (2)

1) Краснодар, Россия
2) Ташкент, Республика Узбекистан

1) ГБУЗ «НИИ - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского» МЗ Краснодарского края
2) ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова»

Актуальность. Билиарные осложнения остаются одной из ведущих причин заболеваемости, повторных вмешательств и потери трансплантатов в хирургии печени. Частота их развития варьирует от 10 до 30% в зависимости от типа донора (Giri S. et al., 2024; Duailibi D.F. et al., 2010; Meier R.P.H. et al., 2022). Выбор доступа для коррекции напрямую зависит от вида билиарной реконструкции и особенностей кровоснабжения зоны анастомозов.

Цель. Оценить роль антеградных минимально инвазивных технологий в лечении билиарных осложнений после трупной и родственной трансплантации печени на основе опыта одного центра.

Материалы и методы. Программа трансплантации печени в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» реализуется с мая 2010 года, всего выполнено 235 трупных трансплантаций печени. Опыт родственных трансплантаций составил 110 наблюдений (4 — в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1», 106 — в Центре хирургии им. акад. В. Вахидова). В периоде освоения комплекс мер профилактики включал: тщательную технику анастомозирования без перегибов и натяжения протоков, использование узлового шва, отказ от коагуляции при формировании билиарного соустья, а также мониторинг биохимических показателей и УЗ-контроль артериального кровоснабжения для ранней диагностики стриктур и выполнения стентирования.

Результаты. Структура и тактика лечения осложнений различались в зависимости от типа трансплантата. При трупной трансплантации с анастомозом «duct-to-duct» частота стриктур холедохо-холедохоанастомоза составила 10,6% (n=25). Данный тип соустья обеспечивал стандартный эндоскопический доступ через большой дуоденальный сосочек, поэтому методом первого выбора становилось эндоскопическое лечение (ЭРХПГ) с эффективностью до 77%. Антеградный доступ применялся лишь в сложных случаях.

При родственной трансплантации эндоскопический доступ часто оказывался технически невозможным ввиду объективных причин: наличие нескольких протоков у трансплантата, их малый диаметр, «пергаментные» истонченные стенки, несоответствие диаметра протоков донора и реципиента, углообразное впадение внутрипеченочных протоков и выполнение холедохоеюноанастомоза. В данной группе антеградный чрескожный чреспеченочный доступ стал не только методом «спасения», но и методом выбора. По мере накопления опыта в лечении билиарных осложнений у реципиентов родственной печени применялись наружное дренирование желчных протоков под УЗ- и рентгентелевизионным контролем, дренирование билом поддиафрагмального пространства, а также наружно-внутреннее дренирование, позволяющее восстановить пассаж желчи.

Выводы. При трупной трансплантации с анастомозом «duct-to-duct» приоритет остается за эндоскопической коррекцией. Однако при родственной трансплантации вариабельность анатомии и малый калибр протоков делают антеградный чрескожный чреспеченочный доступ методом выбора. Минимально инвазивные антеградные вмешательства позволяют осуществить безопасную декомпрессию желчного дерева, эффективно разрешить явления холангита и механической желтухи как окончательный метод лечения или на этапах подготовки к реконструктивным операциям.

---

290. Опыт этапного пункционного наружно-внутреннего дренирования у пациентов с механической желтухой.

Кан В.В. (1), Лященко С.Н. (1), Савин Д.В. (1,2), Соболев Ю.А. (1,2)

Оренбург

1) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»,
2) ФГПОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ,

Актуальность. Больные с механической желтухой (МЖ) являются проблемной группой в хирургических и онкологических стационарах. Наличие МЖ при злокачественных опухолях панкреатодуоденальной зоны существенно отягощает состояние больных, приводя к развитию у них печеночной и почечной недостаточности, геморрагическому синдрому, холемическим кровотечениям, гнойному холангиту, холангиогенным абсцессам печени,

дисбактериозу кишечника и полиорганной недостаточности. Все диагностические и лечебные мероприятия у этих больных необходимо выполнять в срочном порядке. Несмотря на малую травматичность хирургического доступа и оперативного приема, при использовании эндобилиарных методов в ряде случаев возникают осложнения как специфического, так и неспецифического характера.

Цель исследования. оценить результаты лечения пациентов с механической желтухой, путём использования этапной дозированнной декомпрессии биллиарной системы, и индивидуального дооперационного планирования пункционных вмешательств.

Материалы и методы. За период 2021-2025 годы наружно-внутренее дренирование выполнено 14 пациентам с механической желтухой (женщин – 7, муж¬чин – 7). Средний возраст пациентов на момент вмеша¬тельства 66,5 лет (от 36 до 86 лет).

Результаты. Всем пациентам после проведённой консервативной терапии и предоперационной подготовки, включающей в себя инфузионную, дезитоксикационную терапию, а также профилактическую гемостатическую терапию в день операции. Как первичный этап выполнялось рентгенхирургическое чрескожное наружное дренирование желчных протоков. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная консервативная терапия, в зависимости от тяжести состояния, степени активности холестатического гепатита и цифр билирубина пациенты выписывались под амбулаторное наблюдение хирурга, терапевта онколога поликлиники на 4-11е сутки. Через 14-30 суток после купирования явлений механической желтухи пациенты повторно госпитализировались. В целях предоперационной подготовки выполнялось дообследование, включающее в себя МСКТ в сочетании с фистулографией, что позволяло сформировать точную 3D модель желчных протоков. Благодаря формирования индивидуальной 3D модели пациента, нам удалось наиболее чётко подобрать уровень и глубину постановки наружно внутреннего дренажа и точно определить уровень формирования дополнительных дренажных отверстии в дренажной системе. После проведённой предоперационной подготовки с целью предотвращения ахолического синдрома вторым этапом выполнялось наружно-внутреннее дренирование желчных протоков. У всех пациентов послеоперационный период протекал благоприятно, болевой синдром не отмечался, осложнений в раннем послеоперационном не отмечалось.

Обсуждение. Благодаря выбранному этапному подходу в лечении пациента, нам удалось минимизировать возможные риски при оперативном вмешательстве, а также осуществить дозированную декомпрессию биллиарной системы. Рентгенохирургическое наружно-внутреннее дренирование желчных протоков вместе с тем выполнено с целью улучшения качества жизни пациентов. Кроме того, это предотвращает появление синдрома ахолии, так как часто пациенты в старческом возрасте прекращают или сокращают пероральный приём желчи. На основании проведенного лечения была отмечена положительная динамика с улучшением общего состояния и отсутствие осложнений.

---

291. Выбор в условиях дефицита времени: неотложное стентирование или формирование колостомы при опухолевой кишечной непроходимости.

Бердиева Д.Р., Шаповальянц С.Г., Горбачев Е.В., Шулаев А.В., Федоров Е.Д.

Москва

«ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ (Пироговский Университет), Институт хирургии; Кафедра госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии. Городская клиническая больница №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗ г. Москвы.

Введение. Неотложное стентирование опухоли прочно вошло в арсенал хирургических методов разрешения острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН). Однако при оказании экстренной хирургической помощи его применение ограничено организационно-техническими сложностями, и риском потенциальных осложнений.

Материал и методы. Основываясь на ретроспективном сравнении результатов стентирования (81) и колостомии (77) у 158 больных с ООТКН опухолевого генеза в 2019-2022г.г. мы провели проспективное рандомизированное исследование, в которое включили 51 больного с ООТКН, поступивших в клинику с 01.01.2023г. по 31.12.2024г. После выполнения экстренной КТ и колоноскопии больные были распределены на 2 группы способом блочной рандомизации. У 35 [мужчин - 25, женщин - 10; в возрасте: 74,5 (63,3-81,3)] было предпринято стентирование опухоли; у 16 [мужчин - 10, женщин - 6; в возрасте: 75,0 (66,0-82,0)] наложение колостомы; P=0,793. Длительность ОКН до поступления в стационар составила от 1 до 10 дней, в среднем 4 дня (в группе стентированных - 3 дня [3-5], стомированных - 4 [3-7]; P=0,45; распределение по ASA было равнозначным (P=0,842).

Результаты. Попытка эндоскопического стентирования была предпринята у 35 больных; технически успешная установка стента была достигнута у 28/35 (80,0%).

Были использованы непокрытые стенты WallFlex (Boston Scientific, США) (3 больных); непокрытые стенты двойного плетения EGIS (19); покрытые стенты двойного плетения (Biotech, Корея) (6). В 7/35 (20,0%) случаях выполнение стентирования оказалось невозможным вследствие протяжённых и извитых опухолевых стриктур, что потребовало наложения лапароскопически-ассистированной колостомы. Клинический эффект был достигнут у всех 28/28 пациентов с технически успешной установкой стента, однако у части больных потребовались дополнительные эндоскопические вмешательства. В одном случае в первые сутки было выполнено повторное вмешательство с использованием техники «стент-в-стент». В трёх наблюдениях проведена контрольная колоноскопия, выявившая неполное раскрытие стента; самостоятельное полное раскрытие в последующем. Осложнения в течение 30 дней после стентирования отмечены у 2/28 (7,1%) больных. В одном случае на 14 сутки развился рецидив непроходимости вследствие миграции стента; лапароскопически-ассистированная колостомия; выписка. В другом случае на 20 сутки произошла перфорация опухоли с развитием перитонита; экстренная лапаротомия, петлевая трансверзостомия, санация и дренирования брюшной полости; летальный исход. Хирургическая декомпрессия в объёме лапароскопически-ассистированной колостомии выполнена у 23 больных (включая 7 после неудавшегося стентирования) и во всех наблюдениях обеспечила разрешение кишечной непроходимости. В послеоперационном периоде осложнения развились у 2/23 (8,7%) больных. У одного - абсцесс передней брюшной стенки на 27-е сутки после формирования колостомы; успешное вскрытие и санация полости абсцесса. У второго - перфорации опухоли селезеночного изгиба на 15 сутки после колостомии, с формированием абсцесса и прорывом последнего в брюшную полость, перитонитом; лапаротомия, вынужденное ушивание перфорации опухоли, санация и дренирование брюшной полости; летальный исход на 3 сутки. Длительность госпитализации была статистически значимо меньше в группе стентирования — 5 [3–6] суток против 8 [7–11] суток в группе колостомии (p

---

292. Гибридные технологии в лечении холедохолитиаза

Копейкин А.А., Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Дьячков А.Е., Слободенюк В.П.

Рязань

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, РоссияГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Рязань, Россия

Сопутствующий холедохолитиаз при лечении пациентов с желчнокаменной болезнью ограничивает возможности применения видеоэндохирургических технологий. Частота выявления камней в желчных протоках составляет от 3 до 15%. Необходимость устранения холедохолитиаза создает технические трудности, которые являются одной из причин отказа хирурга от лапароскопической операции и перехода к ее открытому варианту.

В период с 2014 по 2026 год на клинических базах ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России по поводу холецистохоледохолитиаза из лапароскопического и гибридного доступов оперировано 377 пациентов. Операции выполнялись как в плановом, так и в экстренном порядке (290 и 87 пациентов соответственно). Показанием к экстренной операции являлся, как правило, острый холецистит. Планирование одномоментного лечения холецистохоледохолитиаза производилось в случае невозможности двухэтапного лечения, предполагающего разнесенную по времени последовательность РХПГ – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЦЭ). Наиболее частыми причинами отказа от выполнения РХПГ первым этапом явились: техническая невозможность канюляции большого дуоденального сосочка (БДС) (128 пациентов), невозможность выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) вследствие парафатериального дивертикула (103 пациента), большой размер конкрементов общего желчного протока (74 пациента).

В 235 случаях выполнялась гибридное вмешательство: из лапароскопического доступа через вскрытую стенку пузырного протока в холедох и далее через БДС в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) подавалась проволочная струна-проводник. Одномоментно проводилась гастродуоденоскопия операционным эндоскопом. В ходе дуоденоскопии проводник захватывался эндощипцами и протягивался через канал эндоскопа наружу. На струну нанизывался сфинктеротом, подавался по струне через рабочий канал эндоскопа в ДПК и затем заводился в просвет холедоха. Наличие направляющего проводника обеспечивало легкую канюляцию БДС в 100% случаев, в том числе, при явлениях папиллита и парафатериальных дивертикулах. Выполнялась ЭПСТ и извлечение конкрементов эндоскопической корзиной. После извлечения проводника операция завершалась клипированием

пузырного протока ниже места рассечения и ЛХЦЭ.

В 193 наблюдениях, ввиду невозможности транспапиллярной литоэкстракции, удаление конкрементов холедоха выполнялось путем выполнения лапароскопической холедохолитотомии (ХЛТ). Выполнялась супрадуоденальная продольная ХЛТ «холодными» ножницами. Крупные одиночные конкременты сравнительно легко удалялись через разрез холедоха путем инструментальной пальпации его интрапанкреатической части. В остальных случаях способ удаления конкрементов зависел от ряда факторов: расположение конкремента в терминальном отделе холедоха, мягкий, фиксированный на стенке конкремент, проходимость БДС, выполненная предварительно ЭПСТ. Свободно лежащие мелкие конкременты часто удалялись путем вымывания форсированной струей жидкости через заведенный в терминальный отдел холедоха катетер. Также успешно применялась эндоскопическая корзина (Дормиа). В случае фиксированных в терминальном отделе холедоха конкрементов, которые не удалось извлечь при предварительной РХПГ с ЭПСТ, эффективным оказался метод с применением специального устройства, позволяющего вытолкнуть конкремент в просвет ДПК (Патент на полезную модель RU 183860 U1). В подтверждение успешного выполнения ХЛТ интраоперационного выполнялся осмотр просвета холедоха гибким холедохоскопом, заведенным в брюшную полость через троакарный разрез.

В ситуациях, в которых предварительно была выполнена ЭПСТ, холедохотомический разрез закрывали непрерывным «глухим» эндоскопическим швом, в других случаях дополнительно выполнялось наружного дренирование холедоха по Холстеду.

У 49 пациентов после выполнения лапароскопической ХЛТ констатировано нарушение проходимости терминального отдела холедоха вследствие рубцевания, аденомиоза БДС или парафатериального дивертикула. В этих случаях ХЛТ завершали выполнением продольно-поперечного холедоходуоденоанастомоза «бок-в-бок». Использовалась «парашютная» техника непрерывного шва, в качестве шовного материала использовался полидиоксанон 4/0.

Таким образом, гибридный и лапароскопический доступы для лечения пациентов с холедохолитиазом показали свою эффективность и безопасность и могут быть рекомендованы к применению в клинической практике.

---

294. Ревизионные операции, связанные с бариатрической хирургией

Гладкий Е.Ю. (1,2), Боровко Д.А. (1,2), Гладкая Е.А. (3), Гуменюк С.Е. (1,2)

Краснодар

1) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
2) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Краснодар»,
3) ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края

В последние 5 лет количество рецидивов ожирения после бариатрической операции через 5-10 лет составляет до 40% (больше при рестриктивных вмешательствах, меньше при шунтирующих). Данные о ревизионных хирургических вмешательствах появляются пропорционально с увеличением количества этих процедур в мире. Существуют данные о ревизионных операциях в третий-пятый раз, но эти данные минимальны и имеют казуистический характер, так как каждая последующая операция несет меньший эффект снижения избыточной массы тела при увеличении осложнений.

В «Бариатрическом центре» ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Краснодар», за 20 лет осуществлено 1217 бариатрических операций: 3,9% – повторные вмешательства, 0,25% – вмешательства в третий раз. Все ревизионные операции были проведены по причине рецидива набора вес, в эти данные не вошли лица с повторными вмешательствами при осложнениях или новых патологических состояниях в отдаленном послеоперационном периоде. Все пациенты, прошедшие ревизионные операции консультировались психиатром, эндокринологом, хирургом, поле чего каждый случай был обсужден на бариатрическом консилиуме, где был предложен алгоритм лечения рецидива.

Один из основных методов подготовки пациентов к оперативному вмешательству – установка интрагастрального баллона. С 2005 г. в центре было установлено 202 баллона: 48 – самостоятельный вид лечения; 154 – подготовительный этап к операции. Лучшие результаты у пациентов с ИМТ до 35 кг/м2. Менее эффективна баллонотерапия при ИМТ 35-45 кг/м2, ввиду высокой частоты рецидивов ожирения.

Важным этапом подготовки к операции являлось наблюдение профильными специалистами и коррекция сопутствующих патологий. В зависимости от возраста пациентов подходы отличались. Для младшей возрастной группы применялись 2 варианта подготовки: при баллонотерапии назначали препараты орлистата в малых дозах или орлистата в низких дозах без баллонотерапии.

Учитывая коморбидность, подход к терапии включал все известные точки приложения патогенеза, она была агрессивнее на дооперационном этапе. Препараты применялись в минимальных рациональных дозах для превенции побочных эффектов.

У молодых пациентов (18-35 лет) отмечается тенденция к менее гладкому течению раннего послеоперационного периода, на фоне сохранения артериальной гипертензии, дефицита В1, водно-электролитных нарушений, диспепсии.

Для пациентов старшего возраста (>40 лет) применима как чисто медикаментозная терапия, так и баллонирование на фоне терапии в малых дозах. Итогом является снижение массы тела на 24% с компенсацией или субкомпенсацией ассоциированных расстройств.

Внимания требует подготовка лиц с декомпенсированным СД – инсулинотерапия с переводом на базис-болюсную схему. Снижение дозы инсулина перед операцией до 50%. После операции – короткий инсулин в малых дозах и продленный инсулин ≈1ЕД/час. У пациентов с помповой подачей инсулина уменьшение скорости введения также до 50% без отключения подачи на время операции.

При гипертонии у морбидных пациентов лечение велось по принципам как при ХСН (даже без нее). Диуретики в раннем послеоперационном периоде отменялись из-за риска дегидратации, потери витаминов и электролитов. При II типе СД, устранялись ингибиторами SGLT2. Их назначение на этапе подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде, обязательно на фоне инфузионной терапии.

Важным аспектом подготовки лиц с ожирением на дооперационном этапе является и психотерапевтическое сопровождение, учитывая высокую предрасположенность к тревоге, нарушениям адаптации, психогенным перееданиям. Нужен рациональный подбор фармакотерапии с учётом возможных побочных эффектов, а также проведение психотерапии, направленной на выработку самоконтроля и обучение аутотренингу, актуально в рамках профилактики послеоперационных осложнений на фоне нарушения диеты и режима.

Результатом внедрения этапной подготовки стала возможность безопасно оперировать сложную когорту пациентов с суперожирением и достижение у пациентов положительной динамики.

---

295. Роль ангиоскопии в оценке качества каротидной реконструкции

Ахметов В.В. (1,2), Гапизов М.С. (1,2), Дуданов И.П. (1,3)

1) Петрозаводск
2) Москва
3) Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск
2) ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ», Москва
3) СПБ ГУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Актуальность проблемы. Самым распространенным видом реконструкции внутренней сонной артерии при ее атеросклеротическом поражении является каротидная эндартерэктомия в различных модификациях. Эта операция не защищена от технических дефектов на этапе завершения реконструкции. Важным является получение информации о состоянии внутренней поверхности оперируемой сонной артерии, недоступной для прямой визуализации до восстановления кровотока.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с поражением бифуркации сонной артерии.

Материал и методы: 102 пациента с января 2017г. были оперированы по поводу стеноза ВСА. Все больные были переведены из неврологических отделения через 7-10 дней после развития острого ишемического инсульта. Для контроля качества выполнения операции использовалась интраоперационная ангиоскопия до реконструкции и по ее завершении.

Больные разделены на две группы: первая – выполнение операции по принятым рекомендациям (как все), вторая – выполнение по модифицированной методике. В обеих группах выделены по две подгруппы: 1.Э – эверсионная методика, 1.К – классическая методика. Такие же подгруппы во второй, модифицированной, группе.

Критерии оценки: состояние интимы в области окончания ампулы, состояние поверхности артерии в области удаленной бляшки (наличие флотирующих фрагментов, их величина, количество, присутствие свободных частей бляшки), наличие и степень адгезии крови в области реконструкции.

Полученные результаты. Самое большое количество флотирующих фрагментов после удаления бляшки отмечено в первой группе в обеих методиках. В этих же группах отмечено прочная фиксация тромбовыстилки в области эндартерэктомии, которая не удалялась при промывании. Во второй группе достигнуты наилучшие результаты. При динамическом наблюдении за больными в различные сроки рестенозов во второй группе не отмечено.

Выводы: только тщательное удаление бляшки позволят получить хороший эффект каротидной эндартерэктомии как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленном периоде. Необходимо производить тщательный контроль удаления бляшки в дистальной части ампулы. Не допускается появление крови в области удаления бляшки во время операции. Необходимо проводить тщательное промывание и удаление остатков крови из области удаления бляшки. Подобные вмешательства требуют высокого профессионализма в ее выполнении

---

296. Острая мезентериальная ишемия. Опыт лечения больных в условиях многопрофильного стационара

Зеленин В.В. (2,3), Соловьев И.А. (2,3), Петров А.А. (2,3), Щеглов Д.С. (3), Котенков К.Д. (3), Дуданов И.П. (1,2,3)

1) Петрозаводск
2) С-Петербург
3) С-Петербург

1) ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет
2) ФГБОУ ВО С-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет
3) СПб ГБУЗ Городская Мариинская больница

Введение. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) – редкая причина «острого живота», характеризующаяся острым нарушением кровоснабжения кишечника, приводящего к критической ишемии, некрозу пораженных отделов. Принцип лечения заключается в восстановлении перфузии ишемизированной кишки и резекции некротизированной кишки. Ранняя реваскуляризация важна для снижения смертности. По данным литературы, заболеваемость оценивается в 0,09–0,2% от всех случаев госпитализации по поводу острой патологии органов брюшной полости. В возрастной группе старше 70 лет число таких пациентов достигает 10% от всей острой хирургической патологии органов брюшной полости, а смертность достигает 50-70% и более.

Двумя взаимодополняющими подходами к лечению мезентериальной ишемии являются хирургическое и эндоваскулярное вмешательство. Эндоваскулярное вмешательство не является альтернативой хирургическому подходу, но оно потенциально может улучшить прогноз для пациентов с ОМИ при сочетании с хирургическим подходом. В результате за последнее десятилетие количество эндоваскулярных вмешательств возросло. При этом, в российском хирургическом научном обществе до сих пор нет единого принятого документа, стандартизирующего подходы к диагностике и определяющую стратегию ведения таких больных. Обсуждение этого вопроса ограничилось проектом Национальных клинических рекомендаций «Острые сосудистые болезни кишечника у взрослых», предложенных к рассмотрению Российским обществом хирургом в 2018 году. В 2023 году по данной нозологии вышли обновленные гайдлайны Международного журнала по неотложной хирургии.

Цель исследования – анализ результатов диагностики и лечения больных с острой мезентериальной ишемией в многопрофильном стационаре; определение соответствия стратегии их лечения новейшим современным подходам.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 73 больных, доставленных на лечение в многопрофильный стационар за период с 2021 по 2024 гг. Из исследования были исключены пациенты, у которых на этапе стационарного лечения не был заподозрен диагноз мезентериальный тромбоз и выставлен позже на аутопсии, а также группа больных, переведенных из непрофильных стационаров с длительной временнóй задержкой, сделавших невозможным оказание им своевременной хирургической помощи. Женщин было 50 (68,49%), мужчин – 23 (31,51%). Средний возраст пациентов составил 75,3±9,05 лет. Время от появления первых симптомов заболевания до доставки пациентов машиной скорой помощи и поступления в стационар составило: до 6 час. – у 23 пациентов (31,5%), от 6 до 24 час. – у 20 пациентов (27,4%), более 24 час. – у 30 пациентов (41,1%). В зависимости от выбранной стратегии диагностики и лечения пациенты были разделены на 5 групп:

1 группа – стратегия эндоваскулярного лечения (с контрольной лапароскопией) – 9 пациентов (12,4%) [3];

2 группа – стратегия эндоваскулярного вмешательства совместно с хирургической операцией (лапаротомией, одномоментной с рентгенхирургической или последующей резекцией некротизированных петель кишечника, damage-control surgery и пр.) – 11 пациентов (15%);

3 группа – стратегия изолированного хирургического лечения – 42 пациента (57,6%);

4 группа – стратегия хирургического лечения, дополненного открытой ревизией мезентериальных сосудов – 7 пациентов (9,5%);

5 группа – пациенты, которым ввиду тяжести общего состояния объем медицинской помощи ограничился консервативной терапией – 4 пациента (5,5%).

Результаты исследования. Общая летальность исследованной группы составила 69,86%. При разделении общего числа пациентов по группам стратегии диагностики и лечения результаты варьировались.

Наименьшая летальность была в группе изолированного эндоваскулярного хирургического лечения – 4 пациента из 9 (44,4%).

В группе гибридного эндоваскулярного лечения и открытого хирургического вмешательства умерли 6 пациентов из 11 – летальность составила 54,55%.

В группе изолированного хирургического лечения умерли 30 пациентов – летальность составила 71,4%.

В группе гибридного открытого сосудистого и хирургического вмешательств умерли все 7 пациентов – летальность составила 100%.

В 5-й группе консервативного лечения летальность также была 100%.

Обсуждение результатов. Высокая летальность группы открытой хирургии и хирургии с открытыми сосудистыми ревизиями обусловлена, на наш взгляд, большой длительностью догоспитальной задержки с выполнением оперативного пособия – более 24 часов, а в отдельных случаях составлявшей более 72 часов (более 3-х суток) – у 39% пациентов. При этом ранняя доставка больных в стационар в период до 6 часов (45%) в группах эндоваскулярного или гибридно-эндоваскулярного подходов позволила наблюдать пациентов в более стабильном соматическом состоянии и повысить их выживаемость.

Важный вклад в прогноз выживаемости больных вносила диагностика: мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием (МСКТ-ангиография), выполненная пациентам сразу при поступлении в приемном отделении, позволяющая непосредственно приступить к целенаправленному лечению основного заболевания. Развитие эндоваскулярных методик, широкий набор имеющихся расходных материалов (инструментов для эндоваскулярного восстановления просвета сосуда) и опыт дежурной бригады специалистов рентгенэндоваскулярных технологий являются несомненными преимуществами многопрофильного стационара, повышающими выживаемость больных.

Заключение. Быстрая доставка больного в многопрофильный стационар и выполнение КТ-ангиографии при поступлении существенно улучшают диагностику, сокращают время определения диагноза, способствуют выбору адекватной лечебной тактики, существенно снижая число неблагоприятных исходов:

1) применение по срочным показаниям эндоваскулярных способов восстановления проходимости мезентериальных сосудов в комплексе методов лечения существенно снижает летальность пациентов. У некоторых пациентов эндоваскулярное вмешательство имеет очевидные преимущества перед открытым хирургическим вмешательством;

2) основная проблема при ведении пациентов заключается в необходимости мультидисциплинарного вмешательства. Эндоваскулярное вмешательство не является альтернативой хирургическому вмешательству, но может улучшить прогноз пациентов с ОМИ в сочетании с хирургическим подходом в качестве дополнительной процедуры. Поскольку острая мезентериальная ишемия требует неотложного лечения, стратегию необходимо модифицировать с учетом особенностей каждого учреждения;

3) хотя данных для обоснования конкретного подхода недостаточно, индивидуализированная стратегия, сочетающая хирургическое и эндоваскулярное вмешательство, основанная на возможностях каждого учреждения, улучшит результаты лечения пациентов. Учитывая доступные современные технологии, сейчас не время сравнивать хирургические и эндоваскулярные вмешательства, а устанавливать наилучшую стратегию лечения для каждого отдельного пациента, рассматривая их как взаимодополняющие подходы.

---

297. 15-летний опыт лечения больных с ишемическим инсультом: ургентные показания и варианты реконструкции патологии сонных артерий. мультидисциплинарный подход

Дуданов И.П. (1,2,3), Зеленин В.В. (2,3), Щеглов Д.С. (3), Рублева О.В. (3), Вербицкий О.П. (3), Гирфанов А.Р. (3)

1) Петрозаводск
2) С-Петербург
3) С-Петербург

1) ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный университет
2) ФГБОУ ВО С-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет
3) СПб ГБУЗ Городская Мариинская больница

Вступление. Работа посвящена ишемическому инсульту, а именно 80-85% всех мозговых катастроф, из которых 30-35% случаев обусловлено окклюзиями и стенозами ветвей дуги аорты. Первичная смертность при патологии варьирует около 20-30%. Лечение острых нарушений мозгового кровообращения за последние десятилетия претерпело существенные изменения. Выжидание (более 6-8 недель) при наличии нестабильной бляшки и критического стеноза сонных артерий сопровождается развитием рецидива острого неврологического дефицита у 20–40% пациентов. Согласно проспективным исследованиям по данным КТ, у пациентов в 10-25% случаев регистрируются очаги повторных инсультов. Это способствовало переоценке значимости выполнения операций.

В последние десятилетия консервативная и хирургическая реперфузии активно используются в комплексе методов лечения: тромболизис, тромбоэкстракции и реконструктивные операции на сонных артериях.

Цель работы. Ознакомление с опытом применения реконструктивных операций для улучшения кровоснабжения ткани головного мозга при острой ишемии и предотвращение повторных ОНМК за период работы Регионального сосудистого центра в 2010-2025 гг.

Материал и методы. На опыте выполнения более 3000 операций в остром периоде ишемического инсульта за период с 2011 г. и по настоящее время представлены результаты ранних вмешательств коррекции патологии сонных артерий, применяемых хирургических технологий, разработанных показаний и выбор оптимального срока для оперативного вмешательства, основные требования к их выполнению. По-нашему мнению, принципы работы сосудистого хирурга в мультидисциплинарной бригаде отличаются от плановой работы в отделении сосудистой хирургии, требуют более четкой организации, согласованной работы с неврологами и высокого профессионализма специалиста хирурга.

Исследования, проведенные в нашей, а также в других ведущих клиниках заслуживают доверия из-за наличия большого хирургического опыта и критической оценки результатов.

Результаты работы показали следующее:

1. Каротидная реконструкция может быть проведена с низким риском и более высоким эффектом до 2 недель от развития ишемического инсульта, больным со стенозом ипсилатеральных СА при слабой и средней выраженности неврологической симптоматики.

2. Применив тактику ранней коррекции стенозов СА больным с инсультом, можно избежать повторных инсультов, которые случаются на 2 неделе после первичного случая.

3. Каротидная реконструкция у больных с очагом инфаркта мозга осуществляется безопасно в раннем периоде после ишемического инсульта и не сопровождается опера-ционным риском при очаге размером менее 30 мм в бассейне средней мозговой артерии.

Современная тактика ведения пациентов с острым инсультом, обусловленным атеросклерозом СА, определены Клиническими рекомендациями МЗ РФ от 2024 г.:

I - диагностика и постоянное мониторирование неврологических нарушений;

II - в период обследования и стабилизации состояния пациенту необходимо провести КТ или магнитно-резонансную томографию (МРТ) с целью исключения кровоизлияния или формирования массивной зоны повреждения, а также с целью определения размеров и локализации очага поражения;

III - с целью определения характера операбельности стенотического поражения необходимо провести дуплексное исследование СА. Затем мультидисциплинарная группа, состоящая из невропатологов, лучевых диагностов, сосудистого хирурга и специалистов РХМДЛ, обсуждает необходимость и целесообразность хирургической реперфузии. До момента стабилизации оценивается уровень сознания пациента, определяется прогноз и повторяются неврологические исследования. Диагностируются и корригируются сопутствующие заболевания. При стабилизации зоны ишемии и при сохранении риска расширения зоны некроза оценивается возможность выполнения КЭАЭ по неотложным показаниям. Ранней хирургии подлежат прежде всего больные с ТИА и малым инсультом, субтотальным стенозом и/или нестабильной бляшкой.

Противопоказаниями к выполнению хирургического вмешательства в раннем периоде при острых инсультах являются артериальная гипертензия, плохо поддающаяся медикаментозной терапии, нарушение сознания, сильные головные боли, стойкие неврологические нарушения с низкой вероятностью восстановления даже после реваскуляризации, обширная область некроза по данным КТ, выраженный отек головного мозга и, конечно, кровоизлияние в ГМ. У этих пациентов возможно отдаление сроков операции КЭЭ до стабилизации состояния. Таким образом, срок выполнения операции при острых ишемических нарушениях кровообращения головного мозга индивидуален и определяется клиническим состоянием пациента, данными инструментального исследования ГМ, стабильностью бляшки и выраженностью стенотического поражения СА. При работе с этой группой пациентов необходимо тесное взаимодействие невропатологов и сосудистых хирургов. Сроки определяются другими показаниями, отличными от критериев плановой каротидной хирургии.

Выводы. Основные положения рекомендаций сводятся к следующему:

1. Данные наших исследований ставят под сомнение необходимость выжидательной тактики (более 2 недель до выполнения операции).

2. Выжидательная тактика может иметь значение при тяжелых неврологических нарушениях, обширных зонах поражения мозга, диагностированных данными КТ/МРТ.

3. Срочное вмешательство показано пациентам со стабильным неврологическим статусом, минимальными изменениями по данным КТ и при критическом состоянии внутренней сонной артерии (субокклюзия, свободно флотирующий тромб, нестабильное состояние бляшки и т.д.).

4. У пациентов со стабильным неврологическим статусом

с критическим стенозированием ВСА операция может быть выполнена в течение 2-х недель от появления симптомов.

5. Часть пациентов не может являться кандидатами на КЭАЭ, даже несмотря на выраженное поражение сонных артерий. Среди них пациенты с обширными гемисферными инсультами в агональном состоянии, с постинсультной деменцией.

6. Особые требования к квалификационной подготовке мультидисциплинарной команды специалистов РХМДЛ, ангиохирурга: высшая квалификационная категория и опыт работы

---

299. Региональный сосудистый центр № 2 ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»: прорыв 2025 года за счёт немедленной маршрутизации из приёмного отделения и ускоренного внедрения высоких технологий

Аверьянова Л.А. (1,2), Баулин А.А. (1), Максимов Д.Б. (2), Баулин В.А. (1), Баулина О.А. (1)

Пенза

1) Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;
2) ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина»

Введение. РСЦ № 2 функционирует в структуре многопрофильного стационара и расположен в непосредственной близости от кабинета кардиолога приёмного отделения. Такая архитектура позволяет без задержек направлять пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) сразу в зону ответственности сосудистого центра — от двери приёмника до рентген-операционной проходят минуты. В 2025 г. эта логистика дополнена одномоментным внедрением целого спектра новых методик, что обеспечило качественный скачок результатов.

Материалы и методы. Использована оперативная информация МИАЦ по РСЦ № 2 за 2025 г. в сопоставлении с целевыми индикаторами, среднеобластными и доступными федеральными данными. Учитывались: объём помощи, показатели летальности, частоты реперфузионных вмешательств, механической тромбоэктомии, а также перечень впервые освоенных технологий.

Результаты. Инфаркт миокарда: пролечено 1183 больных (1194 в 2024 г.). Госпитальная летальность 7,2% при целевом ≤8,0% (область — 7,74%). Досуточная летальность снижена с 51,2% до 40,0%. Тромболитическая терапия проведена 167 пациентам (26,8%, цель ≥25%), 160 тромболизисов выполнены уже на догоспитальном этапе, что стало возможным благодаря синхронизации кардиолога приёмного отделения и бригад скорой помощи.

ОНМК: пролечено 2465 пациентов. Летальность 13,67% при целевом ≤15,0% (область — 12,89%). В терапевтическое окно доставлено 37,7% (цель ≥35%). Тромболизисов — 401 (48,0% от поступивших в окно, цель ≥10,0%). Тромбоэкстракций — 87 (3,9% от всех ишемических инсультов) против 24 (1,1%) в 2024 г., целевой ориентир 2,2% превышен вдвое. Оперировано 34 больных с нетравматическими гематомами. В программы вторичной профилактики включено 22 человека с ОНМК (нарастающим итогом 1159) и 192 — с ОКС (7159). Проведено 343 стресс-ЭХО-КГ.

Инновации, внедрённые за короткий срок (2025 г.):

1. Эндоваскулярный ультразвуковой катетер EKOS для направленного тромболизиса при ТЭЛА (10 операций).

2. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора при сниженной фракции выброса (5 вмешательств).

3. Радиочастотная абляция периферических нервов и ганглиев в нейрохирургии.

4. Открытие сосудистых 15 коек (с 01.10.2025), замкнувшее цикл помощи.

5. Активация телемедицинских консультаций с НМИЦ и Пензенским ФЦССХ.

Обсуждение. Ключевой фактор успеха — слияние двух условий: безотлагательная доставка больного из приёмного отделения (кабинет кардиолога фактически встроен в контур РСЦ) и успешное освоение новых эндоваскулярных и хирургических методик. Благодаря этому удалось за один год увеличить число тромбоэкстракций в 3,6 раза, внедрить EKOS, дефибрилляторы и РЧА, не снижая объёмов базовой помощи. Все целевые индикаторы по ИМ и ОНМК достигнуты или превышены, при том, что стационар продолжает принимать наиболее тяжёлый контингент (91,3% экстренных госпитализаций в целом по больнице, средний возраст 60 лет). Такой результат обычно достигается за 3–5 лет планомерного переоснащения, здесь же он реализован в пределах одного календарного года.

Выводы. РСЦ № 2 демонстрирует модель, в которой территориальное слияние с приёмным отделением и ускоренное тиражирование высокотехнологичных вмешательств позволяют в минимальный срок выйти на федеральные ориентиры и даже превзойти их. Опыт центра подтверждает: немедленная маршрутизация «приёмник — рентген-операционная» в сочетании с

концентрированным внедрением инноваций способна принципиально улучшить исходы сосудистых катастроф, не нарушая работы других экстренных служб многопрофильного стационара.

---

300. Результаты лечения основных абдоминальных нозологий в многопрофильном стационаре III уровня: сравнение с показателями Пензенской области за 2025 год и федеральными ориентирами

Аверьянова Л.А. (1,2), Баулин А.А. (1), Середин С.А. (2), Баулин В.А. (1), Баулина О.А. (1)

Пенза

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина»

Введение. В условиях централизации экстренной хирургической помощи в Пензенской области (сокращение хирургических коек с 510 до 477, отсутствие хирургических отделений в 14 районных больницах) основной поток пациентов с ургентной абдоминальной патологией направляется в межрайонные центры и областные стационары. ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина» в 2025 г. выполнила 17 373 операции, из них 13 257 (76%) — по экстренным показаниям, приняв на себя наибольший в регионе объём ургентных вмешательств.

Цель работы — оценить результаты лечения основных абдоминальных нозологий в стационаре в сравнении со среднеобластными данными за 2025 г., а также с последними доступными показателями Российской Федерации и Приволжского федерального округа.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ годового отчёта стационара, сводных данных хирургической службы Пензенской области за 2025 г. и оперативной информации МИАЦ. В качестве федеральных и окружных ориентиров использованы опубликованные Минздравом России данные за 2024 г. (сборник показателей деятельности хирургической службы РФ). Сравнивались общая и послеоперационная летальность, хирургическая активность, доля лапароскопических операций при шести ключевых нозологиях: острый холецистит, ущемлённая грыжа, острый панкреатит, перфоративная гастро-дуоденальная язва, острая кишечная непроходимость, острый аппендицит.

Результаты. По острому холециститу общая летальность в клинике составила 0,5%, послеоперационная — 0,6%, что ниже среднеобластных 1,21% и 1,26% соответственно. Доля лапароскопических холецистэктомий — 84,6% (область — 84,6%, РФ в 2024 г. — 76,1%, ПФО — 69,1%). При ущемлённой грыже общая летальность 0,6%, послеоперационная 0,7% (область — 1,51% и 1,4%; РФ — 3,12% и 3,18%; ПФО — 3,31% и 3,47%). По острому панкреатиту послеоперационная летальность 7,3% при областной 22,5% (РФ — 19,3%, ПФО — 22,5%); общая летальность 4,6% (область — 5,09%, РФ — 3,07%). Хирургическая активность при панкреатите — 14,6% (область — 14,6%, РФ — 8,99%). При острой кишечной непроходимости общая летальность 2,41%, послеоперационная 6,02% (область — 4,4% и 7,1%). По острому аппендициту хирургическая активность 100%, летальность 0,7% (оба показателя — общая и послеоперационная совпадают), при областной летальности 0,2% и единичных случаях в других стационарах III уровня. При перфоративной язве общая летальность составила 37,5%, послеоперационная 32,4% (область — 34,6% и 31,7%; РФ — 14,58% и 14,27%; ПФО — 16,85% и 16,07%); 5,1% пациентов умерли до операции из-за крайней тяжести состояния.

Обсуждение. Достигнутые результаты необходимо интерпретировать с учётом особенностей контингента: 91,3% пациентов госпитализированы экстренно, средний возраст — 60 лет, 56,4% — старше трудоспособного возраста. Концентрация тяжёлых, зачастую запоздало доставленных больных объясняет несколько более высокую, чем в среднем по области, летальность при аппендиците и перфоративной язве, однако по остальным нозологиям показатели значительно лучше областных. Внедрение в 2025 г. NPWT-терапии (вакуумное лечение ран) в отделении гнойной хирургии, широкое применение пункционно-дренирующих вмешательств под УЗИ/КТ, а также рутинное использование лапароскопии позволили кратно снизить послеоперационную летальность при деструктивном панкреатите и ущемлённых грыжах по сравнению с областным уровнем. Кадровая ситуация (обеспеченность хирургами 1,39 на 10 тыс. населения при федеральном показателе 1,61) компенсируется высокой квалификацией: 39,7% хирургов области имеют высшую категорию (РФ — 29,2%).

Выводы. ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», функционируя в режиме основного ургентного центра региона, демонстрирует по большинству абдоминальных нозологий результаты, превосходящие среднеобластные и сопоставимые с федеральными ориентирами. Ключевыми факторами успеха являются централизация потоков, мультидисциплинарный подход и системное внедрение миниинвазивных технологий. Приоритетной задачей остаётся снижение летальности при перфоративной язве путём расширения доли лапароскопического ушивания и внедрения протоколов ранней стратификации риска.

301. Стент или колостома: долгосрочные результаты двух стратегий лечения при острой кишечной непроходимости, вызванной обструктивным раком левой половины толстой кишки.

Дроздова Н.Н(1)., Бордиков М.В. (1), Бердиева Д.Р. (2), Фёдоров Е.Д. (2)

Москва

1) ГБУЗ «ММКЦ «Коммунакрка»
2) ГБУЗ ГКБ №31

Актуальность. Отношение специалистов к разрешению острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН) опухолевого генеза с помощью эндоскопической установки стентов, остаётся неоднозначным. Наряду с организационными, финансовыми и техническими проблемами, обсуждается и потенциальное негативное влияние эндоскопического вмешательства на онкологические исходы заболевания, в первую очередь с позиции возможной перфорации опухоли и диссеминации опухолевого процесса. Эти сомнения послужили поводом для оценки долгосрочных онкологических результатов эндоскопического стентирования при ООТКН по сравнению с хирургической колостомией в реальной клинической практике г. Москвы.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование были включены данные 158 больных [86 (54,4%) мужчин и 72 (45,6%) женщин; в возрасте от 43 до 93 лет, средний возраст 75,0+11,7 года], поступивших в ГКБ №31 с острой обтурационной декомпенсированной кишечной непроходимостью, обусловленной раком левой половины толстой кишки в период с 2019 по 2022 г.г. Часть из них в последующем находилась под наблюдением в Центре амбулаторной онкологической помощи ММКЦ «Коммунарка». Анализ долгосрочных данных, после разрешения непроходимости и выписки из стационара, проводили с помощью подсистемы «Электронная медицинская карта» ЕМИАС». Возрастное распределение пациентов было следующим: до 44 лет (n=4), 45–69 лет (n=49), 70–90 лет (n=100) и >90 лет (n=5). При поступлении, по данным КТ отдалённые метастазы были обнаружены у 67 (42,4%) из 158 пациентов, у 91/158 (57,6 %) метастазов выявлено не было. Две группы лечения включали 77/158 (48,7%) больных, перенесших экстренную операцию с формированием колостомы, и 81/158 (51,3%) больных, которым было выполнено эндоскопическое стентирование частично покрытыми саморасширяющимися металлическими стентами.

Результаты: В общей когорте общий уровень выживаемости за 3 года составил 31.0% (n=49/158), безрецидивная выживаемость — 22,8% (n=36/158), а общая смертность — 69,0% (n=109/158). Результаты в группе стентирования были следующими. Ранние осложнения (перфорация кишки) развилась у 3/81 (3,7%) больных; поздние осложнения: миграция стента – у 2/81 (2.5%), отсроченная перфорация у 1/81 (1.2%), продолженный рост опухоли у 2/81 (2,5%). Летальный исход был у 57/81 (70.4%) больных, в том числе 11/57 больных умерли от нехирургических причин (коронавирусная инфекция COVID 19, ОНМК, ХПН). Плановая операция - резекция кишки с лимфодиссекцией была проведена у 41/81 (50,6%) больных. В этой подгруппе прогрессирование заболевания, приведшее к летальному исходу в течение 3 лет, наблюдалось у 16/41 (39,0%) пациентов, в т.ч. 3 пациента умерли от COVID-2019. Под наблюдением онколога остаются 24/41 (58.5%) пациента; из них 17 (21.0% группы стентирования) достигли ремиссии; у 7/81 (8,6%) выявлено прогрессирование заболевания, потребовавшее проведения химиотерапии.

Осложнений после колостомии выявлено не было. Летальный исход был у 52/77 (67.5%) больных, в том числе 4/77 умерли от других причин (ОНМК, COVID 19). Резекция кишки с лимфодиссекцией была проведена у 30/77 (39,0%) больных. Долгосрочные результаты в этой подгруппе показали ремиссию у 19/77 (24,7%) пациентов и прогрессирование заболевания, требующее назначение химиотерапии у 6/77 (7,8%) пациентов. Общая смертность в группе стомированных пациентов составила 67,5% (n=52/77).

Заключение: Эндоскопическое стентирование с целью разрешения декомпенсированной толстокишечной непроходимости, даже в случае успешного технического выполнения сопровождается бОльшим числом осложнений, по сравнению с колостомией. Резекция кишки с лимфодиссекцией на 11,6% чаще была выполнена после разрешения ООТКН путём установки стентов, но показатели безрецидивной выживаемости через 3 года наблюдения сопоставимы между группами стентирования и колостомии. Проводимое проспективное рандомизированное исследование, сравнивающие 2 обсуждаемых метода разрешения непроходимости, позволит более чётко сформулировать показания к каждому из них.

302. Эмболизация путей притока к пищеводно-желудочным вариксам как необходимый этап операции TIPS при осложненной портальной гипертензии

Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В., Дубинин А.М., Матвеев В.К., Иващенко П.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Эффективность операции TIPS у больных с осложненной портальной гипертензией (ПГ) неоспорима благодаря достигаемой портальной декомпрессии, что объективно подтверждается снижением портосистемного градиента давления (ПСГД). Ряд специалистов рекомендует дополнять шунтирующий этап блокированием кровотока по левой желудочной вене (ЛЖВ), являющейся сосудом, несущим портальную кровь к пищеводным и желудочным вариксам.

Цель – улучшить результаты применения операции TIPS эмболизацией выявленных путей притока портальной крови к вариксам для предотвращения рецидива варикозного кровотечения в случае тромбоза созданного шунта.

Материал и методы. Изучены серии интраоперационных рентген-ангиограмм, полученных у 87 больных в ходе проведения одного из стандартных этапов операции TIPS, а именно, трансъюгулярной флебопортографии. Расчет ПСГД также является стандартной процедурой и результатом вычитания из значений давления в воротной вене, полученного путем прямой портальной манометрии в ходе TIPS, показателей давления в нижней полой вене. Рассчитывали исходный ПСГД, а также, после этапа эмболизации всех путей притока, и финишный ПСГД после открытия кровотока по шунту.

Проанализированы результаты применения операции TIPS у 143 больных за период 2017-25 гг. и динамика ПСГД на ключевых этапах операции.

Результаты. Подтверждено доминирующее участие ЛЖВ в наполнении вариксов портальной кровью. Её участие выявлено в 86 (98,9%) наблюдениях, диаметр у устья 6,70±1,99 мм. Участие задней желудочной вены (ЗЖВ) установлено в 60 (69,0%) случаях, диаметр 4,10±1,35 мм; короткой желудочной вены (КЖВ) – в 16 (18,4%) наблюдениях, диаметр 2,81±0,75 мм. Для ЛЖВ и ЗЖВ характерно обширное ветвление и межсосудистые анастомозы. Параэзофагеальные вены (ПЭВ), встретившиеся в 62 (71,3%) наблюдений, не принимают непосредственного участия в доставке крови к вариксам, но через перфорантные вены всё же доставляют её в подслизисты пищеводные вены. При проведении операции TIPS эмболизации подлежат как ЛЖВ, так и ЗЖВ и КЖВ, а также ПЭВ. В ряде клинических наблюдений для полноценного блокирования кровотока требовалось до 14 эмболизирующих спиралей.

Проведением операции TIPS у всех 143 пациентов достигнута эффективная портальная декомпрессия. ПСГД снизился с исходного 25,38±3,11 мм рт ст до 10,83±1,00 мм рт ст (t=4,45, p=0,000015). Отмечено кратковременное, до открытия кровотока по шунту, незначительное нарастание ПСГД до 27,37±3,48 мм рт ст (t=0,40, p=0,686),

Заключение. Блокирования одной лишь ЛЖВ недостаточно. Установленное обширное её ветвление и наличие соустий с ЗЖВ и КЖВ, также участвующих в снабжении портальной кровью вариксов, требует также их эндоваскулярного блокирования. Кроме них эмболизации подлежат ПЭВ, которые не являются источниками кровотечений, но через перфорантные вены участвуют в доставке портальной крови к подслизистым пищеводным вариксам. У всех больных операцией TIPS достигнута эффективная портальная декомпрессия. Отмечено незначительное нарастание ПСГД после этапа эмболизации, не оказавшее влияние на сердечную функцию пациентов без цирротической кардиомиопатии.

---

303. Чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря в комплексе лечения больных с острым холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском

Черепанин А.И. (1,1), Анаскин С.Г. (2,2), Мирсаидов М.Н. (2,2), Матыцин А.А. (1,1)

1) Москва
2) Обнинск

1) РНИМУ им.Н.И.Пирогова
2) ФГБУЗ КБ №8 ФМБА России

Актуальность.

Острый холецистит (ОХ) представляет наибольшую опасность у пациентов старшей возрастной группы, в связи с одной стороны – с поздним поступлением, с другой-тяжелой коморбидной патологией, ограничивающих возможность проведения оперативного лечения. Альтернативой неотложной операции у пациентов с ОХ и с высоким операционно-анестезиологическим риском, отнесенных к категории 3 согласно Токийским критериям (TG13) используется декомпрессия желчного пузыря. Однако из-за возникающих осложнений дренирование желчного пузыря не отвечает в полной мере требованиям безопасности.

Среди частых осложнений: болевой синдром и нагноение подкожной клетчатки в области стояния дренажа,

миграция и выпадение холецистостомического дренажа, крово- и желчеистечение, возникновение непроходимости дренажа, дискомфорт из-за холецистостомы.

Материал и методы: Исследовано послеоперационное течение у 50 пациентов после чрескожно-чрезпеченочного дренирования желчного пузыря (ЧЧДЖП) в связи с подпеченочной желтухой: у 12 отмечены те или иные осложнения в 30-дневный период. Это послужило поводом для отказа от дренирования и в пользу декомпрессивной чрескожно-чрезпеченочной пункции желчного пузыря (ЧЧПЖП) под УЗИ наведением и санации с последующим мониторингом клинико-лабораторной, УЗ динамики, физикального статуса.

Исследовано течение ОХ в постпункционный период у 125 пациентов с тяжелой коморбидной патологией, отнесенных к категории 3 согласно Токийским критериям (TG13) и 4ASA согласно физикальному статусу, поступивших в ФГБУЗ КБ N8 ФМБА РФ г. Обнинска в период с 2015 по 2026 г.

Результаты исследования: у 116 пациентов удалось избежать неотложной операции: у 90 – путем однократной и у 26-х пациентов – двукратной пункции. Положительная клинико-инструментальная динамика отмечена непосредственно после ЧЧПЖП в течение первых 6-8 часов с последующим стиханием острого воспалительного процесса. У 8 пациентов из-за отсутствия клинической динамики выполнена открытая холецистэктомия (гангренозный холецистит). У 1-го пациента отмечено внутрибрюшное кровотечение после ЧЧПЖ, которое было устранено в ходе неотложной открытой холецистэктомии. Летальных исходов не было.

Выводы.

Пункционная декомпрессия и санация желчного пузыря является более безопасным и доступным вариантом декомпрессии желчного пузыря в комплексе лечения пациентов с ОХ категории 3(TG13) чем дренирование.

Прогностическими маркерами постпункционной динамики течения ОХ являются: болевой синдром, частота сердечных сокращений, температура тела, лейкоциты крови и УЗ –признаки регресса воспалительного процесса стенки желчного пузыря в течение первых 6 часов после ЧЧПЖ.

Использование ЧЧПЖ в комплексе лечения наиболее тяжелой категории пациентов с ОХ и коморбидной патологией позволяет снизить летальность и улучшить в целом результаты лечения.

---

304. Открытая декомпрессия полового нерва при пудендоневропатии: результаты рандомизированного контролируемого исследования

Степанов И.А. (1,2), Белобородов В.А. (1)

Иркутск

1) ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России,
2) Харлампиевская клиника

Актуальность. Невралгия полового нерва или пудендоневропатия является туннельным синдромом, обусловленным лигаментозным ущемлением полового нерва. С 2020 года нами накоплен опыт хирургического лечения 124 больных с данной патологией. Серьезных осложнений зафиксировано не было. С целью оценки результатов открытой декомпрессии полового нерва было проведено рандомизированное контролируемое исследование.

Материал и методы. Последовательное рандомизированное контролируемое исследование для сравнения декомпрессии полового нерва с нехирургическим лечением. Пациенты в возрасте от 22 до 75 лет с хронической односторонней или двусторонней болью в области промежности, демонстрирующие положительный временный ответ на блокады на уровне седалищной ости и в канале Алькока. Пациенты были случайным образом распределены в группу хирургического вмешательства (n=20) и контрольную группу (n=20). Первичной конечной точкой являлось улучшение состояния через 3 месяца после операции или после распределения в нехирургическую группу. Вторичными конечными точками являлись улучшение через 12 месяцев и через 5 лет после хирургического вмешательства.

Результаты. Через 3 месяца значимо более высокая доля больных в группе хирургического вмешательства продемонстрировала улучшение. При анализе по принципу «намерение лечить» 50% пациентов хирургической группы сообщили об уменьшении боли через 3 месяца по сравнению с 6,5 % пациентов нехирургической группы (p = 0,023). При анализе по протоколу лечения соответствующие показатели составили 58,2% против 7,4 % (p = 0,009). Через 12 месяцев при анализе по протоколу лечения улучшение отмечено у 70,9 % пациентов хирургической группы по сравнению с 15,1 % пациентов нехирургической группы (p = 0,004). Оценка через 5 лет проводилась только среди пациентов, исходно рандомизированных в группу хирургического вмешательства: у 10 больных сохранялось улучшение. Осложнений зафиксировано не было.

Выводы. Данное исследование демонстрирует, что открытая декомпрессия полового нерва является эффективным и безопасным методом лечения случаев хронической невралгии полового нерва, которые оказались рефрактерными к аналгезии и нервным блокадам. После

хирургического вмешательства может возникнуть необходимость в проведении других медикаментозных вмешательств.

---

306. Факторы риска ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков, ассоциированных с холецистэктомией

Шаповальянц С.Г. (1,2), Плахов Р.В. (1,2), Козлова П.С. (1), Будзинский С.А. (1,2), Фрейдович Д.А. (2), Фёдоров Е.Д. (1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО “Российский национальный исследовательский медицинский университетим. Н.И. Пирогова” Минздрава России, Институт хирургии, кафедра госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии; 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, РФ.
2) ГБУЗ “Городская клиническая больница №31 им. академика Г.М. Савельевой” ДЗМ; 119415, Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1, Российская Федерация

Цель. Изучить частоту, структуру и факторы риска развития повреждений желчевыводящих протоков, ассоциированных с холецистэктомией.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы данные 88 пациентов с подтвержденными повреждениями ЖВП с января 2016г. по август 2025г. У 76/88 (86,4%) больных холецистэктомия была выполнена в нашем стационаре; у 12/88 (13,6%) – в других лечебных учреждениях. Частота ятрогенных повреждений ЖВП в клинике составила 0,8% – 76 случаев из 9238 холецистэктомий выполненных в клинике за данный период времени. Более, чем у половины больных (68/88; 77,3%) имелись особенности клинического течения ЖКБ, в 12/88 (13,6%) наблюдениях они не выявлены, у 8/88 (9,1%) пациентов не представилось возможным установить наличие особенностей течения ЖКБ (отсутствие медицинской документации из другого стационара). Медиана возраста в анализируемой группе больных составила 66 лет [53,75 – 71,25]. В анализируемой когорте у 7 (8%) анамнез ЖКБ прослеживался дольше 5 лет. Утолщение стенки желчного пузыря более 0,3 см отмечено у 45 (51,1%) больных. Перенесённые операции на органах брюшной полости констатированы у 28 (31,8%), ретроградные вмешательства — у 16 (18,2%), УДЖП в анамнезе — у 20 (22,7%) пациентов. Рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря во время операции зафиксированы нами у 57 (64,8%) больных. Факт острого холецистита отмечен у 34 (38,6%) пациентов, причём у 18 из них (20,5%) вмешательство выполнялось позже 72 часов от начала заболевания. В сумме две и более особенностей течения ЖКБ имели 61 (69,3%) пациентов. Для оценки факторов, ассоциированных с развитием «больших» повреждений желчевыводящих путей (Strasberg C–E), проведён однофакторный и многофакторный анализ с сопоставлением группы «больших» и «малых» повреждений. В однофакторном анализе для категориальных признаков использовали точный критерий Фишера с расчётом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала, для количественных — критерий Манна–Уитни.

Результаты. В однофакторном анализе наибольшую силу ассоциации с тяжёлыми повреждениями продемонстрировал женский пол (ОШ=4,7; p=0,002), а также наличие ретроградных вмешательств в анамнезе (ОШ=3,2; p=0,071) и острого калькулёзного холецистита (ОШ=1,6; p=0,47), хотя последние не достигли статистической значимости. Толщина стенки желчного пузыря была статистически значимо меньше у пациентов с тяжёлыми повреждениями (медиана 0,4 см против 0,6 см; p=0,010). В многофакторной логистической модели меньшая толщина стенки желчного пузыря сопровождалась резким увеличением риска «больших» повреждений (ОШ=0,01; p=0,028). Наличие ретроградных вмешательств в анамнезе повышало риск тяжёлого повреждения примерно в 6 раз (ОШ=6,35; p=0,020). Наличие острого калькулёзного холецистита, напротив, не продемонстрировало независимого влияния (p=0,265).

Выводы. Таким образом, пациентов с перенесёнными ретроградными вмешательствами на желчных путях и/или с истончённой стенкой жёлчного пузыря по данным УЗИ/интраоперационной оценки следует относить к группе повышенного риска формирования «больших» повреждений ЖВП (Strasberg C–E). При невозможности визуализации структур треугольника Кало у подобных больных целесообразно избегать форсированной диссекции и не пренебрегать выполнением безопасных вариантов завершения вмешательства (субтотальная холецистэктомия по Прибраму, выполнение вмешательства «от дна»). В послеоперационном периоде у пациентов данной группы при появлении клинической картины «свежего» повреждения целесообразно незамедлительное выполнение РЭВ для своевременной диагностики и коррекции протоковой травмы.

---

307. Диагностическая значимость эластичности прямой мышцы живота у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами.

Балюра О.В., Шульгин Н.М., Асоскова Л.О., Гринев А.М., Акбашев Р.А., Суров Д.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

Актуальность: Послеоперационные вентральные грыжи остаются актуальной проблемой хирургии вследствие высокой частоты возникновения, особенно в контексте тактики многоэтапной хирургической помощи. Недостаточная оценка функционального состояния мышц передней брюшной стенки ограничивает возможности выбора оптимальной хирургической тактики и предоперационной подготовки. Перспективным направлением является изучение эластических свойств прямой мышцы живота.

Материалы и методы: Проведён сравнительный анализ показателей у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами с диастазом более 10 см и здоровых людей. Оценивались возраст, толщина прямой мышцы живота (мм) и её эластичность (кПа). Вариабельность определяли с использованием коэффициента вариации (Cv), распределение показателей - по квартилям (Q25–Q75).

Результаты: Пациенты с грыжей были старше, медиана 36,4 против 29,5 лет и характеризовались большей вариабельностью возраста (Cv: 25,3% против 8,4%). Толщина прямой мышцы живота при грыже превышала нормальные значения 16,4 мм против 14,6 мм и отличалась большей неоднородностью (Cv: 36,5% против 18,2%). Наиболее выраженные различия выявлены при оценке эластичности: в группе без грыжи медиана составила 51,5 кПа (Q25–Q75: 47,4–54,1), тогда как при грыже - 21,9 кПа (Q25–Q75: 16,5–32,0). Вариабельность показателя была существенно выше при грыже (Cv: 50% против 10,1%), при этом межквартильные диапазоны практически не перекрывались.

Обсуждение: Полученные данные косвенно свидетельствуют о изменении морфологии мышц у грыженосителей, снижение эластичности отражает степень дегенеративных изменений мышечной ткани. Минимальное перекрытие квартильных интервалов подтверждает высокую диагностическую ценность эластографии.

Выводы и рекомендации: Эластография прямой мышцы живота является информативным критерием степени изменения механических свойств передней брюшной стенки. Необходимо дальнейшее сопоставление результатов морфологического исследования, для создания методики неинвазивной оценки степени изменения передней брюшной стенки.

---

309. Повреждения пищевода при внутрипросветных диагностических и лечебных манипуляциях, осложненных гнойным медиастинитом

Столяров С.И., Добров А.В., Рыжков Р.В., Самтаков П.А., Давыдов С.В.

Чебоксары

БУ «Республиканская клиническая больница»

Актуальность. Широкое применение эндоскопических диагностических и лечебных внутрипросветных вмешательств приводит к росту ятрогенных гнойных медиастинитов.

Цель работы. Изучить причины инструментальных повреждений пищевода (ИПП), их удельный вес в структуре гнойных медиастинитов (ГМ), проанализировать результаты лечения.

Материалы и методы. За период 1984 – 2025 годы в торакальном отделении находились на лечении 30 пациентов с ГМ вследствие инструментальных повреждений пищевода. Они составили 11,3% среди всех больных с ГМ (n=265) и 19,7% среди пациентов первичным ГМ (n=152). Повреждения получены при бужирование рубцово-измененного пищевода – 14, фиброэзофагоскопии – 8, интубации трахеи – 3, ригидной эзофагоскопии –2, пневматической кардиодилатации – 1, попытке извлечения инородного тела пищевода гортанными щипцами без рентгенконтроля – 1, зондировании желудка - 1). Мужчин было 22 (73,3 %), женщин – 8 (26,7%). Возраст больных от 19 до 77 лет (средний возраст 49,1±1,6 лет, Me 48, Mo 38). Сроки поступления в хирургическое торакальное отделение от 5 часов до 9 суток (в среднем 47,3±4,1 час, Me 36, Mo 24). Повреждения локализовались: на левой стенке верхней трети – 11, на правой стенке верхней трети – 7, на левой стенке средней трети – 5, на левой стенке нижней трети – 5, на правой стенки в средней трети 1, на правой стенке в нижней – 1. Все пациенты оперированы. Доступ к поврежденному участку пищевода избирался в зависимости от локализации повреждения. Виды проведенных операций: правосторонняя торакотомия – 7 (у двоих сочеталась с чресшейной медиастинотомией), левосторонняя торакотомия – 8 (в двух случаях сочеталась с чресшейной медиастинотомией), чресшейная медиастинотомия – 12, лапаратомия, трансхиатальная медиастинотомия выполнена у 2, правосторонняя торакоскопия у 1. Независимо от сроков повреждения пищевода при доступности выполнялось ушивание дефекта пищевода (выполнено у 16 пациентов), экстирпация грудного отдела пищевода выполнено в одном случае. Дополнительно у 15 наложена гастростома, у 1 еюностома по Майдлю, у 1 трахеостомия. У пациентов имелся ГМ: задний верхний – у 14, задний нижний у 9, задний и передний тотальный у 3, тотальный задний у 3, передний и задний верхний у 1. Микрофлора

обнаружена у 20: Pseudomonas aeruginosa – у 9, E. coli у 5, Staphylococcus aureus у 3, Enterobacter cloacae у 2, Proteus vulgaris у 1. Сроки поступления выживших больных от 8 часов до 5 суток (в среднем 1,8±0,3 дня, Me 1,5, Mo 1). Их средний койко - день составил 43,1±4,1 дня (Me 37, Mo 22). Умерло 4 (летальность 13,3%).Умершие поступили в сроки от 1 до 7 суток (в среднем 3,1±0,2 дня). Причины смерти: двухсторонняя деструктивная пневмония, эмпиема плевры, сепсис, полиорганная недостаточность – у 2, кровотечение из аррозированных сосудов пищевода; и острых язв двенадцатиперстной кишки на фоне прогрессирования ОМ – у 1, прогрессирование медиастинита, сепсис, перфорация острой язвы дна желудка, перитонит, полиорганная недостаточность – 1(дополнительно выполнялась лапаратомия, ушивание дефекта желудка, дренирование брюшной полости).

Выводы. Таким образом, инструментальные повреждения пищевода среди всех причин ГМ составили 11,3%. При малейшем подозрении на ИПП необходимо срочное рентгеновское исследование пищевода с водорастворимым контрастом, при возможности - компьютерная томография. При подтверждении диагноза показана экстренная операция. Лечение инструментальных повреждений пищевода должна осуществляться в многопрофильном лечебном учреждении, располагающим современным оборудованием и квалифицированными специалистами. Летальность зависит от сроков поступления пациентов в стационар, своевременности и адекватности выполненной операции.

---

310. Опыт применения эндоскопической баллонной дилатации в комплексном лечении стриктур пищевода при эозинофильном эзофагите

Мокрицкий А.И. (1), Кайбышева В.О. (1,2), Горбачев Е.В. (1,2), Шаповальянц С.Г. (1,2), Федоров Е.Д. (1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница No 31 имени академика Г.М. Савельевой» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) — хроническое иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки и ремоделированием стенки. Поздняя диагностика и отсроченное начало противовоспалительной терапии являются ведущими факторами развития стриктур. При сформированном сужении медикаментозное лечение контролирует воспаление, но не устраняет механический компонент дисфагии.

Цель. Оценить эффективность и безопасность этапной эндоскопической баллонной дилатации в лечении стриктур пищевода у пациентов с эозинофильным эзофагитом.

Материал и методы. С января 2022 г. по апрель 2026 г. в Клинике проведена комплексная диагностика и лечение 113 пациентов с ЭоЭ, в том числе 10 пациентов с ЭоЭ, осложненным стриктурами пищевода; 4 из них были госпитализированы в экстренном порядке по поводу обтурации пищевода пищевым комком. Возраст пациентов варьировался от 18 до 38 лет, средний возраст — 28,0±5,8 лет. Длительность симптомов до верификации диагноза — от нескольких месяцев до 10 лет, медиана — 3,0 года (Q1–Q3: 1,0–5,0 года). Мужчин было 9 (90%), женщин — 1 (10%).

При эзофагогастродуоденоскопии стриктуры нижней трети пищевода выявлены у 6 пациентов, средней трети — у 3, верхней трети — у 1. Диаметр просвета в зоне стриктуры составлял 5–8 мм, протяженность — 5–20 мм. После 8-недельной противовоспалительной терапии у 5 пациентов отмечено уменьшение стенозирования, в том числе с восстановлением проходимости при проведении эндоскопа. У 2 пациентов выполнено бужирование. Эндоскопическая баллонная дилатация проведена 3 пациентам при сохраняющейся клинически значимой стриктуре нижней трети пищевода с дисфагией и/или нарушением пассажа пищи на фоне терапии.

Перед вмешательством проводили противовоспалительную терапию: ингибиторы протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки и будесонид 2 мг 2 раза в сутки в виде вязкой суспензии после еды в течение 8 недель. Баллонную дилатацию выполняли под эндоскопическим контролем по струне-проводнику. Расширение проводили поэтапно; начальный диаметр баллона подбирали индивидуально, далее последовательно увеличивали до 14, 16 и 18 мм. Этапы выполняли с интервалом 48 часов. Экспозиция составляла 120 секунд при первичном расширении и 240 секунд на последующих этапах. Целевым считали просвет 16–18 мм. На каждом этапе в область стриктуры интрамурально вводили раствор дексаметазона: 4 мг/1 мл с разведением 0,9% раствором натрия хлорида до 10 мл, по 1–2 мл в 4–6 точек. После последнего этапа баллонной дилатации назначали поддерживающую терапию будесонидом 1 мг 2 раза в сутки на 6 месяцев.

Результаты. После проведения трехэтапной баллонной дилатации увеличение просвета до функционально значимого диаметра было достигнуто у всех пациентов, что сопровождалось уменьшением дисфагии, улучшением прохождения твердой пищи. Клинический эффект

сохранялся на фоне поддерживающей терапии. При контрольной эндоскопии через 6 месяцев у всех пациентов отмечено уменьшение признаков воспаления; данных за рецидив стриктуры не получено. Осложнений, включая перфорацию и кровотечение не зарегистрировано.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают целесообразность комбинированного подхода: противовоспалительная терапия контролирует активность заболевания, а баллонная дилатация устраняет механический компонент дисфагии.

Выводы и рекомендации. Эндоскопическая баллонная дилатация является эффективным и безопасным методом коррекции клинически значимых стриктур при ЭоЭ. Методика должна применяться в составе комплексного алгоритма, включающего морфологическую верификацию, противовоспалительную терапию, этапное расширение до 16–18 мм и поддерживающее лечение. Пациентам с дисфагией и нарушением пассажа пищи показано выполнение эзофагогастродуоденоскопии с множественной биопсией слизистой оболочки пищевода. Своевременная диагностика и раннее начало противовоспалительной терапии позволяют снизить риск формирования стриктур и необходимость последующей эндоскопической коррекции.

---

311. Внутрипросветная органосохраняющая малоинвазивная хирургия при лечении сверхгигантских (≥ 90 мм) новообразований толстой кишки, методом ESD.

Даххаев Г.А., Федоренко А.А., Павлов П.В., Тертычный А.С., Кирюхин А.П., Рамазанова. М.Л.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) УКБ № 2.

Резюме

Актуальность

Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) в настоящее время является основным методом удаления как крупных, так и сверхгигантских доброкачественных эпителиальных новообразований, а также ранних злокачественных новообразований толстой кишки. Наиболее важное преимущество ESD перед другими видами вмешательства- удаление опухоли единым блоком, что в последующем позволяет качественно выполнить морфологическое исследование. Результаты данного исследования могут помочь уменьшить хирургическое вмешательство.

Цель работы

Оценить результаты ESD у пациентов со сверхгигантскими (≥ 90 мм) новообразованиями толстой кишки, полученные в колопроктологическом стационаре УКБ№2 Сеченовского Университета.

Материалы и методы

В отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ №2 Сеченовского Университета мы провели ретроспективно-проспективный анализ лечения 35 пациентов с крупными эпителиальными новообразованиями толстой кишки размером больше 90 мм в максимальном измерении. Эти пациенты были выбраны из общего количества 388 выполненных ESD на толстой кишке с 2019 года по май 2025 года.

Результаты

Полнота резекции единым блоком (гистологическая) составила 91% (32/35), лечебная полнота резекции (R0)-88% (31/35). Интраоперационная перфорация толстой кишки констатирована у 20% (n=5) пациентов, все перфорации были диагностированы интраоперационно, когда через поврежденный мышечный слой визуализировался параколический жировой подвесок. Все перфорации устранились интраоперационно методом наложения клипс с последующей антибиотикопрофилактикой. Интраоперационное кровотечение диагностировано у 68% (n=24) пациентов. Статистически значимым считалось кровотечение, на устранение которого нам требовалось две и более минут. Послеоперационное кровотечение возникло у 2% (n=1) пациентов на первые сутки после операции. Это кровотечение было устранено коагуляцией «горячими» биопсийными щипцами. Стоит отметить, что ни в одном из случаев пациентам не потребовалось переливание плазмы или эритроцитарной взвеси. У 20% (n=7) пациентов с циркулярным и полуциркулярным послеоперационными дефектами слизистой оболочки была выявлена тенденция к возникновению признаков сужения просвета. Им было выполнено от 2 до 6 курсов баллонной дилатации. Все случаи были прогнозируемыми и контролируемыми.

Выводы. Транслюминальный органосохраняющий подход позволяет удалять сверхгигантские новообразования толстой кишки, что необходимо в эпоху современной медицины. Однако успех зависит от подготовки специалистов и технологической оснащенности клиники. Полученные нами результаты позволяют утверждать, что методика ESD в лечении пациентов со сверхгигантскими новообразованиями толстой кишки обладает высокой безопасностью, надежностью, сохранением органа и улучшением качества жизни.

---

312. Сравнительная оценка механической и электрохирургической петлевой резекции среднеразмерных (10–15 мм) эпителиальных образований толстой кишки на широком основании. Результаты проспективного исследования.

Спасокукоцкий Д.О (1), Горбачев Е.В. (1,2), Федоров Е.Д. (1,2), Будзинский С.А. (1,2), Шаповальянц С.Г. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ города Москвы “Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы”
2) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)

Актуальность. Своевременное эндоскопическое удаление эпителиальных новообразований толстой кишки служит ключевым звеном вторичной профилактики колоректального рака. Если тактика удаления небольших (электрохирургическая петлевая резекция (ЭХПР), однако термическое воздействие на стенку кишки повышает риск ряда осложнений (отсроченного кровотечения, постполипэктомического синдрома, перфорации). Механическая петлевая резекция (МехПР) рассматривается как более безопасная альтернатива, но отсутствие рандомизированных сравнительных исследований оставляет сомнения в радикальности удаления и отсутствии рецидивов после МехПР. В связи с этим сравнение этих двух методов остаётся актуальным и практически значимым для выбора оптимальной тактики эндоскопического лечения и стандартизации тактических подходов.

Материалы и методы. В период с 31.12.2023 по 31.07.2025 в исследование были включены 200 пациентов (66 мужчин и 134 женщины; средний возраст 63,6 ± 12,7 года) с эпителиальными образованиями толстой кишки на широком основании, размером 10–15 мм. Пациенты методом электронной рандомизации распределены на две равные и сопоставимые группы. Механическая петлевая резекция (МехПР) была выполнена у 100/200 (50,0%) пациентов по поводу полиповидных (0-Is) (24) и плоско-приподнятых (0-IIa) образований (76); по эндоскопической оценке до резекции — зубчатые образования- 37, аденома с низкой степенью дисплазии - 63. Электрохирургическая петлевая резекция (ЭХПР) также была выполнена у 100/200 (50,0%) пациентов: 0-Is (21), 0-IIa (79); зубчатые образования - 34, аденома с низкой степенью дисплазии- 66. При проведении эндоскопического исследования использовались видеоэндоскопические системы EVIS EXERA III и X1 («Olympus», Япония) с функциями высокой четкости (HD), узкоспектральной визуализации (NBI), TXI янтарного дихроматического изображения (RDI), и увеличения x70-80 в режиме двойного/близкого фокуса; колоноскопы 190 и 1500 серии. Для удаления образований применялись «жесткие» полипэктомические петли диаметром 15мм «Olympus» и 13мм «Boston Scientific». Для ЭХПР применялся энергоблок «Erbe (forcecoag 2, 45 Вт)

Результаты. В 132 (66%) случаях полипы удалены из правых отделов ободочной кишки (МехПР — 63, ЭХПР — 69), в 68 (34%) — из левых отделов (МехПР — 37, ЭХПР — 31). В 112 случаях выполнялась подслизистая инъекция для более безопасного удаления (МехПР — 18, ЭХПР — 94). Среднее время удаления образований составило: МехПР — 60,4 ± 4,7 секунд, ЭХПР — 85,1 ± 4,5 секунд. R0-резекция достигнута во всех 186/200 (93%) случаях удаления единым блоком: 89/100 (89%) при МехПР и 97/100 (97%) при ЭХПР; фрагментарная резекция выполнена в 11% случаев при МехПР и в 3% — при ЭХПР. По данным гистологии выявлены: аденома — 99/200 (49,5%) случаев (МехПР — 51, ЭХПР — 48), аденома с высокой степенью дисплазии — 4 случая (МехПР — 2, ЭХПР — 2); зубчатые образования — 97/200 (48,5%) (МехПР — 47, ЭХПР — 50). Нежелательные явления отмечены у 4/200 (2%) пациентов: интраоперационное кровотечение — 3 случая (ЭХПР — 1, МехПР — 2), отсроченное кровотечение — 1 случай (ЭХПР). Во всех случаях был выполнен гемостаз методом клипирования. Контрольная колоноскопия спустя год проведена у 72/200 пациентов; рецидив зубчатого образования выявлен у 1 пациента (1,38%) после МехПР.

Заключение. ЭХПР требует несколько больше времени по сравнению с МехПР. Радикальность удаления без применения электрокоагуляции была сопоставимо высокой. Частота осложнений в группах статистически значимо не различалась. За год наблюдения выявлен один рецидив после МехПР. В совокупности полученные данные позволяют рассматривать МехПР как метод, не уступающий электрохирургической петлевой резекции при удалении полипов толстой кишки средних размеров (10-15 мм) на широком основании.

---

313. Отдалённые результаты открытого хирургического лечения псевдокист головки поджелудочной железы

Гольцов В.Р., Дао З.Х., Суров Д.А., Сизоненко Н.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Актуальность. Псевдокисты (ПК) головки поджелудочной железы (ПЖ) являются особой клинико-анатомической формой заболевания, отличающейся от ПК тела и хвоста. Их клиническое течение определяется не только наличием жидкостного скопления, но и хроническим фиброз-

но-воспалительным поражением головки ПЖ, протоковой гипертензией и стойким болевым синдромом. При ПК головки ПЖ минимально инвазивные методы дренирования – чрескожное или эндоскопическое – не всегда обеспечивают стойкий клинический эффект. У этой категории пациентов патогенетически обоснованным методом лечения является выполнение открытых резекционно-дренирующих операций, направленных не только на ликвидацию кисты, но и на декомпрессию протоковой системы и удаление изменённых тканей головки ПЖ.

Цель исследования. Оценить отдалённые функциональные результаты открытых резекционно-дренирующих операций у пациентов с ПК головки ПЖ.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 28 пациентов с ПК головки ПЖ, пролеченных в 2022–2026 гг. в клинике военно-морской хирургии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ и на её клинических базах. Все больные перенесли открытые резекционно-дренирующие вмешательства: операцию Frey – 20 (71,4%) пациентов, операцию Beger – 8 (28,6%). Оценивали частоту рецидива ПК в течение 12 месяцев, динамику болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале боли (VAS), а также показатели качества жизни (КЖ) по опроснику SF-36 до операции, через 3 и 6 месяцев после хирургического лечения. Статистическую обработку выполняли в IBM SPSS Statistics 25; различия считали значимыми при рением воспалительно изменённых тканей головки ПЖ. Низкая частота рецидива, выраженное и стойкое снижение интенсивности боли, а также улучшение физического и психического компонентов КЖ подтверждают не только техническую, но и функциональную эффективность выбранной хирургической тактики.

Выводы и рекомендации. Операции Frey и Beger являются эффективными методами открытого хирургического лечения ПК головки ПЖ. Данная тактика обеспечивает низкую частоту рецидива, стойкое уменьшение болевого синдрома и статистически значимое улучшение КЖ. При ПК головки ПЖ предпочтение следует отдавать вмешательствам, направленным не только на дренирование кисты, но и на коррекцию протоковой гипертензии и фиброзно-воспалительного субстрата заболевания.

---

314. Применение пероральной холангиоскопии у пациентов с первичным склерозирующим холангитом

Будзинский С.А. (1,2), Шаповальянц С.Г. (1,2), Козырь Л.В. (1,2), Шишкина А.Д. (3), Фёдоров Е.Д. (1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), институт хирургии, кафедра госпитальной хирургии № 2, НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии
2) ГБУЗ “Городская клиническая больница №31 им. академика Г.М. Савельевой” ДЗМ
3) ФКУ “Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка” МО РФ

Актуальность. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) — это редкое хроническое холестатическое заболевание печени, отличающееся неуклонно прогрессирующим течением, приводящим к формированию цирроза печени и печеночной недостаточности, что диктует необходимость трансплантации органа. Помимо этого, на фоне ПСХ риск развития холангиокарциномы превышает популяционную в 400 раз. Последние годы важнейшую роль в диагностике ПСХ приобретает пероральная транспапиллярная холангиоскопия (ПТХС), позволяющая проводить прицельную визуальную оценку внутрипротоковых изменений, а также забор материала под эндоскопическим контролем для морфологического исследования, что не только повышает чувствительность дифференциальной диагностики по сравнению с традиционной биопсией под РГ-навигацией, но также позволяет верифицировать злокачественную трансформацию на более ранних стадиях течения заболевания.

Материалы и методы. В ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ в период с 12.2017 по 04.2026 было выполнено 740 ПТХС у 514 пациентов. При этом, по поводу подозрения на ПСХ 33 ПТХС было проведено 20/514 (3,9%) больным (75% мужчин, 25% женщин; средний возраст 38,8±13,6 лет). Первичная ПТХС и внутрипротоковая биопсия под визуальным контролем была выполнена у всех 20 больных. Повторная ПТХС осуществлялась у 6 пациентов: в 3 случаях с целью проведения струны-проводника под визуальным контролем, а еще в 3 – для выполнения повторной биопсии из подозрительных на малигнизацию участков при длительном сроке наблюдении. Все вмешательства осуществлялись с использованием системы прямой визуализации SpyGlass DS/DSII. Биопсия проводилась щипцами SpyBite и SpyBite Max.

Результаты. Успешно выполнить первичную ПТХС, визуализировать доминантные стриктуры и провести прицельную биопсию удалось во всех 20 наблюдениях (100%).

Макроскопические изменения протоков зависели от фазы заболевания: в стадии рубцовых изменений определялись плотные белесоватые ткани с обедненным сосудистым рисунком и специфическими полулунными сужениями просвета, а в стадии воспалительных изменений слизистая была рыхлая, инфильтрированная, с выраженными гиперемией и отеком. У 19/20 (95%) пациентов фрагментов было достаточно для получения морфологического ответа. В 17/19 (89,5%) случаев в препаратах отмечались признаки хронического воспаления, рубцовые изменения слизистой, склероз стромы и грануляции. А у 2/19 (10,5%) больных в области доминантной стриктуры выявлены локусы низкодифференцированной аденокарциномы.

Во время повторной ПТХС у 1/6 (16,7%) пациентов заподозрена злокачественная трансформация, которая подтверждена гистологически (умеренно дифференцированная аденокарцинома). Во всех случаях повторной ПТХС с целью проведения струны выше зоны окклюзии под визуальным контролем был достигнут технический успех у всех трёх пациентов.

У 3 больных с отсутствием клинической картины механической желтухи, ПТХС выполнялась исключительно с диагностической целью. В остальных 17 наблюдениях для разрешения билиарной гипертензии проводились баллонная дилатация, из них у 11/17 (64,7%) пациентов дополнительно потребовалось выполнение билиарного стентирования и/или назобилиарного дренирования. Большое количество дренирующих процедур в исследуемой группе больных объясняется тяжелой степенью механической желтухи у большинства из них.

В раннем послеоперационном периоде осложнения в виде гнойного холангита имели место у 4/20 (20%) пациентов, что составило 4/33 (12,1%) от всех проведённых ПТХС. Успешное консервативное лечение было проведено в 3 случаях. В 1/20 (5%) наблюдении был отмечен летальный исход на фоне септического шока.

Заключение. ПТХС является современным и высокоинформативным методом, который расширяет возможности диагностики и лечения пациентов с ПСХ. Методика демонстрирует высокую точность как в визуализации ПСХ, так и в заборе материала под контролем зрения для последующего морфологического исследования, а также в выполнении селективной канюляции стриктур в наиболее сложных ситуациях.

---

315. Место повторных лапароскопических вмешательств в лечении рецидивных паховых грыж.

Казаков И.В, Таривердиев А.М., Ким А.С., Бурзиева М.Б., Шукуров К.П., Берелавичус.С.В.

Москва

Многопрофильный Медицинский Центр Центрального Банка Российской Федерации

Актуальность: широкое внедрение лапароскопических технологий при пластики паховых грыж, не привело к снижению частоты рецидива паховых грыж и повторных операций. Целью данной работы является комплексная оценка эффективности и безопасности повторного лапароскопического вмешательства у пациентов с рецидивными паховыми грыжами, а также анализ ближайших результатов таких операций. Особое внимание уделяется разработке алгоритма диагностики и оптимизации техники хирургического вмешательства для минимизации риска рецидивов и улучшения клинических исходов.

Материал и методы: исследование основано на анализе данных 130 пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу паховых грыж, из которых 20 пациентов имели рецидивы, прооперированные в период с 2023 по 2026 годы. Для достижения поставленной цели также был проведен детальный анализ научной литературы, посвященный повторным лапароскопическим герниопластикам при рецидивных паховых грыжах, а также изучению причин, способствующих возникновению рецидивов после первичных лапароскопических операций.

Полученные результаты: анализ литературы позволил выявить ключевые факторы, влияющие на эффективность повторных лапароскопических вмешательств при рецидивах паховых грыж. На основании полученных данных был разработан и предложен алгоритм диагностики, включающий современные методы визуализации и инструментальные обследования.

Обсуждение: оптимизация техники и алгоритма повторных лапароскопических операций при рецидивных паховых грыжах представляет собой важное направление в развитии современной герниологии, позволяющее улучшить качество жизни пациентов и снизить частоту рецидивов. Особое внимание в нашей работе уделено техническим аспектам выполнения повторных лапароскопических операций, включая оптимизацию доступа, выбор оптимальных сетчатых имплантов и минимизацию травматичности вмешательства. Представлены ближайшие результаты лечения, которые демонстрируют высокую эффективность и безопасность повторных лапароскопических герниопластик.

Выводы и рекомендации: на основе анализа данных сформулированы рекомендации по диагностике, планированию и технике хирургического вмешательства при

рецидивных паховых грыжах. Показано, что повторное лапароскопическое вмешательство является эффективным и безопасным методом лечения, независимо от типа первичного доступа (паховый или лапароскопический). Представляется перспективным расширение применения лапароскопических методик при повторных операциях, особенно с использованием современных самофиксирующихся сетчатых имплантов. Единственными противопоказаниями к повторным лапароскопическим вмешательствам являются высокий риск общей анестезии и выраженный спаечный процесс в зоне ранее выполненного оперативного вмешательства, что требует индивидуального подхода к каждому пациенту.

---

316. Клинико-экспериментальное обоснование применения лимфотропной терапии при хирургическом лечении язвенного колита

Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Рузиев А.Э., Эгамов Б.Ю.

г Андижан уль Ю,Атабекова дом 13

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. В последние годы во многих странах отмечается устойчивый рост числа пациентов с язвенным колитом, что делает проблему лечения данного заболевания одной из наиболее значимых в современной колопроктологии. Несмотря на достигнутые успехи консервативной терапии, осложнённые формы заболевания нередко требуют хирургического вмешательства. Одним из недостаточно изученных звеньев патогенеза остаются изменения лимфатической системы кишечника и брыжейки, оказывающие существенное влияние на выраженность воспалительного процесса и течение послеоперационного периода. В связи с этим перспективным направлением считается использование методов регионарного лимфотропного воздействия.

Цель исследования — изучить особенности лимфоциркуляции при экспериментальном язвенном колите и определить клиническую эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии у пациентов после хирургического лечения язвенного колита.

Материалы и методы. Экспериментальная часть исследования выполнена на животных в условиях центральной научно-исследовательской лаборатории. Состояние лимфатического дренажа кишечника оценивали методом определения скорости резорбции красителя синего Эванса, вводимого в различные отделы брыжейки и субсерозный слой кишечной стенки. Для моделирования язвенного колита использовали ректальное введение уксусной кислоты различной концентрации. Наиболее выраженная картина воспалительного процесса была получена при применении концентрированного раствора, что сопровождалось развитием отёка, сосудистой гиперемии, очагов некроза слизистой оболочки и признаков тяжёлой интоксикации.

Клинический раздел исследования основан на анализе результатов лечения 97 пациентов с тяжёлыми формами язвенного колита. В контрольную группу вошли 43 больных, получавших стандартную послеоперационную терапию. Основную группу составили 54 пациента, которым дополнительно проводили эндомезентериальную лимфотропную терапию через катетер, установленный в брыжейку кишечника во время операции. В состав лимфотропной инфузии включали растворы глюкозы, новокаина, препараты для стимуляции лимфооттока и антибактериальные средства с учётом чувствительности микрофлоры.

Результаты. Проведённые экспериментальные исследования показали, что формирование язвенного колита сопровождается выраженным нарушением лимфообращения в стенке кишечника и брыжейке. Скорость резорбции красителя значительно снижалась по сравнению с физиологическими показателями, что свидетельствовало о развитии лимфостаза. Морфологическое исследование подтвердило наличие воспалительно-деструктивных изменений слизистой оболочки толстой кишки.

Применение эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде обеспечивало более быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника, уменьшение проявлений эндогенной интоксикации и снижение частоты функциональных осложнений. На фоне комплексной лимфотропной коррекции отмечалось улучшение микроциркуляции, усиление лимфатического дренажа тканей и уменьшение интерстициального отёка. У пациентов основной группы наблюдалось сокращение сроков госпитализации и более благоприятное течение послеоперационного периода по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Экспериментально подтверждено, что при язвенном колите развивается выраженное нарушение лимфоциркуляции в кишечной стенке и брыжейке. Использование эндомезентериальной лимфотропной терапии в структуре комплексного послеоперационного лечения способствует улучшению функционального состояния кишечника, уменьшению частоты осложнений и повышению эффективности хирургического лечения язвенного колита.

---

317. Эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапиив комплексном лечении острого разлитого перитонита

Эгамов Ю.С., Кулдашев К.А., Эргашев А.А., Эгамов Б.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Острый разлитой перитонит продолжает оставаться одной из наиболее тяжелых форм ургентной абдоминальной патологии и сопровождается выраженной эндогенной интоксикацией, нарушениями микроциркуляции и высокой частотой послеоперационных осложнений. В последние годы значительный интерес представляет применение регионарных методов лимфотропного воздействия, направленных на улучшение лимфооттока и коррекцию метаболических нарушений.

Цель исследования — оценить клиническую эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии у больных с острым разлитым перитонитом.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 287 больных с острым разлитым перитонитом, разделенных на две группы. Контрольная группа 107 больных получала стандартное комплексное лечение, включавшее хирургическое вмешательство, санацию брюшной полости, антибактериальную и инфузионно-дезинтоксикационную терапию. В основной 180 больных группе дополнительно применялась эндомезентериальная лимфотропная терапия в послеоперационном периоде. Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, причинам перитонита, распространенности воспалительного процесса и тяжести состояния.

Оценивали динамику лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), уровня молекул средней массы, показатели темнопольной микроскопии крови и сроки восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Результаты. На фоне применения лимфотропной терапии отмечалось более быстрое снижение признаков эндогенной интоксикации. Уже к 3-м суткам после операции ЛИИ в основной группе снижался до 2,9±0,08 против 4,0±0,03 в контрольной группе (р

---

318. Шкала эндоскопических признаков для диагностики атрофического аутоиммунного гастрита и стратификации риска развития новообразований желудка.

Сигаева Ю.С. (1), Федоров Е.Д. (2), Климонова Е.Н. (1), Гуйван О.О. (3)

1) Геленджик,
2) Москва,
3) Краснодар

1) ООО «РН – Современные технологии» ГК «Мой Медицинский Центр»,
2) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ,
3) ГБУЗ «НИИ - Краевая клиническая больница №1 им. проф.С. В. Очаповского»

Актуальность. Аутоиммунный гастрит (АИГ) – клинически значимое, сложно диагностируемое заболевание, ассоциированное с повышенным риском развития нейроэндокринных опухолей (НЭО) I типа и аденокарциномы желудка, соответственно – 2,8% и 0,5% на человека в год. Серологические маркеры АИГ обладают ограниченной чувствительностью на ранних стадиях заболевания. Для ранней диагностики АИГ и стратификации риска развития новообразований желудка, наряду с тщательным анализом ЭГДС-видеоизображения в мультимодальных режимах назрела необходимость в создании градуированной шкалы эндоскопических признаков.

Материалы и методы. Тщательный ретроспективный анализ 204 пациентов с морфологически и серологически подтвержденным атрофическим АИГ позволил выявить три новых ранних эндоскопических признака заболевания (внутрислизистые микрокисты кардиоэзофагеального перехода; исчезновение регулярного сосудистого рисунка в дне желудка; микролимфангиэктазии ДПК) и в совокупности с проработкой новейших данных литературы разработать АИГ-шкалу, в которую вошли 14 эндоскопических признаков. Признаки, высокоспецифичные для АИГ оценивали

в 2 балла; более универсальные – в 1 балл; отсутствие признака – 0 баллов. Диагностический порог обнаружения АИГ составил 7 баллов. Вторым этапом в 2022 – 2025г.г. было проведено проспективное валидированное исследование 6000 пациентов (58,2% женщин) в возрасте от 22 до 82 лет (средний 54±11,4). При оценке результатов ЭГДС по разработанной АИГ-шкале в 7 и более баллов выполняли биопсию по Сиэтлскому протоколу и серологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Уровень пепсиногена I при корпус-доминантной атрофии (≥7 баллов) снижался

до 12,3 нг/мл (контроль – 68,5; ромы желудка, что указывает на синергизм постинфекционных и аутоиммунных

механизмов канцерогенеза.

Заключение: Разработанная АИГ-шкала позволяет выявлять аутоиммунный гастрит даже на ранней стадии с высокой точностью (95,8%) и чувствительностью 98,0%. Предложенная градация степеней атрофии даёт возможность стратифицировать риск развития НЭО и аденокарциномы желудка. Внедрение шкалы в клиническую практику и её интеграция в системы искусственного интеллекта - перспективные направления оптимизации наблюдения за пациентами с атрофическим гастритом и своевременной диагностики новообразований.

---

319. Открытый липотрансфер в лечении длительно незаживающих посттравматических ран конечностей: анализ 10-летнего клинического опыта

Рябков М.Г. (1,2), Марков С.Н. (2), Спиридонов А.А. (2), Колошеин Н.А. (1)

Нижний Новгород

1) Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России
2) Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко

Актуальность. Лечение длительно незаживающих посттравматических ран конечностей часто является очень сложной задачей. Боевые повреждения конечностей, автодорожная и промышленная травма, осложненные послеоперационные раны имеют общие черты, увеличивающие риск хронизации раневого процесса: кровопотеря, сочетанные повреждения, инфекция, дефицит пластических ресурсов. Препараты из жировой ткани потенциально способны стимулировать раневой процесс благодаря наличию мультипотентных клеток, факторов роста тканей, фибробластов, иммунноцитов. Для лечения ограниченных по площади глубоких ран конечностей разработан метод открытого липотрансфера (ОтЛ) – аппликация стромально-васкулярной фракции жировой ткани на поверхность раны. В течение 10 лет ОтЛ применяется в лечении хронических ран конечностей, пролежней, посттравматических, в том числе огнестрельных, ран голени; появились сообщения об использовании открытого липотрансфера в лечении ожогов и огнестрельных ран бедра. Накопленный опыт требует анализа.

Цель: анализ эффективности открытого липотрансфера на основании опыта его применения в лечении длительно незаживающих посттравматических ран нижних конечностей.

Материал и методы. В 2019-2025 гг. проведено клиническое исследование эффективности и безопасности ОтЛ в лечении длительно незаживающих посттравматических ран нижних конечностей. В исследование включены пациенты (n=77) с ранами на нижних конечностях, не зажившими, несмотря на проводимое лечение, в течение 4 недель и более. Критерии включения: глубокая рана, включающая повреждение собственной фасции; этиологический фактор раны - травма (огнестрельная, послеоперационная, механотермическая). В исследуемой группе пациентов (n=40) ОтЛ применяли для подготовки поверхности раны перед аутодермотрансплантацией (АДТ): за 7-10 суток до АДТ на поверхность ран апплицировали стромально-васкулярную фракцию (СВФ) жировой аутоткани. В контрольной группе пациентов (n=37) СВФ не использовали для подготовки раны к кожной пластике. Эффективность оценивали на 12 сутки после кожной пластики по количеству случаев заживления ран без осложнений.

Результаты. В исследуемой группе АДТ после ОтЛ была успешной и привела к заживлению ран на 80-100% площади у 32 пациентов из 40 (80%). У 8 пациентов развились раневые осложнения, потребовавшие частичной некрэктомии, повторной санации раны и повторной пластики. В контрольной группе доля успешной кожной пластики статистически значимо меньше, в группе пациентов с ОтЛ (p=0.04): 57 % (21 из 37).

Обсуждение. Длительное время для лечения ран применялся только инъекционный метод липотрасфера. Например, для стимуляции заживления ран у пациентов с ожогами. Однако при лечении глубоких ран конечностей инъекционный липотрансфер малоэффективен и излишне травматичен. Он не позволяет решить важные задачи изоляции раны, стимуляции регенерации, контроля липотрансплантата с возможностью его удаления.

Выводы. Открытый липотрансфер позволяет изолировать раневую поверхность, одновременно стимулируя репаративную регенерацию в ране. Эти эффекты оказывают влияние на результат последующей кожной пластики в виде увеличения доли хороших результатов с 57 до 80%.

---

320. Диагностика нарушений кровообращения в коже боковых лоскутов лица по соотношению показателей микроциркуляции в перфорасомах

Тишкова С.К. (1), Рябков М.Г. (1,2)

Нижний Новгород

1) Нижегородская областная больница им. Н.А. Семашко
2) Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Объективные критерии нормального и нарушенного кровообращения в лоскутах лица после пластических операций необходимы для ранней диагностики и своевременной терапии осложнений. Инструментальная диагностика осложненного кровообращения в лоскутах лица в практике эстетической пластической хирургии проводится нечасто из-за сложности анализа кровотока в микрососудах кожи диаметром 10-500 мкм, многовариантности результатов. Лазерную допплеровскую флоуметрию (ЛДФ) широко используют для получения объективных данных о состоянии кровообращения в микрососудах дермы. Однако попытки дифференцировать нормальное и нарушенное кровообращение в коже лица после операции, основываясь на абсолютных значениях параметров кровотока малоперспективны. Большой проблемой является широкий референсный интервал «нормальных» ДЛФ-показателей микроциркуляции, чувствительных к эндогенным и экзогенным факторам. По этой причине мы исследовали закономерности соотношения относительных показателей микроциркуляции в коже околоушной области лоскутов в первые 7 суток после фейслифтинга.

Цель: оценить эффективность технологии объективизации нарушений кровообращения в коже лоскутов лица по соотношению показателей микроциркуляции на основе данных лазерной допплеровской флоуметрии.

Материал и методы. Обследованы 140 боковых лоскутов лица у 72 пациенток, которым был выполнен фейслифтинг в 2023-2026 гг. Лазерную допплеровскую флоуметрию проводили аппаратом «ЛАЗМА ПФ» (НПП «ЛАЗМА», Россия) на 7 сутки после операции. Суть разработанной диагностической технологии заключалась в измерении показателя микроциркуляции (ПМ) попарно в пре- и ретроаурикулярной зонах лоскута у пациенток с нормальным и с осложненным течением послеоперационного периода.

Результаты. Отношение ПМ в преаурикулярной зоне к ПМ в ретроаурикулярной зоне лоскута у пациенток с неосложненным послеоперационным периодом составило 0,58 (p=0,012). В лоскутах с признаками нарушенного кровообращения (цианоз, отек кожи, эпидермолиз) соотношение ПМ составило 1,21 (p=0,124).

Обсуждение. Устойчивые различия в уровне показателей микроциркуляции (ПМ) при сопоставлении данных в преаурикулярной и ретроаурикулярной зонах лоскутов обусловлены, вероятно, положением основных питающих артерий и степенью натяжения тканей. В ретроаурикулярной зоне перфорасома a. auricularis posterior, вероятно, в значительной мере компенсирует нарушения артериального притока крови, неизбежные при тракции лоскута. Увеличение же показателя ПМ в преаурикулярной области в норме значительно менее вероятно из-за вмешательства в бассейне a. transversa faciei.

Выводы. Соотношение показателей микроциркуляции в пре- и ретроаурикулярной зонах боковых лоскутов лица при неосложненном течении раневого процесса закономерно смещено в пользу относительной гиперемии ретраурикулярной зоны. Нарушение такого соотношения может быть ранним признаком нарушенного кровообращения в лоскуте, требует дополнительной диагностики и терапии.

---

321. Оценка двух основных методов эндоскопического удаления крупных эпителиальных новообразований толстой кишки на широком основании в проспективном рандомизированном продолжающемся исследовании.

Горбачев Е.В. (1,2), Федоров Е.Д. (1,2), Шаповальянц С.Г. (1,2), Будзинский С.А. (1,2), Платонова Е.Н. (1,2), Шулаев А.В. (2)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Института Хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).
2) Городская клиническая больница №31 им академика Г.М. Савельевой ДЗ г. Москвы.

Актуальность. Резекция крупных (>20мм) новообразований толстой кишки на широком основании методом эндоскопической диссекции подслизистого слоя (ЭДПС) обеспечивает их удаление единым блоком, реализуясь снижением числа местных рецидивов и большей радикальностью. Но для ЭДПС характерны большая длительность вмешательства и процент осложнений: до 5-7% перфораций и до 10-12% кровотечений. В отличие от эндоскопической резекции слизистой оболочки (ЭРСО) полипэктомической петлёй, успех ЭДПС напрямую зависит от опыта клиники и оператора. Сравнительная оценки эффективности и безопасности двух методик призвана помочь в уточнении абсолютных показаний к ЭДПС и допустимых – к ЭРСО.

Материалы и методы. В соответствии с программой, утверждённой ЛЭК Пироговского Университета, при поддержке «Медтеха» ДЗМ с XII.2023 по VIII.2025г. в исследование включено 112 пациентов [67 женщин и 45 мужчин; в возрасте от 41 до 86 лет; средний возраст 66,8±10,8 лет; ASAI-14 (12,5%), ASAII-50 (44,6%), ASAIII-48 (42,9%)] с единичным новообразованием толстой кишки ≥20 мм. Пациенты были рандомизированы электронным способом в группы ЭДПС (n=56) и ЭРСО (n=56), которые не отличались по полу, возрасту и соматическому статусу. Медианный размер образований составлял 30,0 [23,0; 44,25] мм в группе ЭДПС и 26,0 [23,0; 32,5] мм в группе ЭРСО (p>0,05). Большинство образований располагались в правой половине толстой кишки - 78/112 (69,6%) (37 - ЭДПС, 41 - ЭРСО), а 34/112 (30,4%) - в левой (19 - ЭДПС, 15 – ЭРСО).

Результаты и обсуждение: Длительность ЭДПС значительно превышала ЭРСО: 84,4±50,9 против 15,4±18,6 мин. (ръеме ЭРСО с дополнительной аргоно-плазменной абляцией выполнено у 3 из них. Ещё у 2 пациентов, у которых исходное ЭРСО было выполнено по поводу аденом с тяжёлой дисплазией, а при контроле через 6 месяцев в рубце имелись мелкие (6 и 10мм) аденомы с лёгкой дисплазией, по решению онкоконсилиума ЦАОП была проведена правосторонняя гемиколэктомия.

Заключение. ЭРСО характеризуется меньшей продолжительностью и сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений, однако ЭДПС обеспечивает более высокую частоту резекции единым блоком, гарантируя более радикальное удаление образований. Подтверждена необходимость дифференцированного выбора методики удаления крупных новообразований толстой кишки, с учётом их размера, расположения и предполагаемого риска злокачественной трансформации.

---

322. Пострезекционный острый панкреатит как специфическое осложнение после панкреатодуоденальной резекции: анализ в соответствии с классификацией ISGPS 2022

Марков П.В., Двухжилов М.В., Стручков В.Ю., Мамошин А.В., Арутюнов О.Р., Бурмистров А.И.

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение. Пострезкционный острый панкреатит (ПОП) – тяжёлое специфическое осложнение, развивающееся после резекционных вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ). В 2022 году Международная исследовательская группа по панкреатической хирургии (ISGPS) предложила стандартизированное определение и градацию тяжести ПОП. Наряду с панкреатической фистулой (ПФ), послеоперационным кровотечением (ПКР) и гастростазом (ГС) данное осложнение отнесено к числу специфических, требующих стандартизированной диагностики.

Цель исследования. Оценить частоту развития ПОП согласно определению и градации ISGPS 2022, выявить факторы риска его возникновения и проанализировать связь с другими специфическими осложнениями после панкреатодуоденальной резекции (ПДР).

Методы. Проведено одноцентровое ретроспективное когортное исследование путём анализа медицинской документации 160 пациентов, которым выполнена ПДР в отделении абдоминальной хирургии ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России в период с января 2021 года по декабрь 2025 года. Пациенты распределены на две группы: группа ПОП grade B/C (n=24) и группа без ПОП (n=136).

Основными показателями явились: частота и структура градаций ПОП, влияние на общую тяжесть послеоперационных осложнений (классификация Clavien-Dindo), частота специфических осложнений (ПФ, ПКР, ГС), количество повторных операций, койко-день общий и в реанимации, уровень летальности. Сравнение групп выполнено с помощью точного критерия Фишера для категориальных переменных и U-критерия Манна-Уитни для количественных. Факторы риска оценивались методом однофакторного анализа; переменные с ррезекции (OR 19,987, 95% ДИ 1,107-360,95, p=0,042) и объём кровопотери (OR 1,002, 95% ДИ 1,000-1,003, p=0,017).

Заключение. ПОП является ранним (в пределах 72 часов после операции) и клинически значимым специфическим осложнением после ПДР, существенно ухудшающим течение послеоперационного периода. Его развитие ассоциировано с увеличением числа тяжёлых осложнений, необходимостью проведения дополнительных консервативных и интервенционных мероприятий, а в ряде случаев – повторных оперативных вмешательств. Выявленные независимые факторы риска (неизмененная паренхима и объём кровопотери) могут служить основой для разработки стратегий профилактики.

---

323. Реконструктивные операции у пациентов с толстокишечными свищами: технические аспекты и результаты лечения

Стручков В.Ю., Шарапов И.Е., Бурмистров А.И., Двухжилов М.В., Арутюнов О.Р., Марков П.В.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Толстокишечные свищи являются сложной проблемой реконструктивной абдоминальной хирургии. В большинстве случаев они формируются после ранее перенесенных операций, несостоятельности анастомозов, гнойно-воспалительных осложнений, дивертикулярной болезни, опухолевого процесса, травм брюшной полости или панкреонекроза. Особую сложность представляют пациенты с хроническими воспалительными инфильтратами, парастомальными грыжами, гнойными затеками и выраженными рубцово-спаечными изменениями. В отличие от тонкокишечных свищей, при толстокишечных свищах на первый план чаще выходят хроническая инфекция, нарушение качества жизни, местные гнойно-воспалительные изменения и необходимость одномоментного решения нескольких хирургических задач: ликвидации свища, восстановления пассажа и реконструкции передней брюшной стенки.

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с толстокишечными свищами и определить хирургические приемы, позволяющие снизить частоту послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 100 пациентов с толстокишечными свищами. У 21 пациента свищи возникли после операций по поводу колоректального рака, у 29 — после операций по поводу дивертикулярной болезни, у 16 — после осложненного течения гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости (в т.ч. панкреаонекроза), у 22 — после операций по поводу вентральных или парастомальных грыж, у 12 – после травм брюшной полости.

У 22 больных свищевой процесс сочетался с парастомальной грыжей. У 10 пациентов оперативное вмешательство выполнялось в условиях выраженного воспалительного инфильтрата. Гнойно-воспалительные изменения в области свища выявлены у 46 пациентов

Перед операцией всем пациентам проводилась комплексная подготовка: контроль инфекции, оценка анатомии свища, состояния приводящих и отводящих отделов кишки, а также планирование объема реконструкции. Для уточнения анатомии свища использовали МСКТ, рентгенфистулографию, колоноскопию и ирригоскопию.

Результаты. Основным вариантом хирургического лечения была резекция участка толстой кишки, несущего свищ с формированием толстокишечного анастомоза.

Резекция илеоцекального угла выполнена у 21 пациента, правосторонняя гемиколэктомия у 20, резекция поперечно-ободочной кишки у 23, левосторонняя гемиколэктомия у 5, резекция сигмовидной кишки у 24.

У 10 пациентов со сложными свищами были выполнены комбинированные резекции с резекцией тонкой кишки.

У 83 пациентов операция сопровождалась формированием анастомозов, однако у 17 больных в связи с выраженными изменениями кишечной стенки была сформирована концевая стома, которая была закрыта у всех пациентов в сроки от 3 до 8 месяцев.

Послеоперационные осложнения отмечены у 11 из 100 пациентов, несостоятельность анастомоза отмечена у 4 пациентов, нагноение послеоперационной раны — у 10, Летальность составила 1%.

Заключение. Реконструктивные операции при толстокишечных свищах должны выполняться после тщательной подготовки, включающей в себя контроль инфекции, оценку анатомии свища и лечение местных осложнений. Основным вариантом хирургического лечения является резекция участка толстой кишки, несущего свищ с формированием толстокишечного анастомоза. Индивидуальный выбор между первичным анастомозом, защитной стомой и этапной реконструкцией позволяет снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения.

324. Модифицированная классификация кишечных свищей: от систематизации к клиническому применению

Стручков В.Ю. (1), Марков П.В. (1), Левчик Е.Ю. (2), Демко А.Е. (3), Батыршин И.М. (3), Белоконев В.И. (4), Атаманов К.В. (5), Луфт В.М. (3), Ревишвили А.Ш. (1)

1) Москва,
2) Екатеринбург,
3) Санкт-Петербург,
4) Самара,
5) Новосибирск

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2) ГАУЗ СО «СОКП Госпиталь для ветеранов войн» Министерства здравоохранения Свердловской области
3) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
4) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
5) ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Кишечные свищи (КС) остаются одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии, сопровождаясь высокой частотой инфекционных осложнений, нутритивной недостаточности, водно-электролитных нарушений и значительным снижением качества жизни пациентов. Несмотря на накопленный опыт, отсутствует единая, практико-ориентированная классификация, что затрудняет стандартизацию диагностики и выбор лечебной тактики .

Цель. Разработка модифицированной классификации кишечных свищей, пригодной для повседневной клинической практики и научного использования, с представлением полной и сокращённой версий.

Материалы и методы. Выполнен систематический обзор литературы за период 1945–2025 гг. в международных и российских базах данных (PubMed, Embase, Cochrane, Scopus, Web of Science, eLIBRARY). Идентифицировано 6119 публикаций, после многоэтапного отбора включено 21 исследование, содержащие 12 классификаций КС. Проведён сравнительный анализ по ключевым характеристикам КС: анатомия, этиология, морфология, функциональные характеристики и прогностические факторы.

Результаты. На основании обработанных данных предложена модифицированная классификация КС в двух вариантах. Полная версия включает девять критериев: этиология; расположение внешнего отверстия; локализация (с указанием «высоких» тонкокишечных свищей при расположении до 1 м от связки Трейтца); морфология; степень сформированности с выделением типов несформированных свищей и их привязкой к клиническим вариантам «открытого живота» (в т.ч. «замороженный живот»); функция (полный/неполный); количество отделяемого (до 200 мл; 200–500 мл; 500–1000 мл; ≥1000 мл/сут); одиночные/множественные; смешанные/сочетанные; а также местные и общие осложнения. Сокращённая версия предназначена для стандартизированной формулировки диагноза и включает шесть ключевых характеристик: расположение наружного отверстия, локализация, сформированность (тип несформированного), функция, дебит, осложнения. Классификация построена на основе отечественных подходов с расширением и интеграцией современных клинически значимых параметров.

Обсуждение. Предложенная классификация базируется на классических отечественных и международных подходах (Макаренко–Богданов, Berry & Fischer, Bjork), с их адаптацией к современным условиям и позволяет более точно прогнозировать течение заболевания и определять этапность лечения. Дополнительная градация объёма потерь имеет принципиальное значение для выбора нутритивной поддержки и интенсивности терапии. Важнейшим фактором, оказывающим влияние на выбор тактики местного лечения несформированных кишечных свищей, является степень фиксации петель кишки и свищевого дефекта к окружающим тканям. Эти особенности подробно описаны в классификации Бьорка (2016), что стало основанием для её интеграции в предлагаемую нами.

Заключение. Предложенная модифицированная классификация обеспечивает унифицированное описание кишечных свищей, облегчает стадирование и формулировку диагноза, способствует выбору этапной тактики лечения; сокращённый вариант оптимален для рутинной документации, полный — для экспертной оценки и научной работы.

326. САРО (SARO) – слинговая антирефлюксная операция при хирургическом лечении ГЭРБ, в том числе после бариатрических операций.

Баулин В.А. (1), Аверьянова Л.А. (2), Баулин А.А. (1), Баулина О.А. (1), Богатырёва А.В. (3), Баулина Е.А. (4)

Пенза, Подольск

1) Кафедра хирургии и эндоскопии им.проф.Н.А.Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
2) ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина»
3) Медицинский институт ПГУ
4) ГБУЗ Подольская областная клиническая больница

Введение. 21 век признан «эпидемией ГЭРБ». К этому добавляется новая проблема, связанная с внедрением многочисленных операций во всех странах по поводу морбидного ожирения. Во всём мире выполняются десятки тысячах операций. Проблема может проявляться в двух вариантах: как «сиамские близнецы» или ГЭРБ отдельно, а также как дооперационная и послеоперационная ситуации. Люди с ожирением в 4,2 раза чаще подвержены развитию ГЭРБ-ГПОД. Продольная резекция желудка повышает риск развития ГЭРБ, а при наличии предоперационного рефлюкса течение ГЭРБ усугубляется. При эффекте операции по поводу ожирения, 3-50% оперированных страдают от мучительной ГЭРБ. При продольной резекции и формировании желудочной трубки отсутствует возможность использования дна желудка для формирования фундопликационной манжетки. Предложено несколько оригинальных операций, результаты не безоблачные.

Материалы и методы. Используемая 20 лет патентованная антирефлюксная операция прошла три этапа внедрения. Она получила название – слинговая антирефлюксная операция (САРО – SARO). О сути и результатах операции, выполненной у более 450 пациентов мы неоднократно докладывали. С 2025 года мы начали четвёртый этап – использование САРО для лечения ГЭРБ у бариатрических больных.

Полученные результаты. Установка устройств из инородного материала приводит к миграции, мы пошли по пути поиска собственных тканей. При применении методики у больных с ГПОД-ГЭРБ мы отметили миграцию у 7.8% из 154 с лентой из полипропилена, у 4,8% из 246 с ксеноперикардом. На третьем этапе мы используем собственные сухожилия пациентов, и при сроке от 2 месяцев до 3 лет нет миграции у 52 оперированных. С учётом хороших клинических результатов по сравнении с фундопликационными методиками, которые грешат болями, дисфагией, гастро-, дуоденостазом, диарей, рецидивами рефлюкса и грыжи и др., мы перенести методику в другой раздел – бариатрическую хирургию. Характерный клинический случай: больная А-ва, 42 лет, в 2024 году перенесла рукавную резекцию желудка без осложнений. До операции ни ГПОД, ни ГЭРБ не выявлялись. Постепенно за 2 года теряла вес с 115кг на 41кг. Уже с первых дней появилась изжога, не могла спать на левом боку из-за возникающих болей в области сердца, почти постоянных болей под ложечкой, которая стала нетерпимой, угнетающей жизнь, нарушился сон из-за выбросов в пищевод. Инструментально подтверждены ГЭРБ и ГПОД 1ст., желудочнопищеводный рефлюкс, эрозивно-язвенный эзофагит 2-3 степени, НК-3-4ст, изменения в желудке характерные для бариатрической операции. С предварительным забором сухожилия с помощью специального стриппера, под эндотрахеальным наркозом лапароскопически после небольшой мобилизации спаек в области пищеводножелудочного перехода произведена САРО (находится на стадии патентования). Время операции 18 минут. Кровопотеря 3-5мл. Больная на следующий день отметила, что тянуть и болеть почти перестало, изжога полностью не прошла, но стала меньше и не постоянно, забросы прекратились. Провели контрольную видеоскопию, около тубуса сохранялось небольшое треугольное свободное пространство, расценено как НК-1ст., предложили подтянуть, больная отказалась, сославшись, что ей стало несравненно легче. Через несколько месяцев: изжога стала значительно меньше, кратковременная, бывает в основном из-за переедания; боль в сердце прошла - может спать и на левом боку; ещё сохраняется ощущение как будто желудок сжимается; в целом результат считает положительным процентов на 70-80. Предложено подтянуть ленту, чтобы ликвидировать НК – больная заявила, что не считает пока необходимым из-за улучшения состояния.

Заключение. Мы не можем говорить о достоверных отдалённых результатах, но у единичных больных с наличием выраженной многолетней ГЭРБ метод показал достаточную эффективность уже с первых дней после операции. Продолжаем накапливать материал.

327. Раннее энтеральное питание у пациентов раком желудка после гастрэктомии.

Михеева А.М. (1,2), Сон А.И. (1), Якомаскин В.Н. (1), Греков Д.Н. (1), Лебедев С.С.(1).

Москва

1) ГБУ ММНКЦ имени С. П. Боткина ДЗМ
2) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность: Недостаточность питания считается важнейшим фактором, предрасполагающим к послеоперационным осложнениям и неблагоприятному прогнозу у больных раком желудка, перенесших гастрэктомию. Причиной 10-20% летальных исходов в послеоперационном периоде является наличие нутритивной недостаточности, приводящей к кахексии. Патофизиология кахексии характеризуется отрицательным балансом белка и энергии, обусловленным комбинацией сниженного потребления пищи и аномального метаболизма. Для поддержания удовлетворительного состояния питания, улучшения качества жизни и снижения вероятности прогрессирования заболевания в послеоперационном периоде необходимо обеспечение нутритивной поддержки. Стратегия fast-track является приоритетной и включают предоперационную нутритивную поддержку; минимально инвазивную хирургию; отсутствие необходимости установки назогастрального или назоеюнального зонда для питания; раннюю активизацию; раннее начало перорального питания. Своевременное послеоперационное раннее энтеральное питание способствует улучшению нутритивного статуса организма и мезентериального кровотока, поддержанию проницаемости брыжейки, восстановлению и поддержанию структуры и функции желудочно-кишечного тракта.

Цель: Изучить эффекты раннего энтерального питания у пациентов, перенесших тотальную гастрэктомию по поводу рака желудка, его влияние на течение послеоперационного периода, преимущества по сравнению с традиционной стратегией ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: В исследование включено 50 онкологических пациентов, перенесших оперативное вмешательство в объеме тотальная гастрэктомия по поводу рака желудка в период с августа 2024 года по январь 2025 года. Были изучены данные анамнеза, антропометрические и лабораторные показатели до оперативного вмешательства, через 2-3 дня после оперативного вмешательства и через 10-14 дней после оперативного вмешательства.

В зависимости от вида послеоперационной нутритивной поддержки все пациенты были разделены на 2 группы. Основная группа – 25 онкологических послеоперационных пациентов в сочетании с нутритивной поддержкой продуктами специализированного лечебного и профилактического питания «Леовит Онко» по 1 фл 2 р/д методом сиппинг. Контрольная группа- 25 онкологических послеоперационных пациентов, получающих зондовое питание по схеме 500 мл 2 р/д. Для анализа материалов исследования использовались статистические методы для ненормального распределения данных. Для анализа качественных данных применялся точный критерий Фишера. Для анализа количественных данных был использован критерий Манна-Уитни. Группы сравнивались по следующим показателям: возраст пациентов, половой состав, наличие и характер сопутствующих заболеваний, наличие онкологических заболеваний в анамнезе, проведение неоадъювантной химиотерапии, данные лабораторных исследований и антропометрические данные, балл NRS-2002, степень недостаточности питания. В сравниваемых группах отсутствуют достоверные различия по анализируемым критериям. В связи с этим при сравнении перечисленных параметров полученные результаты (значения $p > 0,05$) позволяют считать выделенные группы статистически сопоставимыми.

Результаты: Настоящее исследование показало, что раннее энтеральное питание обладает преимуществами по сравнению с традиционной стратегией ведения пациентов. В основной группе пациентов степень анемии на 10-14 день после операции была ниже, чем в контрольной группе. Уровень гемоглобина и количество эритроцитов составили соответственно 128 г/л и 4,91*10^12/л в основной группе, 121 г/л и 4,04*10^12/л в контрольной группе. Уровни общего белка и сывороточного альбумина после проведения нутритивной поддержки восстанавливались лучше, чем в контрольной группе (76 г/л и 43,7 г/л в основной группе, 69 г/л и 36,1 г/л в контрольной группе). При исследовании антропометрических данных в группе, получающей раннее энтеральное питание, выявлены более высокие показатели: окружность плеча в средней трети (29 см- основная группа и 23 см- контрольная группа), толщина кожно-жировой складки (12 мм- основная группа и 9 мм- контрольная группа). Данные результаты свидетельствует о положительном влиянии раннего энтерального питания на коррекцию белково-энергетической недостаточности. Также отмечалась меньшее количество послеоперационных осложнений (0 и 2 случая соответственно) и проведенных койко-дней (7 и 13 дней соответственно) в группе, получающей раннее энтеральное питание.

Выводы: Раннее энтеральное питание, используемое в качестве послеоперационной нутритивной поддержки у пациентов, перенесших тотальную гастрэктомию, способствует улучшению послеоперационного состояния питания, положительно влияет на восстановление показателей крови, коррекцию степени анемии и белково-энергетической недостаточности. Настоящее исследование показало, что данный подход безопасен и имеет преимущества перед традиционной стратегией ведения послеоперационных пациентов с диагнозом рак желудка.

328. Видеоторакоскопические и робот-асситированные тимэктомии при опухолях вилочковой железы.

Иллек Г.А., Якомаскин В.Н., Чекини А.К., Глотов Е.М., Алахвердян А.С., Лебедев С.С., Багателия З.А.

Москва

ГБУЗ ММНКЦ имени С.П. Боткина ДЗ г. Москвы

Введение: Тимома и рак тимуса являются относительно редкими, но клинически значимыми новообразованиями средостения, что обуславливается связью с миастенией Гравис (симптомы данного заболевания имеются у 30-50% пациентов с тимомами). Ежегодная глобальная заболеваемость составляет около 0,13-0,26 на 100000 человек в год. По различным литературным данным около 50% первичных опухолей переднего средостения являются тимомами. Хирургическое лечение является основным методом, при этом предпочтение отдается видеоторакоскопическим операциям, а частота робот-ассистированных тимэктомий в последние годы демонстрирует устойчивый рост. Сочетание тимомы с миастенией Гравис является абсолютным показанием к оперативному лечению при резектабельности опухи.

Материалы и методы: За период с 2020 по 2025 гг. в ММНКЦ им. С.П. Боткина 30 пациентам с тимомой и раком тимуса (стадии I-IIIA по Masaoka-Koga) выполнены радикальные тимэктомии: 18 операций видеоторакоскопическим доступом (ВАТС) и 12 операций с использованием роботической системы da Vinci Xi (РАТС). Проведен ретроспективный сравнительный анализ.

Результаты: Медиана длительности операции в группе ВАТС составила 160 мин (Q1-Q3: 140-180), в группе РАТС — 175 мин (Q1-Q3: 155-195). Средняя интраоперационная кровопотеря в группах сравнения не отличалась. Послеоперационные осложнения (преимущественно I-II степени по Clavien-Dindo) зафиксированы у 22,2% (n=4) пациентов после ВАТС против 8,3% (n=1) после РАТС. Летальных исходов не было. Медиана послеоперационного койко-дня в группе ВАТС составила 5,5 дней, что на ~10% больше, чем в группе РАТС — 5 дней, однако разница статистически недостоверна (p>0,05). При медиане наблюдения 16 месяцев значимых различий в безрецидивной выживаемости между группами не выявлено.

Заключение: Робот-ассистированные тимэктомии, обеспечивая аналогичную торакоскопическим вмешательствам онкологическую радикальность и безрецидивную выживаемость, демонстрируют потенциальные преимущества в виде уменьшения частоты послеоперационных осложнений и сокращения сроков госпитализации пациентов.

---

329. Комбинированный робот-ассистированный лапароторакоскопический доступ при хирургическом лечении рака пищевода, опыт и перспектива.

Щанькин Е.Г., Якомаскин В.Н., Кузьменко А.А., Аллахвердян А.С., Лебедев С.С., Багателия З.А.

Москва

ГБУЗ ММНКЦ имени С.П. Боткина ДЗ г. Москвы

Актуальность: Рак пищевода остаётся одним из наиболее агрессивных онкологических заболеваний, а эзофагэктомия является основным методом радикального лечения. Внедрение минимально инвазивных технологий, включая робот-ассистированные доступы, направлено на снижение травматичности операции, уменьшение послеоперационных осложнений и ускорение реабилитации пациентов. Одномоментная внутриплевральная эзофагогастропластика в рамках комбинированного робот-ассистированного лапароторакоскопического доступа представляет собой современный высокотехнологичный подход, требующий оценки его эффективности и безопасности.

Цель исследования: улучшить результаты лечения рака пищевода путем широкого применения роботических технологий.

Материалы и методы: В ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ за период с 2024 по 2025 годы проведено лечение 6 пациентов с локализованным раком пищевода. Была выполнена эзофагэктомия с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой комбинированным робот-ассистированным лапароторакоскопическим доступом. Локализация опухоли: нижнегрудной отдел — у 4 (66,7%) пациентов, среднегрудной отдел — у 2 (33,3%) пациентов. Все вмешательства выполнялись с использованием роботической системы da Vinci Si.

Результаты: Средняя продолжительность операции составила 310±50 минут. Конверсия в открытое вмешательство не потребовалась ни одному пациенту. У одного пациента (16,7%) развилось интраоперационное осложнение - кровотечение. Послеоперационные осложнения развились у 3 (50,0%) пациентов: несостоятельность анастомоза — у 1 (16,7%), которая была успешно купирована применением VAC-терапии без необходимости открытого вмешательства; пневмония — у 1 (16,7%); парез желудка — у 1 (16,7%). Летальных исходов не было. Средняя продолжительность госпитализации — 14±4 дня. Радикальность операции (R0 резекция) достигнута у всех пациентов.

Выводы: Эзофагэктомия с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой комбинированным лапароторакоскопическим робот-ассистированным доступом является эффективным и безопасным методом хирургического лечения рака пищевода, позволяющим

достичь высокой радикальности операции и удовлетворительных периоперационных результатов. Дальнейшее внедрение и стандартизация данной методики в сочетании с элементами программ ускоренной реабилитации (ERAS) могут способствовать улучшению исходов лечения пациентов с раком пищевода.

---

330. Современные подходы к хирургическому лечению язвенного колита и профилактике послеоперационных осложнений

Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Эгамов Б.Ю.Андижанский государственный медицинский институт

Андижан. Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Неспецифический язвенный колит (ЯК) относится к числу наиболее тяжёлых хронических воспалительных заболеваний толстой кишки, характеризующихся прогрессирующим течением, высокой частотой рецидивов и развитием тяжёлых осложнений.

В клинике Андижанского государственного медицинского института в течение последних лет проведено наблюдение и лечение 472 больных с диагнозом ЯК. Среди пациентов преобладали женщины по сравнению с мужчинами. Средний возраст больных составил 30–50 лет. Большинство пациентов поступали с осложнёнными формами заболевания, требующими хирургического вмешательства.

Основными показаниями к операции являлись токсическая дилатация толстой кишки, кишечные кровотечения, перфорация, выраженная воспалительная деструкция кишечной стенки и развитие тяжёлых гнойно-септических осложнений. Хирургическое лечение проводилось только оперативным путём с применением комплексной лимфатической терапии в послеоперационном периоде.

Современная хирургическая тактика при ЯК направлена на снижение послеоперационных осложнений, уменьшение риска несостоятельности анастомозов и улучшение качества жизни пациентов. В последние годы предпочтение отдаётся реконструктивным и органосохраняющим операциям, позволяющим сохранить непрерывность кишечника и улучшить функциональные результаты лечения.

Особое внимание уделялось применению лимфатической терапии, направленной на улучшение микроциркуляции, уменьшение эндогенной интоксикации, стимуляцию лимфооттока и профилактику воспалительных осложнений. Использование лимфотропной терапии в комплексном лечении способствовало более раннему восстановлению моторной функции кишечника, снижению выраженности интоксикации и уменьшению частоты послеоперационных осложнений.

Анализ клинических наблюдений показал, что комплексный подход с применением современных хирургических технологий и лимфатической терапии позволяет повысить эффективность лечения больных ЯК, сократить сроки госпитализации и улучшить непосредственные результаты операций.

Заключение. Проблема хирургического лечения ЯК остаётся актуальной в современной колопроктологии. Индивидуализация хирургической тактики и применение лимфатической терапии являются перспективными направлениями профилактики послеоперационных осложнений и улучшения результатов лечения пациентов.

---

331. Малые ампутации у пациентов с сахарным диабетом в условиях поликлиники.

Амарантов Д.Г. (1), Лукин П.С. (1), Корейба К.А. (2)

1) Пермь,
2) Казань

1) ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России
2) ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Оперативное лечение синдрома диабетической стоп (СДС) требует круглосуточного стационарного наблюдения за пациентом. Консервативное лечение пациентов с СДС в реальности не всегда позволяет сохранить конечность в ее физиологичном состоянии. СДС является главной причиной инвалидизации пациентов с сахарным диабетом (СД) и является показанием к выполнению 40–60% ампутаций нижних конечностей нетравматического характера.

Лечение СДС является комплексным и проходит с привлечением врачей разных специальностей, а с развитием стационарозамещающих методик, усовершенствованием анестезиологических пособий появились возможности выполнять малые ампутации в условиях кабинета врача-хирурга поликлиники, без госпитализации пациента в стационар.

Целью исследование определить возможности проведения экономных органоуносящих операций при СДС в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинических базе кафедры клинической и оперативной хирургии Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера и клинической базе кафедры хирургических болезней Казанского государственного медицинского университета. Под нашим наблюдением в находился 62 пациент с СДС в виде сухой гангрены на фоне компенсированного инсулиннепотребного СД 2 типа. Трофические изменения и тактику их лечения определяли согласно классификации PEDIS. Язвенные дефекты соответствовали P2 E — площадь раневой поверхности составила до 5 см2 (в пределах одного пальца стопы) D3 I2-3 S1. Гангренозные изменения мягких тканей были на уровнях дистальных и средних фаланг пальцев стоп. Рентгенологически подтверждалось наличие диабетической остеоартропатии, остеопороза и остеомиелита. Визуально локально на границе линии деморкации определялись отек и гиперемия мягких тканей.

Под местной анестезией раствором Лидокаина 2% - от 4,0 до 6,0 мл, отступя от линии деморкации 1,0 см, 9-ти пациентам выполнена резекция пальцев стопы с удалением дистальной головки соответствующей плюсневой кости, 12-ти пациентам выполнены экзартикуляции на уровне плюсне-фалангового сустава. В послеоперационный период проводилась антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия. Рана не ушивалась. Гемостаз достигался перевязкой или прижатием сосудов. Перевязки проводились мазью на ПЭГ основе в ранний послеоперационный ежедневно до 10 - 15 дней. Специальную разгрузку конечности принципиально не назначали, если пациент ранее не использовал ортопедические изделия. Сосудистую терапию начинали со дня операции, первоначально применяя внутримышечные инъекции сулодексида 2,0 в день №10 с целью возможности проведения их в домашних условиях. Курс продолжали таблетированными формами с обязательным назначением и параллельным приемом венотоников до 2 месяцев для профилактики реперфузионного синдрома на фоне консервативного восстановления кровопритока в ткани. Также включали лекарственный препарат синтетический аналог эндогенных пептидов, кратность приема которого составила по 1 таблетке 3 раза день per os в течение месяца.

Результаты исследования. Первоначально оценили причины развития сухой гангрены пальцев стоп. В летний период наиболее характерными были травмы полученные на дачных участках, в зимний — отморожения.

На фоне компенсации СД с достижением целевых показателей гликированного гемоглобина грануляции появлялись на 8,6±2,1 сутки лечения. Краевая эпителизация раны происходила на 18,4±3,4 сутки у пациентов, которым выполнены экзартикуляции. Средние сроки лечения составили 22,6±3,7 сутки. Пациенты, у которых выполнены резекции пальцев с удалением дистальной головки соответствующей плюсневой кости, составили 42,2±3,8 суток. Появление грануляций отмечено на 14,6±1,4 сутки, краевой эпителизации на 23,2±3,6 сутки Осложнений и прогрессирования развития некроза отмечено не было у всех пациентов.

Обсуждение и выводы. Основные факторы развития СДС, говорят о целесообразности проведения и развития школ профилактики СДС для пациентов. При выборе оперативного лечения, актуально выполнение резекций пальцев стопы с сохранением дистальной головки соответствующей плюсневой кости, которые позволяют формировать более «физиологичную» культю. Данный подход исключает «травматизацию» грануляций в ранний послеоперационный период, упрощает проведение манипуляции в амбулаторных условиях, исключает оставление костных отломков в мягких тканях при формировании культи после резекции дистальной головки плюсневой кости, которые могут быть травмирующим фактором. Главным фактом за экзартикуляции остается более быстрое заживление ран.

Выполнение «малых ампутаций» на стопах при СДС в амбулаторных условиях возможно и является методом выбора при профилактике развития более «высоких» некротических осложнений.

---

332. Хирургическое лечение больных с «трудной» дуоденальной язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией

Капустин Б.Б., Халимов Э.В., Баженов А.А., Ермолаев Л.А., Переин М.Д.

Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. На фоне успехов комплексного терапевтического лечения и наметившейся тенденции к снижению госпитализаций больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в экстренной хирургии отмечается рост числа перфораций у пациентов с «трудной» дуоденальной язвой (большие и гигантские размеры язвенного дефекта; пенетрации; суб-,декомпенсированный стеноз). Основным методом оперативного лечения продолжает оставаться ее ушивание, технические трудности ограничивают применение малоинвазивных технологий; частота несостоятельности швов достигает 11%, а летель-

ность – 50-70%.

Материалы и методы. С 2022 по 2025 гг в хирургических стационарах БУЗ УР ГКБ №8 МЗ УР и БУЗ УР Сарапульская ГБ МЗ УР (клинические базы кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Ижевского ГМУ Минздрава России) оперировано 129 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Преимущественно (114 больных; 88,4%) выполнено паллиативное вмешательство в виде ушивания перфоративной язвы. В 102 клинических наблюдениях вынужденно применен лапаротомный доступ; 12 пациентам удалось осуществить видеолапароскопическое ушивание перфорации. Наиболее грозное осложнение, в виде несостоятельности швов, развилось у 4 пациентов (3,5%), в 2 случаях после ушивания по Оппелю-Поликарпову. Трем пациентам после диагностики несостоятельности выполнена резекция желудка по Бильрот-II, с летальными исходами в раннем послеоперационном периоде. У двух пациентов с язвой ДПК произведено иссечение язвы с последующей пилоропластикой. Летальный исход 1, по причине образования в послеоперационном периоде межкишечного абсцесса на фоне сопутствующего сахарного диабета 2 типа.

В связи с большими и гигантскими размерами язвенного дефекта (более 2 см; циркулярные и полуциркулярные; на 2/3 окружности; пенетрация в гепатодуоденальную связку; залуковичная локализация; сочетание с суб- и декомпенсированным стенозом) 9 пациентам выполнены первичные резекции желудка. Из трех больных, оперированных по Бильрот -2, в одном наблюдении отмечено осложнение в виде несостоятельность культи ДПК. Пациенту произведена экстренная реконструкция по Ру с благоприятным исходом и выпиской для последующего амбулаторного лечения. В 4 случаях принято решение об этапном ведении больных, когда при первой операции выполнена герметизация перфоративного отверстия, а резекция желудка произведена на втором этапе в течение 12-24 часов после первичного вмешательства. Методом выбора в условиях трудной язвы ДПК резекция желудка по Ру с формированием Ру- петли 40-45 см и межкишечным анастомозом на расстоянии 40-60 см от связки Трейтца.

Послеоперационная летальность составила 13,2%.

Обсуждение. Широкое распространение консервативной терапии язвенной болезни поспособствовало практически полной ликвидации плановой хирургии по поводу хронических язв, при этом отмечается стремительный рост экстренных операций по поводу осложнений язвенной болезни, особенно в старшей возрастной группе.

Отсутствие плановых операций и увеличение экстренных приводит к росту ранних послеоперационных осложнений – несостоятельность ушитых перфораций, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, с послеоперационной летальностью, приближающейся к 100%.

Важным также является применение этапного выполнения операций, регламентированного клиническими рекомендациями, когда на 1-ом этапе – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации, а на

2-ом этапе – плановый, выполняется резекция желудка.

Выводы. В условиях экстренной хирургии «трудной» перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки представляется целесообразным одномоментное (при возможности) или запланированное этапное хирургическое лечение с выполнением резекции желудка по Ру.

---

333. Стратегия безопасной минимально инвазивной хирургии у больных острым холециститом

Ромащенко П.Н. (1), Алиев А.К. (1), Прядко А.С. (1,2), Слинько В.Р. (2), Седлецкий В.Р. (2), Майстренко Н.А. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
2) ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Актуальность. Выполнение лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом связано с трудностями хирургического вмешательства в условиях воспалительного процесса в правом подпеченочном пространстве вокруг желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, повышающими риск развития осложнений операции. Активное внедрение в хирургическую практику эндовидеохирургических технологий и стремление выполнить операцию по поводу острого холецистита при их помощи приводит к развитию в 2–5 раз чаще осложнений, чем при открытой холецистэктомии. Это обусловлено с одной стороны поздним обращением больных острым холециститом за медицинской помощью, что ведет к формированию околопузырного инфильтрата, с другой – отсутствием общепринятого алгоритма рациональной хирургической тактики в зависимости от сроков госпитализации, развившихся осложнений заболевания, общего состояния пациента и предпринятой лечебной тактики в медицинской организации.

Цель – разработать стратегию безопасной минимально инвазивной хирургической тактики у больных острым холециститом в стационарах второго и третьего уровня.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения 7860 больных острым холециститом в рамках ретроспективно-проспективного мультицентрового когортного исследования, оперированные за последние 6 лет в клинике факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, хирургическом отделении Ленинградской областной клинической больницы и хирургических отделениях медицинских организаций второго уровня Ленинградской области. Ретроспективное исследование позволило разработать программу безопасной хирургии желчевыводящих протоков в виде алгоритма обследования и лечения острого холецистита. Оценка эффективности предложенной программы проведена путем её апробации в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи на региональном уровне с анализом непосредственных результатов лечения.

Полученные результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов было осуществлено в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2019. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (разработчик - IBM Corporation).

Результаты. Ретроспективный анализ больных (n=3960) острым холециститом, проходивших лечение с 2020 по 2022 гг., позволил стратифицировать следующие варианты его осложненного течения: с околопузырным инфильтратом у 14,2% пациентов, с механической желтухой – у 4,8%, с холангитом – у 1,3%, с острым панкреатитом – у 0,9%. Проспективное исследование у больных острым холециститом (n=3900), оперированных с 2023 по 2025 гг. по разработанной стратегии безопасной минимально инвазивной хирургической тактики, включала следующие варианты осложненного течения: с околопузырным инфильтратом у 15,2% пациентов, с механической желтухой – у 10%, с холангитом – у 2,4%, с острым панкреатитом– у 1%. Обе группы пациентов не имели различий по основным демографическим и клиническим характеристикам, шкалам ASA и CCI (p>0,05). При оценке непосредственных результатов лечения пациентов ретроспективного и проспективного исследований установлено развитие повреждений желчевыводящих протоков в 0,8% и 0,2% случаев соответственно, общей летальности – в 1,9% и 0,7%, летальности оперированных больных – 3,3% и 1%.

Изучение причин развившихся осложнений установлено, что пациентам острым калькулёзным холециститом, поступившим позже 72 часов целесообразно проведение консервативной терапии (60,7%) с последующей интервальной холецистэктомией через 3-6 месяцев, При отсутствии положительной динамики в ходе консервативного лечения и развитии деструктивного холецистита, необходимо выполнение транскутанной чреспеченочной холецистостомии под навигацией УЗИ (1,4%). Больным острым холециститом, осложненным механической желтухой, холангитом, острым панкреатитом, находящимся на лечении в медицинских организациях второго уровня целесообразно выполнение лапароскопической холецистэктомии с дренированием холедоха по Халстеду с дальнейшим переводом в медицинские организации третьего уровня для выполнения санации желчевыводящих протоков. В медицинских организациях третьего уровня обосновано выполнение одноэтапного хирургического вмешательства: лапароскопической холецистэктомии с дренированием холедоха по Халстеду и эндоскопической санации внепеченочных желчных протоков в ходе одного наркоза, либо двухэтапного вмешательства – лапароскопической холецистэктомии с дренированием холедоха по Халстеду и эндоскопической санации внепеченочных желчных протоков за одну госпитализацию.

Обсуждение. Полученные данные подтвердили высокую эффективность стратегии без-опасной минимально инвазивной хирургической тактики у больных острым холециститом в стационарах второго и третьего уровня, позволившей достоверно снизить частоту осложнений и летальности (p

---

334. Разработка и усовершенствование тактико-технических подходов к лапароскопической аппендэктомии

Эрназаров Х.И., Хакимов М.Ш.

Ташкент

Ташкентский государственный медицинский университет

Введение. По данным крупных международных регистров, за последние 20 лет доля лапароскопических вмешательств при неотложных заболеваниях органов брюшной полости выросла с 12-18% до 55-78%.

Цель: повышение эффективности лечения пациентов с острым аппендицитом путем оптимизации тактико-технических аспектов выполнения лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы исследования. В основу данной работы положен анализ результатов лечения 196 пациентов, которым за период с 2021 по 2026 годы в лечебной учреждении города Ташкент, 2 клиники Ташкентского государственного медицинского университета в отделении экстренной хирургии. Все больные были разделены на 2 группы: контрольная – 115 пациентов (ретроспектив-

ный анализ больных), где выполнена стандартная лапароскопическая аппендэктомия. Основная группа – 81 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия на основе разработанной математической модели – создан программный продукт для ЭВМ – «Laparoscopic appendectomy» и культя ЧО обработана аргоноплазменной коагуляцией.

Результаты исследования. В контрольной группе: у 71 пациентов операция завершена без дренирования, в 28 случаях в дренирование малого таза и в 16 случаях — дренирование малого таза и левого бокового канала. Так установка четвертого троакара была выполнена в 29 (25,2%) наблюдениях. Анализ протоколов операций показал, что в 29 случаях (25,2%) возникла необходимость повторной установки или изменения положения ранее введенного троакара. В проведенном исследовании конверсия лапароскопического вмешательства в открытую аппендэктомию потребовалось у 36 (31,3%) пациентов. В общей совокупности наблюдений послеоперационные осложнения были зарегистрированы у 19 пациентов, что составило 16,5% от общего числа оперированных больных. Продолжительность госпитализации варьировала в пределах от 2 до 7 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 4,7±1,3 суток. Средняя продолжительность операции в среднем составила 68,2±14,6 минут.

В основной группе лапароскопия выполнена, используя программный продукт для ЭВМ «Laparoscopic appendectomy» и для обработки культи ЧО применяли аргоноплазменную коагуляцию. Мы применяли режим «Спрей», через 5 мм троакар вводили аргоноплазменный зонд, бесконтактно с расстояние 3-5 мм мощность 20-30 Вт поток аргона 0,8-1,2 л/мин, включение дуги, пульсирующее 1 сек – дугу перемещают по окружности культи, не задерживаясь на одной точке с экспозицией 2-4сек. После применения аргоноплазменной коагуляции, добавочно обрабатывали культю ЧО 10% йодным раствором. Почти во всех случаях, сопровождающихся развитием перитонита, оперативное вмешательство завершалось дренированием брюшной полости малого таза, только у 52 пациентов – без дренирования, в 7 случаях — дренирование малого таза и левого бокового канала. Средняя продолжительность операции в среднем составила 72,1±6,8 минут. Продолжительность госпитализации варьировала в пределах от 2 до 7 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 3,2±1,5 суток. В основной группе переход из лапароскопического вмешательства в открытую аппендэктомию потребовалось у 2 (2,5%) пациентов. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у одного больного (1,2% от общего числа), конверсия в открытую операцию была выполнена по поводу разлитого гнойно-калового перитонита.

Выводы. Применение математических расчетов и создание программного продукта для ЭВМ – «Laparoscopic appendectomy» – дает возможность индивидуализированного расчета параметров троакарных доступов при различных значениях ИМТ: оптимальные места и манипуляционные углы введения обеспечивающую соблюдение принципов эргономики лапароскопической хирургии. Это способствовало выполнению большинства операций исключительно лапароскопическим способом без необходимости перехода к открытому способу. Использование аргоноплазменной коагуляции для культи ЧО, позволила уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

---

335. Клинико-технические аспекты оптимизации лапароскопической холецистэктомии

Хакимов М.Ш., Эрназаров Х.И.

Ташкент

Ташкентский государственный медицинский университет

Введение. По данным ВОЗ на сегодняшний день, ЖКБ среди заболеваний желчевыводящей системы занимает 50-65%.

Цель: совершенствование результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом путем оптимизации тактико-технических аспектов при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Исследован результат лечения 214 пациентов, за период с 2021 по 2026 годы в лечебной учреждении города Ташкент, 2 клиники Ташкентского государственного медицинского университета в отделении экстренной хирургии. Все больные были разделены на 2 группы: контрольная – 128 пациентов, где выполнена стандартная ЛХЭК. Основная группа – 86 пациентам выполнена ЛХЭК на основе разработанной математической модели–программный продукт для ЭВМ – «Laparoscopic cholecystectomy» и интраоперационна осуществлялось аппликация ложи желчного пузыря (ЛЖП) порошкообразным гемостатическим средством отечественного производства «HEMOBEN» ООО «TURON SILK PHARM» (Республика Узбекистан).

Результаты исследования. В контрольной группе: оперативное вмешательство завершалось дренированием правой подпечёночной области, только у 25 пациентов без дренирования, в 5 случаях — дренирование подпечёночной области и малого таза. Достижение окончательного гемостаза в области ЛЖП осуществлялось с применением монополярной коагуляции. Из дренажа расположенного в подпеченочной области на 1-ые и 2-ые

сутки (иногда на 3 сутки) отделяемое было серозно-геморрагическое больше геморрагического характера. Удаление подпеченочного дренажа после контрольной УЗИ производили на 3 или 4 или 5 сутки после операции, в среднем 4,3±0,4 сутки. Конверсия из лапароскопии в открытую лапаротомию потребовалось у 43 пациентов (33,6%). Послеоперационные осложнения выявлены у 25 пациентов (19,5%). Кровотечение из ЛЖП в раннем послеоперационном периоде отмечено у 11 пациентов. Из них у 8 больных первые сутки после ЛХЭК по дренажу отмечалось геморрагическое отделяемое в объеме 70-80 мл, что потребовало повторного оперативного вмешательства с лапаротомным доступом для окончательного гемостаза. Продолжительность госпитализации варьировала от 2-3 до 8 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре 5,4±1,3 суток. Средняя продолжительность операции в среднем 74,1±12,5 минут.

В основной группе: лапароскопия выполнена, используя программный продукт для ЭВМ «Laparoscopic cholecystectomy» и интраоперационна осуществлялось аппликация ЛЖП отечественным гемостатическим средством «НЕМОВЕN». Оперативное вмешательство завершалось дренированием правой подпечёночной области, однако, у 37 пациентов без дренирования, в 2 случаях — дренирование подпечёночной области и малого таза. Средняя продолжительность операции в среднем 76,3±9,6 минут. Из дренажа расположенного в подпеченочной области на 1-ые сутки отделяемое было серозно-геморрагическое, больше серозного характера, у большинства больных после операции отсутствовало отделяемое из дренажа. Удаление подпеченочного дренажа после контрольной УЗИ производили на 1 или 2 сутки (у некоторых на 3-и сутки из-за тяжелых форм перитонита) после операции, в среднем 2,5±0,5 сутки. Продолжительность госпитализации варьировала от 2 до 6 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре 3,7±1,6 суток. Конверсия из лапароскопии в открытую лапаротомию потребовалось у 8 (9,3%) пациентов. Случаев релапаротомии и релапароскопии не зарегистрировано. Послеоперационных осложнений не выявлено.

Вывод. Разработанная компьютерная программа «Laparoscopic cholecystectomy», дает возможность индивидуализированного расчета параметров троакарных доступов при различных значениях ИМТ: оптимальные места и манипуляционные углы введения обеспечивающую соблюдение принципов эргономики лапароскопической хирургии. Это способствовало выполнению большинства операций исключительно лапароскопическим способом без необходимости перехода к открытому способу. Применение отечественного препарата «Хемобен», позволил уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

---

336. Сравнение скорости и качества заживления ран при воздействии некоторых химических веществ в эксперименте

Соколова В.В., Костоломова Е.Г., Стольникова Ю.Л., Речкалов А.А., Лозовая П.Б., Ахильгова М.Б., Акчулпанов Д.А., Абраамян С.К.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Процесс регенерации раневого процесса неразрывно связан с соматическим состоянием пациента и изменяется при заболевании пациента сахарным диабетом (СД) и наличии сосудистых патологий. Лечение хронических и гнойных ран требует длительной госпитализации, медицинских ресурсов, а несвоевременное лечение нередко приводит к ампутации и является частой причиной сепсиса.

Цель исследования. Оценить и сравнить качество и скорость регенерации раневого процесса у пациентов с СД 2 типа при применении геля на основе казеина и винилина

Материалы и методы. Образцы кожи были получены от 10 пациентов с верифицированным диагнозом СД 2 типа из трофической язвы и от 10 условно здоровых пациентов после блефаропластики/фейслифтинга. Средний возраст пациентов первой группы - 67 ± 7,07 лет, второй- 56 ±7,8 лет.

Были выделены и культивированы дермальные фибробласты (ДФ), далее ДФ были разделены на 6 групп. 1 группа – условно здоровая кожа от пациентов после блефаропластики/фейслифтинга (далее – ЗК), 2 группа– условно здоровая кожа от пациентов после блефаропластики, соинкубированная с гелем на казеиновой основе (ЗК -К), 3 - условно здоровая кожа от пациентов после блефаропластики, соинкубированная с винилином (ЗК -В), 4 – фибробласты от пациентов с язвенными дефектами (далее – СД), 5 – фибробласты от пациентов с язвенными дефектами, соинкубированные с гелем на основе казеина (СД-К) и 6 группа – фибробласты от пациентов с язвенными дефектами, сокультивированные с винилином (СД-В). Методом ИФА и проточной цитометрии определялось количество цитокинов и продуктов синтеза фибробластов (тест–системы «Цитокин», Россия; «BenderMedSystems», Австрия). Регистрацию результатов ИФА проводили на фотометре Multiskan. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel и IBM SPSS Statistics 26.

Результаты исследования. Было установлено, что уровень эластина, коллагена, гиалуроновой кислоты, противовоспалительных цитокинов, а также интегрина и endo180 статистически выше в группе образцов кожи, полученных от пациентов 1 группы (ЗК) в сравнении с результатами от группы пациентов с язвенными дефектами (СД). При сравнении показателей активности фибробластов образ-

цов кожи из группы ЗК выявлено, что в образцах, сокультивированных с винилином отмечалось достоверно значимое повышение уровня гиалуроновой кислоты в слоях клеток (p=0,004), эластина (p=0,02), коллагена (p=0,024), интегрина β 1 (p=0,007), endo 180 (p=0,012). При сравнении показателей активности фибробластов образцов кожи, группы пациентов СД установлено, что в группах, соинкубированных с винилином, отмечалось достоверно значимое повышение уровня гиалуроновой кислоты в супернатанте (p=0,002), гиалуроновой кислоты в слоях клеток (p=0,008), эластина (p=0,021), коллагена (p=0,023), интерлейкина 10 (p=0,018), интегрина β 1 (p=0,018), endo 180 (p=0,003). При этом в образцах кожи пациентов с сахарным диабетом 2 типа достоверно выше уровень CD 206 (p=0,021), CD 163 (p=0,004), CD 204 (p=0,006), интерлейкина 6 (p=0,003) и интерлейкина 1β (p=0,02).

Вывод. Было выявлено повышение активности и интенсивности процесса репарации, усиление синтеза белков внеклеточного матрикса, повышение уровня провоспалительных интерлейкинов, интегриновых молекул в образцах, соинкубированных с винилином. Полученные данные имеют важное практическое значение для повышения качества и скорости процессов регенерации кожи, в том числе у коморбидных пациентов.

---

337. Модифицируемые факторы риска у пациентов с синдромом диабетической стопы

Лукин П.С., Амарантов Д.Г., Кравцова Т.Ю., Блинов С.А.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера

Введение. Ярким примером коморбидной патологии является СД 2-го типа. Наиболее часто СД сопутствуют сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия (АГ), которые становятся непосредственной причиной гибели этих пациентов.

По прогнозам Международной Федерации Диабета, при сохранении нынешних темпов прироста заболеваемости число пациентов с СД к 2030 и 2045 годах будет составлять 578 и 700 млн соответственно. Это связано с увеличением возраста населения, ростом процесса урбанизации, увеличением распространенности среди населения гиподинамии, неправильного питания и других факторов риска. Одной из причин, приводящей к инвалидизации пациентов с СД, стал синдром диабетической стопы (СДС), который выявляется у 25% больных и является показанием к выполнению 40–60% ампутаций нижних конечностей. Актуальность представленной проблемы определила цель и основные задачи настоящего исследования.

Цель работы. Обозначить модифицируемые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и при формировании синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. Проведено сравнительное медико-социальное исследование - анкетирование пациентов поликлиник города Перми, страдающих и не страдающих СД 2-го типа. В исследовании приняли участие 230 человек, которых распределили по признаку наличия/отсутствия СД.

В первую, контрольную, группу вошли 178 пациентов (19,66% мужчин и 80,34% женщин), с различными ХНИЗ. Средний возраст участников исследования составил 45,8 (30,0; 59,0), из них 33,15% были в возрасте до 35 лет, 15,17% - 35-44 лет, 16,29% – 45-54 лет, 20,22% - 55-64 года, и 15,17% - старше 65 лет, т.е. лица старше 45 лет преобладали, составив 51,68% (92 человека).

Во вторую группу включили 27 больных СД; средний возраст – 61,7 года (50,0; 62,0); преобладали женщины (78,8%). В третью группу вошли 25 больных с СДС, средний возраст которых составил 64,72 года (61,0; 69,0); в этой группе также преобладали женщины 67,7%. Таким образом, группы больных СД не отличались ни по возрасту, ни по полу (p>0,05).

Критерии включения в исследование: пациенты от 18 до 75 лет, обратившиеся в поликлиники г. Перми по различным причинам; пациенты с сахарным диабетом 2-го типа, в том числе с синдромом диабетической стопы; письменное информированное согласие больного на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: несогласие больного на участие в исследовании.

Исследование заключалось в проведении анкетирования пациентов, обратившихся в поликлиники г. Перми по самым различным проблемам, а также больных СД без СДС и больных СД с СДС. В ходе анкетирования (в письменном виде) была получена общая информация о поле, возрасте, образовании респондентов; изучены вредные привычки анкетируемых: табакокурение, употребление алкоголя, особенности компонентов ежедневного питания. Респондентов попросили, кроме того, оценить состояние своего здоровья по шкале от 1 (очень плохое) до 5 (отличное).

Уровень физической активности оценивали по времени, которое участник проводил в пешем состоянии, и международному опроснику для определения физической активности IPAQ. Также участники исследования были опрошены на наличие других ФР развития ХНИЗ: артериальной гипертензии (АГ), повышенной глюкозы крови, избыточной массы тела (ИзбМТ), недостаточного потре-

бления овощей и фруктов и др. Человек считался курящим, если он выкуривал ежедневно одну сигарету и более. ИзбМТ и ожирение определялись традиционно по индексу массы тела (ИМТ). Употребление алкоголя респондентами оценивалось их ответами на вопросы: «Как часто Вы употребляете спиртные напитки?», «Какие спиртные напитки Вы употребляете чаще всего?», «Сколько граммов спиртных напитков Вы употребляете, в среднем, за один прием?» и по тесту CAGE. Для объективизации эмоционально-личностных характеристик респондентов использовали шкалу депрессии CES-D (Center for Epidimiologic Studies of USA-Depression).

Результаты. При анализе показателей контрольной группы была выявлена низкая физическая активность (НФА) у 12,36% респондентов: у 8,57% мужчин и 13,29% женщин, причем самый низкий уровень был определен в группе 35-44 лет (40,74%); у людей старше 65 лет физическая активность нарастала (z=2,18, p=0,03).

Всего в данной выборке курили 12,36% респондентов, 1,69% курили в прошлом. Распространенность курения среди мужчин составила 37,14%, среди женщин – 6,30%; чаще эта вредная привычка выявлена у опрошенных старше 65 лет (z =2,45, p=0,01).

Злоупотребление алкоголем определено у 11,8% респондентов. Чаще этот ФР встречался среди лиц 18-34 лет (18,64%) и 45-54 лет (13,79%).

Несоблюдение основных принципов здорового питания выявлено у 76,4% опрошенных. С возрастом употребление компонентов нерационального питания увеличивалось примерно на 10% в каждой возрастной группе, достигая статистически значимой величины среди респондентов 55-65 лет (88,89%; z=2,39, p=0,02). Избыточную массу тела отметили у себя 47,75% опрошенных, у каждого второго выявлено ожирение. Распространенность ИзбМТ в группе 18-35 лет составляла 23,73%, в последующих возрастных группах она увеличивалась и у респондентов 55-65 лет составила 83,33% (z =5,44, p=0,00). При оценке теста CES-D выявлено, что 39,33% респондентов имели депрессию, с преобладанием в возрасте 55-65 лет (z=2,59, p=0,01).

В нашей выборке половина участников имели АГ, при этом женщины отмечали наличие у себя АГ в два раза чаще (z=4,51, p=0,00). Доля респондентов с АГ в группе 55-65 лет составила 86,11%, что в три раза превышает ее распространенность среди более молодых участников (z=6,39, p=0,00).

Большинство респондентов (82,7%) отметили уровень своего здоровья как «удовлетворительное» и «хорошее», при этом 44,56% пациентов старших возрастных групп также оценили свое здоровье как «удовлетворительное» и «хорошее».

Таким образом, наблюдается четкая качественная и количественная закономерность накопления ФР в возрастной экспоненте. Практически все ФР чаще отметили женщины и лишь некоторые (частое употребление алкоголя, курение и стресс) - мужчины. Большинство ФР имеют тенденцию к росту до 54-65 лет. В старших возрастных группах респондентов преобладали (p=0,03-0,00) такие факторы риска как курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание и избыточная масса тела, депрессия и артериальная гипертензия.

В группе пациентов с сахарным диабетом без СДС преобладали пациенты старших возрастных групп, средний возраст составил 61,7 года (50,0; 62,0), также как и в контрольной группе преобладали женщины (p>0,05).

По сравнению с контрольной группой у пациентов с СД выявлена низкая физическая активность (p0,05). Как и старшие респонденты контрольной группы, пациенты с СД употребляли недостаточное количество овощей и фруктов. Подавляющее большинство анкетируемых (88,89%) с СД имели ожирение, при этом достоверной разницы с респондентами контрольной группы старше 54 лет мы не выявили (p>0,05). Признаки депрессии выявили у 77,78% пациентов с СД, что значительно выше, чем в контрольной группе (z=2,59, p=0,01).

Все респонденты знали о наличии у себя сопутствующих хронических заболеваний: АГ, ишемической болезни сердца, и только 2 из 27 (7,4%) отметили у себя заболевание почек.

В сравнении с «контрольными респондентами старших возрастных групп» больные с СД чаще (p=0,01) оценивали свое здоровье как «плохое» или «очень плохое».

Таким образом, у опрошенных нами пациентов с СД преобладали такие ФР, как низкая физическая активность, нерациональное питание, ожирение. Обращает на себя внимание, что пациенты с СД «со стажем» плохо знают о наличии у себя «грозных» заболевания, в частности хронической болезни почек.

В третью группу вошли 25 больных с СДС, средний возраст которых составил 64,72 года (61,0; 69,0); в этой группе также преобладали женщины 67,7%. В этой группе выявлена самая низкая физическая активность (p0,05). Так же как и во второй группе, подавляющее большинство анкетируемых (92,0%) имели ожирение, при этом значения ИМТ были достоверно выше, чем у респондентов без СДС (p>0,05). Признаки депрессии выявили у 88,0% пациентов с СДС, что несколько больше, чем у больных без СДС (p>0,05) и значительно выше, чем в контрольной группе (p=0,001). Также как и пациенты без СДС, эта категория респондентов не знала о наличии у себя полного спектра заболеваний.

Каждый второй респондент третьей группы оценил свое здоровье как «очень плохое», что существенно отличает эту категорию больных (p=0,04-0,01) от первой

и второй группы.

Таким образом, у больных СДС были выявлены те же ФР, что и у пациентов без СДС, но при СДС физическая активность оказалась минимальной, а значения ИМТ самыми высокими. Кроме того, респонденты с СДС чаще подвержены депрессии и ощущают свое здоровье как «очень плохое».

Выводы. Анализ изученных материалов показал четкую качественную и количественную закономерность накопления факторов риска в возрастной экспоненте. Большинство ФР имеют тенденцию к росту до 54-65 лет. В старших возрастных группах респондентов преобладают такие факторы риска как курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание и избыточная масса тела, депрессия и артериальная гипертензия.

У больных СД преобладают низкая физическая активность, нерациональное питание, ожирение.

У больных СДС были выявлены те же ФР, что и у пациентов без этой патологии, но при СДС физическая активность оказалась минимальной, а значения индекса массы тела самыми высокими; респонденты с СДС чаще подвержены депрессии и ощущают свое здоровее как «очень плохое».

Комплексный анализ развития ФР, совместно с активным проведением профилактических мероприятий позволит отдалить возникновение ХНИЗ у пациентов всех возрастов и благоприятно скажется на улучшении качества и увеличении продолжительности жизни.

---

339. Особенности вакуум-терапии при лечении ран у пациентов с КИНК после реваскуляризации.

Игнатьев С.Н., Джуракулов Ш.Р., Майтесян Д.А., Аносов В.Д., Вечорко В.И., Джалилов Ф.Ф., Красникова Е.К., Гомберг С.А., Семенцова И.А., Усу Вуйю О.Ю.

г. Москва

ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова ДЗМ

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов лечения ран у пациентов с КИНК после реваскуляризации нижних конечностей путем использования метода лечения ран отрицательным давлением (NPWT).

Материалы и методы: В рамках ретроспективного исследования произведен анализ результатов лечения 138 пациентов с хроническими ранами с КИНК после реваскуляризации в первой и второй фазах раневого процесса в ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ г. Москва за период с 2023 по 2025 гг. Из них 36 (26%) пациентов с трофическими язвами артериального и 102 (74%) пациента с язвами и ранами смешанного генеза. Из них 21 (10,8%) пациент находился на программном гемодиализе, 12 (8,7%) пациентов имели системные заболевания соединительной ткани, а 69 (50%) пациентов раневые и язвенные дефекты на фоне синдрома диабетической стопы. Основным критерием, позволившим начать вакуумную терапию раны являлось адекватное восстановление артериального кровотока с клинико-инструментальным разрешением признаков критической ишемии, подтвержденной послеоперационной ангиографией, УЗАС артерий, увеличением ЛПИ > 0,8 и ТсРО2 > 25 мм.рт.ст. Средний возраст пациентов составил 62,7 + 4,2 года. Распределение по полу – 77 (55,7%) мужчин и 61 (44,3%) женщина. Средняя площадь раневых и язвенных дефектов составила 22,4 + 3,8 см2.

Лечение ран с помощью NPWT проводилось после хирургической обработки гнойно-некротического очага. Среднее количество смен повязок составило 3,2+0,7. Для оценки эффективности NPWT использовали прямые показатели динамики раневого процесса, включающие планиметрическое обследование.

Результаты: при оценке результатов NPWT отмечалась положительная динамика у 134 (97%) пациентов. Отмечено снижение сроков купирования воспаления в хронической ране, а также адекватное очищение раневых дефектов в первой фазе раневого процесса.

Во второй фазе отмечалось значимое ускорение репаративных процессов и уменьшение площади и объема раневых дефектов. У четырех пациентов развился перифокальный дерматит, у двух пациентов диффузное кровотечение. Аутодермопластика или пластика местными тканями с полным закрытием раневых дефектов выполнена после NPWT у 76 (55%) пациентов. У остальных 62 (45%) пациентов раны заживали вторичным натяжением. При наблюдении за течением раневого процесса у этих больных в течение 6 мес., выявлено, что по окончании этого срока у 28 (20,2%) больных раневые дефекты зажили полностью, у 24 (17,4%) больных наблюдалось уменьшение раневого дефекта более чем на 50% от исходной площади. У 10 (7,2%) больных наметилась отрицательная динамика, им потребовалась повторная реваскуляризация конечности. Летальный исход от ОНМК наблюдали у 2-х (1,4%) пациентов.

Вывод: проведение NPWT способствует ускорению купирования воспаления и очищения раневых дефектов у пациентов с КИНК после реваскуляризации в первой фазе раневого процесса, стимулирует регенерацию и уменьшает площадь хронических ран во второй фазе раневого процесса.

Клиническое исследование показало, что использование

NPWT является безопасным и эффективным методом лечения, уменьшает длительность фазы воспаления, стимулирует заживление хронических ран у пациентов с КИНК после реваскуляризации, а также улучшает качество и снижает сроки подготовки хронических ран к реконструктивно-пластическим операциям.

---

340. Хирургическое лечения пациентов с раком легкого при лимфоваскулярной инвазии опухоли в легочную артерию.

Шестюк А.М. (1), Карпицкий А.С. (1), Журбенко Г.А. (1), Пискунович И.Н. (2)

г. Брест, Республика Беларусь.

1) УЗ «Брестская областная клиническая больница», г. Брест, Республика Беларусь.
2) УЗ «Брестский областной онкологический диспансер», г. Брест, Республика Беларусь.

Актуальность. Прогресс в выполнении операций с элементами сосудистых реконструкций, развитие анестезиологического обеспечения расширяют показания к выполнению комбинированных резекций легкого с применением ангиопластики. По мере накопления опыта, совершенствования алгоритмов периоперационного ведения пациентов и повышения качества анестезиологической поддержки удалось увеличить безопасность лечения и снизить послеоперационную летальность до 9,1%.

Цель. Оценить долговременные результаты хирургического лечения пациентов с раком легкого при наличии инвазии опухоли в легочную артерию.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 2365 пациентов с раком легкого (РЛ) в период с 2021 по 2024 годы. Среди 2365 пациентов с установленным диагнозом РЛ у 184 (7,8%) из них было диагностировано вовлечение в опухолевый процесс легочной артерии (ЛА). Среди 184 пациентов у 125 (67,9%) установлена I-III стадии РЛ. У остальных случаях – 59 пациентов (32,1%), выявлены отделенные метастазы и радикальные хирургические методы лечения проведены не были.

Результаты. Среди 125 пациентов с РЛ хирургическое лечение выполнено у 51 (40,7%) человека. Средний возраст составил 64,28±7,18 лет. Средняя продолжительность жизни пациентов с РЛ при вовлечении ЛА, получивших хирургическое лечение, составила 1467,5 дня (48,9 мес; 95% ДИ 1240,1-1794,9), по сравнению с 295,8 днями (9,9 мес; 95% ДИ 188,9-362,6) среди лиц без выполнения оперативного вмешательства (Logrank test p

---

341. Хирургическое лечение больных с сочетанной патологией: рак легкого и туберкулез

Синицын М.В. (1,2), Паршин В.Д. (1), Ицков А.В. (1), Бикбаев А.С. (1), Газданов Т.А. (1), Яковлева Е.Ю. (1)

Москва

1) ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, Москва, Россия
2) ФГАОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение и цель исследования

Сочетание рака легкого и туберкулеза (ТБ) представляет сложную клиническую проблему, поскольку туберкулез увеличивает риск развития рака легкого в 1,64–6 раз. Пациенты с данной коморбидностью не могут получать специализированную помощь в онкологических учреждениях из-за эпидемической опасности, а в противотуберкулезных стационарах часто отсутствуют возможности для оказания всех видов противоопухолевого лечения.

Цель исследования

Представить опыт хирургического лечения пациентов с сочетанной патологией (рак + туберкулез) в НМИЦ ФПИ.

Материалы и методы

В анализ включены 17 пациентов (13 мужчин, 4 женщины) в возрасте от 42 до 66 лет (средний возраст 55 лет), прооперированных в НМИЦ ФПИ с 2023 по 2025 год. У всех пациентов на момент операции проводилась химиотерапия по поводу туберкулеза. Диагностика включала лучевые методы (МСКТ), фибробронхоскопию (ФБС) с биопсией, трансбронхиальную/трансторакальную биопсию и микробиологическое исследование (КУМ, ДНК МБТ, лекарственная чувствительность).

Результаты

В период с 2023 по 2025 год в НМИЦ ФПИ оперировано 17 пациентов с сочетанной патологией (рак + туберкулез): 13 мужчин и 4 женщины в возрасте от 42 до 66 лет (средний возраст 55 лет). Операции по поводу злокачественного новообразования выполнены у 13 пациентов (76,5%), по поводу туберкулеза — у 3 (17,6%), этапное лечение бронхоплевральных осложнений — у 1 (5,9%). Структура вмешательств: расширенная лобэктомия (n=11, 64,7%), комбинированная резекция (1, 5,9%), пневмонэктомия (1, 5,9%), ларингоэктомия (1, 5,9%), циркулярная резекция трахеи (1, 5,9%), торакостомия + окклюзия культи главного бронха + торакомиопластика (1, 5,9%), трансбронхи-

альная биопсия (1, 5,9%). Радикальность R0 достигнута во всех случаях. У 4 пациентов продолжена противотуберкулезная терапия в сочетании с адъювантной химиотерапией по поводу рака легкого.

Обсуждение и выводы

У пациентов с туберкулезом возможно безопасное выполнение обширных онкологических операций (лобэктомия, пневмонэктомия, резекция трахеи) при условии одновременного проведения противотуберкулезной химиотерапии. ВИЧ-инфекция и МЛУ ТБ не являются противопоказанием к хирургическому лечению рака легкого. Наиболее частой гистологической формой является плоскоклеточный (в ряде случаев — аденокарцинома и нейроэндокринная опухоль). Ключевая проблема — отсутствие возможности оказания всей необходимой помощи в моноспециализированных учреждениях. Оптимальным решением является концентрация таких пациентов в специализированных центрах, объединяющих фтизиатрическую, онкологическую и торакальную хирургическую помощь. Представленный опыт демонстрирует принципиальную возможность и эффективность хирургического лечения сочетанной патологии без перерыва в терапии туберкулеза.

---

342. Свойства волокна хирургической нити из фторида поливинилдена при формировании шва легочной артерии

Шестюк А.М., Карпицкий А.С., Журбенко Г.А.

г. Брест, Республика Беларусь

УЗ «Брестская областная клиническая больница»

Актуальность. Состояние сосудистого анастомоза является критически значимым показателем, определяющим успех проведенной операции и долгосрочные последствия. Специалистам в области хирургии затруднительно заранее определить уровень напряжения, возникающий при соединении краев сосуда. Избыточное натяжение хирургической нити может повлечь разрыв шовного материала.

Цель. Изучение свойств хирургической нити из фторида поливинилдена при формировании шва легочной артерии.

Методы. Исследования проводились на 64 образцах трупной легочной артерии. Для формирования хирургического шва применялась одинарная, не рассасывающаяся нить, изготовленная из фторида поливинилдена с разной толщиной (размеры 3/0 до 6/0, производитель «Корален», Эргонэст, Республика Беларусь). Шов накладывался на отступе в один миллиметр от кромки ткани. Нить фиксировалась в лабораторном динамометре (РФ, ГОСТ 13837-79). Далее производилась тракция нити путем отведения динамометра по оси сосуда со скоростью 1 мм/с. Фиксировалось сила приложенная к хирургической нити до момента разрыва её волокна.

Результаты. В ходе тракции хирургической нити до разрушения сосудистой стенки в месте прошивания наблюдался разрыв нити в 1,5% случаев при применении монофиламентной нити 5/0 Корален. При использовании нити 6/0 Корален этот процент составил 13,6%. В общей сложности, разрывы нитей были зафиксированы в 10 из 64 случаев.

Исследования показали, что разрывная нагрузка при прошивании стенки легочной артерии нитью 6/0 Корален, достаточная для её расслоения, равна 1,4 Н. Этот показатель соответствует предельным нагрузкам, предъявляемым к хирургическим шовным материалам, как указано в ГОСТе 31620-2012 «Материалы хирургические шовные. Общие технические требования. Методы испытаний». Устойчивость хирургической монофиламентной нити Корален размером 6/0 к разрыву не обеспечивает достаточной прочности для выдерживания нагрузки, возникающей при формировании шва легочной артерии. В результате этого, в большинстве случаев (примерно в каждом седьмом) анастомоз оказывается несостоятельным из-за разрыва нити.

Хирургическая нить Корален размером 5/0 демонстрирует среднюю зарегистрированную разрывную нагрузку в 2,7 Н, которая варьируется в диапазоне от 2,2 до 2,8 Н. Этот показатель соответствует предельным нагрузочным тестам, определенным для данного шовного материала. Именно это обстоятельство может объяснить возможность разрыва волокна нити при сшивании легочной артерии.

При работе с хирургическим шовным материалом «Корален» (размер 4/0 и 3/0) не было зарегистрировано ни одного инцидента, когда бы нить рвалась бы при наложении швов на стенку легочной артерии до ее разрушения.

Выводы Анализ физических характеристик монофиламентных нитей нитей «Корален» типоразмеров 6/0 и 5/0 выявил, что их использование для формирования шва лёгочной артерии не рекомендуется в виду риска развития его несостоятельности.

---

343. Обобщение работы кабинета диабетической стопы

Борисов И.В. (1,2), Митиш В.А. (1,2), Пасхалова Ю.С. (1,2), Ушаков А.А. (1,2), Турова Т.Г. (1), Оруджева С.А. (1), Магомедова С.Д. (1)

Москва

1) ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ
2) ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы»

Актуальность. В настоящее время наблюдается рост числа гнойных заболеваний и осложнений в различных медицинских сферах. Это связано с изменениями в этиологии инфекций, ростом травматизма, увеличением сложности операций и распространением внутрибольничных инфекций. Это диктует необходимость разработки современной стратегии и тактики оказания помощи данной категории больных, а также динамического катамнестического наблюдения в амбулаторных условиях.

Цель исследования. Обобщение опыта работы кабинета диабетической стопы Отдела ран и раневых инфекций за 2024–2025 годы.

Материал и методы. За этот период в кабинете зарегистрировано 1826 посещений, из них первичных 1197 (65,6 %). В основном это были пациенты из Москвы и Московской области – 1301(71,2 %) посещений. Остальные – из других регионов России, а также ближнего и дальнего зарубежья. Обратившихся старше 60 лет было 988(54,1 %) посещений. С сахарным диабетом было 401(22%) посещение, в основном с СД 2 типа -360(89,8 %). С СД 1 типа было 41(10,2 %) посещение.

Полученные результаты. С острыми гнойными хирургическими заболеваниями (абсцессами, флегмонами, влажными гангренами) обратилось 87(4,8 %) больных. Из них по скорой помощи были отправлены в отделения гнойной хирургии больниц города Москвы 56(3,1 %) пациентов.

На приеме преобладали пациенты с тяжелыми сопутствующими хроническими заболеваниями – мультифокальным атеросклерозом декомпенсированным сахарным диабетом с гнойными осложнениями, сердечно-сосудистой недостаточностью. Подавляющее большинство больных до обращения неоднократно лечились в других лечебных учреждениях.

В структуре регистрируемых нозологий с синдромом диабетической стопы (нейропатической и нейро-ишемической формой) и раневой инфекцией было 401(22%) посещение. С болезнями системы кровообращения с трофическими изменениями конечностей и раневой инфекцией - 570(31,2 %) посещений. Во время приема 104(5,7%) пациента с критической ишемией нижних конечностей были немедленно направлены к сосудистым хирургам для решения вопроса о реваскуляризации пораженной конечности.

С гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки было 166(9,1 %) посещений, с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (остеомиелиты, артриты и бурситы) - 217(11,8 %) посещений, с травмами и последствиями воздействий внешних причин - 385(21,1 %) посещений.

На госпитализацию было отобрано 192(10,5%) пациента. Остальные проконсультированы, даны рекомендации по местному и общему лечению.

Обсуждение. Сохраняется тенденция последних лет на увеличение среднего возраста больных с гнойной хирургической инфекции, а также доли пациентов с сахарным диабетом. Полиморбидность привносит в разработку стратегии лечения новые вводные и требует персонифицированного и мультидисциплинарного подхода с проведением консилиумов уже на амбулаторном этапе. Важное значение приобретает не только предоперационное обследование больных с оценкой рисков, но и подготовка их к операции, направленная на коррекцию основных и фоновых процессов, с целью минимизации развития возможных периоперационных осложнений. Протокол современного консервативного и местного медикаментозного лечения также должен начинать выполняться на амбулаторном этапе, что существенно сокращает сроки госпитализации и послеоперационной реабилитации. Если пациентам требуется этапное хирургическое лечение, то амбулаторный этап между выписками из стационара (особенно для маломобильных групп пациентов) может быть осуществлен на дому обученными родственниками под дистанционным контролем лечащих врачей или подготовленных медицинских сестер.

Выводы и рекомендации. Применение персонифицированого и целеориентированного подхода к лечению пациентов с хирургической инфекцией должно начинаться еще на амбулаторном этапе лечения, не прекращаясь после выписки из стационара при необходимости этапного хирургического лечения. Это позволяет существенно снижать летальность и повышать качество жизни пациентов с тяжелой хирургической инфекцией.

344. Дифференцированная профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с циррозом печени на этапе ожидания трансплантации

Коробка Р.В., Коробка В.Л., Пак Е.С., Малеванный М.В., Опря П.С., Хоронько Р.Ю., Василенко В.С.

Ростов-на-Дону

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка являются одним из наиболее тяжелых осложнений портальной гипертензии у пациентов с декомпенсированным циррозом печени. У больных, находящихся в листе ожидания трансплантации печени, развитие первичных и повторных кровотечений ухудшает прогноз, повышает риск летального исхода и может приводить к выбыванию из листа ожидания. В связи с этим актуальным является определение предикторов кровотечений и разработка дифференцированного подхода к их профилактике.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 847 пациентов с циррозом печени, находившихся в листе ожидания трансплантации печени в 2015–2023 гг. Оценивали клинические, лабораторные и инструментальные показатели: наличие асцита, печеночной энцефалопатии, степень варикозного расширения вен, индексы MELD-Na, Child–Turcotte–Pugh, FIB-4, LSPS, жесткость печени, активность АСТ, количество тромбоцитов, градиент печеночного венозного давления. Анализировали эффективность неселективных β-блокаторов и карведилола, эндоскопического лигирования вен, TIPS, TIPS в сочетании с эмболизацией желудочных вен, а также азигопортального разобщения.

Полученные результаты. Установлены значимые предикторы первого эпизода кровотечения: диаметр варикозно расширенных вен более 5 мм, жесткость печени ≥23,1 кПа, снижение количества тромбоцитов и индекса «количество тромбоцитов/диаметр селезенки», повышение активности АСТ, увеличение индексов FIB-4 и LSPS ≥3,5. Выявление указанных факторов позволяет выделять пациентов высокого риска и своевременно определять показания к первичной профилактике.

Показано, что эффективность первичной профилактики зависит от клинического варианта декомпенсации цирроза печени. У пациентов с контролируемым асцитом и сохраненным «терапевтическим окном» целесообразно применение неселективных β-блокаторов или карведилола. При резистентном асците либо закрытии «терапевтического окна» предпочтительным методом первичной профилактики является эндоскопическое лигирование вен.

Предикторами повторных кровотечений определены прогрессирование асцита, наличие и выраженность печеночной энцефалопатии, а также градиент печеночного венозного давления более 14 мм рт. ст. После имплантации TIPS дополнительными факторами риска рецидива кровотечения являются тромбоз шунтирующей системы, градиент портального давления более 10 мм рт. ст. и недостаточное снижение давления после вмешательства.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают необходимость индивидуализации профилактики варикозных кровотечений у пациентов с циррозом печени, ожидающих трансплантацию. Изолированное применение стандартных методов профилактики без учета резистентного асцита, выраженности портальной гипертензии и гемодинамического ответа может быть недостаточно эффективным. Наиболее обоснованным является поэтапный подход: первичная профилактика с учетом наличия «терапевтического окна», а вторичная — с переходом от комбинированной медикаментозно-эндоскопической терапии к TIPS при ее неэффективности.

Выводы и рекомендации. Дифференцированный подход к профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с циррозом печени должен основываться на оценке предикторов первичных и повторных кровотечений, наличии резистентного асцита, выраженности портальной гипертензии и эффективности предшествующей терапии. Применение поэтапной системы профилактики позволяет индивидуализировать ведение потенциальных реципиентов печени, снизить риск геморрагических осложнений и повысить вероятность дожития пациента до трансплантации.

346. Влияние синдрома разобщенного панкреатического протока на развитие местных осложнений панкреонекроза

Ценева О.А. (1,2), Моисеенкова Е.В. (1), Дорошенко Д.А. (1,2), Мамошин А.В. (3), Ржебаев К.Э. (1), Михайлусов С.В. (2), Аносов В.Д. (1,2), Хоконов М.А. (1)

Москва

1) Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;
2) Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия;
3) Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, Россия

Актуальность:

Течение и исход панкреонекроза (ПН) определяется масштабностью местных осложнений и их морфологией. Распространенный некроз забрюшинных клетчаточных пространств (ЗКП) формируется при попадании агрессивного ферментативного содержимого из просвета панкреатического протока при его разгерметизации. Вероятность внутреннего панкреатического свища определяется показателем активности фермента α-амилазы в пунктате из жидкостных и некротических скоплений более чем в 3 раза выше нормы.

Материалы и методы:

Произведен анализ исходов заболевания у 186 пациентов с местными осложнениями ПН в раннюю фазу заболевания (первые 2 недели) в зависимости от наличия синдрома разобщения панкреатического протока (СРПП). Возраст пациентов от 38 до 67 лет, средний – 41,2±3,6. Местные осложнения ПН диагностированы при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), использовали ультразвуковые сканеры Voluson S10 и GE LOGIQe, с конвексными датчиками частотой 1-5 МГц, аппараты Siemens SOMATON, Aquilion Prime SP (Toshiba). Во всех наблюдениях произведены пункционно-дренирующие вмешательства (ПДВ) под ультразвуковым наведением, с использованием атравматических игл типа Хиба 18 G и зонтичных стилет-катетеров. Полученный материал из очагов исследовали на наличие микрофлоры, определяли активность α-амилазы пунктата на анализаторе кинетическим методом с использованием стандартных реактивов (норма 28-100 МЕд/л). Статистическая обработка на базе данных Microsoft Excel 2017. Для проверки гипотез о совпадении наблюдаемой и ожидаемой частот значений бинарного признака (анализ сопряженных частот) вычисляли критерий χ2 Пирсона, с представлением значения p.

Полученные результаты:

Выделены три группы пациентов с местными осложнениями ПН в зависимости от показателя активности α-амилазы пунктата из патологического очага: 1000,0 МЕд/л. Использование ПДВ как первого этапа санации очагов деструкции позволяет установить факт разгерметизации панкреатического протока, трансформировать внутренний панкреатический свищ в наружный, что способствует уменьшению объема некротического поражения ЗКП, отграничению и редукции жидкостных скоплений.

Выводы и рекомендации:

Своевременное выявление местных осложнений ПН при УЗИ и МСКТ является важной диагностической задачей в раннюю фазу заболевания. При проведении ПДВ под ультразвуковым наведением необходимо исследовать полученный материал на активность фермента α-амилазы с целью определения СРПП и возможного прогнозирования исходов, в том числе инфицирования. Показатель выше 1000,0 МЕд/л можно считать неблагоприятным признаком, требующим интенсивного лечения пациента с ПН и активного динамического наблюдения.

---

347. Эндоваскулярные вмешательства в устранении гемодинамических нарушений печеночного трансплантата

Моисеенко А.В., Гранов Д.А.,Поликарпов А.А., Тилеубергенов И.И., Жуйков В.Н.,Таразов П.Г.

Санкт-Петербург

ФГБУ РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова

Цель работы - показать возможности рентгенэндоваскулярных операций в коррекции сосудистых осложнений у пациентов после трансплантации печени.

Материалы и методы. За период 1998-2025 г. в ФГБУ РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова выполнены 325 ОТП. В послеоперационном периоде гемодинамические нарушения в различных сосудистых бассейнах возникли у 68 пациентов (21%). Со стороны артериального русла были: синдром обкрадывания (n=32); тромбоз печеночной артерии (n=15), сочетание стеноза печеночной артерии и синдрома обкрадывания (n=4), стеноз печеночной артерии (n=10). Венозные дисфункции со стороны НПВ и/или печеночных вен (стеноз и перекрут) выявлены у 7 больных. Во всех случаях применялись эндоваскулярные методики, которые показали высокую эффективность:

эмболизация селезеночной артерии; ангиопластика/стентирование/тромболизизис печеночной артерии; стентирование нижней полой, воротной и печёночных вен; эмболизация патологических шунтов. У четырех пациентов после трансплантации печени выявлены редкие гемодинамические изменения в кровоснабжении органа, сформировавшиеся у реципиентов вследствие портальной гипертензии за долго до пересадки. У двух больных в следствии длительного существующего цирроза сформировались массивные портокавальные шунты, приведшие к обкрадыванию воротной вены после операции, что привело к нарушению портального притока, частичному тромбозу воротной вены и снижению нарушению функции трансплантата. В одном случае причиной нарушения функции трансплантата стало обкрадывание портальной системы массивными варикозными венами пищевода и желудка через 4 года после ОТП. У четвертого пациента через 9 лет после трансплантации выявлен стеноз печеночно-кавального анастомоза с нарушением функции печени мимикрирующее отторжение.

Результаты. Осложнений и летальности после рентгеноэндоваскулярных процедур не было. У всех больных нарушение афферентного и/или эфферентного кровоснабжения трансплантата устранены эндоваскулярно. В ряде случаев ситуациях потребовалась двух/трехэтапная внутрисосудистая коррекция с применением плоскодетекторной компьютерной томографии.

Заключение. Опираясь на клинико-лабораторные данные, раннее и своевременное применение методов интервенционной радиологии позволяет адекватно оценить и своевременно минимально инвазивно скорректировать сосудистые осложнения после ОТП. Пациенты в листе ожидания трансплантации печени и находящиеся под наблюдением после пересадки требуют тщательный скрининг не только с целью планирования предстоящей операции, прогнозирования возможных сосудистых осложнений, но и с целью своевременного выявления сосудистых дисфункций в раннем и позднем послеоперационном периоде.

---

348. Повреждения у детей с минно-взрывной травмой

Багаев В.Г. (1,2), Налбандян Р.Т. (2), Давыдов М.Ю. (2), Шевчук А.М. (2), Черемухин Е.Д. (2), Мединский П.В. (2), Сабинина Т.С. (2).

Москва

1) Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва;
2) Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии – Клиника доктора Рошаля, Москва;

Введение. Повреждения у детей с минно-взрывной травмой (МВТ), полученной в результате боевых действий отличаются тяжестью и сочетанностью повреждений, требуют оказания всех видов помощи и ведут к тяжелым физическим увечьям - инвалидности. В работе представлен анализ повреждений и ведущих синдромов у детей с МВТ, полученной на территории Донбасса с 2014 по 2025 год, которым специализированная медицинская помощь (СМП) на заключительном этапе лечения оказывалась в НИИ НДХиТ.

Цель. Проанализировать повреждения и ведущие синдромы у детей с минно-взрывной травмой, полученной на территориях боевых действий Донбасса.

Методы. В исследование вошли 105 пострадавших детей с МВТ переведенных с 2014 по 2024 год с территорий Донбасса, в возрасте 12 ± 4 лет в НИИ НДХиТ для оказания СМП, из которых 31 (29,5%) были девочки, 74 (70,5%) мальчики. В исследовании использовался ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации детей с тяжелой МВТ (сопроводительные листы «103», данные историй болезни при поступлении в первичный стационар и НИИ НДХиТ).

Результаты. Проведенный анализ ранений по областям показал: у 70 (66,7%) были ранения нижних конечностей, 16 (15,2%) - таза, 44 (41,9%) - верхних конечностей, 32 (30,5%) - головы и шеи, 28 (26,7%) - грудной клетки, 25 (23,8%) - брюшной полости. У 76 (85,4%) раненых детей травма была сочетанной. Анализируя системные повреждения было выявлено, что наиболее часто травмировались кожно-мышечная и сосудистая – у 100 (95,2%) детей, реже были ранения костной – 93 (88,6%), центральной и периферической нервной системы – 34 (32,4%) и 37 (35,2%) соответственно. Без кровопотери поступило 5 (4,7%) раненных детей, каждый третий ребенок был с 1 ст. кровопотери (до 15 % ОЦК) - 31 (29,5%), у каждого второго 2 ст. (от 15 – 30% ОЦК) – 52 (49,5%), 3 ст. (31 – 40% ОЦК) была у 17 (16,4%) пострадавших. В первичный стационар с диагнозом «шок» было доставлено

68 (82,9%) пациентов: без шока - 14 (17,1%); 1 ст. – 36 (43,9%); 2 ст. – 26 (31,7%) и 3 ст. у 6 (7,3%). Медицинская помощь оказывалась, начиная с места получения ВТ по протоколу Advanced trauma life support – cATLS: A (airway), B (breathing), C (circulation), D (disability), E (exposure). Для оказания хирургической помощи дети транспортировались в ближайший стационар, а для оказания специализированной помощи переводились в республиканские больницы Донбасса и НИИ НДХиТ.

Вывод. 1. У детей с МВТ преимущественно поражаются нижние и верхние конечности, с повреждениями кожно-мышечной, костной и сосудистой систем.

2. В остром периоде травмы тяжесть детей с МВТ обусловлена сочетанностью повреждений, кровопотерей и шоком.

---

349. 9-летний опыт ортотопической трансплантации сердца в Ростовской области

Коробка В.Л., Кострыкин М.Ю., Шамханьянц В.Д., Трапезникова А.И., Кудряшова Е.А., Семенцова Н.А., Карташов А.А., Чепурненко С.А., Лобачев Д.К, Котов О.В.

Ростов-на-Дону

ГБУ «Ростовская областная клиническая больница»

Введение. Ортотопическая трансплантация сердца (ОТС) остаётся актуальным методом лечения терминальной сердечной недостаточности (СН), несмотря на ряд сложностей и ограничений. Эта операция считается «золотым стандартом» в лечении пациентов с необратимой тяжёлой СН, так как существенно улучшает прогноз и качество жизни. Развитие технологий и расширение доступа к операции продолжают повышать её значимость в современной медицине.

Цель исследования: анализ результатов ортотопической трансплантации сердца в Ростовской области за 9-летний период.

Материалы и методы: был произведен ретроспективный анализ 46 клинических случаев ортотопической трансплантации сердца на базе кардиохирургического центра Ростовской областной клинической больницы №1 с ноября 2017 г. по март 2026 г. (52,9% от включенных в лист ожидания пациентов на трансплантацию сердца за весь период). Средний возраст пациентов составил 45,3 лет, из них 44 мужчин и 2 женщины. Среди этиологических причин терминальной СН превалирующим явилась ишемическая кардиомиопатия – 60,9% (28) реципиентов, в то время как дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) была представлена у 39,1% (18) реципиентов. Всего за 9 лет в лист ожидания было включено 87 пациентов с терминальной ХСН, из них 23 (26,4%) пациента не дожили до ОТС. Среднее время нахождения в листе ожидания составило 130,5 дней (4,35 мес.). Отмечается 1 случай ретрансплантации сердца, 1 случай одномоментной операции каротидной эндартерэктомии с ОТС. Госпитальной летальность среди пациентов после ОТС за 9 лет составила 6 случаев (13,0%), четверо из них со статусами UNOS 1A и 1B. В течении года после ОТС летальность составила 8 случаев (17,4%), ведущими причинами летальных исходов был гуморально-клеточное отторжение трансплантата, а также острые сердечно-сосудистые осложнения (ОНМК, ОИМ, ТЭЛА). Медиана продолжительности госпитализации составила 27 суток, длительность лечения в отделении реанимации – 13 суток. Среднее время аноксии донорского сердца 108±23 мин, время искусственного кровообращения – 140±27 мин.

Заключение: Благодаря развитию кардиохирургических методик, иммунологии и фармакологии, трансплантация сердца является порой единственным и эффективным методом лечения пациентов с терминальной СН, обеспечивая значимое повышение выживаемости и качества жизни пациентов, несмотря на риски отторжения и необходимость пожизненной иммуносупрессии.

---

350. Экстренная хирургическая патология у беременных

Глебов В.Ю., Магомедов А.Р., Сущевич Д.С.

Оренбург

ГАУЗ ООКБ №2 г. Оренбурга.

Введение. Одной из наиболее серьёзных междисциплинарных проблем в медицине в настоящее время является острая патология у беременных, а именно острый аппендицит, осложнения желчнокаменной болезни (острый холецистит и холедохолитиаз), основным методом лечения которой является хирургический. Эти состояния представляют собой значительный риск как для матери, так и для плода, требуя внимательного и быстро реагирующего подхода со стороны врачей разных специальностей.

Современные исследования подчеркивают важность ранней диагностики и своевременного хирургического вмешательства, что может существенно снизить уровень материнской и перинатальной смертности. Применение лапароскопии способствует улучшению клинических исходов, минимизируя травму и сокращая время восстановления. Однако наличие уникальных физиологических изменений во время беременности усложняет стандарт-

ные хирургические подходы и требует специфического знания анатомии и физиологии беременной женщины.

Междисциплинарный подход, вовлекающий хирургов, акушеров и анестезиологов, является ключом к успешному лечению острых хирургических состояний у беременных, гарантируя баланс между необходимостью оперативного вмешательства и заботой о здоровье матери и ребенка.

Цель данного исследования заключается в клинической оценке результатов оперативных вмешательств в стационаре круглосуточного пребывания у беременных женщин. В настоящее время очень важно понимать, как оперативные вмешательства влияют на здоровье как матери, так и плода.

Материал и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения у 20 пациенток на средних и поздних сроках беременности по поводу экстренной хирургической патологии за период с 2021 по 2025 год в стационарных условиях ГАУЗ ООКБ №2 г. Оренбурга. Диагностический алгоритм заключался в сборе анамнеза, клинических симптомов, лабораторных данных (общий анализ крови, биохимический анализ крови; общий анализ мочи, диастаза мочи; коагулограмма, бактериологические посевы крови, мочи, содержимого полостей), осмотра акушера-гинеколога и инструментальных исследований (УЗИ брюшной полости и малого таза, которое выполнялось всем пациенткам, с целью определения наличия и количества свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу, состояние петель кишечника, толщину стенки, непосредственно осмотр червеобразного отростка (диаметр, толщина стенок) или гепатопанкреатобилиарной зоны при необходимости, а также состояние матки, ее тонус, подвижность плода, предлежание плаценты, состояние яичников, маточных труб; КТ с внутривенным или пероральным контрастированием; МРТ брюшной полости).

Результаты и обсуждение. Вопрос проведения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у беременных женщин продолжает вызывать обсуждения среди хирургов и акушеров. Несмотря на определенные риски, связанные с оперативным вмешательством во время беременности, в медицинской практике отмечается, что ЛХЭ может значительно снизить уровень осложнений, как для матери, так и для плода. В нашем случае, проведённые операции были строго необходимы в связи с развитием острого холецистита, требующего немедленного вмешательства. Нами было выполнено 10 ЛХЭ: 7 пациенток на сроке беременности 12-16 недель, 2- на сроке 33-34 недели, 1- на сроке 35 недель.

При остром аппендиците было выполнено 6 лапароскопических аппендэктомий: у 4 пациенток на сроке беременности 12 недель, у 2 - на сроке 15 недель. По морфологическим формам острого аппендицита больные распределились следующим образом: у 3 - катаральная, у 2 - флегмонозная, у 1 - гангренозная.

Во всех случаях лапароскопические аппендэктомии проводились с учётом особенностей беременности и повышенных рисков, связанных с анестезией и хирургическим вмешательством. Перед операцией пациентки прошли тщательное обследование, включающее ультразвуковую диагностику, что позволило подробно оценить состояние плода и исключить возможные осложнения.

Кисты поджелудочной железы — одна из наиболее распространенных патологий органов панкреатобилиарной зоны. У 4 пациенток на сроке беременности 15-17 недель с кистами поджелудочной железы было выполнено внутреннее дренирование кисты под контролем лапароскопа.

В случае двух пациенток, поступивших на лечение, у них были выявлены кисты среднего размера в области поджелудочной железы без признаков осложнений. После комплексного обследования и консультаций с мультидисциплинарной командой было принято решение о необходимости дренирования кисты. Лапароскопия позволила минимизировать хирургическое вмешательство, обеспечив при этом высокий уровень безопасности для плода.

Процедура была проведена успешно, без противопоказаний для дальнейшего продолжения беременности. В результате дренирования не только улучшилось состояние пациенток, но и снизился риск возможных осложнений, что подтвердило целесообразность выбора метода. Регулярное наблюдение за состоянием женщины и плода остаются важным аспектом после операции, чтобы своевременно выявлять и устранять любые возникающие проблемы.

После лапароскопических вмешательств осложнений как хирургических, так и перинатальных не было. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью. Этот положительный результат свидетельствует о высоком уровне квалификации хирургической, акушерской команды, которые слаженно работали в операционных, и правильном выборе методики манипуляций. На каждом этапе наблюдения за пациентками отмечались их стабильное состояние и отсутствие признаков осложнений, что подтверждает безопасность проведенных вмешательств. Важным аспектом является также психологический комфорт женщин, который является неотъемлемой частью успешного исхода лечения.

Постоянный мониторинг состояния ребёнка и матери во время операции и индивидуализированный подход к каждой пациентке позволили оперативно реагировать на любые изменения, что дополнительно способствует поддержанию позитивного прогноза. Таким образом, результаты данного исследования подчеркивают эффективность лапароскопических методов как надёжный выбор в случаях, требующих хирургического вмешательства, с последующим успешным течением беременности.

Выводы. Лапароскопия в данном случае является наиболее оптимальным методом диагностики и лечения - прежде всего, малоинвазивным, направленным на уменьшение хирургических и связанных с ними перинатальных осложнений, способствующим пролонгированию беременности, и снижающим показатели материнской и перинатальной смертности.

Лапароскопический доступ при острой хирургической патологии во время беременности следует считать безопасным и эффективным, безусловно имеет преимущества по сравнению с традиционными оперативными доступами у данной категории больных, особенно в I и II триместрах беременности. Плюсы -меньший койко-день, более ранняя активизация, отсутствие осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода. Применение эндоскопических технологий в III триместре беременности крайне затруднительно, но выполнение видеолапароскопии позволяет локализовать процесс и, при необходимости, выполнить оперативное вмешательство.

Важно, чтобы лечение беременных женщин с хирургической патологией проводилось в специализированных медицинских учреждениях с возможностью взаимодействия акушеров и хирургов для обеспечения наилучших результатов как для матери, так и для ребенка.

---

351. Интраоперационная гистохимическая диагностика жизнеспособности мышц при минно-взрывных ранения.

Гудин А.Н. (1), Пчелин В.В. (1), Мелконян Г.Г. (1), Буриев И.М. (1), Деев Р.В. (2), Сорочану И. (2).

г. Москва

1) ГБУЗ ДЗМ «ГВВ №3»,
2) РНЦХ им. Б.В. Петровского

Актуальность: Минно-взрывные ранения (МВР) составляют более 70% в структуре сов-ременной боевой травмы и часто носят сочетанный или множественный характер. Частота отрывов и размножений сегментов конечностей при этом, требующих ампутации достигает 47%. Оценка жизнеспособности поврежденных тканей при хирургической об-работке на этапах эвакуации обычно основывается на визуальном осмотре цвета, отечности и кровоточивости тканей, сократимости мышц при раздражении коагулятором, опыте хирурга, что имеет морфологическое подтверждается только в 35-40% наблюдений. Предположить зону вторичного повреждения тканей данными методами не представляется возможным. В этой связи разработка простых, быстрых, информативных методов оценки жизнеспособности тканей имеет большое практическое значение.

Цель: Разработать и внедрить удобный объективный способ оценки жизнеспособности мышечной ткани раненых при некрэктомии и ампутации сегментов конечности после высокоэнергетических МВР.

Материалы и методы: У 33 пострадавших мужчин, в возрасте 21-60 лет после МВР конечностей (27 минно-взрывные, у 6 в сочетании с холодовой травмой) в процессе хирургической обработки выполняли интраоперационную биопсию мышечной ткани зоны хирургического вмешательства с окрашиванием последней «Нитросиним тетразолием» для определения лактатдегидрагеназы при сохраненных миоцитах. Одновременно те же участки мышцы подвергались плановому гистологическому исследованию (световая и электронная микроскопия) с верификацией этапа течения раневого процесса. Метод применен при этапных хирургических обработках ран (13), формирование культей бедра (3), голени (12), стопы (1), экзартикуляция голени в коленном суставе (1), резекции остеофита бедренной кости (1) и опила малоберцовой кости (1), аутодермопластике (1). Длительность гистохимического исследования для оценки жизнеспособности участка мышцы составила 3-5 минут после забора.

Результаты: Успешных тестов выполнено 32. Положительный гистохимический результат, подтверждающий жизнеспособность мышечной ткани, был получен в 30 случаях (90,9%). По результатам световой микроскопии выявлен III-IV этапы заживления раневого повреждения в 27 случаях (90% от всех положительных тестов), а в 3 случаях II этап заживления (10% от всех положительных тестов). Гибель мышечной ткани данным методом выявлена в 2 случаях: при травме сформированной культи голени с образованием гематомы и при множественных ранах голени с размозжением. На ультраструктурном уровне по данным трансмиссионной электронной микроскопии отмечались изменения характерные для необратимых повреждений – тотальные и локальные разрывы сарколеммы, фрагментация миофибрилл, массированное разрушение митохондрий, скопление клеточного детрита в пространствах между мышечными волокнами. В препаратах с положительным результатом гистохимического исследования эти изменения носили очаговые локальные изменения, что позволяет предположить обратимый их характер. В случае аутодермопластики, где дефект тканей замещался грануляционной тканью, гистохимический тест не работал – при микроскопии там не было обнаружено мышечных волокон.

Выводы: Применение качественной реакции с «Нитросиним тетразолием» (определение мышечной лактатдегидрагеназы) показывает высокую эффективность экспресс метода (3-5 минут) определения жизнеспособности мышечной ткани. Внедрение данной методики позволяет в 90,9% случаев подтвердить жизнеспособность

мышечной ткани и объективно определить зону некрэктомии или ампутации конечности при МВР.

---

352. Выбор оптимальных сроков планового хирургического лечения пациентов, перенесших острые воспалительно-деструктивные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки

Шаповальянц С.Г. (1,2), Михалёв А.И. (1,2), Болихов К.В. (1,2), Шулаев А.В. (2), Соловьев Н.С. (1,2)

Москва

1) ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Мин-здрава России, (ул. Островитянова д. 1, г. Москва 117513, Россия)
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой» Департамента здравоохране-ния города Москвы (ул. Лобачевского, д. 42 стр. 1, г. Москва, 119415, Россия).

Плановые хирургические вмешательства рассматриваются, как эффективный метод устране-ния симптомов у пациентов, перенесших ранее острые воспалительные осложнения диверти-кулярной болезни ободочной кишки (ОВО ДБОК).

Цель нашего исследования: обоснование критериев выбора оптимальных сроков планового хирургического вмешательства у пациентов после ОВО ДБОК.

ММ Исследование носило одноцентровой ретро-проспективный характер. В ретроспективной части исследования были включены 118 пациентов, перенесших ранее ОВО ДБОК и оперированных в дальнейшем в плановом порядке, в период с января 2010 по декабрь 2023 года. В зависимости от характера ранее перенесенного острого осложнения, пациенты были разбиты на 3 подгруппы по классификации Hinchey: рецидивирующий дивертикулит 52 (44,1%) (Hinchey 0), паракишечный инфильтрат 50 (42,4%) (Hinchey 1a), перфорация дивертикула с абсцедированием 16 (13,5%) (Hinchey 1b–2b). Сроки выполнения плановой операции опреде-лялись на основе общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных ориентиров и варьировали в подгруппе Hinchey 0 от 4 до 24 недель, медиана 10 (8; 11) недель, прошедших с момента возникновения осложнения; в Hinchey 1a – от 5 до 32 недель с медианой в 10 (9; 12); в Hinchey 1b-2b – от 7 до 18 недель с медианой в 14 (13; 15).

Результаты: На основании анализа выделены промежутки времени, в которые существовал наименьший риск наступления нежелательных явлений, таких как конверсии, интра и после-операционные хирургические осложнения, а также выявленные в препарате морфологиче-ские признаки острого воспаления. Для пациентов с ОД наиболее благоприятным оказался срок выполнения операции с 8 недели (ОШ=0,19; 95% ДИ: 0,04 – 0,94; p=0,042), для пациен-тов с Hinchey 1a - с 48-ого по 64-й день (7-9 недель), для пациентов Hinchey 1b–2b с 88 по 101 день (12-14 недель) после перенесенного осложнения ДБОК.

В проспективную группу включен 41 пациент, оперированный с января 2024 года по июль 2025 года, сроки планового вмешательства определялись на основании разработанных крите-риев, выделенных по результатам ретроспективного анализа.

В ретроспективной группе общая частота послеоперационных осложнений составила 14 слу-чаев из 118 (11,9%), в том числе тяжёлые осложнения (Clavien–Dindo IIIb–V) — 8 случаев (6,8%). В проспективной группе осложнений не зарегистрировано (0 из 41; 0,0%). Различия по общей частоте осложнений достигли статистической значимости (p=0,022), по тяжёлым осложнениям отмечалась тенденция к снижению (p=0,111). Длительность госпитализации также была статистически значимо меньше у пациентов проспективной группы: 9 [7; 10] койко-дней против 9 [8; 11] в ретроспективной (p=0,001). По данным морфологического исследо-вания операционного материала у пациентов ретроспективной группы в 17,7% наблюдений выявлены признаки острого воспаления, у всех пациентов проспективной группы (41 из 41; 100%) признаков острого воспаления не выявлено (p=0,002).

Заключение: Персонализированный подход к выбору времени хирургического вмешательства, основанный на комплексной оценке воспалительной активности, может позволить оптимизи-ровать тактику лечения и повысить безопасность операций у пациентов с осложнённой ди-вертикулярной болезнью ободочной кишки. Вместе с тем, ограниченный объём выборки, одноцентровой характер исследования и ретро-проспективный дизайн не позволяют сделать окончательные выводы о критериях выбора оптимальных сроков операции. Мы надеемся, что предложенные сроки выполнения плановых операций в дальнейшем могут стать основой для проведения проспективного мультицентрового исследования, направленного на разработку объективизированных алгоритмов принятия решений и валидации предложенных сроков.

---

353. Оценка возможности лабораторных показателей крови в диагностике ограниченного стрептококкового некротизирующего фасциита

Фролов А.П.

Иркутск

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Актуальность

Стрептококковый некротизирующий фасциит (СНФ) представляет собой редкий вариант быстро прогрессирующего стрептококкового некритического поражения фасции с переходом на клетчатку и кожу, летальность которого составляет 32–50%. На момент обращения больных за медицинской помощью СНФ правильно диагностируется только у 15–34% пациентов. Для ранней и точной диагностики в 2004 году был предложен лабораторный индикатор риска некротизирующего фасциита (шкала LRINEC), основанный на шести анализах крови, которые обычно выполняются больным с инфекциями мягких тканей. По выраженности изменений каждого из этих показателей присваиваются баллы, по сумме которых определяется риск развития заболевания. При сумме баллов менее 6 – риск низкий, вероятность развития составляет менее 50%; при 6–7 баллах – риск средний, вероятность 50–75%; при баллах свыше 7 – риск высокий, вероятность более 75%.

Цель исследования: определение возможности лабораторных показателей крови в дифференциальной диагностике ограниченных СНФ с другими гнойными заболеваниями мягких тканей.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 8 случаев СНФ у больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении. Заключительный диагноз у них был установлен на основании клинической картины, а также клинической и морфологической картины. Среди них мужчин было 2 человека, женщин – 6. Средний возраст составил 68,5 (23–68) лет. Патологический процесс локализовался у 7 больных на голени, у 1 – на руке. Площадь поражения не превышала 3% тела. Продолжительность лечения составила 29 (25–37) дней. Летальных исходов не было. Проведено комплексное изучение показателей крови, которые были получены в лаборатории с помощью автоматизированных систем.

Результаты

При анализе показателей крови в соответствии со шкалой LRINEC установлено следующее. Уровень С-реактивного белка свыше 150 мг/л (4 балла по шкале LRINEC) выявлен у половины больных, у другой он был ниже (0 баллов). Лейкоцитоз 15,0–25,0×10^{12}/л (1 балл) имел место у 2 больных, свыше 25,0×10^{12}/л (2 балла) ни у кого не выявлен, у остальных 6 количество лейкоцитов было менее 15,0×10^{12}/л (0 баллов). Гемоглобин меньше 110 г/л (2 балла) отмечен у 3 больных, у 1 – в пределах 110–135 г/л (1 балл), у остальных 4 – более 135 г/л. Уровень натрия в плазме крови был ниже 135 ммоль/л (2 балла) у половины больных, у другой – выше (0 баллов). Креатинина в плазме было более 141 мкмоль/л (2 балла) у 2 больных, менее (0 баллов) – у 6 больных. Ни в одном из наблюдений не была отмечена гипергликемия свыше 10 ммоль/л (2 балла), во всех наблюдениях уровень глюкозы был ниже (0 баллов). Было отмечено, что у больных СНФ с площадью до 3% сумма баллов в 5 наблюдениях была меньше 6, что соответствовало низкой вероятности развития заболевания. В 3 наблюдениях сумма составила 6–7 баллов со средним риском.

Анализ других показателей крови при развитии ограниченного СНФ выявил следующее. Только у 1 больного имелась билирубинемия, а амилаземия отсутствовала. В 4 наблюдениях определено повышение уровня мочевины свыше 10,0 мкмоль/л. При анализе активности ферментов отмечено увеличение их активности: щелочной фосфатазы (ЩФ) у 6 больных, АсАТ и АлАТ – у 2. Гипопротеинемия имела место у 3 больных, альбуминемия менее 30 г/л – у 6, при этом альбумин-глобулиновый коэффициент (АГК) ≤ 1,0 был у 7 человек.

Таким образом, при развитии СНФ площадью до 3% поверхности тела среди показателей шкалы только С-реактивный белок и натрий плазмы в половине наблюдений достигали значимого уровня, а сумма баллов всех показателей в большинстве наблюдений соответствовала низкому риску развития этого заболевания.

Выводы

1. При развитии ограниченного СНФ шкала LRINEC ненадежна.

2. Повышение активности ЩФ, падение уровня альбумина плазмы крови ниже 30 г/л, снижение АГК ниже 1,0 могут быть маркёрами риска развития СНФ.

354. Характер поражения артерий при критической ишемии нижних конечностей и результаты эндоваскулярного хирургического лечения

Фролов А.П., Сморчков М.А.

Иркутск

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Актуальность

Критическая ишемия нижней конечности (КИНК) представляет собой длительное клиническое состояние, характеризующееся нарушением проходимости магистральных артерий нижней конечности, сопровождающееся болями в покое и/или трофическими дефектами тканей. Среди причин КИНК доминирует облитерирующий атеросклероз. Только 50% больных КИНК подвергаются реваскуляризирующим операциям, 25% – первичной ампутации бедра или голени, остальные получают консервативное лечение.

Цель исследования: оценить характер поражения артерий при КИНК и результаты эндоваскулярного хирургического лечения у больных, оперированных в многопрофильной больнице.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ 57 наблюдений эндоваскулярных вмешательств у больных, которые находились на лечении в многопрофильной больнице по поводу КИНК. Больные были в возрасте 66,7 (43–89) лет, среди оперированных 34 (59,6%) мужчины и 23 (40,4%) женщины. У 4 больных имелся сахарный диабет (СД) 2 типа. Всем больным выполнялись лабораторные исследования показателей крови и мочи, ультразвуковая допплерография с определением лодыжечно-плечевого индекса, цветное дуплексное ультразвуковое сканирование, МСКТ-ангиография и инвазивная ангиография.

Результаты

На основании проведённых исследований у 3 из 57 больных выявлено мультифокальное атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, что не позволяло выполнить реконструктивные эндоваскулярные и открытые операции на сосудах. Им была выполнена первичная высокая ампутация конечности.

У 54 больных имелись локальные атеросклеротические стенозы и окклюзии артерий нижних конечностей. Из них КИНК у 30 больных была справа, у 24 – слева. На правой нижней конечности имелась окклюзия подвздошной и бедренной артерии (ПББА) у 24 больных, у 14 из них она сочеталась с окклюзией заднеберцовой артерии (ЗББА). Окклюзия ЗББА без других окклюзий имелась только у 6. Кроме этого, у этих больных были выявлены гемодинамически значимые стенозы ПББА в 7 наблюдениях, ЗББА – в 5. Тромбоз ПББА имелся у 2 больных. На левой нижней конечности обнаружена окклюзия ПББА у всех 24 больных, из них у 11 она сочеталась с окклюзией ЗББА. Кроме этого, больные с окклюзиями ПББА имели стенозы на уровне ПББА в 4 наблюдениях и на уровне ЗББА – в 7. У 7 больных имелся тромбоз ПББА в 7 случаях. В 3 наблюдениях окклюзии артерий одновременно имелись как справа, так и слева. Выявленные относительно локальные атеросклеротические поражения артерий нижних конечностей давали возможность выполнить у этих больных реваскуляризирующие операции.

В 45 наблюдениях больным выполнена эндоваскулярная баллонная ангиопластика бедренной артерии со стентированием в 22 случаях. В остальных 9 наблюдениях имела место тромбэктомия. В 15 случаях реваскуляризация носила гибридный характер (сочетание эндоваскулярных и открытых операций). Во всех наблюдениях хирургическое лечение сочеталось с антикоагулянтной терапией. После проведённой реваскуляризации при наличии гнойно-некротических очагов на стопе выполнялся хирургический дебридмент, включая ампутацию стопы на различных уровнях. Хирургическая реваскуляризация в раннем послеоперационном периоде была неэффективна у 2 больных; в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса этим больным была выполнена высокая ампутация конечности. Летальных исходов не было.

Выводы

1.При КИНК, вызванной атеросклерозом, в 94,7% случаев наблюдаются относительно локальные поражения артерий. При локальных поражениях у 88,9% больных отмечается наличие окклюзии ПББА, которая в половине наблюдений сочетается с окклюзией ЗББА.

2.При локальных поражениях артерий нижних конечностей эндоваскулярная хирургия в сочетании с открытыми операциями является эффективным методом реваскуляризации в раннем послеоперационном периоде у основной массы оперированных больных.

355. Особенности поражения коронарных артерий и эндоваскулярные операции в лечении ишемической болезни сердца в многопрофильной больнице

Фролов А.П.

Иркутск

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Актуальность

До настоящего времени в России сердечно-сосудистые заболевания сохраняют первое место в структуре заболеваемости и смертности. На их долю приходится 38% от всех случаев смерти, что составляет 640,3 чел. на 100 тыс. населения. При этом доля ишемической болезни сердца (ИБС) составляет 54,4%. ИБС является результатом поражения миокарда вследствие нарушения кровотока по коронарным артериям (КА), вызываемого, как правило, атеросклерозом. Диагноз ИБС устанавливается на основании наличия стенокардических жалоб, анамнестических факторов риска развития атеросклероза, определения лабораторными и инструментальными методами признаков коронарной недостаточности. ИБС может протекать в острых и хронических формах. Возобновление нормального кровотока в сердце является наиболее эффективным методом лечения ИБС. Это может быть достигнуто с помощью хирургического эндоваскулярного лечения.

Цель исследования: оценить особенности поражения КА и характер эндоваскулярных операций у больных ИБС, находившихся на лечении в многопрофильной больнице.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 56 наблюдений эндоваскулярных вмешательств у больных ИБС, находившихся на лечении в многопрофильной больнице. Среди них мужчин было 40 (71,4%), женщин – 16 (28,6%), средний возраст составил 66,9±1,4 года. Диагноз ИБС устанавливался на основании жалоб, анамнеза и данных обследования. Всем больным перед проведением эндоваскулярной процедуры выполнялась коронарография.

Результаты

Показаниями к проведению коронарографии при установленном диагнозе ИБС были: 1) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST – 9 (16,1%); 2) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST – 11 (19,6%); 3) стабильная стенокардия напряжения – 17 (30,4%); 4) нестабильная стенокардия – 10 (17,9%); 5) постинфарктный кардиосклероз – 4 (7,1%); 6) острый инфаркт миокарда – 5 (8,9%). Проведенная коронарография диагносцировала стенозы и окклюзии КА различной локализации. В 27 (48,2%) случаях выявлено поражение правой коронарной артерии, в 8 (14,3%) – огибающей артерии, в 17 (30,3%) – передней нисходящей артерии, в 2 (3,6%) – ветви тупого края, в 2 (3,6%) – левой коронарной артерии.

С учетом клиники и данных коронарографии было отобрано 50 больных для проведения эндоваскулярной реваскуляризации миокарда. Показаниями к операциям были: 1) значимый стеноз (более 70%) левой коронарной артерии; 2) значимый проксимальный стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) и проксимальный стеноз огибающей ветви; 3) трехсосудистое поражение; 4) двухсосудистое поражение при наличии значимого проксимального стеноза ПМЖВ в сочетании с фракцией выброса левого желудочка менее 50% или с ишемией; 5) одно- или двухсосудистое поражение со стенозом проксимального отдела ПМЖВ, выраженной клинической картиной ИБС. Всем больным выполнена баллонная ангиопластика со стентированием. Эндоваскулярные вмешательства не выполнялись у 6 (10,7%) больных ввиду отсутствия гемодинамически значимых стенозов и окклюзий. В послеоперационном периоде у всех оперированных больных отмечена достаточно быстрая положительная динамика и реабилитация, осложнений и летальных исходов не было.

Выводы

1. У больных с клиникой ИБС в 89,3% на коронарографии выявляются гемодинамически значимые стенозы и окклюзии КА.

2. Чаще всего поражаются правая коронарная артерия (48,2%) и передняя нисходящая артерия (30,3%), другие – реже.

3. Гемодинамически значимые стенозы и окклюзии КА являются показаниями к эндоваскулярной реваскуляризации миокарда, которая безопасна в условиях многопрофильной больницы и приводит к быстрому купированию симптомов ИБС и реабилитации.

---

356. Осложнения и результаты лечения дивертикулярной болезни ободочной кишки

Фролов А.П., Кожевников М.А., Величко А.А.

Иркутск

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Актуальность

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) – заболевание, при котором в стенке ободочной кишки образуются мешковидные выпячивания – дивертикулы.

Они могут быть одиночными и множественными. Причина образования дивертикулов – повышенное внутрипросветное давление, приводящее к пролапсу слизистой через изменённые «слабые» участки соединительной ткани подслизистого слоя кишечной стенки. Нарушению свойств соединительной ткани способствует преобладание в рационе рафинированной пищи животного происхождения и недостаток растительной пищи. Важную роль в развитии ДБОК играют процессы старения. С возрастом вероятность развития заболевания увеличивается: у людей старше 50 лет частота ДБОК составляет 30–50%, у 80-летних отмечается более чем в 70% популяции. Вероятность развития осложнений ДБОК составляет 5–20%. Самыми частыми осложнениями являются: дивертикулиты – до 25% и кровотечения – 3–15%. При экстренном хирургическом лечении осложнённого дивертикулита летальность достигает 9,78–10,64%, при плановом лечении – 0,5–1,93%.

Цель исследования: оценить осложнения и результаты лечения дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ осложнений ДБОК у 131 больного, находившегося на лечении в хирургическом отделении многопрофильной больницы в 2023–2025 годах. Больные были в возрасте 65,8 (33–95) лет; мужчин – 41, женщин – 90.

Результаты

Показанием к госпитализации больных ДБОК в хирургическое отделение явилось наличие у них осложнений: в 73 (55,7%) случаях – дивертикулит с выраженным болевым синдромом, в 17 (13,0%) – кровотечение, в 41 (31,3%) – перфорация. Среди 73 больных дивертикулитом 10 человек были в возрасте 30–50 лет, 41 – в возрасте 51–70 лет и 22 – в возрасте старше 70 лет. Кровотечение было у 17 больных: в возрасте 30–50 лет – у 1, в 51–70 лет – у 4, старше 70 лет – у 12. У 41 больного имелась перфорация, она выявлена у 9 человек в возрасте 30–50 лет, у 16 – в 51–70 лет и у других 16 – в возрасте старше 70 лет. Патологический процесс у 94 (71,8%) больных ДБОК локализовался в сигмовидной кишке, у 16 (12,2%) – в нисходящей ободочной кишке, у 1 (0,7%) – в поперечной ободочной кишке, а у 20 (15,3%) имелось несколько локализаций.

Больные с осложнениями ДБОК обращались за медицинской помощью в различный промежуток времени от начала заболевания. В первые 24 часа были госпитализированы 92 больных, из них 57 с дивертикулитом, 15 – с кровотечениями и 20 – с перфорациями. На 2–5 сутки в клинику поступило 29 больных, из них 14 – с дивертикулитом и 15 – с перфорациями, больных с кровотечениями не было. Позднее 5 суток за помощью обратилось 10 больных, из них 2 – с дивертикулитом, 2 – с кровотечениями и 6 – с перфорациями.

Всем 73 больным дивертикулитом, проводилось консервативное лечение, у 72 – наступила положительная динамика, боли в животе купировались, больные выписаны на дальнейшее лечение к гастроэнтерологу. У 1 больного лечение было неэффективным, локальная боль усилилась, через 2 суток оперирован. Летальных исходов не было. При кровотечении всем 17 больным осуществлялся консервативный гемостаз, который во всех наблюдениях был результативным, больные в удовлетворительном состоянии переведены на лечение к гастроэнтерологу. Перфорация дивертикула была у 41 больного, все были оперированы, 9 из них после предшествующего консервативного лечения в период проведения дифференциальной диагностики дивертикулита и перфорации.

Выводы

1.В 84,7% случаев осложнения ДБОК наблюдаются у больных старше 50 лет. Патологический процесс в 71,8% наблюдений локализуется в сигмовидной кишке.

2.Самым частым осложнением ДБОК является дивертикулит (55,7%), редким – кровотечение (13,0%). Консервативное лечение эффективно при обоих осложнениях.

3.Перфорация как осложнение ДБОК имеет место в 31,3% наблюдений. Все больные оперируются, послеоперационная летальность составляет 14,6%.

---

359. Хирургическое лечение тонкокишечных свищей и синдрома короткой кишки

Ахтанин Е.А. (1), Кригер А.Г. (1), Шибитов В.А. (1)

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ

Актуальность. Тонкокишечные свищи (ТКС) и синдром короткой кишки (СКК) представляют актуальное направление абдоминальной хирургии. ТКС, как правило, возникают в результате послеоперационных осложнений и могут приводить к СКК. С хирургической точки зрения актуальность темы определяется тем, что лечение ТКС и СКК находится на стыке двух направлений: ликвидация дефекта кишки и сохранения, либо восстановления максимально возможной всасывательной поверхности. При нерациональной хирургической тактике закрытие свища может сопровождаться дополнительной потерей тонкой кишки, что повышает риск формирования или усугубления СКК.

Материал и методы. Проведен проспективный анализ хирургического лечения 57 пациентов с ТКС, поступивших из регионов РФ и оперированных в ГКБ им. С.С. Юдина в

период 01.07.2024 - 01.05.2026 гг. (21 мес.). Возраст пациентов 19 – 84 гг. (50,4). Мужчин – 27, женщин – 30. Количество операций на органах брюшной полости, которые перенесли пациенты до поступления в больницу от 1 до 28 (7,2). У 44 пациентов ТКС возникли после плановых операций, у 13 – после экстренных. Потери по свищу при поступлении в больницу 10мл-8 л. Все пациенты консультированы на догоспитальном этапе. Из 57 пациентов – 29 имели СКК, что требовало комбинированного питания. 48 пациентов имели ТКС, 5 пациентов – наружный тонко-толстокишечный свищ, у 4 высокий тонко-толстокишечный анастомоз с «отключенной» частью тонкой и/или толстой кишки. 4 пациента были госпитализированы в экстренном порядке с несформированными ТКС. На госпитальном этапе подготовка к операции длилась от 2 до 14 сут., что включало коррекцию водно-электролитных нарушений и белковой недостаточности. Всем пациентам выполнено КТ органов брюшной полости, фистулография, ирригография для оценки анатомии кишечника. 29 пациентов с СКК имели приводящую кишку от 30-110 см. Из них 21 пациент имел «отключенные» петли как тонкой, так и толстой кишки. У 8 пациентов «отключенных» отделов кишки не было, а общая длина тонкой кишки составляла в среднем 40 см.

Результаты. 57 пациентам выполнено хирургическое лечение. Одноэтапные операции в 34 случаях. Они заключались в циркулярных резекциях одной или нескольких петель тонкой кишки, несущих свищи. Этапное хирургическое лечение, у 23 пациентов. На 1-м этапе выполняли операцию «на отключение» в связи с невозможностью удаление конгломерата петель кишки, несущих свищ, либо реконструктивную операцию разбивали на резекционные этапы с целью профилактики несостоятельности. Сроки между этапами составляли 3мес – 2года.

Из 29 пациентов с СКТК, у 21 – дополнительно «включено» в пассаж от 20 см до 2 метров тонкой кишки. Количество тонкокишечных анастомозов варьировало от 1 до 4. Из 8 пациентов с истинным СКТК, у 2х – выполнена аутологичная реконструкция тонкой кишки, что удлинило тонкую кишку в 1-м случае на 80% от исходной длины, во 2-м случае на 50%.

Из 57 пациентов, у 34 (59,6%) – гладкий послеоперационный период, 20 (35,1%) - с послеоперационными осложнениями. Послеоперационные осложнения: Clavien-Dindo I-II – 9, IIIb – 9, V - 2. Летальный исход – 2 (3,5%).

Экстренная операция у 11 пациентов: 7 – рецидив КС (несостоятельность анастомоза, функционирование ранее не выявленного КС, перфорация кишки); 1 – внутрибрюшное кровотечение; 1 – ранняя спаечная кишечная непроходимость, 1 – диагностическая лапаротомия, 1 – мезентериальный тромбоз. У 3 пациентов с рецидивом КС, свищ закрылся самостоятельно через 7 – 56 сут. Срок послеоперационного лечения в стационаре составил в среднем 14,3 к/д (7 – 44).

Заключение. Лечение пациентов с ТКС и СКК трудоемкая задача. Сложность заключается в продолжительной подготовке пациента к хирургическому лечению. Реконструктивные операции при ТКС следует проводить с учетом наличия СКК и высокого риска его развития. Предпочтение нужно отдавать экономным резекциям, а в ряде случаев нужно использовать аутологичные реконструкции, для удлинения тонкой кишки.

---

360. Роль «операций спасения» в алгоритме лечения острого холецистита медицинских организаций второго и третьего уровня

Прядко А.С. (1,2), Алиев А.К. (2), Слинько В.Р. (1), Седлецкий В.Р. (1), Ромащенко П.Н. (2)

Санкт-Петербург

1) ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница
2) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Актуальность. Воспаление желчного пузыря и окружающих его тканей при остром холецистите повышает сложность лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и частоту послеоперационных осложнений. Несмотря на то, что ЛХЭ является «золотым стандартом», её применение сопряжено с риском серьёзных интраоперационных повреждений, частота которых может превышать показатели открытой операции. Причинами роста числа осложнений служат поздняя госпитализация пациентов и отсутствие алгоритма рациональной хирургической тактики в зависимости от сроков поступления. В связи с этим в литературе всё чаще упоминаются оперативные вмешательства, позволяющие избежать фатальных осложнений в сложных клинических ситуациях у больных острым холециститом, — так называемые «операции спасения».

Материалы и методы. Для обоснования предлагаемой тактики лечения острого кальку-лёзного холецистита было проведено ретроспективно-проспективное мультицентровое когортное исследование с участием 7860 пациентов. Анализ данных охватывал клинические базы кафедры факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Ленинградскую областную клиническую больницу и хирургические отделения второго уровня Ленинградской области за период с 01.01.2020 по 09.10.2025 гг. На основе полученных результатов был разработан алгоритм безопасного хирургического вмешательства на желчевыводящих путях. Эффективность данной программы была оценена в ходе её апробации в рамках региональной трёхуровневой системы оказания медицинской помощи с анализом

непосредственных исходов лечения.

Результаты. Ретроспективный анализ больных (n=3960) осложненным течением острого холецистита, проходивших лечение с 2020 по 2022г.г., позволил стратифицировать следующие нозологические формы: острый калькулезный холецистит с околопузырным инфильтратом у 14,2% пациентов, острый калькулёзный холецистит с механической желтухой у – 4,8%, острый калькулёзный холецистит с холангитом у – 1,3%, острый калькулёзный холецистит с острым панкреатитом у – 0,9%. Проспективный анализ пациентов (n=3900), у которых применена концепция безопасной хирургии желчевыводящих путей, включала оценку больных которые получали лечение с 2023 по 2025 г.г. и включала следующие нозологические единицы: острый калькулезный холецистит с околопузырным инфильтратом у 15,2% пациентов, острый калькулёзный холецистит с механической желтухой у – 10%, острый калькулёзный холецистит с холангитом у – 2,4%, острый калькулёзный холецистит с острым панкреатитом у – 1%. Группы пациентов были сопоставимы по основным демографическим и клиническим характеристикам, шкалам ASA и CCI (p<0,05).

В медицинских организациях второго уровня были выполнены следующие операции спасе-ния: субтотальная холецистэктомия – 3, диагностическая лапароскопия – 4, транскутанная холецистостомия под УЗИ-навигацией – 14, лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха по Халстеду – 60.

В медицинских организациях третьего уровня было выполнено: субтотальная холецистэк-томия – 2, транскутанная холецистостомия под УЗИ-навигацией – 2, лапароскопическая холе-цистэктомия с наружным дренированием холедоха по Халстеду – 4.

Обсуждение. Полученные данные подтвердили высокую эффективность предложенной хирургической тактики безопасной холецистэктомии: при которой удалось достичь снижение осложнений и летальности, что согласуется с литературными данными и средними общероссийскими показателями согласно отчетам МЗ РФ. Снижение рисков развития осложнений особенно выражено при дифференцированной тактике в отношении лечения больных острым калькулёзным холециститом благодаря применения тактики своевременного отказа от выполнения лапароскопической холецистэктомии у пациентов поступивших позже 72 часов от начала заболевания, завершение лапароскопической холецистэктомии дренированием холедоха, у пациентов с острым холециститом, осложненным холангитом, механической желтухой и острым панкреатитом, формированием наружной транскутанной холецистостомы при наличии околопу-зырного инфильтрате, минимизируя число конверсий, общей и послеоперационной летальности.

Вывод. Реализация предложенной хирургической тактики, включающей применение «операций спасения» при остром холецистите, позволяет своевременно провести рациональное вмешательство, повысить эффективность лечения и снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

---

361. Применение методики эндоскопического стентирования в комбинированном лечении несостоятельности аппаратного шва после лапароскопической продольной резекции желудка

Ботов А.А. (1), Кумуков М.Б. (2,3), Курганов И.А. (1), Самсонян Э.Х. (1), Мельников А.А. (2), Яковенко И.Ю. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
2) Больница Центросоюза Российской Федерации
3) Московский медицинский университет «Реавиз»

Актуальность. Несостоятельность аппаратного шва (НАШ) является одним из наиболее грозных осложнений после лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ), а частота ее развития, по данным различных авторов, составляет 0,5-8,0%, с уровнем летальности до 15-20%. В то же время, стандартизированных рекомендаций по лечению НАШ после ЛПРЖ не существует, что диктует потребность в дальнейшей разработке подходов к лечению данного осложнения. Учитывая данные положения, нами была поставлена цель – изучить результаты применения методики эндоскопического стентирования (ЭС) в алгоритме комбинированного минимально инвазивного лечения НАШ после ЛПРЖ.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 13 пациентов с НАШ после ЛПРЖ в период с 2017 по 2026 год. Во всех случаях НАШ развилась в области наложения последней кассеты сшивающего аппарата вблизи кардиоэзофагеального перехода. Срок возникновения НАШ в среднем был равен 3,8 суток. У 2 пациентов на момент диагностики осложнения была зафиксирована клиническая картина перитонита, а у 11 больных имело место развитие абсцесса в левом поддиафрагмальном пространстве. В процессе комбинированного лечения всем пациентам было выполнено ЭС желудка с применением стентов, специально разработанных для бариатрической хирургии. Использованная модель стена имеет длину до 24 см, полное двустороннее покрытие, диаметр до 32 мм, а также гибкие зоны в средней части тела стента, что позволяет полноценно позиционировать стент в желудочной трубке, сформированной после ЛПРЖ. Такая конфигурация стента позволяет пере-

крыть не только зону НАШ, но и нижний отдел пищевода, а также всю желудочную трубку вплоть до привратника. Кроме того, у всех 13 больных было проведено наружное дренирование. У 8 пациентов было осуществлено пункционное дренирование под контролем УЗИ с использованием дренажей типа PigTail 10-12 Fr. У 5 больных была выполнена релапароскопия, вскрытие абсцесса и/или санация брюшной полости с последующим дренированием области НАШ силиконовыми дренажами 18-20 Fr.

Полученные результаты и обсуждение. Во всех 13 случаях было достигнуто полное разрешение НАШ без формирования наружного свища. Срок установки стена был равен в среднем 42,5 дня (от 16 до 66 дней). В послеоперационном периоде все пациенты были переведены на самостоятельное питание через 3 суток после установки стента и выполнения наружного дренирования. Все больные были выписаны из стационара и переведены на амбулаторный этап лечения через 7-10 суток после ЭС. Через 4-5 недель после ЭС пациенты вновь госпитализировались в хирургическое отделение стационара для удаления стента, удаления дренажа и проведения контрольного обследования. При комбинированном лечении НАШ в представленном опыте не было зафиксировано ни одного случая дополнительных осложнений, связанных с установкой стента или другими компонентами лечения. Таким образом, применение методики ЭС позволило добиться того, что внегоспитальный этап лечения преобладал по времени над госпитальным, что невозможно при использовании такого способа коррекции НАШ, как вакуум-терапия, при которой требуется регулярное выполнение ревизионной эндоскопии под общей анестезией для смены губок. Ранний перевод на амбулаторное лечение также невозможен для пациентов, которым проводится только наружное дренирование вследствие того, что в ранние сроки после дренирования имеется высокий риск развития дальнейших гнойно-септических осложнений, что требует наблюдения в условиях хирургического стационара. Кроме того, любые варианты лечения НАШ, не предполагающие использования стента, не позволяют начать раннее самостоятельное питание.

Выводы. Применение методики ЭС в комбинированном лечении НАШ после ЛПРЖ является безопасным и эффективным способом коррекции данного осложнения, который позволяет повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде за счет возможности полноценного самостоятельного питания и раннего перевода на амбулаторный этап лечения.

---

362. Вакуум-ассистированная лапаростомия, активное дренирование и видеоскопия в лечении инфицированного панкреонекроза

Балацкий Е.Р. (1,2), Юренко М.В. (3), Клименко В.А. (1,2), Кравченко Б.А. (2), Журавлёва Ю.И. (1,2), Гусаренко С.С. (1,2), Сидык А.А. (1,2), Вельма К.М. (1,2)

Донецк

1) ДонГМУ им. М.Горького,
2) ЦГКБ №6 г.Донецка,
3) ЦГКБ №16 г.Донецка

Актуальность. Современные способы хирургического лечения инфицированного панкреонекроза (ИПН) позволяют ускорить отток экссудата, удалить секвестры и предупредить осложнения ИПН. Дренирование парапакреатической жировой клетчатки и вакуумирование (VAC-терапия) – одни из самых малотравматичных и эффективных методик санации гнойного очага. Однако сведений о клинических результатах при сочетании методов у пациентов с ИПН в литературе мало, что обуславливает актуальность настоящей работы.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование с участием 28 пациентов, госпитализированных по поводу ИПН в хирургические отделения ЦГКБ №6 и ЦГКБ №16 г. Донецка за период с 01.01.2023 г. по 01.07.2025 г. С целью создания условий для оттока экссудата применяли три методики лечения: у I группы пациентов (n=8) использовали стандартное дренирование (ТД), у больных II группы (n=9) – проточно-промывное активное дренирование (ППАД), в III группе (n=11) – VAC-систему в сочетании с ППАД. При замене VAC-установки на 4-е сутки пациентам III группы проводили санацию гнойного очага под видеоконтролем.

Оценка степени тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II проводилась на 1-е, 7-е и 14-е сутки с момента начала применения вышеуказанных методик. Спустя 72 часа после начала лечения всем пациентам измерялся уровень прокальцитонина (ПКТ) плазмы крови. Статистический анализ проводили с помощью лицензионной программы «StatMed».

Полученные результаты. Среднее значение прогноза летальности пациентов по шкале APACHE II в I группе составило 16,88±0,29 б. в первые 24 часа с момента ТД, 14,63±0,37 б. на 7-е сутки лечения, 11,25±0,24 б. на 14-е сутки лечения, что следует интерпретировать как умеренный риск смертности.

У пациентов II группы в 1-е сутки после установки ППАД среднее значение результатов шкалы составило 16,22±0,62 б., на 7-е сутки – 12,67±0,53 б., на 14-е сутки медиана составила 10,0±0,53 б., что также соответствует умеренному риску смертности.

У пациентов III группы средние значения результатов шкалы составляли 15,73±0,43 б. и 10,18±0,46 б. на 1-е и 7-е сутки лечения соответственно, медиана значений на 14-е сутки составила 9,0±0,54 б., демонстрируя тенденцию снижения риска смертности до низкого.

Среднее значение уровня ПКТ у пациентов I группы составило 7,962±0,51 нг/мл (выраженная системная воспалительная реакция (СВР)), у больных II группы – 2,678±0,22 нг/мл (тяжелая СВР), у пациентов III группы – 1,182±0,12 нг/мл (умеренная достоверная СВР).

Статистически достоверные отличия результатов шкалы на 1-е сутки лечения не обнаружены среди всех групп ($p>0,05$, где p – уровень значимости t-критерия Стьюдента) и выявлены на 7-е сутки лечения ($p<0,05$).

При парных сравнениях уровня ПКТ выявлены достоверно значимые отличия между всеми группами: наибольшие значения обнаружены среди пациентов I группы, наименьшие – в III группе.

Обсуждение. Рост послеоперационной летальности больных ИПН диктуют необходимость поиска эффективных подходов к профилактике, ранней диагностике и лечению заболевания. Результаты работы позволяют говорить о сочетании ППАД и VAC-терапии как о перспективном методе лечения ИПН. Стоит отметить необходимость наличия специализированного оборудования и технические особенности исполнения данной методики, что ограничивает ее внедрение в широкую клиническую практику.

Выводы и рекомендации. Использование ППАД повышает качество периоперационной санации брюшной полости по сравнению с ТД, а применение VAC-системы ускоряет регрессию маркеров воспаления. В связи с этим в лечении ИПН рекомендовано сочетать вакуумирование и ППАД, обеспечивающие постоянную аспирацию отделяемого из гнойного очага и позволяющие сократить общие сроки очищения раны.

---

363. Клинические траектории пациентов после чрескожной холецистостомии (ЧХС) при остром холецистите

Мударисов Р.Р., Баглаенко М.В., Джоджуа Д.Е., Родников С.Е., Вторенко В.И., Попов А.А., Бондаренко Е.В.

Москва

ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»

Актуальность. Острый холецистит у пациентов высокого хирургического риска остаётся одной из сложных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Увеличение числа пациентов старшей возрастной группы с выраженной коморбидной патологией ограничивает возможности выполнения неотложной холецистэктомии и повышает риск послеоперационных осложнений. Чрескожная холецистостомия (ЧХС) широко применяется как метод купирования острого воспалительного процесса. Но дальнейшая лечебная тактика после ЧХС остаётся недостаточно стандартизированной. Не определены оптимальные сроки выполнения отсроченной холецистэктомии и критерии отбора пациентов для последующего хирургического лечения.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 82 пациентов с острым холециститом, которым было выполнена ЧХС за период 2023-2025 гг. Наличие конкрементов в желчном пузыре подтверждено у 67(81,7%) пациентов. Медиана времени от поступления в стационар до ЧХС составила 19 часов. Средний возраст пациентов - 72,8±13,7 лет, мужчин было 53(64,6%), женщин 29(35,4%). Большинство пациентов имели выраженную сопутствующую патологию: индекс Charlson ≥5 отмечен у 51 пациента, среднее значение 5[4-7]; так значимые сердечно-сосудистые заболевания отмечены у 38(46,3%), хроническая болезнь почек - у 25(30,5%) пациентов.

Полученные результаты: Осложнения после ЧХС отмечены у 12(14,6%) пациентов, наиболее часто - дислокация дренажа. 9 (11%) пациентов выбыли из дальнейшего наблюдения. Летальные исходы, не связанные с острым холециститом, констатированы у 3(3,7%) пациентов. Отсроченная холецистэктомия выполнена 31(37,8%) пациентам, медиана выполнения - 96[53-145] суток после дренирования. Медиана продолжительности операции составила 95[70-135] мин, частота конверсий - 3(10%), ранние послеоперационные осложнения - 5(16,7%) с одним летальным исходом после интраоперационного повреждения воротной вены. Для 39(47,4%) пациентов причиной невыполнения холецистэктомии была коморбидность - 28(34,1%), сопутствующая значимая патология желчных протоков - 3(3,7%) и отказ пациентов - 8(9,8%). Среди неоперированных пациентов медиана сохранения дренажа - 62[31-111] суток. Рецидив острого холецистита с повторной госпитализацией после удаления дренажа

отмечен у 14 (17,1%) пациентов. У 8(9,8%) пациентов ЧХС была окончательным методом лечения вследствие высокого операционного риска.

Обсуждение. Проведённое исследование показало, что после выполнения ЧХС пациенты высокого хирургического риска формируют различные клинические траектории дальнейшего лечения. У части больных ЧХС становилась окончательным методом лечения, тогда как другим пациентам после стабилизации состояния выполнялась отсроченная холецистэктомия в различные сроки. Но выполнение отсроченной холецистэктомии после ЧХС может сопровождаться повышением технической сложности оперативного вмешательства, увеличением продолжительности операции и риска интраоперационных осложнений. Полученные данные подчёркивают актуальность дальнейшего изучения подходов к маршрутизации пациентов и выбору оптимальной лечебной тактики после ЧХС.

Выводы. После ЧХС формируются различные клинические траектории пациентов: отсроченная холецистэктомия, последующее удаление дренажа или ЧХС как окончательный метод лечения. Выбор дальнейшей тактики должен быть индивидуализирован с учётом коморбидности, операционного риска и вероятности рецидива заболевания.

Рекомендации. После ЧХС и регрессирования острого холецистита пациентам высокого хирургического риска необходима повторная оценка операционно-анестезиологического риска. При стабилизации состояния и приемлемом риске следует рассматривать отсроченную холецистэктомию. У пациентов с тяжёлой коморбидностью ЧХС может рассматриваться как окончательный метод лечения при условии динамического наблюдения и контроля риска рецидива острого холецистита. Представляется необходимой разработка локального алгоритма маршрутизации пациентов после ЧХС.

---

364. Дифференцированный выбор санационных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе: одноцентровый опыт.

Мударисов Р.Р., Баглаенко М.В., Попов А.А., Родников С.Е., Вторенко В.И.

Москва

ГБУЗ МКНИЦ Больница 52 ДЗМ

Актуальность: Развитие инфицированного панкреонекроза при остром панкреатите сопровождается высоким риском септических осложнений, полиорганной дисфункции и летальности. Современная тактика лечения предусматривает дифференцированное применение малоинвазивных санационных вмешательств в рамках этапной «Step-Up» стратегии с поэтапной расширением объема санационных вмешательств при недостаточной эффективности.

Материалы и методы: В одноцентровое ретроспективное исследование включены 72 пациента с острым деструктивным панкреатитом тяжёлой степени, находившиеся на лечении в 2024–2025 гг. Инфицированный панкреонекроз, потребовавший санационных вмешательств, был диагностирован у 31 пациента. У данной подгруппы суммарно выполнено 68 оперативных вмешательств. Лечебная тактика основывалась на дифференцированном применении малоинвазивных и открытых санационных вмешательств в зависимости от распространённости некротического процесса, локализации и структуре некротических скоплений с учетом клинического состояния пациентов. Распределение по выполненным вмешательствам было следующим: эндоскопические транслюминальные выполнены 30 раз, что составило 44,1% от всех операций, чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением - 17(25%), видеоассистированная ретроперитонеальная санация (VARD) - 4(5,9%), лапароскопическая санация - у 1(1,4%), открытые вмешательства - у 16(23,5%). При недостаточном клиническом эффекте первичного дренирования осуществлялся последовательный переход к более инвазивным методам санации в рамках Step-Up стратегии. Оценивались эффективность контроля инфекционного процесса, частота послеоперационных осложнений, продолжительность стационарного лечения и летальность.

Результаты: Эндоскопические методы позволяли добиться эффективного контроля инфекционного процесса при транслюминально-доступных, хорошо отграниченных коллекторах, обеспечивая меньшую травматичность и более благоприятным послеоперационным течением; потребность в повторных вмешательствах отмечена у части пациентов 5(6,94%). Перкутанное дренирование эффективно как первичная мера в Step-Up стратегии, у 9(12,5%) пациентов потребовалась эскалация санационной тактики. Методика VARD применялась при ретроперитонеальном и латеральном распространении некроза с визуальным контролем санации, но выполнена только у 4 (5,56%)пациентов по причине анатомических показаний. Открытые вмешательства сохраняли значение при распространённом или осложнённом течении заболевания, перитоните, абдоминальном компартмент-синдроме или недостаточной эффективности малоинвазивной тактики. Общая госпитальная летальность в общей группе с панкреонекрозом составила 9,7%(n=7).

Обсуждение: При транслюминально доступных отграниченных коллекторах предпочтение может отдаваться эндоскопическим методам санации. При ретроперитонеальном распространении некротического процесса VARD

может рассматриваться как эффективный этап Step-Up стратегии, тогда как чрескожное дренирование - как первичный этап лечения. Открытая санация показана при распространенном процессе. Развитие эндоскопических и видеоассистированных технологий, а также накопление командного опыта позволяют расширить применение малоинвазивной тактики и ограничить потребность в открытых вмешательствах.

Выводы: Выбор метода санации при инфицированном панкреонекрозе подразумевает учет локализацию некротических скоплений, распространённость процесса и клиническом состоянии пациента. Этапное применение малоинвазивных технологий в рамках Step-Up стратегии позволяет повысить эффективность лечения, ограничить объём открытых вмешательств и улучшить результаты лечения пациентов.

Рекомендации: при транслюминально-доступных, хорошо отграниченных некротических коллекторах целесообразно рассматривать эндоскопическую санацию как метод выбора. Чрескожное дренирование следует использовать как первичный этап лечения при жидкостных скоплениях и невозможности эндоскопического доступа, с последующей своевременной эскалацией тактики при отсутствии клинического эффекта. При ретроперитонеальном и латеральном распространении некроза методом следующего этапа может быть VARD. Выбор открытого вмешательства должен быть ограничен случаями осложнённого или распространённого процесса, а также ситуациями, когда малоинвазивная Step-Up стратегия не обеспечивает адекватного контроля источника инфекции.

---

365. Оптимизация хирургической тактики при острой обтурационной спаечной тонкокишечной непроходимости

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В., Медоев В.В., Дзотцоев А.Ю.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования. Повысить эффективность лечения пациентов с острой обтурационной спаечной тонкокишечной непроходимостью (ООСТН) путем разработки прогностически ориентированной лечебно-диагностической тактики, позволяющей определять оптимальные сроки хирургического вмешательства в зависимости от эффективности декомпрессионной терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 3080 пациентов с ООСТК, проходивших лечение в КБСМП г. Владикавказа. Исследование включало два последовательных этапа. На первом этапе ретроспективно изучены данные 152 пациентов с оценкой рентгенологических и ультразвуковых изменений в динамике заболевания. Полученные результаты легли в основу разработки метода прогнозирования течения кишечной непроходимости и алгоритма лечебно-диагностических мероприятий. На втором этапе предложенная тактика была внедрена в клиническую практику у 2928 больных. Диагностика основывалась на выполнении обзорной рентгенографии и УЗИ органов брюшной полости при поступлении и повторно спустя 6–7 часов после начала комплексной декомпрессионной и корригирующей терапии. В процессе наблюдения оценивали изменения клинико-рентгенологической картины и прогнозировали дальнейшее течение патологического процесса.

Результаты. На основании клинико-инструментальных данных выделены четыре варианта течения заболевания в условиях проводимой декомпрессионной терапии: регресс кишечной непроходимости, персистирующее течение, прогрессирование патологического процесса и развитие перитонита. Наиболее информативным критерием оценки динамики заболевания являлось изменение рентгенологической картины через 6–7 часов от начала лечения. Снижение площади газа над уровнями жидкости более чем на 30% расценивалось как благоприятный признак, свидетельствующий об эффективности консервативной терапии. Уменьшение данного показателя менее чем на 30% соответствовало персистирующему варианту течения и служило основанием для выполнения операции в течение ближайших 12 часов. Увеличение объема газа над уровнями жидкости указывало на нарастание кишечной непроходимости и требовало хирургического вмешательства в сроки до 6 часов. При клинической картине перитонита оперативное лечение выполняли в экстренном порядке после кратковременной интенсивной предоперационной подготовки.

Применение разработанной лечебно-диагностической программы позволило добиться купирования непроходимости консервативными методами у 2462 (84,1%) из 2928 пациентов. Хирургические вмешательства были осуществлены 466 (15,9%) больным. Послеоперационные осложнения отмечены у 131 (28,1%) пациента, при этом летальные исходы зарегистрированы у 48 (10,3%) оперированных больных. Общий показатель летальности составил 1,6%. Наибольшее число неблагоприятных исходов отмечено при выполнении операций позже рекомендованных выше сроков в виду отказов или запоздалого согласия больных на предложенную операцию.

Заключение. Использование прогностически ориентированной лечебно-диагностической программы при ООСТН позволяет повысить объективность выбора хирургической тактики, уменьшить частоту оперативных вмешательств и снизить уровень летальности. Диффе-

ренцированный подход к определению сроков операции способствует улучшению непосредственных результатов лечения данной категории пациентов.

---

366. Возможности лапароскопических технологий при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Медоев В.В., Калицова М.В., Зураев К.Э., Халлаев Р.А., Дзотцоев А.Ю.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевого генеза путем создания условий для выполнения радикальных лапароскопических вмешательств, сопоставимых с плановой хирургией.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 241 пациента с ОТКН опухолевого генеза, госпитализированных в экстренном порядке в хирургические стационары г. Владикавказа и г. Грозного. Средний возраст больных составил 68±6,4 года. Мужчины составили 50,7%, женщины — 49,3%. У 174 (72,2%) пациентов препятствие локализовалось в ободочной кишке, у 67 (27,8%) — в прямой кишке. В 97% случаев причиной ОТКН являлись злокачественные опухоли. Всем пациентам выполнялись при поступлении обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости; КТ проведена у 93 (38,6%) больных, колоноскопия — у 116 (48,1%), ирригография — у 131 (54,4%). У всех больных использовалась разработанная нами лечебно-диагностическая программа.

Результаты. При поступлении I стадия ОТКН диагностирована у 80 (33,2%) пациентов, II стадия — у 91 (37,8%), III стадия — у 70 (29,0%). Большинство больных имели тяжелый коморбидный фон, ожирение, признаки эндогенной интоксикации и интраабдоминальной гипертензии, что сопровождалось высоким операционно-анестезиологическим риском. Пациенты с I стадией ОТКН были радикально оперированы в отсроченном порядке через 7-10 дней после разрешения непроходимости. Реканализация опухолевой стриктуры или стентирование оказались эффективными у 33 пациентов со II–III стадией ОТКН. У остальных пациентов с II и III стадиями ОТКН после предоперационной подготовки в течение 12-24 часов первым этапом выполнялось формирование разгрузочных илео- или колостом из минидоступа, в том числе с использованием оригинальных разработок клиники. После устранения непроходимости у всех больных удалось добиться нормализации лабораторных показателей, снижения внутрибрюшного давления и коррекции сопутствующих нарушений, что позволило подготовить пациентов к радикальному этапу лечения. В результате у 130 (55,1%) больных были выполнены лапароскопические радикальные операции, у 91 (38,6%) — открытые вмешательства. Конверсия потребовалась в 8 случаях. После лапароскопических операций летальность составила 2,5%, частота послеоперационных воспалительных осложнений — 3,3%.

Заключение. Применение этапного лечебно-диагностического алгоритма с использованием малоинвазивной декомпрессии, эндоскопических технологий и оригинальных способов формирования разгрузочных стом позволяет устранить проявления ОТКН, снизить операционно-анестезиологический риск и создать условия для выполнения радикальных лапароскопических вмешательств, сопоставимых с плановой онкохирургией. Использование предложенного подхода обеспечивает расширение возможностей лапароскопической хирургии у пациентов с осложнённым колоректальным раком при сохранении приемлемых показателей летальности и послеоперационных осложнений.

---

367. Сравнительные результаты лечения пациентов с периферическим атеросклерозом в амбулаторных условиях на рубеже 3-х лет наблюдения

Нерсесян Е.Е. (1)Червяков Ю.В. (2)Марцонь А.В. (2)

1) Москва
2) Ярославль

1) ГБУЗ «Городская поликлиника №45» ДЗМ
2) ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

Цель исследования: провести анализ результатов консервативного лечения больных с периферическим атеросклерозом артерий нижних конечностей в сроки до 3 лет.

Материал и методы: с 2019 по 2023г в исследование включено 116 пациентов с окклюзирующим поражением артерий нижних конечностей IIА и IIБ стадии по классификации Фонтейна-А.В.Покровского. Проводилось амбулаторное лечение согласно «Национальным рекомендациям по лечению больных с ЗАНК» от 2019г. Наблюдение проводилось на протяжении 3х лет. Исходно средний возраст пациентов составил 64,4±8,7 лет, гендерный состав: мужчин - 81, женщин - 35. Со IIА стадией ЗАНК было 33

(28%) пациентов, с IIБ - 83 (72%). Пациенты с «критической ишемией» требовали хирургического лечения и в исследование не включались.

Первичными точками исследования являлись: выживаемость больных, сохранность конечностей и обобщенный показатель «выживаемость без ампутации». Вторичные критерии: изменение стадии заболевания и дистанции безболевой ходьбы (ДБХ). Общий дизайн исследования: проспективное, простое, открытое. Уровень статистической значимости принят равным 0,05.

Полноту наблюдения удалось обеспечить у 96% участников (n=111); 5 пациентов выбыли и расценены как цензурированные наблюдения. За 3 года зафиксировано 10 летальных исходов. Преобладающими причинами смерти являлись сердечно-сосудистые события - 70% всей летальности. Общая выживаемость по методу Каплана-Майера составила: 100% (1 год) → 96,5% (2 года) → 91% (3 года). Показатель сохранности конечностей к 3-му году достиг 95%: зафиксировано 6 больших ампутаций (1 - в 1-й год, 2 - на 2-м, 3 - на 3-м). Выживаемость без ампутации составила 88%.

У 24% пациентов общей группы, за 3 года лечения, потребовались различные хирургические операции на артериях нижних конечностей. С учетом различного исходного состояния пациентов и на основании того, что результаты стандартного консервативного лечения значимо различаются с результатами хирургических вмешательств, вся группа разделена на две подгруппы: А (n=88; 76%) пациенты, получавшие исключительно консервативную терапию; Б (n=28; 24% от всей группы), в нее вошли пациенты, которым потребовалось одно и более хирургических вмешательств на артериальном русле конечностей за период наблюдения. Основной частью хирургических вмешательств составили эндоваскулярные процедуры - 54%; открытых операций было 30%, а ампутации составили 16% от общего количества выполненных пособий.

В подгруппе консервативного лечения (А) исходное соотношение стадий ЗАНК IIA/IIБ составляло 33%/67%. За 3 года количество пациентов с лёгкой стадией IIA незначительно возросло на 5%, но, в тоже время у 7% больных этой подгруппы к концу наблюдения были выполнены высокие ампутации, что свидетельствует о медленном, но неуклонном прогрессировании заболевания.

В подгруппе хирургического лечения (Б) исходно все 28 пациентов (100%) находились в более тяжёлой стадии IIБ (с меньшей исходной дистанцией безболевой ходьбы), что и послужило показанием к операции. Благодаря реконструктивным вмешательствам к 3-му году 35% пациентов перешли в более лёгкую стадию IIA, ещё 52% сохраняли стадию IIБ. Вместе с тем в этой подгруппе относительная частота ампутаций оказалась выше, чем в группе с консервативным лечением - 13% к 7%, что обусловлено исходно более тяжёлым ишемическим поражением артерий нижних конечностей.

Исходный уровень ДБХ принципиально различался между подгруппами: в А - 230м (медиана 170м), в Б - 114м (медиана 120м), что полностью отражало отбор наиболее тяжёлых пациентов на операцию. В подгруппе консервативного лечения ДБХ достоверно не изменялась в течение первых двух лет (233→224 м), однако к 3-му году снизилась до 204м (Δ среднего - 36м, p=0,0026, |d|=0,37). У 19% пациентов отмечен прирост показателя, у 54% - относительная стабилизация состояния с незначимым снижением ДБХ; у 13% - значимое ухудшение. В подгруппе хирургического лечения после периода стабилизации (1й год: 111м) наблюдался резкий прирост ДБХ: 204м ко 2-му году и 218м к 3-му. Это отражает эффект от реконструктивных операций, которые выполнены в период 2 и 3-го годов наблюдения.

Заключение. Представленные результаты свидетельствуют о том, что стандартная консервативная терапия обеспечивает относительную стабилизацию состояния пациентов с ЗАНК в течение 1-го года, однако не предотвращает клинически значимого прогрессирования заболевания - отмечается неуклонное снижение показателя ДБХ и, соответственно, утяжеление степени хронической ишемии к 3-му году. Хирургическое лечение, несмотря на исходно более тяжёлый контингент больных, обеспечивает достоверное и клинически значимое улучшение периферической гемодинамики.

---

368. Оптимизация амбулаторного ведения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей на фоне хронической артериальной недостаточности

Вергасов М.М.(1,2), Владимирова О.В. (1,3), Горбунков В.Я. (1), Чемурзиев Р.А. (1,2), Гаспарян М.В. (2), Алмазов Д.У. (1)

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ
2) ГБУЗ СК СККБЗ)ГБУЗ СК ГКБ №2

Актуальность. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей составляют более 20% всех сердечно-сосудистых патологий, у 2–3% общей популяции. При развитии критической ишемии с формированием трофических язв резко возрастает риск потери конечности. Стационарный этап лечения таких пациентов является началом длительного восстановления. Основная нагрузка по заживлению ран, реабилитации и профилактике рецидивов ложится на амбулаторное звено. Проблема усугубляется поздней обращаемостью, коморбидностью пациентов и отсутствием унифицированных подходов к постгоспитальному наблюдению.

Цель: оценить эффективность и структурировать подходы к амбулаторному ведению пациентов с ХАН IV ст. и трофическими язвами после комбинированных хирургических вмешательств.

Материал и методы. Проведен анализ амбулаторного этапа лечения 96 пациентов, оперированных в отделении сосудистой хирургии. Основную группу (n=38) составили больные, которым выполнено комбинированное вмешательство (реваскуляризация + одномоментная ультразвуковая некрэктомия с обработкой холодной плазмой и наложением ВАК-системы и без наложения ВАК-системы). В контрольной группе (n=58) операции проводились по стандартной двухэтапной методике. Все пациенты после выписки наблюдались хирургом поликлиники и ангиохирургом с контрольными осмотрами через 3 недели, затем каждые 2 месяца на протяжении двух лет. Оценка динамики заживления осуществлялась планиметрически с вычислением остаточной площади (ΔS) и скорости эпителизации (Vзаж). Физическая активность оценивалась по дистанции безболевой ходьбы и опроснику качества жизни.

Результаты. Средняя длительность стационарного лечения в основной группе составила 14–16 суток, после чего пациенты выписывались непосредственно под наблюдение хирурга поликлиники. В контрольной группе требовался перевод в другие отделения для этапных некрэктомий, что увеличивало госпитальный этап до 9–11 суток только в профильном отделении с последующей маршрутизацией. Смена асептических повязок на бедре в основной группе проводилась на дому, тогда как локальный уход за трофической язвой требовал обученного медицинского персонала или перевязок в условиях хирургического кабинета.

Амбулаторный мониторинг показал значительное превосходство предложенного алгоритма. Остаточная площадь язвы (ΔS) на 28-е сутки в основной группе составила 12,04% против 62,28% в контроле. Скорость заживления (Vзаж) была стабильно выше: 3,14 %/сут против 1,34 %/сут к исходу 4-й недели. Полная эпителизация в основной группе достигалась к 35-м суткам, в то время как в контрольной группе на этих сроках сохранялось более трети раневой поверхности (ΔS=34,13%). Важно отметить отсутствие инфекционных осложнений на амбулаторном этапе у пациентов после обработки холодной плазмой в сравнении с 9 случаями в контроле. Дистанция безболевой ходьбы увеличилась у больных основной группы в 1,8 раза быстрее, что коррелировало с высокими показателями физической активности по шкалам качества жизни.

Обсуждение. Полученные данные обосновывают модель амбулаторного сопровождения. Решающее значение имеет ранний перевод пациента под патронаж поликлиники с использованием ВАК-систем, минимизирующих количество перевязок. Амбулаторный хирург должен быть обучен интерпретации стадий раневого процесса для своевременной замены терапии. Периодичность осмотров должна составлять 1 раз в 3–5 дней в фазу активной экссудации и 1 раз в 7–10 дней в фазу регенерации. В-третьих, критически важен дистанционный мониторинг (телемедицинские консультации с передачей фото раны) для контроля комплаентности пожилых пациентов, что позволяет снизить частоту рецидивов.

Выводы. Внедрение комбинированного хирургического вмешательства позволило перенести критическую фазу заживления трофических язв на амбулаторный этап без потери качества. Скорость эпителизации после обработки холодной плазмой и ВАК-терапии была в 2,3 раза выше, а частота инфекционных осложнений сведена к нулю. Четкий алгоритм амбулаторного наблюдения с планиметрическим контролем площади дефекта обеспечивает полную эпителизацию в течение 35 суток и двукратное снижение риска рецидива в течение двухлетнего срока наблюдения. Это ведет к значительному повышению качества жизни пациентов, восстановлению их физической активности и снижению нагрузки на стационарный коечный фонд.

Рекомендации. Применение алгоритма амбулаторного наблюдения с соблюдением преемственности и регулярности осмотров не требует дополнительных затрат на организацию и может применяться в большинстве медицинских учреждений.

---

369. Эффективность и безопасность каротидного стентирования. 20-летний опыт ГБУ РО «РОКБ»

Коробка В.Л.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО РОКБ

Актуальность.

Несмотря на стандартизацию подходов к лечению стенозирующих поражений сонных артерий, выбор метода реваскуляризации у данной группы пациентов остается актуальной проблемой. Развитие эндоваскулярных технологий и систем нейропротекции позволяет рассматривать каротидное стентирование (CAS) как надежную альтернативу открытой эндартерэктомии (CEA) у данной категории больных.

Цель исследования

Оценить непосредственные (30-дневные) и 5-летние результаты стентирования сонных артерий с использованием систем дистальной защиты у пациентов с высоким риском открытого хирургического вмешательства.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 5709 пациентов (средний возраст 67,4 ± 6,2 года), перенесших CAS в период с 2009 по 2025 гг. Мужчины составили 52%, женщины — 48%. Симптомный стеноз (перенесенный ишемический инсульт или ТИА в анамнезе) зафиксирован в 42% случаев. Степень стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) варьировала от 70% до 95%. У 32% пациентов имелись критерии высокого хирургического риска (сопутствующая ИБС, ХОБЛ, сахарный диабет 2 типа, контрлатеральная окклюзия ВСА, рестеноз после СЕА). Процедуры выполнялись с использованием самораскрывающихся нитиноловых стентов и эндоваскулярных систем защиты головного мозга.

Результаты

Технический успех ангиопластики и стентирования составил 99,6%. В раннем послеоперационном периоде (до 30 суток) общая частота больших кардиоваскулярных событий (MACE) составила 1,21%: зарегистрирован 16 случаев малого ипсилатерального инсульта (0,29%) и 20 случаев инфаркта миокарда (0,35%). Транзиторные ишемические атаки отмечены у 42 пациентов (0,75%). Случаев летального исхода в раннем периоде не было. В отдаленном периоде наблюдения удалось отследить 3563 пациента (средний срок — 60 ± 3 месяца), кумулятивная выживаемость составила 90,4%, проходимость стентов по данным дуплексного сканирования — 93,2%. Гемодинамически значимый рестеноз (>70%) в течение первого года наблюдения был выявлен у 3% пациентов .

Обсуждение

Полученные нами показатели 30-дневных осложнений (1,21%) полностью соответствуют жестким критериям безопасности, закрепленным в современных международных руководствах и реестрах. Столь низкая частота ипсилатеральных нарушений мозгового кровообращения (0,29%) во многом обусловлена рутинным применением систем дистальной нейропротекции, которые эффективно улавливают атероматозный эмбологенный материал во время предилатации и раскрытия стента.

Минимальный уровень кардиальных осложнений (0,35% инфаркта миокарда) наглядно подтверждает безопасность и патофизиологическую оправданность эндоваскулярного метода у соматически тяжелых пациентов((высокий хирургический риск). Высокая проходимость стентов в отдаленном периоде (93,2%) свидетельствует о корректном позиционировании конструкций и эффективности стандартной схемы двухкомпонентной антиагрегантной терапии.

Выводы

1. Высокая эффективность: Метод демонстрирует отличную воспроизводимость с техническим успехом 99,6% и низкой частотой ранних осложнений MACE (1,21%).

2. Надежность нейропротекции: Рутинное использование дистальной защиты минимизирует риск интраоперационной эмболии, снижая частоту ипсилатеральных инсультов до 0,29%.

3. Соматическая безопасность: Малоинвазивность CAS исключает общую анестезию, сводя к минимуму кардиальные осложнения (инфаркт миокарда — 0,35%) у коморбидных пациентов.

4. Стабильность результатов: В отдаленном периоде проходимость стентов составила 93,2% при отсутствии гемодинамически значимых рестенозов.

5. Соответствие стандартам: Показатели центра полностью соответствуют международным критериям безопасности

---

370. Выбор методики малоинвазивной герниопластики при непаховых грыжах передней брюшной стенки: одноцентровой ретроспективный анализ.

Мударисов Р.Р., Крючков Д.С., Баглаенко М.В, Родников С.Е., Мазманян Д.Ж., Вторенко В.И.

Москва

ГБУЗ «МКНИЦ Больница №52 ДЗМ». Москва.

Актуальность: в структуре плановой хирургии «МКНИЦ Больница №52 ДЗМ» непаховые грыжи передней брюшной стенки составляют до 40-50% всех грыж передней брюшной стенки. Рост числа пациентов с ожирением, метаболическим синдромом и рецидивными грыжами создают необходимость более широкого применения малоинвазивных технологий. Однако отсутствие унифицированных показаний и четкой структуры применения методик IPOM, vTAPP, eTEP ограничивает их стандартизированное внедрение в клиническую практику. В условиях реальной клинической практики выбор малоинвазивной методики герниопластики при непаховых грыжах передней брюшной стенки определяется не одной универсальной системой, а сочетанием факторов: размера дефекта, локализации, первичного или рецидивного характера грыжи, возраста пациента и предполагаемой плоскости размещения сетчатого импланта.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 312 пациентов, которым выполнена лапароскопическая герниопластика при непаховых грыжах в плановом порядке. Средний возраст - 61,2±12,4 года. Мужчин - 112(35,9%), женщин - 200(64,1%). Методы малоинва-

зивной герниопластики: IPOM - 90(28,8%) пациентов, eTEP - 50(16,0%), vTAPP - 172(55,1%). Размеры грыжевых дефектов по классификации EHS распределялись следующим образом: W1 - 119(38,1%), W2 - 140(44,9%), W3 - 53(17,0%). При наличии нескольких грыжевых дефектов в статистике учитывался дефект с максимальным размером.

Результаты: при анализе распределения методик малоинвазивной герниопластики в зависимости от размера грыжевого дефекта установлено: vTAPP преобладал при дефектах W1 - 79(66,4%) пациентов среди всех случаев W1, при W2 vTAPP выполнен 72 пациентам, что составило 51,4% от всех случаев с W2. При дефектах W2 eTEP выполнена у 50 пациентов, что составило 35,7% от всех случаев W2; данная методика также чаще использовалась при рецидивных грыжах. IPOM доминировал при W3 - 38 пациентов - это 71,7% от всех случаев с W3 и у пациентов старше 70 лет, которые составили 47(52,2%) от всех пациентов, оперированных методом IPOM и 15,1% от общего числа пациентов.

Обсуждение: в клинической практике выбор методики лапароскопической герниопластики определялся преимущественно размером дефекта, возрастом пациента и наличием рецидивного характера грыжевого дефекта. В представленном материале методика vTAPP являлась наиболее часто используемым вариантом - 172(55,1%) случаев и не сопровождалась развитием тяжелых осложнений в ранние сроки после операции и требующих повторного оперативного вмешательства. Полученные данные отражают тенденцию перехода от более традиционного IPOM-подхода к дифференцированному выбору малоинвазивной герниопластики с учетом клинико-анатомических характеристик грыжевого дефекта.

Выводы: выбор методики малоинвазивной герниопластики при непаховых грыжах передней брюшной стенки должен основываться на дифференцированной оценке размера дефекта, возраста пациента и рецидивного характера грыжи. В представленной серии vTAPP преимущественно использовалась при W1-W2, eTEP - при W2 и рецидивных грыжах, IPOM - при W3 и у пациентов старшей возрастной группы.

Рекомендации: при дефектах W1-W2 целесообразно рассматривать vTAPP как один из основных вариантов препаритонеальной минимально инвазивной герниопластики. При рецидивных грыжах и необходимости ретромускулярного размещения сетчатого импланта предпочтение может быть отдано eTEP. IPOM может сохранять практическое значение при дефектах W3, у пациентов старшей возрастной группы или при необходимости ограничения объёма диссекции.

---

371. Повышение уровня безопасности операций на щитовидной железе путем внедрения чек-листа идентификации возвратного гортанного нерва

Мамиствалов М.Ш. (1,2), Курганов И.А. (1), Новокрещенов П.В. (3), Емельянов С.И. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»
3) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

Актуальность. Несмотря на известную технику операций на щитовидной железе и современные технологические достижения, частота осложнений, связанных с различного рода повреждениями возвратного гортанного нерва (ВГН), остается стабильной, а в некоторых случаях и стабильно высокой. По данным различных исследователей, она составляет от 1% до 8%. Немаловажным и дискуссионным вопросом, который ставится для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы, является сравнение способов оперирования с выделением и не выделением ВГН, а также применение интраоперационного нейромониторинга (также в сочетании с выделением и не выделением ВГН), что преследует, в первую очередь, задачу снижения частоты интраоперационного повреждения ВГН.

Материал и методы. С целью уменьшения риска повреждения ВГН во время операций на щитовидной железе нами предложен чек-лист идентификации ВГН. Чек-лист представляет собой таблицу, в которую вносятся данные об оперативном вмешательстве конкретного пациента. В данную таблицу вносятся основные данные о пациенте из истории болезни: ФИО, номер истории болезни, дата рождения, возраст, диагноз. Из информации, относящейся непосредственно к операции и идентификации ВГН, в чек-лист вносятся следующие показатели: объем оперативного вмешательства, продолжительность операции, факт выполнения и сторона выделения ВГН, длина выделенного отрезка ВГН, анатомические особенности как самого нерва, так и окружающих структур, особенности диссекции тканей при выделении нерва, факт применения интраоперационного нейромониторинга, а также исход в отношении фонации и подвижности голосовых складок до момента выписки из стационара. При выполнении оперативного вмешательства в объеме тотальной тиреоидэктомии в чек-лист вносятся сведения относительно каждой стороны операции. После выписки пациента из стационара каждый чек-лист (в отдельных случаях с интраоперационным фото ВГН) сохранялся в архиве оперирующего хирурга. После внедрения в нашей клинике в 2025 году, чек-листы идентификации ВГН при операциях щитовидной железе были применены у 50

пациентов (47 женщин и 3 мужчин).

Полученные результаты и обсуждение. Идентификация ВГН достигнута у 48 из 50 пациентов (96%), что было отражено в чек-листах. Односторонний парез голосовой складки был отмечен у 1 пациентки (2%) с диффузным токсическим зобом большого объема (97,6 см3), у которой идентификация ВГН интраоперационно достигнута не была. Данные первичные результаты показали, что внедрение чек-листа идентификации ВГН при операциях на щитовидной железе продемонстрировало свою эффективность, способствовав получению хороших результатов хирургического лечения и высокой безопасности проведенных операций на щитовидной железе. Кроме того, применение чек-листа повысило предоперационную уверенность оперирующей бригады в идентификации ВГН, улучшило интраоперационную алгоритмизацию этапов гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии с выделением ВГН. Послеоперационное изучение зарегистрированных чек-листов способствовало анализу результатов каждого из клинических случаев.

Выводы. Внедрение в клиническую практику чек-листа идентификации ВГН способствует систематизации подходов для выделения ВГН во время операций на щитовидной железе, обеспечивает улучшение условий для учета и анализа результатов выполненных вмешательств. Для получения наиболее объективных результатов считаем необходимым проведение дальнейших исследований, посвященных применению предлагаемого чек-листа идентификации ВГН.

---

372. Профилактика повреждения и принципы безопасного выделения возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе

Мамиствалов М.Ш. (1,2), Курганов И.А. (1), Чистяков В.В. (2), Новокрещенов П.В. (3), Емельянов С.И. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»
3) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

Актуальность. На протяжении всей своей истории хирургия щитовидной железы сопровождалась сравнительным анализом и противоречивыми результатами применения различных методов профилактики повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН), а именно: выделение ВГН до точки входа в гортань, прецизионная хирургия щитовидной железы без выделения ВГН, а также применение интраоперационного нейромониторинга (как с выделением, так и без выделения ВГН). Учитывая разные существующие подходы, нами была поставлена цель – систематизировать и описать применяемую нами тактику профилактики повреждения ВГН при его выделении во время операций на щитовидной железе.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты хирургических вмешательств у 140 пациентов с заболеваниями щитовидной железы (124 женщины и 16 мужчин). У всех пациентов хирургическое вмешательство (гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия) выполнялось по экстрафасциальной методике по Кохеру. Выделение ВГН проводилось по следующей технике: вначале осуществлялась полноценная мобилизация верхнего полюса доли щитовидной железы после лигирования верхних щитовидных сосудов (близко к доле) и сепарации верхней околощитовидной железы. Далее выделялись нижние щитовидные сосуды, которые фиксировались на держалке, после чего выполнялось послойное пофасциальное выделение ВГН строго вдоль траектории прохождения нерва. Практически во всех случаях было отмечено, что по мере приближения к точке входа в гортань перпендикулярно прохождению нерва идентифицировался сосуд, чаще всего, артериальный, после выделения и позади которого располагался нерв. Вначале выполнялось лигирование сосуда, пересекающего нерв, что позволяло полноценно идентифицировать ВГН до точки входа в гортань. В дальнейшем выполнялось лигирование нижних щитовидных сосудов, что придавало еще большую мобильность доле щитовидной железы. Как только были достигнуты достаточная мобильность удаляемой доли щитовидной железы и выделение ВГН, гемитиреоидэктомия завершалась в промежутке между долей щитовидной железы и нервом под визуальным контролем последнего. При этом необходимо соблюдать адекватное натяжение удаляемой доли и надлежащее расстояние от электрохирургического оборудования до нерва.

Полученные результаты и обсуждение. Идентификация ВГН была достигнута в 134 случаях (95,7%). В 5 случаях, когда выделение ВГН не было достигнуто, оперативное вмешательство выполнялось по поводу одностороннего или двустороннего фолликулярно-узлового заболевания щитовидной железы больших размеров (объем железы до 100 см3). В 1 случае выделение ВГН не было достигнуто при операции по поводу диффузного токсического зоба большого объема. После вмешательства односторонний парез гортани был зафиксирован у 5 пациентов (3,5%): у 2 больных, у которых достичь выделения ВГН не удалось, и у 3 пациентов с выделенным во время вмешательства ВГН. Таким образом, применяемая нами тактика выделения возвратного гортанного нерва при помощи описанной техники позволила безопасно и радикально выполнять хирургические вмешательства на щитовид-

ной железе. В то же время, необходимым условием, по нашему мнению, является выделение ВГН вне зависимости от показаний к операции, а также наличия или отсутствия интраоперационного нейромониторинга. Следует также заметить, что одним из нерешенных вопросов для обсуждения и дальнейших исследований является протяженность и объем диссекции тканей вокруг нерва во время его выделения, так как избыточное выделение ВГН может быть сопряжено с его частичной деваскуляризацией, что может служить фактором повреждения ВГН, проявляющимся парезом в послеоперационном периоде.

Выводы. Вышеописанная тактика профилактики повреждения ВГН при его выделении во время операций на щитовидной железе позволяет обеспечить необходимый уровень безопасности и низкую частоту послеоперационных парезов гортани.

---

373. Выбор способа перфузионной консервации при трансплантации печени

Шабунин А.В. (1,2), Дроздов П.А. (1,2), Минина М.Г. (1,2), Астапович С.А. (1), Макеев Д.А. (1), Соломатин Д.А. (1), Курбанов И.И. (1), Юрик А.И. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина ДЗМ», Москва, Российская Федерация
2) ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация

Актуальность: трансплантация печени остаётся единственным радикальным методом лечения пациентов с терминальной печёночной недостаточностью. В условиях сохраняющегося дефицита донорских органов всё большее значение приобретает использование трансплантатов от доноров с расширенными критериями (ECD), однако их применение ассоциировано с повышенным риском ранней дисфункции трансплантата печени (РДТП). На сегодняшний день динамическая консервация донорских органов рассматривается как один из ключевых методов профилактики ишемически-реперфузионного повреждения и снижения риска РДТП.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе отделения трансплантации органов и тканей человека ММНКЦ им. С.П. Боткина и охватывало период 2018–2026 гг. На первом этапе, в 2018–2022 гг., было установлено, что применение гипотермической оксигенированной машинной перфузии (HOPE) ассоциировано со статистически значимым снижением частоты ранней дисфункции трансплантата печени. Эти данные стали основанием для дальнейшего развития метода динамической консервации и внедрения в клиническую практику нормотермической машинной перфузии (NMP), а также комбинированных протоколов, включающих контролируемое оксигенированное согревание (COR) и безишемическую имплантацию (IFLI). К настоящему времени в центре выполнено 97 HOPE печени, 8 NMP, а в 14 наблюдениях применены комбинированные варианты динамической консервации.

Результаты: применение методов динамической консервации трансплантатов печени сопровождалось увеличением доли трансплантаций от ECD-доноров с 23,9% в 2018–2022 гг. до 35,3% в 2023–2026 гг. При этом статистически значимого роста частоты РДТП отмечено не было. На основе анализа характеристик доноров и клинических исходов трансплантации была разработана шкала донорского риска, включающая общие параметры донора, лабораторные данные, особенности гемодинамики, результаты интраоперационной визуальной оценки органа, а также дополнительные факторы риска. Данная система стратификации легла в основу индивидуализированного выбора метода консервации: при низком риске использовали статическую холодовую консервацию, при среднем — HOPE, при высоком — имплантацию в условиях COR, при крайне высоком — IFLI.

Обсуждение: ключевое значение имеет не изолированное применение отдельных вариантов машинной перфузии, а формирование дифференцированной стратегии, при которой метод консервации выбирается с учётом исходного донорского риска и предполагаемой выраженности ишемически-реперфузионного повреждения. Разработанная шкала донорского риска позволяет стандартизировать оценку трансплантата и обосновать выбор индивидуальной тактики в каждом клиническом случае. Внедрение комбинированных протоколов динамической консервации требует организационной готовности центра, соответствующего технического оснащения, междисциплинарного взаимодействия и единых алгоритмов принятия решений. Дальнейшее развитие данного направления должно быть связано с накоплением клинического опыта, уточнением пороговых значений шкалы риска и оценкой отдалённых результатов трансплантации печени при различных вариантах машинной перфузии.

Выводы и рекомендации: применение методов динамической консервации печени обеспечило увеличение доли ECD-трансплантатов без значимого повышения частоты РДТП. Риск-адаптированный выбор способа консервации может рассматриваться как эффективная стратегия расширения донорского пула при трансплантации печени.

374. Результаты трансплантации почки, полученной от доноров с необратимой остановкой сердечной деятельности

Шабунин А.В. (1,2), Дроздов П.А. (1,2), Минина М.Г. (1,2), Астапович С.А. (1), Нестеренко И.В. (1,2), Макеев Д.А. (1), Соломатин Д.А. (1), Курбанов И.И. (1), Юрик А.И. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина ДЗМ», Москва, Российская Федерация
2) ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация

Актуальность: Хроническая болезнь почек остаётся одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современной медицины. Трансплантация почки является оптимальным методом заместительной почечной терапии, однако её широкое применение ограничено сохраняющимся дефицитом донорских органов. Одним из направлений расширения донорского пула является использование почек от доноров после остановки кровообращения (DCD).

Материалы и методы: в период 2021–2026 гг. в ММНКЦ им. С.П. Боткина было выполнено 68 трансплантаций почки от доноров с необратимой остановкой кровообращения. Медиана возраста реципиентов составила 42 года [IQR: 38–53], индекса массы тела — 24,8 кг/м² [IQR: 22,2–28,0]; мужчин было 44 (64,7%). На момент трансплантации заместительная почечная терапия проводилась у 65 пациентов (95,6%): гемодиализ — у 47 (69,1%), перитонеальный диализ — у 18 (26,5%). Трансплантация до диализа выполнена у 3 реципиентов (4,4%). Медиана длительности диализа составила 17 месяцев [IQR: 11–40]. Трансплантацию почки в анамнезе имели 2 реципиента (2,9%). Медиана возраста доноров составила 40 лет [IQR: 32–48], индекса массы тела — 27,2 кг/м² [IQR: 24,5–30,9]; мужчин было 38 (55,9%). ЭКМО применялось в 60 случаях (88,2%), медиана длительности ЭКМО составила 180 мин [IQR: 110–210]. Машинная перфузия проводилась в 55 случаях (80,9%), медиана её длительности составила 300 мин [IQR: 230–420]. Медиана времени холодовой ишемии составила 810 мин [IQR: 660–970], времени вторичной тепловой ишемии — 25 мин [IQR: 22–30].

Результаты: Медиана длительности пребывания в ОРИТ составила 2 дня [IQR: 1–2], медиана длительности госпитализации — 43 суток [IQR: 33–57]. Первично нефункционирующий трансплантат (ПНФТ) зарегистрирован у 8 пациентов (11,8%). Отсроченная функция почечного трансплантата (ОФПТ) отмечена у 56 реципиентов (82,4%), медиана её длительности составила 13 дней [IQR: 10–21]. Послеоперационные хирургические осложнения включали лимфоцеле у 2 пациентов (2,9%) и гематому у 3 пациентов (4,4%). Урологические осложнения были представлены стенозом неоуретероцистоанастомоза у 1 пациента (1,5%). Сосудистые осложнения включали тромбоз почечной вены у 2 пациентов (2,9%), тромбоз почечной артерии у 1 пациента (1,5%) и стеноз почечной артерии у 1 пациента (1,5%). Летальный исход в течение 30 суток после трансплантации зарегистрирован у 1 реципиента (1,5%). СКФ на момент выписки составила 35,8 мл/мин/1,73 м² [IQR: 23,9–48,3], через 3 месяца после трансплантации — 42,1 мл/мин/1,73 м² [IQR: 28,0–52,2], через 12 месяцев — 41,6 мл/мин/1,73 м² [IQR: 25,9–57,1]. 1 летняя выживаемость трансплантатов составила 86,3% (95% ДИ: 81,5–91,2), реципиентов — 98,5% (95% ДИ: 97,6–99,4).

Обсуждение: Полученные результаты демонстрируют безопасность и эффективность трансплантации почки от DCD-доноров. При этом использование таких трансплантатов связано с ожидаемо более высоким риском ПНФТ и ОФПТ, что требует особенно тщательного отбора реципиентов. Наиболее обоснованным является выполнение трансплантации пациентам с низким иммунологическим риском, преимущественно при первичной трансплантации почки, отсутствии выраженной сенсибилизации и возможности проведения индукционной иммуносупрессивной терапии антитимоцитарным глобулином с отсроченным назначением такролимуса.

Выводы и рекомендации: Трансплантация почки от DCD-доноров является эффективным способом расширения донорского пула. Она может рассматриваться как перспективное направление развития программы трансплантации органов.

---

375. Бактериальная сукцессия как фактор, ограничивающий лечебные стратегии огнестрельных ран на этапе оказания высокотехнологичной помощи

Помелова А.А. (1), Куликов Д.В. (1), Богданов П.И. (1), Морозов В.П. (1)

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова

Актуальность. Огнестрельные ранения на этапе оказания высокотехнологичной медицинской помощи характеризуются длительным течением раневого процесса, повторными санациями и многократными курсами антибиотиков. Эти факторы формируют выраженное селективное давление, приводящее к бактериальной сукцессии, росту полимикробных ассоциаций и распро-

странению полирезистентных госпитальных штаммов. Изучение локальной эпидемиологии хронической раневой инфекции необходимо для оптимизации стратегии комплексного лечения. Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ микробиологического мониторинга пациентов с огнестрельными ранениями различной локализации, проходивших лечение на этапе высокотехнологичной помощи в период с июля 2023 по ноябрь 2025 года. Проанализирован 4621 посев раневого отделяемого от 987 пациентов. Выполнена оценка динамики микробного пейзажа, структуры полимикробных ассоциаций, ядра микробного консорциума и индекса полимикробности ведущих возбудителей. Для статистической обработки использованы критерий χ^2 Пирсона и тест Кохрейна–Армитиджа. Полученные результаты. Установлено значимое увеличение доли полимикробных ассоциаций по мере увеличения длительности лечения и количества санаций: с 47,3% при первом посеве до 55,1% к четвёртому (p=0,040). Выявлена тенденция к формированию устойчивого грамотрицательного ядра микробного консорциума. Наиболее значимыми возбудителями являлись Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa и Acinetobacter baumannii. При этом доля K. pneumoniae и P. aeruginosa возрастала на поздних этапах лечения, тогда как встречаемость A. baumannii снижалась. Наиболее устойчивой полимикробной ассоциацией являлась комбинация K. pneumoniae+P. aeruginosa, частота которой увеличивалась с 16,7% до 33,8% всех полимикробных образцов. Максимальный индекс полимикробности зарегистрирован у P. aeruginosa — 0,816, что свидетельствует о её ключевой роли в формировании многовидовых биоплёночных сообществ. Высокая частота Corynebacterium striatum, коагулазонегативных стафилококков и других оппортунистических микроорганизмов расценена как микробиологический маркер локального иммунодефицита хронической огнестрельной раны. Выявлено сохранение многокомпонентных микробных сообществ даже на фоне длительной антибактериальной терапии и повторных хирургических обработок, что указывает на ограниченную эффективность антибиотик-ориентированных лечебных стратегий. Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что к этапу оказания высокотехнологичной помощи у большинства пациентов формируется хроническая биоплёночная инфекция с преобладанием полирезистентных грамотрицательных консорциумов. Длительное применение антибиотиков и химических антисептиков сопровождается селекцией устойчивых штаммов и нарастанием полимикробности. Выявленные фенотипы множественной лекарственной устойчивости позволяют предположить наличие механизмов ко- и кросс-резистентности между антибиотиками и антисептиками. Это указывает на ограниченность исключительно химиотерапевтических подходов в лечении хронической раневой инфекции. В этих условиях ключевое значение приобретают методы, не создающие дополнительного селективного давления: физическая антисептика, радикальный дебридмент и биомодификация раны. Выводы и рекомендации. 1. Для хронической инфекции в огнестрельных ранах на этапе оказания высокотехнологичной помощи характерна прогрессирующая бактериальная сукцессия с ростом полимикробных ассоциаций. 2. Ядро микробного консорциума формируют K. pneumoniae и P. aeruginosa, обладающие высокой способностью к биоплёнкообразованию и персистенции. 3. Наличие оппортунистической флоры и многокомпонентных ассоциаций является косвенным признаком локального иммунодефицита. 4. Использование антибактериальных препаратов без признаков системной воспалительной реакции должно быть строго ограничено ввиду риска усиления селективного давления. 5. Перспективным направлением лечения является сочетание физической антисептики, хирургического дебридмента и ортобиологических технологий.

---

376. Модифицируемые факторы риска послеоперационного медиастинита: от анализа причин к профилактическим технологиям

Кулинич А.В., Калашников А.В.

Волгоград

ВолгГМУ

Цель исследования: проанализировать факторы риска развития послеоперационного медиастинита после выполнения срединной стернотомии, определить наиболее значимые модифицируемые интраоперационные факторы и предложить техническое решение для их профилактики.

Материалы и методы. Срединная стернотомия остается основным хирургическим доступом в торакальной хирургии при ряде операций на органах средостения, а так же является основным доступом в кардиохирургии при вмешательствах на сердце, восходящем отделе и дуге аорты. Несмотря на совершенствование хирургических технологий, послеоперационный медиастинит сохраняет статус одного из наиболее тяжелых осложнений стернотомии. Частота инфекционно-воспалительных поражений переднего средостения после данного вмешательства составляет от 0,6 до 6,0 % [1,2,6].

Согласно данным литературы, факторы риска развития медиастинита подразделяются на предоперационные, интраоперационные и послеоперационные [1,2]. Если пред- и послеоперационные факторы могут быть частично скорректированы в процессе подготовки и ведения пациента, то большинство интраоперационных факторов определяется особенностями хирургической техники и используемого инструментария.

К значимым интраоперационным факторам относятся качество выполнения стернотомии, методика остеосинтеза грудины и применение костного воска. Известно, что использование костного воска угнетает активность остеобластов и замедляет процессы регенерации костной ткани. Дополнительная травматизация грудины при наложении проволочных лигатур способна вызывать локальную ишемию тканей и снижать надежность остеосинтеза в послеоперационном периоде [1,3]. По данным ряда исследований, асимметричная стернотомия и интраоперационные переломы грудины увеличивают вероятность развития медиастинита в 3,6 раза [4].

Результаты. Анализ факторов риска показал, что существенная часть пациентов кардиоторакального профиля имеет выраженные изменения костной ткани грудины, включая снижение ее плотности, истончение и уменьшение механической прочности. В подобных условиях даже незначительные технические ошибки во время операции повышают риск инфекционно-воспалительных осложнений.

Использование стандартных стернальных ретракторов сопряжено с локальной концентрацией механической нагрузки на края стернального распила. Данная особенность особенно значима при остеопорозе, уменьшенной толщине грудины или нарушении геометрии остеотомии. При необходимости расширения операционного доступа увеличение тракционного усилия может приводить к образованию серьезных травм и интраоперационных переломов грудины.

Обсуждение. Разработанный и запатентованный атравматичный стернальный ранорасширитель отличается наличием адаптивной системы захвата, основанной на использовании подвижных пластин, моделируемых в соответствии с индивидуальной конфигурацией стернального распила [5]. После фиксации формируется единая опорная конструкция, обеспечивающая равномерное распределение нагрузки по всей длине грудины и исключающая возникновение локальных зон перегрузки. Дополнительным преимуществом устройства является возможность снизить применение костного воска за счет равномерного тампонирования губчатой костной ткани по линии остеотомии.

Выводы. Одним из перспективных направлений профилактики послеоперационного медиастинита является снижение травматизации грудины на этапе формирования и удержания стернотомного доступа. Использование адаптивных атравматичных ранорасширителей позволяет уменьшить риск интраоперационных переломов, улучшить условия репарации костной ткани и потенциально снизить частоту инфекционно-воспалительных осложнений после стернотомии. Наряду с оптимизацией хирургической техники и соблюдением современных протоколов лечения данный подход может способствовать повышению безопасности кардиоторакальных вмешательств.

---

377. Наш опыт лечения химических ожогов пищевода у детей.

Черников А.Н. (1,2), Гаглоев В.М. (1,2), Лысов А.Е. (1), Цуканов В.А. (1,2), Хасаев А.Ю. (1)

Белгород

1) ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгород,
2) Кафедра детских хирургических болезней НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Актуальность. Сегодня ожоги пищевода в детской хирургии являются сложной и противоречивой медицинской проблемой, подходы решения которой разнообразны. В современных реалиях поражения верхних отделов ЖКТ имеет стремительную прогрессию к увеличению из-за большого количества щелочь- и кислотосодержащих средств бытовой химии, в особенности с яркой, вызывающей интерес у детей упаковкой, и их с каждым днем становится больше. Основная группа - это дети до 3 лет. Материалы и методы. С 2000 по 2016 в отделении хирургии детской областной больницы было пролечено 140 детей с химическими ожогами пищевода. 107 (76%) детей с химическими ожогами 2-3 степени, 33(24%) дети с ожогами пищевода 1 степени. Из 107 детей с ожогом верхних отделов ЖКТ 2-3 ст. 39(36%) были ожоги, спровоцированные 70 % уксусной кислотой, 60(57%) вызваны приемом щелочи («крот», составное батарейки и др.) В 8(10%) случаях воздействие перманганатом калия. С 2017 по 2025 пролечено 205 детей с химическими ожогами пищевода. 82 (40%) детей с ожогами 2-3 ст, 123(60%) дети с ожогом 1 ст. Из 82 детей с ожогом пищевода 2-3 ст. 25(30%) были ожоги 70 % уксусной кислотой, 50(60%) вызваны приемом щелочи и 7(10%) после воздействия перманганатом калия. Первая помощь всегда оказывалась на догоспитальном этапе СМП, изредка родителями, и состоял из промывания желудка большим количеством воды, вводом анальгетиков, глюкокортикоидных гормонов. Консервативная терапия состояла из дезинтоксикационной, антибактериальной, гормональной и симптоматической терапии, профилактикой желудочно-пищеводного рефлюкса, раннее бужирование при формировании рубцового стеноза, физиотерапий. ЭГДС выполнялось на следующие сутки после поступления, затем на 7-ой, 14-й, и 21 день после ожога. Преимущественно выполнялось бужирование за нить с увеличением возрастного номера бужа на 2 размера. Выздоровление наставало после длительного бужирования по схеме. По выписки больного в обязательном порядке контрольная ЭГДС на 3-4 неделю. Результаты. Проведя анализ результатов лечения больных с химическими ожогами пищевода, мы сделали вывод. В первую очередь успех достигается ранним использованием патогенетически обоснованного комплекса терапии, нацеленной на предупреждение осложнений воздействия химических

веществ, в том числе – стеноз пищевода, желудочно-пищеводного рефлюкса, аутоаллергических процессов, бактериемии и септических состояний. Выполнение данного комплекса давало раннюю дифференцировку 2 и 3 ст. ожога, позволяло избежать напрасного бужирования большой группе детей с 1-2 ст. ожога пищевода. У 23% детей установлен ожог пищевода 3 ст., востребованный к проведению бужирования. 77% детей после выполнения консервативных мероприятий выписаны из стационара с выздоровлением, без выполнения бужирования. Продолжительность бужирование составляло от пары месяцев до 4-5 лет. Все случаи закончены выздоровлением пациента, реконструктивно-пластические операции на пищеводе потребовались лишь 2 детям. Методика гарантирует профилактику стеноза и восстановление всей функции органа, во много сокращает сроки нахождения детей в стационаре. Вывод. Большой рост детей с химическим ожогом пищевода, в последние годы связан с огромным распространением средств бытовой химии, с концентрированными кислотами и щелочами. Которые все чаще приобретают яркую упаковку, привлекающую взгляд ребенка с малой защитой пробок, за счет удешевления сырья упаковки, либо вообще лишены устройств защиты детей. При сравнении двух десятилетий, можно видеть тенденцию к увеличению количества случаев в 1,5 раза, несмотря на отток детского населения из области в связи с оперативной обстановкой и снижением показателей рождаемости в регионе, но с уменьшением степени. Мы считаем, что, химические ожоги пищевода у ребенка являются полностью предотвратимой патологией, и главный метод профилактики - ужесточение требований по защите детей, требуемых от производителя содержащих агрессивные жидкости. Данные меры обязаны выполняться безотлагательно на государственном уровне.

---

378. Сравнение отдалённых результатов открытой и eTEP ретромускулярных герниопластик при лечении срединных послеоперационных вентральныхгрыж.

Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2), Андрияшкин А.В. (1,2), Кузмаускас Д. (2), Валиев А.Д. (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинскийуниверситет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России
2) ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, г. Москва.

Актуальность: Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) остаются одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. По данным литературы их распространённость достигает 12,8% через два года и 22,4% через три года после срединных лапаротомий. В России в 2022 году было выполнено около 42 000 вмешательств по поводу ПОВГ. Для сравнения: в Германии ежегодно проводится порядка 50 000 таких операций, а в США — около 100 000. Особую сложность представляет высокий уровень рецидивов после хирургического лечения, который, по разным данным, может достигать 23–50%. На сегодняшний день не существует единого «золотого стандарта» оперативного лечения ПОВГ. Согласно клиническим рекомендациям Европейского общества герниологов (2023), оптимальным считается размещение сетчатого импланта в ретромускулярном пространстве. При этом техника выполнения возможна как в открытом, так и лапароскопическом или роботическом вариантах. В 2016 году Белянский И. предложил методику выполнения классической операции Rives-Stoppa с использованием эндоскопического доступа, что побудило к проведению сравнительного анализа открытой и эндовидеохирургической ретромускулярных аллопластик.

Цель исследования: сравнить отдалённые результаты хирургического лечения пациентов со срединными ПОВГ с применением открытой и eTEP ретромускулярных пластик. Материалы и методы: проведено обсервационное ретроспективное когортное исследование пациентов, оперированных на базе кафедры факультетской хирургии №1 Института хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы с 1 января 2019 года по 31 декабря 2024 года, по поводу срединных послеоперационных грыж с применением открытой или eTEP ретромускулярной герниопластики.

Результаты: в исследование включены 320 пациентов: 155 из них была выполнена открытая ретромускулярная пластика и 165 — eTEP ретромускулярная пластика. Компьютерная томография (КТ) в послеоперационном периоде выполнена 94 и 119 пациентам соответственно (60,7% и 72,1%) спустя по меньшей мере один год с момента операции. Отсутствие патологических изменений по данным КТ отмечено у 66 пациентов (70,2%) в группе открытой ретромускулярной пластики и 105 (88,3%) в группе eTEP (p – 0,001). Количество рецидивов в группе открытой ретромускулярной пластики составило 11 (11,7%) против 6 (5%) в группе eTEP (p – 0,075). Разрыв заднего листка апоневроза прямых мышц статически значимо реже встречался у пациентов, которым выполнена эндовидеохирургическая ретромускулярная пластика 8 (6,7%), против 18 (19,1%) в группе открытой пластики (p – 0,006). Следует отметить, что только у одного пациента по данным КТ зарегистрирован как разрыв заднего листка, так и рецидив грыжи — в группе открытой ретромускулярной пластики. Для выполнения эндоскопического варианта герниопластики ожидаемо требовалось больше времени — 180 минут, в то время как медиана оперативного времени для группы открытой ретромускулярной пластики составила 120 минут (p

379. Гемодинамика в бассейне воротной вены после дистальной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Лубянский В.Г. (1,2), Сероштанов В.В. (1,2), Шевченко Д.В. (1), Худякова В.И. (1)

Барнаул

1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России,
2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Актуальность. Проблема хирургического лечения хронического панкреатита и доброкачественных опухолей тела и хвоста поджелудочной железы представляется актуальной.

Цель: улучшить результаты лечения больных с доброкачественными опухолями поджелудочной железы путем внедрения дистальной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Материал и методы.В клинике обследованы 36 больных с доброкачественными опухолями поджелудочной железы и хроническим панкреатитом.

Из них 31 (86,1 %) больной с хроническим панкреатитом и 5 больных (13,9 %) с доброкачественными опухолями. Мужчин было 18 (50 %) и 18 (50 %) женщин. Средний возраст: 58±3,6 лет. Все больные обследованы согласно клиническим рекомендациям с применением стандартных клинических анализов, ЭКГ, МСКТ органов брюшной полости, в случаях требующих уточнения диагноза выполнялось ЭУС и дуплексного сканирование селезеночной артерии, селезеночной вены и воротной вены.

Видеолапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки и питающих артерии и вены выполнена у 4 (11,1 %) больных. Больные были разделены на 2 группы. В 1 группе были лица, которым выполнена дистальная резекция с сохранением селезенки – 14 (38,9 %). Вторая группа представлена больными, где выполнялась спленэктомия – 22 (61,1 %) больных. Нами изучены ближайшие результаты в обеих группах больных. Дуплексное сканирование селезеночных сосудов проведено у 15 (41,7 %) больных.

Результаты.

При сравнении клинических результатов двух групп больных оказалось, что в группах со спленэктомией острый панкреатит оставленной головки поджелудочной железы развился у 4 (18,2%) больных, абсцессы левого подреберья с плевритом у 7 (31,8%) больных. В группе с сохранением селезенки нами не зарегистрированы больные с острым панкреатитом и абсцессами левого подреберья. Летальных исходов в обеих группах не зарегистрировано. Установлено, что у больных со спленэктомией регистрировалось замедление кровотока в воротной вене по сравнению с группой больных с сохраненной селезенкой. Длинная культя селезеночной вены у 3 больных. У одного из них с формированием тромба, а также у 4 больных регистрировался отек оставленной головки и тела поджелудочной железы с увеличением их размеров. В случае с удалением селезенки наблюдалась картина повышения показателей периферического сосудистого сопротивления, незначительное увеличение диаметра воротной вены. Скорость кровотока в воротной вене была ниже по сравнению с группой больных, которым произведена дистальная резекция с сохранением селезенки.

Выводы.

1. Применение технологии сохранения селезенки позволяет улучшить результаты дистальной резекции поджелудочной железы у больных с хроническим панкреатитом и доброкачественными опухолями поджелудочной железы.

2. Применение дистальной резекции в сочетании со спленэктомией приводит к замедлению кровотока в воротной вене, что может быть связано с возникновением послеоперационного панкреатита в головке поджелудочной железы.

3. В группе больных с сохранением селезенки и кровотока в бассейне селезеночной вены отмечено увеличение скорости кровотока в воротной вене, что коррелирует с отсутствием признаков острого панкреатита в оставленной ткани поджелудочной железы.

---

380. Плечелопаточный периартроз – подходы к диагностике и лечению

Низамов Ф.Х.

Тюмень

ТюмГМУ

Боль в области плеча частая жалоба больных. До настоящего времени не определены патогенетические механизмы ее появления. Считается, что это результат артрозной деформации плечевых суставов, нарушения со стороны вращательной манжеты плеча или же воспалительные процессы в около суставных тканях.

Цель работы – провести ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения болевого синдрома в области акромиально-ключичного сочленения.

Материал работы - данные рентгенологических исследований и МРТграмм плечевых суставов и шейного отдела позвоночника у лиц,, предъявлявших жалобы на боли в области акромиально-ключичного сочленения и

результаты лечения этого синдрома. Критерии включения – жалобы на боли в данной области, ограничение движений в плечевом суставе, особенно отведение. Выраженность болевого синдрома оценивалась по ВАШ шкале.

Заболевание чаще встретилось у женского пола. Появление болевых ощущений в области акромиально-ключичного сочленения и плечевом суставе в целом связывают с физическими перегрузками. Роль играет длительное вынужденное положение, как правило, согнутое в поясничном и шейном отделах позвоночника. В 12% появление болевого синдрома связывали с травмами – перелома акромиального конца ключицы, разрыва связок акромиально-ключичного сочленения. Для диагностики в начальном этапе исследования основным методом была рентгенография плечевого сустава в двух проекциях.На 21 рентгенограмме были найдены достоверные признаки артрозной деформации плечелопаточного сустава в виде сужения суставной щели, наличия остеофитов по краям суставной поверхности, субхондрального склероза, причем, это были лица, у которых в анамнезе отмечались переломы акромиального конца ключицы. В ряде случаев, на рентгенограммах плечевых суставов описывались неопределенные признаки в виде некоторого расширения, либо, чаще, сужения суставной щели, сомнительные данные о наличия остеофитов вне пределов изучаемой области. На 53 МРТграммах этих суставов костной патологии не выявлено. Изучение 70 МРТграмм шейного отдела позвоночника показала наличие протрузий/экструзии дискового материала в позвоночный канал размером до 0,3-0.5 мм в сегментах С3-4-5-6, во всех случаях найдено внедрение дискового материала в межпозвоночные отверстия с компрессией корешков спинного мозга соответствующей стороны. Такая картина позволила выставить диагноз протрузии/экструзии дискового материала шейных сегментов позвоночного столба с преимущественным поражением С3-4-5-6. В начальном периоде исследования лечение было основано на назначении анальгетиков (НПВС), массажа, физиопроцедур. В связи с незначительным эффектом от такого лечения 44 лицам проведена вертебральная блокада – введение дипроспана (преднизолон 5 мг) между остистыми отростками С3-5 двукратно, с перерывом неделю. Учитывая кратковременность эффекта (2-3 месяца), у 100 больных дипроспан заменен кенологом-40 (преднизолон 40 мг). Анальгетический эффект при этом сохранялся 8-12 месяцев с одновременным увеличением объема движений в пораженном суставе появление болей в области надплечья с типичной иррадиацией можно считать проявлением протрузии дискового материала в позвоночный канал, очень часто с внедрением его в межпозвоночные отверстия нижних шейных сегментов. Наиболее эффективным в отношении обезболивающего, противовоспалительного лечения является блокады кортикостероидными препаратами с введением их в межостистые промежутки на уровне определяемого методом магнитно - резонансной томографии протрузии дискового материала.

Шейно-вертебральные блокады кенологом у всех пациентов (100 случаев) дали анальгетический эффект на протяжении 8-12 месяцев с восстановлением функций пораженного плеча Обязательным компонентом лечения считаем ограничение соли в диете для ограничения водной нагрузки с целью уменьшения гидратации межпозвонковых дисков.

---

381. Опыт применения миниинвазивных технологий в лечении внутрибрюшных послеоперационных гнойных осложнений

Павлов Ю.В. (1,2), Магомедов Р.Г. (1,2), Дерстуганов В.А. (1), Орешкин И.А. (1), Сергеев А.Н. (1,2)

Тверь

1) ГБУЗ ТО «КБСМП»
2) ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. По данным различных авторов, частота развития инфекции области хирургического вмешательства в ургентной хирургии достигает 42-72%, а летальность - 38-60%. После экстренных операций на органах брюшной полости послеоперационные гнойные внутрибрюшные абсцессы (ВБА) возникают в 0,3-8,6% случаев, а летальность достигает 23,6-71,2%.

Цель – оценить возможность миниинвазивных хирургических вмешательств по поводу внутрибрюшных послеоперационных гнойных осложнений и выявить преимущества и недостатки по сравнению с традиционной лапаротомией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 25 пациентов, у которых течение послеоперационного периода осложнилось развитием 30 ВБА, из них поддиафрагмальная локализация диагностирована в 16 случаях, подпечёночная – в 4, межкишечная – в 6, в малом тазу и забрюшинном пространстве – по 2. Наиболее часто ВБА развивались после чрескожного чреспеченочного стентирования общего желчного протока (n=11), правосторонней гемиколэктомии (n=5), традиционной открытой аппендэктомии (n=5). Критериями выбора вида оперативного вмешательства по поводу ВБА были тяжесть состояния пациента по шкале SOFA, распространенность гнойного процесса, соотношение жидкостного компонента и объема секвестров, доступность выполнения ультразвукового контроля (УЗК), состояние свертывающей системы крови, состояние сознания больного. Дренирование под УЗК выполнено в 24 случаях (19 пациентов – 76%). Лапаротомия либо конверсия выполнены у 6 пациентов (24%).

Результаты. Миниинвазивные хирургические операции по поводу локальных гнойных образований при помощи УЗК обладают рядом преимуществ: могут быть выполнены в условиях перевязочной без участия анестезиолога, визуальный контроль манипуляции, минимальная травматичность, снижение вероятности послеоперационных осложнений, отсутствие длительного раневого процесса, возможность повторения процедуры. Среди возможных недостатков следует отметить зависимость от наличия расходных изделий медицинского назначения и необходимость наблюдения за дренажом.

Среди особенностей ведения пациентов после дренирования ВБА под УЗК нами отмечены необходимость ежедневного контроля за отделяемым (количество и характер) и промывания дренажа, повторный УЗК через сутки после дренирования, необходимость наблюдения в течение трёх суток за клинической картиной температурной реакцией и лабораторными показателями (клиническим анализом крови, прокальцитонином, С-реактивным белком). Показанием к удалению дренажа явилось спадание полости до объема дренажной трубки.

Все пациенты, которым выполнено дренирование под УЗК, выписаны с выздоровлением. В другой группе в 4 случаях были летальные исходы.

Обсуждение. Лапаротомический доступ даёт возможность полной санации одномоментно. При наличии сепсиса санация гнойного очага должна быть максимально быстро проведена, максимально радикально одномоментно. Узкий просвет дренажа, установленного под УЗК, не позволяет быстро санировать полость, особенно при наличии в ней секвестров.

В то же время, в условиях системной воспалительной реакции, на фоне полиорганной недостаточности, контаминации устойчивой внутрибольничной микробной флорой вопрос о нанесении дополнительной операционной травмы приобретает особенно важное значение. Миниинвазивное дренирование гнойника можно осуществить в перевязочной без дополнительного анестезиологического пособия с удовлетворительной визуализацией структур, окружающих полость абсцесса, и минимальной травматизацией.

Выводы. Метод миниинвазивного дренирования послеоперационных ВБА имеет свои показания и противопоказания. В связи с малой травматичностью, селективностью воздействия, повторяемостью, методика дренирования гнойной полости под УЗК имеет определённые преимущества перед лапаротомией. При выборе метода дренирования абсцесса, должны учитываться множество факторов, в том числе тяжесть состояния, степень декомпенсации основных жизненных показателей и распространённость процесса.

---

382. Робот-ассистированные трансанальные операции: методика выполнения и непосредственные результаты лечения

Багателия З.А., Лебедев С.С., Кулушев В.М., Лебедько М.С., Варламова А.В.

Москва

ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина

Введение. Трансанальные вмешательства - один из минимально инвазивных методов хирургического лечения доброкачественных и ранних форм злокачественных новообразований прямой кишки, получивший широкое распространение благодаря развитию медицинских технологий, разработке скрининговых программ, улучшению качества медицинской диагностики. С внедрением роботических технологий в клиническую практику также стало возможным выполнение роботассистированных трансанальных вмешательств.

Цель работы. Разработать методику выполнения робот-ассистированной трансанальной операции (рТЭО), а также проанализировать и сравнить непосредственные результаты лечения пациентов с опухолями прямой кишки методами «классической» ТЭО и рТЭО.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование на базе ММНКЦ им. С.П. Боткина. Рассмотрены клинико-анамнестические данные пациентов, анатомические характеристики опухоли, сведения об операции, данные гистологического исследования. Проанализированы послеоперационные осложнения.

Результаты. Впервые в России нами предложена методика выполнения рТЭО. Помимо этого, проанализированы результаты лечения 97 пациентов с опухолями прямой кишки. У 86 пациентов выполнена «классическая» трансанальная операция (группа 1), у 11 пациентов - с использованием роботизированного комплекса da Vinci Xi (группа 2). Выявлены статистически значимые различия между двумя группами в длительности операции: медиана длительности операции для группы 1 составила 50 [35; 68,75] минут, в то время как для группы 2 - 70 [52,5; 92,5] минут (p

---

383. Использование систем терапии ран отрицательным давлением в комплексном лечении пациентов с обширными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей

Кисляков В.А. (1,2), Горшунова Е.М. (1), Чиников М.А. (1,2), Аль-Арики М.К.М. (2), Мохареб А.А.Л. (2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ
2) Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы

Актуальность. Лечение обширных гнойно-некротических поражений остается одной из наиболее сложных задач современной хирургии. Высокий уровень инвалидизации пациентов, длительные сроки госпитализации и значительные материальные затраты на лечение делают поиск эффективных методов очищения ран и подготовки их к закрытию крайне востребованным. Традиционные методы лечения не могут обеспечить полноценного адекватного дренирования экссудата из глубоких слоев тканей, что создает субстрат для рецидива инфекции, формирования биопленок, роста антибиотикорезистентности, замедления репаративных процессов. Системы для лечения ран отрицательным давлением являются новым инструментом, позволяющим воздействовать на эти проблемы.

Материал и методы. В основу исследования лег анализ результатов лечения пациентов с обширными гнойно-некротическими процессами различной этиологии (флегмоны, в том числе некротические, пролежни, осложненное течение после высоких ампутаций нижних конечностей). Выполнен проспективный анализ лечения 150 пациентов (2023-2025 гг.) в возрасте от 25 до 88 лет с применением метода ЛОД. Методика для основной группы (78 человек) включала первичную хирургическую обработку (ПХО) очага, после которой устанавливалась разветвленная дренажная система для ЛОД, объединенная переходниками-тройниками, задавалось постоянное давление от -120 до -150 мм рт. ст. в зависимости от глубины процесса и ожидаемого объема экссудации; затем смена повязок проводилась каждые 48–72 часа; после перехода во вторую фазу раневого процесса и уменьшения экссудации переходили на переменный режим 120-125/65-75 мм. рт.ст. с интервалом в 3-4 минуты. Контрольная группа (72 человека) получала лечение по стандартной схеме с традиционными повязками. Оценка эффективности проводилась на основании динамики уменьшения площади раны, сроков появления грануляционной ткани и бактериологического контроля.

Полученные результаты. Применение NPWT позволило существенно сократить сроки первой фазы раневого процесса. Полное очищение раневой поверхности от некротических масс в основной группе происходило в среднем на 4–5 суток быстрее, чем в контрольной. Сроки появления первых признаков грануляции в основной группе фиксировались на 3-й — 5-й день, в то время как в контрольной — на 7-й — 9-й день. Микробный пейзаж был представлен в основном золотистым стафилококком (63,1%), в том числе до трети случаев - метициллин-резистентным; 57,8% случаев инфекции были вызваны микробными ассоциациями. Микробная обсемененность тканей в основной группе снижалась ниже критического уровня (10^5 КОЕ/г) уже к 6-м суткам лечения у 80% пациентов основной группы. Среднее число смен повязок до подготовки ран к закрытию в группе ЛОД составило 5±3. Общая длительность пребывания пациентов в стационаре при использовании отрицательного давления сократилась в среднем на 25–30%.

Обсуждение. Эффективность систем отрицательного давления обусловлена следующими факторами: во-первых, принудительное удаление избыточного экссудата устраняет среду для размножения патогенной микрофлоры и уменьшает интерстициальный отек. Во-вторых, под воздействием отрицательного давления возникает деформация клеточных структур (микродеформация), что стимулирует пролиферацию клеток и ангиогенез. Это способствует активному росту грануляций, что быстро готовит поверхность к последующей кожной пластике или самостоятельному заживлению. Также в отличие от стандартных повязок, ЛОД создает закрытую среду, предотвращая вторичную контаминацию раны извне.

Выводы и рекомендации. Использование систем лечения ран отрицательным давлением является высокоэффективным методом, превосходящим традиционные способы по темпам очищения и подготовки к пластическому закрытию. Применение ЛОД позволяет сократить сроки госпитализации и снизить риск развития системных инфекционных осложнений. Также мы отметили успешное применение метода у пациентов с низкой регенеративной способностью тканей - таких как пациенты с сахарным диабетом и системным атеросклерозом.

384. Оценка эффективности продольной резекции желудка в лечении алиментарно-конституционального ожирения в отдаленные сроки

Переин М.Д., Капустин Б.Б, Елхов И.В., Баженов А.А.

Ижевск

ИжГМУ

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ (2024), в мире зафиксировано свыше 1 млрд случаев ожирения, причём за 35 лет распространённость данной патологии среди взрослого населения удвоилась, а среди несовершеннолетних возросла четырехкратно. В Российской Федерации каждый четвёртый взрослый имеет избыточную массу тела. Ожирение представляет собой мультисистемную патологию, ассоциированную с сахарным диабетом (СД) 2 типа, гипертонической болезнью, неалкогольной жировой болезнью печени, синдромом апноэ во сне, поражениями опорно-двигательного аппарата и нарушениями репродуктивной функции. Анализ данных Российского бариатрического регистра (2024) показывает, что в структуре хирургических вмешательств доминирует лапароскопическая продольная резекция желудка (Sleeve-резекция; 53%).

Цель. Проанализировать отдаленные результаты Sleeve – резекции у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением.

Материалы и методы. В проспективный дизайн исследования включены 60 пациентов, оперированных на клинической базе кафедры госпитальной хирургии Ижевский ГМУ (Многопрофильный медицинский центр ООО «Больница для всей семьи - Медицея»). Медианные показатели: возраст — 39 лет, рост — 167 см, масса тела — 117 кг, средний индекс массы тела — 42 кг/м². Оценку результатов комплексного лечения производили спустя 12 и 24 месяца. Учитывали динамику процента потери избыточной массы тела (EWL).

Результаты. К 12-му месяцу EWL достигла 62,2±7,9%, к 24-му — 67,9±8,4%. У подавляющего большинства пациентов достигнута ремиссия либо выраженная положительная динамика сопутствующих заболеваний. Наиболее распространёнными коморбидными состояниями в исследуемой группе выступали неалкогольная жировая болезнь печени, артериальная гипертензия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дислипидемия.

Выводы. Лапароскопическая продольная резекция желудка позволяет добиться устойчивого снижения избыточной массы тела (более 60% EWL) с сохранением достигнутого эффекта и повышением качества жизни больных в отдаленном периоде.

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ (2024), в мире зафиксировано свыше 1 млрд случаев ожирения, причём за 35 лет распространённость данной патологии среди взрослого населения удвоилась, а среди несовершеннолетних возросла четырехкратно. В Российской Федерации каждый четвёртый взрослый имеет избыточную массу тела. Ожирение представляет собой мультисистемную патологию, ассоциированную с сахарным диабетом (СД) 2 типа, гипертонической болезнью, неалкогольной жировой болезнью печени, синдромом апноэ во сне, поражениями опорно-двигательного аппарата и нарушениями репродуктивной функции. Анализ данных Российского бариатрического регистра (2024) показывает, что в структуре хирургических вмешательств доминирует лапароскопическая продольная резекция желудка (Sleeve-резекция; 53%).

Цель. Проанализировать отдаленные результаты Sleeve – резекции у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением.

Материалы и методы. В проспективный дизайн исследования включены 60 пациентов, оперированных на клинической базе кафедры госпитальной хирургии Ижевский ГМУ (Многопрофильный медицинский центр ООО «Больница для всей семьи - Медицея»). Медианные показатели: возраст — 39 лет, рост — 167 см, масса тела — 117 кг, средний индекс массы тела — 42 кг/м². Оценку результатов комплексного лечения производили спустя 12 и 24 месяца. Учитывали динамику процента потери избыточной массы тела (EWL).

Результаты. К 12-му месяцу EWL достигла 62,2±7,9%, к 24-му — 67,9±8,4%. У подавляющего большинства пациентов достигнута ремиссия либо выраженная положительная динамика сопутствующих заболеваний. Наиболее распространёнными коморбидными состояниями в исследуемой группе выступали неалкогольная жировая болезнь печени, артериальная гипертензия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дислипидемия.

Выводы. Лапароскопическая продольная резекция желудка позволяет добиться устойчивого снижения избыточной массы тела (более 60% EWL) с сохранением достигнутого эффекта и повышением качества жизни больных в отдаленном периоде.

385. Способ профилактики болевого синдрома при хирургических лечениях грыж передней брюшной стенки с одномоментной абдоминопластикой (применение ботулинического токсина типа А)

Шитиков В.И., Шабаев. Р.М., Благовестнов Д.А.

Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО

Актуальность. Один из актуальных вопросов в герниологии остается высокий болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, интенсивность которого в значительной мере ухудшает качество жизни у пациентов, перенесших пластику передней брюшной стенки. В настоящее время существует широкий арсенал анальгетиков различной направленности действия, разработаны различные методики обезболивания, однако проблема купирования болевого синдрома остается весьма актуальной как в нашей стране, так и за рубежом.

Материалы и методы. С 2025 года по настоящее время нами проводится оперативное лечение пациентов, которые нуждаются в пластике передней брюшной стенки и одномоментном устранении абдоминоптоза. Данным категориям пациентам нами предложен способ профилактики болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде за счет ведения ботулинического токсина типа А. Способ осуществляют следующим образом. В условиях процедурного кабинета, под контролем ультразвукового датчика, за 5 суток до планируемого оперативного лечения производится чрескожная инъекция иглы под 900 по отношению к передней брюшной стенке. Вводится раствор ботулинического токсина типа А (Ксеомин) 100 ЕД на 100 мл физиологического раствора натрия хлорида в прямую мышцу живота по 25,0 мл в каждый вкол (инъекция) на уровне на 3,0 см выше пупка и на 3,0 см ниже мечевидного отростка слева и справа соответственно. Раствор вводят медленно.

Полученные результаты. По предлагаемому способу нами пролечено n=19 пациентов, которым выполнена операция в объеме: устранение грыжи белой линии живота с одномоментной абдоминопластикой. Предлагаемый способ позволяет достоверно уменьшить болевой синдром (подтверждено опросником «ВАШ») и повысить качество жизни в раннем послеоперационном периоде, что подтверждено опросником «SF-36». Исключить риск тяжелых послеоперационных осложнений (расхождения швов, разрыв шовного материала, появления кровотечения), что в совокупности ведёт к быстрому закрытию, рубцеванию остаточной полости вследствии операции, отсутствию накопления серозно-геморрагического отделяемого, рецидива заболевания (появления диастаза в следствии неправильной реабилитации (разрыв шовного материала) пациента после выполнения данного оперативного лечения – не соблюдения режима), болевых ощущений после хирургической агрессии. Непереносимости и побочных эффектов после применения данного препарата не выявлено.

Обсуждение. Способ обеспечивает профилактику развития мышечного спазма, в раннем постоперационном периоде, за счет селективного действия ботулинического токсина А на периферические холинергические нервные окончания прямой мышцы живота, ингибируется выделение ацетилхолина. Внедрение в холинергические нервные окончания происходит в 3 этапа: связывание молекулы с внешними компонентами мембраны, интернализация токсина путем эндоцитоза и транслокация эндопептидазного домена токсина из эндосомы в цитозоль. Вышеуказанный каскад физиологических реакций профилактирует болевой синдром, не допуская развития порочного круга: боль-спазм-боль.

Выводы и рекомендации. Применение препарата ботулотоксина А значимо снижает выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, тем самым позволяет повысить качество жизни пациентов за счет снижения рисков послеоперационных осложнений (расхождения швов, разрыв шовного материала, появления кровотечения, появления грубых рубцовых деформаций).

---

386. Кривая обучаемости при выполнении робот-ассистированной и лапароскопической забрюшинной лимфаденэктомии при раке эндометрия

Силов С.М. (1), Алимов В.А. (1,3), Новикова Е.Г. (1,2), Лебедев С.С. (1,3), Багателия З.А. (1), Данилов А.М. (1), Борокова А.Х. (1), Огурцова Н.Ю. (1), Лаевская А.А. (1), Давыдова Ю.Д. (1)

Москва

1) ММНКЦ им. С.П. Боткина
2) МНОИ им. П. А. Герцена
3) ФГБОУ ДПО «РМАНПО»

Актуальность. Поиск новых методов выполнения поясничной лимфаденэктомии у больных раком эндометрия не теряет актуальности, особенно в случае повышенной массы тела. В этих случаях забрюшинные доступы имеют ряд преимуществ, хотя и остаются технически сложными вмешательствами. В связи с ростом доступности лапароскопической и роботической хирургии решено провести сравнение этапов освоения этих методик хирургами.

Цель исследования: оценить кривые обучаемости при выполнении робот-ассистированной и лапароскопической забрюшинной лимфаденэктомии по поводу рака эндометрия.

Материалы и методы: проведено когортное исследование, включившее 91 пациентку с верифицированным раком тела матки стадий I-III, проходивших лечение в отделении онкогинекологии №70 Московского многопрофильного научно-клинического центра (ММНКЦ) им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы с 2023 по 2025 год. Пациенткам проводилась робот-ассистированная (РА) и лапароскопическая (ЛС) поясничная лимфаденэктомия (ЛАЭ) забрюшинным доступом с тазовой ЛАЭ и пангистерэтомией трансабдоминальным доступом.

Результаты. При многофакторном анализе установлено, что в группе РА забрюшинной поясничной ЛАЭ с момента начала освоения техники время операции сократилось в 2 раза к 18-й операции (медиана времени операций с начала освоения техники до 18 операции 332 ± 43 мин, после 193 ± 27 мин). Тенденция к снижению времени хирургического вмешательства стала более очевидной после отказа от «4-ой роботической руки» (патентное изобретение №2025107941) ввиду большего удобства в операционном поле. Аналогично, плато кол-ва удаленных лимфоузлов достигнуто после 18-й операции (до – 19 ± 5, после – 26 ± 3).

Плато времени выполнения ЛС операций было достигнуто с 47-й операции (до – 257 ± 40 мин, после – 167 ± 23 мин). Однако, количество удаляемых л/у достигло стабильно высокого значения к 20-й операции (до – 20 ± 5, после – 28 ± 4). Разница между количеством выполненных операции для достижения плато кривой обучаемости в двух группах, возможно, объясняется тем, что РА хирургические вмешательства начались после ЛС операций. После преодоления кривой обучаемости разница между группами составила 10 ± 7 мин.

Осложнения наблюдались в общей сложности в 4 (4,3%) случаях. В РА группе 2 послеоперационных внутрибрюшные гематомы (6,7%). В ЛС – 2 травмы мочеточников (3,3%).

Выводы. РА забрюшинная лимфаденэктомия демонстрирует более короткую кривую обучаемости, однако ЛС забрюшинный доступ характеризуются более коротким временем выполнения. Оба метода можно считать перспективными для освоения и лечения рака эндометрия

Хирургические показатели в группах РА и ЛС забрюшинной лимфаденэктомии практически не различаются после преодолении кривой обучаемости.

---

387. Изолированные видеолапароскопические резекции S1 печени при симптомных доброкачественных опухолях.

Альшин Т.Р., Руткин И.О., Генералов М.И, Сердюков А.П.

Санкт-Петербург

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» имени академика А.М. Гранова МЗ РФ, Санкт-Петербург.

Цель: оценить безопасность и эффективность изолированных видеолапароскопических резекций хвостатой доли печени у пациентов с симптомными доброкачественными новообразованиями.

Введение: Хвостатая доля печени, расположенная ретропеченочно и прилежащая к нижней полой вене (НПВ), рассматривается как автономная доля с независимой васкуляризацией и билиарным дренажем; анатомически она делится на долю Шпигеля, паракавальную порцию и хвостатый отросток. Такое размещение S1 печени предопределяет клиническую картину при объёмных процессах. По мере роста доброкачественные новообразования могут вызывать синдром НПВ, что обусловлено прямой компрессией ствола вены с периферическими отёками, венозной гипертензиией в нижних отделах тела. В ряде наблюдений при узловой гиперплазии (ФНГ) или аденоме печени описан синдром Бадда—Киари (обструкция НПВ и печёночных вен на фоне сдавления), что диктует необходимость раннего хирургического вмешательства при этой патологии. Особого внимания заслуживает синдром Казабаха–Мерритта, возникающий преимущественно при крупных гемангиомах печени. Механизм связан с секвестрацией и разрушением тромбоцитов в сосудистых полостях опухоли, что ведёт к тяжёлой тромбоцитопении и коагулопатии потребления с риском ДВС-синдрома. Летальность при развитии данного синдрома остаётся высокой, достигая 37%, а иногда и выше, причём радикальное лечение (резекция печени) обычно позволяет полностью скорректировать гематологические нарушения. Кроме того, современная литература указывает на значительный риск спонтанного разрыва опухоли (до 25% наблюдений при аденоме печени размером >5 см и до 4% при крупных гемангиомах), что при локализации в S1 может приводить к жизнеугрожающему внутрибрюшному кровотечению с летальностью до 60–80%.

Материалы и методы: В клинике РНЦРХТ за период с 2018 года проведено лечение 24 больных (средний возраст 38,4±7,4 г) с симптомными доброкачественными новообразованиями хвостатой доли. Размеры образований составили от 4,3 до 9,2 см (средний 5,3см±1,4см). По данным гистологического исследования выявлены: гемангиома 8, ФНГ – 11, гепатоцеллюлярная аденома – 5.

При проведении тромбоэластографии (ROTEM) у 4 пациентов с гемангиомами (50%), наблюдались проявления гематологических нарушений характерных для синдрома Казабаха–Мерритта (тромбоцитопатия, повышенный фибринолиз, гипофибриногенемия). У 11 больных (45%) (среди них 7 с ФНГ и 4 с аденомой) выявлена компрессия НПВ более 50% просвета по данным МСКТ с контрастированием.

Операции выполнялись левосторонним доступом к S1 с клипированием и пересечением коротких вен к НПВ, а также маневром Прингла. В 6 наблюдениях (24%) применялись временная окклюзия ретропеченочного отдела НПВ рентгенконтрастным баллоном, турникетная изоляция ретропеченочного отдела НПВ в 2 наблюдениях (8%). ICG-флуоресцентная визуализация для контроля сосудов и линии резекции использована в 14 случаях.

Результаты: Среднее время операции составило 237,1±39,9 мин. Средняя величина кровопотери 235,8±128,4 мл, гемотрансфузия понадобились только 1 пациенту (4%). Общее время изоляции печени не превысило 40 мин. Конверсия доступа потребовалась в 1 наблюдении (4%). Наблюдение в ОАРИТ более 12 часов понадобилось в 7 случаях (29%). В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартное лечение. Послеоперационной летальности и серьезных осложнений (Clavien > Ш) не отмечено. Средний койко-день после операции составил 8,1 сут. Всем больным осуществляли контроль при помощи лучевых методов диагностики (МСКТ, МРТ) через 1 месяц после операции и в последующем периоде с интервалом согласно утвержденным в клинике протоколам.

Заключение:

Уникальная ретропеченочная локализация хвостатой доли, её тесная связь с НПВ и глиссоновыми элементами обусловливают не только хирургические риски, но ранние клинические проявления при росте солидной опухоли в этой зоне. Изолированная видеолапароскопическая резекция хвостатой доли печени (S1) у пациентов с симптомными доброкачественными опухолями представляет собой технически сложное вмешательство даже в условиях специализированного центра. Применение левостороннего доступа, маневра Прингла, временной изоляции или баллонной окклюзии ретропеченочного отдела НПВ, а также ICG-флуоресцентной навигации позволило минимизировать интраоперационную кровопотерю и послеоперационные осложнения. Таким образом, видеолапароскопическая резекция S1 не только эффективно устраняет симптомы при опухоли хвостатой доли, но и предотвращает потенциально фатальные осложнения (разрыв, прогрессирование синдрома Бадда-Киари и коагулопатии потребления). Предложенные технические приёмы снижают риск вмешательства и позволяют рекомендовать данный метод как операцию выбора у этой категории больных при условии достаточного опыта хирургической команды.

---

388. Профилактика недостатков и ошибок хирургического лечения посттравматического рабдомиолиза нижних конечностей на основе клинико-анатомического анализа.

Есипов А.В., Филиппов А.И., Кисленко А.М., Павлов А.И., Андреев И.М.

Красногорск

ФГБУ «НМИЦ ВМТ ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России

Принятие решений хирургом по выполнению фасциотомии, некрэктомии и ампутации конечности пострадавшему с посттравматическим рабдомиолизом до настоящего времени является сложной правовой и клинической задачей. Своевременно нераспознанный посттравматический рабдомиолиз представляет большие трудности на специализированных этапах хирургического лечения.

Цель работы. провести клинико-анатомический анализ хирургического лечения посттравматического рабдомиолиза на этапах оказания хирургической помощи и разработать алгоритмы, улучшающие результаты лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ 258 пациентов с тяжелыми сочетанными и комбинированными травмами, при поступлении в стационар у которых диагностирован посттравматический рабдомиолиз, Критериями включения являлись; повышение в крови миоглобина более 1000 мкг/л, креатинфосфокиназы более 15000 Ед/л и с развитием острой полиорганной недостаточности.

Все исследуемые мужчины без сопутствующей патологии. Средний возраст 37,3+7,3 лет. Пострадавшим выполнялся стандартный комплекс хирургических пособий, включающий комплексное лечение, противошоковую терапию, этапные хирургические обработки ран, некрэктоми, ампутации, и т.д. Ретроспективно проведен клинико-анатомический анализ проводимых хирургических операций с морфологической оценкой удаленных тканей и ампутированных сегментов нижних конечностей.

Результаты: установлено, что причиной недостаточной радикальности некрэктомий и ампутаций на этапах оказания хирургической помощи является несвоевременная диагностика некроза мышечной ткани, на голени 25 %, на бедре – 19 %. Верификация фрагментов мионекроза достигается УЗИ и КТ, что позволяет выполнять своевре-

менную радикальную некрэктомию, а в ряде случаев ампутацию конечности с последующим контролем раневого процесса. Своевременная и радикальная некрэктомия позволяет устранить причину посттравматического рабдомиолиза. Ежедневный контроль раны и раневой инфекции по предложенному алгоритму позволяет избежать прогрессирование хирургической инфекции и мионекроза, сократить срок стационарного лечения и летальность.

Заключение. Клинико-анатомический анализ хирургического лечения посттравматического рабдомиолиза нижних конечностей позволяет осуществлять контроль за проводимым лечением и верифицировать закономерности развития параоссальных мионекрозов. Недостатки в проведении хирургических операций верифицированы на голени в 23 %, на бедре – 16 %. Для улучшения результатов хирургического лечения этой категории пациентов необходим алгоритм диагностики и лечения поврежденных сегментов конечностей.

---

389. О некоторых фундаментальных патофизиологических механизмах воздействия нормобарического и гипербарического кислорода на течение раневого процесса

Банин И.Н. (1), Иванников А.И. (2), Шевелин М.С. (3)

Воронеж

1) Министерство здравоохранения Воронежской области, Воронеж, Россия,
2) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия,
3) БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность. Положительный эффект кислорода на состояние здоровья человека известен с восемнадцатого века: во Франции впервые с лечебной целью нормобарический кислород применил Шосье (1780 год), в 1835 году Жюно создал первую барокамеру и описал положительные эффекты от действия кислорода, подаваемого с повышенным давлением (ГБО).

Этот период считают началом формирования и научного обоснования гипербарической медицины.

Продолжающийся активный научный поиск учеными разных отраслей науки и специальностей свидетельствует, что проблема обоснования применения нормобарического и гипербарического кислорода остается актуальной и в наши дни.

Материал и методы. Изучение влияния гипербарической оксигенации на течение раневого процесса проводилось на лабораторных животных. Производились краевая резекция печени, спленэктомия в различных комбинациях. В послеоперационном периоде использовались различные режимы ГБО для выявления оптимального.

Полученные результаты. Результаты проведенных исследований показали, что оптимальным режимом был режим 3 ата (703,6 кПа), время изопрессии 50 минут. При 3 ата исключается поддержание парциального давления кислорода на венозном конце капилляров за счет диссоциации оксигемоглобина. Доставка к клеткам и тканям кислорода на всем пути крови по капиллярному руслу при данном режиме гипербарического воздействия осуществляется за счет растворенного в плазме кислорода. Считают, что 3 ата является условной гранью «токсичности» гипербарического кислорода. При более высоких значениях появляется риск кислородной интоксикации.

Обсуждение. Заживляющее воздействие гипербарического кислорода на поврежденные ткани и послеоперационную рану обусловлено не только прямым действием растворенного в плазме кислорода, как основного участника метаболических процессов, но при этом происходит еще торможение свободно-радикальных процессов в ишемизированных тканях. Наилучший лечебный эффект от применения гипербарического кислорода наблюдался при раннем его применении, когда еще функционируют механизмы адаптации организма.

Учение о гипероксическом саногенезе объясняет сохранение лечебного эффекта в постгипероксическом периоде.

ГБО стимулирует окислительное фосфолирирование и метаболизм в мембранах, митохондриях, цитоплазме и других субклеточных структурах. Активирует биосинтетические, репаративные и регенеративные процессы, обладает рядом доказанных физиологических эффектов: репаративно-регенеративный, детоксикационный, антибактериальный, фармакодинамический, иммуностимулирующий, вазоконстрикторный, компрессионный и другие, связанные с прямым и непрямым действием на различные системы организма.

Использование гипербарического кислорода является патогенетически обоснованным.

Применение гипербарической оксигенации снижает риск развития пролежней при ведении лежачих больных.

Есть и противопоказания к применению ГБО.

Выводы и рекомендации. Несмотря на долгую историю применения нормобарического и гипербарического кислорода в медицине, изучение и научное обоснование глубинных механизмов влияния на течение раневого процесса остается актуальным и в наше время вследствие многовекторности направлений лечебного действия.

Учитывая результаты проведенных нами исследований, которые базируются на классических патофизиологических представлениях о механизмах воздействия гипербарического кислорода на репаративные процессы в организме, а также согласуются с результатами исследований других авторов, следует рекомендовать более широкое применение нормобарического и гипербарического кислорода в комплексном лечении пациентов с хирургической патологией.

---

390. К вопросу о раннем выявлении пациентов, угрожаемых по развитию генерализованной хирургической инфекции

Банин И.Н. (1), Иванников А.И. (2)

Воронеж

1) Министерство здравоохранения Воронежской области, Воронеж, Россия,
2) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Актуальность. Наиболее часто встречающейся формой генерализованной хирургической инфекции считают сепсис: грозное осложнение, угрожающее жизни пациента, при котором иммунный ответ на инфекцию вызывает глубокие изменения в гомеостазе организма, поражения собственных тканей и органов.

Ведущийся научный поиск решения проблемы высокой смертности при сепсисе пока не дал результата, который мог бы считаться удовлетворительным: согласно публикациям разных авторов, смертность от сепсиса 50% и выше.

В последние годы в хирургии все шире применяется междисциплинарный подход в решении существующих проблем, который позволит расширить арсенал методов снижения риска генерализации инфекционного процесса за счет раннего выявления наиболее угрожаемых пациентов еще до срыва адаптационных механизмов поддержания гомеостаза.

Материал и методы. В натурном эксперименте применили адаптированную лабораторную методику, основанную на классических токсикологических подходах. Научной основой методики является концепция взаимной индукции токсических эффектов (усиление), а также возможное взаимное угнетение (ослабление за счет конкурентного взаимодействия) токсических эффектов множественных токсикантов.

В качестве биосреды для оценки уровня токсической нагрузки использовали мочу пациентов, а в качестве маркера для оценки выраженности цитотоксичности – культуру живых подвижных клеток.

Моча в качестве биоматериала для исследований была выбрана так как большинство токсикантов и их соединений, образующихся в процессе сложного взаимодействия с биосредами организма человека и между собой, выводятся через мочевыделительную систему. Методика неинвазивная.

Устройство для оценки сочетанной цитотоксичности мочи разработано в НИИ медицинской техники и приборостроения и состоит из ЭВМ с написанными для этих целей программами управления и расчетов и периферийных устройств, позволяющих положить на оригинальный подогреваемый лоток пять микрокапилляров с «контрольной» суспензией живых подвижных клеток в глюкозо-цитратном растворе и пять микрокапилляров с «опытным» содержимым. Под «опытным» содержимым следует понимать суспензию живых подвижных клеток в глюкозо-цитратном растворе, плюс моча обследуемого. Оптическая часть прибора непрерывно наблюдает за падением подвижности клеток в обеих группах микрокапилляров, а программное обеспечение на основании алгоритмов сравнения выводит количественный результат в процентах. Этот показатель, усредняется по пяти капиллярам в каждой группе, что снижает риск случайной ошибки, артефакта. В зависимости от того, как быстро обездвиживаются (погибают) клетки в группе из пяти «опытных» микрокапилляров по сравнению с «контролем», можно судить об уровне сочетанной токсической нагрузки на организм обследуемого.

Полученные результаты. Результаты применения методики показали ее высокую чувствительность в оценке уровня сочетанной токсической нагрузки, выражающуюся в сильной положительной корреляции между уровнем сочетанной интоксикации и цитотоксичностью мочи.

Была выявлена стабильно высокая достоверность различий между «основной» группой и группой «сравнения» (p

---

391. Лазерная коагуляция при вакуумной аспирационной биопсии в профилактике геморрагических осложнений в эксперименте и клинической практике

Леванов А.В., Некрасов Д.А.

Москва

НКЦ № 2 ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского

Вакуумная аспирационная биопсия (ВАБ) – малоинвазивный способ диагностики генеза очаговой патологии молочной железы, который также применяется с лечебной целью для полного удаления новообразований доброкачественного характера.

Высокая информативность и эффективность, а также благоприятные клинические исходы позволили ВАБ завоевать широкую популярность в клинической практике, благодаря чему метод получил широкое развитие. Однако, как и любое хирургическое вмешательство, процедура ВАБ может сопровождаться осложнениями, основную долю которых составляют геморрагические. В связи с чем поиск и применение адекватной методики интраоперационного гемостаза, направленной на профилактику осложнений и расширение возможностей ВАБ для удаления крупных и множественных новообразований, имеет весьма важное практическое значение.

Для этой цели был использован двух диодный хирургический лазер и гибкий световод с циркулярной линзой рассеивания.

Для выбора оптимальных параметров лазерного воздействия при коагуляции тканей молочной железы после выполнения вакуумной аспирационной биопсии. Использовались лазеры с длинами волн 970 нм и 1560 нм, которые обеспечивали селективную коагуляцию сосудистых и водонасыщенных тканей. В ходе исследования проводился анализ влияния мощности и времени воздействия на глубину термических повреждений. Оптимальные параметры лазера были определены на основе гистологических данных, что позволило минимизировать повреждения тканей и повысить безопасность процедуры.

Выбранные параметры в последующем были реализованы при выполнении лазерной коагуляции после вакуумной аспирационной биопсии в клинической практике у более 1000 ВАБ, проведенных с диагностической и лечебно-диагностической целью при удалении единичных и множественных новообразований молочных желез, в том числе крупного размера, с применением лазерной коагуляции, как под УЗ-, так и под рентген-контролем.

Изучение нативных срезов стенок полости после удаления новообразований и выполненной коагуляции продемонстрировало и подтвердило полученные экспериментальные данные. Термическое воздействие при применении лазера с описанными параметрами составило 100–130 мкм. Это подтверждает правильность выбора режима, при котором достигается оптимальная коагуляция без значительных термических повреждений тканей.

Использование метода лазерной коагуляции позволило значительно снизить частоту и вероятность развития гематом и кровоподтеков. После удаления единичных образований в 5 раз (с 8,6% до 1,7%), после удаления множественных образований в 9 раз (с 40,7% до 4,3%). После односторонних ВАБ в 5,5 раз (с 11,6% до 2,1%), после одномоментных двусторонних в 12 раз (с 56% до 4,7%).

Полученные результаты позволили сделать вывод, что применение лазерной коагуляции последовательно и одномоментно после выполненной. Вакуумной аспирационной биопсии показало высокую эффективность в профилактике геморрагических осложнений и способствовало сокращению сроков послеоперационной эластической компрессии в 2 -2,5 раза.

---

392. Доброкачественные высокие билиарные стриктуры: реконструктивный вариант разрешения комплексной проблемы

Коробка В.Л. (1,2), Коробка Р.В. (1,2), Хоронько Р.Ю. (1), Лагеза А.Б. (1,2), Гончар М.В. (1,2), Хоронько Ю.В. (1,2).

Ростов-на-Дону

1) ГБУ РО «Ростовская областная

клиническая больница»
2) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных с высокими доброкачественными билиарными стриктурами (ДБС) применением в клинической практике билиодигестивной реконструкции (БДР) в варианте разработанного три-гепатикоеюноанастомоза, более совершенного по сравнению с существующими аналогами. Предложенная методика БДР обеспечивает снижение риска рецидива стриктуры, ликвидацию билиарной гипертензии и профилактику холестатических осложнений благодаря герметичному сопоставлению протоков и их раздельному дренированию в период заживления соустий.

Материалы и методы: Анатомический раздел (на 14 препаратах печени) включил обоснование возможности выделения в её паренхиме в пределах неизмененных

тканей передней и задней ветвей правого долевого протока и левого долевого протока протяженностью 3 мм без ущерба для микроциркуляции и с целью предотвращения ишемических расстройств стенки протока, а также для последующего формирования селективных анастомозов с раздельным дренированием каждого анастомозируемого с тощей кишкой по Ру протока. Клинический раздел представляет собой одноцентровое проспективное контролируемое исследование. Основная группа (n=29) включает пациентов, оперированных с применением разработанной методики, защищенной Патентом РФ №2838469 «Способ реконструкции сегментарных желчных протоков» (2025): би-ГЕА (18), три-ГЕА (9), тетра- и пента-ГЕА (по 1). Группа контроля (n=180) – формирование классического ГЕА при более высоких поражениях. Для оценки течения послеоперационного периода применены общеклинические, лабораторные и инструментальные методики и опросники исследования качества жизни. Осложнения оценивали по Clavien-Dindo.

Результаты и обсуждение: Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты в двух клинических группах. Установлено, что индивидуальный подход к выбору БДР и прецизионное выполнение вмешательства при высоких ДБС с применением разработанной методики позволяет добиться результатов, сопоставимых с исходами применения общепринятого ГЕА с сегментом кишки по Ру при более низких стриктурах. Выбор вмешательства при высоких ДБС остаётся дискутабельной проблемой гепатобилиарной хирургии. При рубцовой стриктуре на уровне конфлюэнса (тип «0» по Э.А.Гальперину или E3 по Bismuth-Strasberg/B-S) предпочтительной является БДР в виде формирование ГЕА. При стриктурах долевых или секторальных протоков («-1»-«-3» по Гальперину или E4-E5 по B-S), а также стриктурах сформированного ранее ГЕА, ожидание успеха от мини-инвазивных эндобилиарных вмешательств может не оправдаться. В таких случаях возможности БДР могут стать решающими при условии индивидуального подхода к выбору варианта операции, прецизионного её выполнения и незыблемого соблюдения базовых принципов осуществления реконструктивных билиодигестивных вмешательств.

Заключение: Предложенная модификация БДР в виде разработанного три-гепатикоеюноанастомоза позволяет снизить вероятность рецидива стриктуры в отдаленные сроки благодаря надежной профилактике билиарной гипертензии и холестатических осложнений. Достигаемый положительный эффект базируется на герметичном сопоставлении желчных протоков и принципе раздельного дренирования. Методика также была успешно масштабирована до тетра- и пента-ГЕА в единичных клинических наблюдениях, где продемонстрировала удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты.

---

393. Результаты хирургического лечения узловых форм фиброзно-кистозной мастопатии

Киселёва О.В., Горбунков В.Я., Демьянова В.Н.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время, по данным мировой статистики, наблюдается тенденция роста злокачественных и доброкачественных новообразований молочных желёз, к которым относятся узловые формы мастопатий. В России отмечается ежегодный прирост женщин до 65% случаев с доброкачественными узловыми формами мастопатий в репродуктивном возрасте.

В исследование вошли женщины с узловой формой мастопатии, которая чаще встречается у пациенток от 30 до 50 лет.

Современные методы диагностики: маммография, УЗИ, пункционная биопсия и специальные методики позволяют детально охарактеризовать новообразование (киста, липома, фиброаденома, фиброз и т.д.).

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения узловых форм мастопатий в условиях центра амбулаторной хирургии

Материалы и методы исследования. Проведено наблюдение за 527 пациентками с узловыми формами ФКБ, проходившими лечение в центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) Ставропольского краевого клинического многопрофильного диагностического центра за период 2021–2026 гг.

Чаще всего у пациенток диагностировали интра- и периканаликулярные фиброаденомы, гамартомы.

Пациенткам, включённым в программу исследования, выполнено обследование по следующему алгоритму: осмотр, пальпация молочных желез (МЖ) с последующей оценкой клинической симптоматики; сбор и анализ анамнеза жизни; маммография, УЗИ, ТИАП и ТАБ с визуализацией и оценкой структуры выявленных узлов.

Секторальная резекция МЖ – традиционное оперативное вмешательство – выполнялось под местным обезболиванием (0,5% раствора новокаина в объёме 10–30 мл) или внутривенной анестезией. Оперативные доступы – радиальный или парареолярный.

Всем женщинам выполнены секторальные резекции. По возрасту они распределены: 20-30 лет – 225, 30-40 лет – 153, 40-50 лет - 87, старше 50 лет – 62. Операцию заканчивали наложением внутрикожного косметического шва из рассасывающегося шовного материала. После операции, через 2 часа все пациентки уходили домой. На выбор доступа и объема оперативного лечения влияла локали-

зация и объём патологического процесса.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что средний возраст исследуемых пациенток составил 33,1±2,1 года. Все пациентки предъявляли жалобы на эпизодические тянущие боли и наличие образования в МЖ. 226(43%) женщин указывали на зеленоватые выделения из протоков МЖ. 342(65%) пациентки получали консервативное лечение. Длительность заболевания ФКБ в среднем составляла около 2 лет.

Перед проведением лечения проводилось УЗИ МЖ 100% женщин и маммографическое исследование 29% (женщинам старше 35 лет).

Рецидивов заболевания в течение года при контрольном обследовании не наблюдалось.

В послеоперационном периоде болевой синдром практически отсутствовал и обезболивающие препараты не назначались, признаков воспаления в зоне оперативного вмешательства не отмечалось. Антибактериальная терапия не проводилась. Лечения узловых форм ФКБ позволило снизить риск послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациенток.

Выводы

1. Малоинвазивные методы амбулаторного хирургического лечения узловых форм мастопатий позволяют достичь хороших результатов как в ближайшем, так и отдалённом периодах.

2. При сравнении результатов лечения пациенток с ФКБ в ЦАХ и в краевом онкологическом диспансере установлено, что более высокие показатели качества жизни определяются у женщин, которые лечились амбулаторно.

3. При переносе лечения узловых форм мастопатий в ЦАХ получили высокий экономический эффект для здравоохранения.

4. Большинство женщин отдают предпочтение лечению узловых форм мастопатий амбулаторно.

Рекомендации:

1. Перенести лечение узловых форм мастопатий в Центры амбулаторной хирургии, что приведёт к значительному экономическому эффекту для здравоохранения и высвободит стационарные койки для лечения другой патологии.

---

394. Методы лечения пилонидального синуса

Лаврешин П.М., Горбунков В.Я., В. К., Кораблина С.С., Скребец Ю.Н., Шамиров С.В., Кораблина А.М.

Ставрополь

ФГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия

Актуальность. Пилонидальный синус (ПС) встречается у 0,5–1 % населения; большинство пациентов оперируются до 30 лет. Как показывают исследования, после операций у 16–30 % больных возникают раневые осложнения, у 13–17 % — рецидивы. Несмотря на различные модификации хирургических методик, доля неудовлетворительных исходов остаётся значимой, что требует дальнейшего совершенствования оперативного лечения.

Цель- повысить эффективность лечения ПС путём внедрения новых вариантов хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Исследование выполнено у 108 пациентов с ПС. В работу включались больные как без признаков воспаления в синусе, так и с хроническим воспалительным процессом в нём. При выборе хирургической тактики учитывали наличие воспаления и топографо анатомическую конфигурацию копчико крестцово ягодичной области (ККЯО). Операции выполняли под спинномозговой анестезией.

У 56 больных без воспалительного процесса операцию выполняли Следующем образом: двумя полуовальными разрезами, сходящимися внизу и вверху раны, отступя 1,5-2 см в сторону от межъягодичной складки, электроножем «Сургитрон» иссекали пилонидальный синус в едином блоке с кожей и подкожной клетчаткой. Больным с плоской конфигурацией ягодиц рассасывающимся шовным материалом узловыми швами ушивали подкожную клетчатку на 1/3 глубины раны, а затем длинными концами узлов нитей с обеих сторон интрадермально, захватывали края раны, которые без натяжения низводили и фиксировали к её дну, образуя межъягодичную складку. Больным со средней и с высокой конфигурацией ягодиц подкожная клетчатка ушивалась соответственно на 1/2 и 2/3 её глубины. В последующем, методика операций выполнялась аналогичным образом, как и при плоской конфигурации ягодиц. После ушивание раны у всех больных формировалась на всём протяжении открытая межъягодичная складка с одним рядом швов.

У 52 больных с хроническим воспалительным процессом в синусе электроножом «Сургитрон» иссекали синус вместе с кожей и подкожной клетчаткой. Затем отдельными узловыми швами ушивали рану: при плоском стоянии ягодиц - на 1/3, при среднем – на 1/2, высокой - на 2/3 её глубины. В дальнейшем отсекали концы нитей через один узел. Не отсечёнными длинными концами нитей

внутрикожно подхватывали с обеих сторон края раны, которые без натяжения низводили и фиксировали к её дну. При этом между узлами швов оставались открытыми участки раны в форме ромба, обеспечивающие отток раневого отделяемого.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у 2 (1,9 %) пациентов без признаков воспаления в синусе и у 6 (5,5 %) пациентов с хроническим процессом в нём отмечено частичное отхождение краёв раны от дна. У 3 (2,8 %) пациентов — частичное нагноение раны; из них 1 (0,9 %) пациент не имел признаков воспаления в синусе, а 2 (1,9 %) — имели хроническое воспаление. В сумме послеоперационные осложнения наблюдались у 11 (10,2 %) пациентов. Применённые методики операций позволили уменьшить размеры послеоперационной раны, снизить риск отхождения краёв от дна, обеспечить адекватный отток отделяемого, сформировать межъягодичную складку без нарушения кровоснабжения краёв раны и тем самым улучшить регенерацию тканей; также исключались фитильные свойства шовного материала, способствующие инфицированию.

Выводы. Исходя из сравнительного анализа литературы, предложенные хирургические приёмы показали лучшие результаты: общая частота послеоперационных осложнений составила 10,2 %, рецидивы отмечены в 3,7 % случаев. Получены более высокие показатели функционального восстановления и косметической удовлетворённости пациентов.

Рекомендации. При выборе хирургического пособия при лечении копчикового синуса следует учитывать наличие или отсутствие воспалительного процесса в нём, топографо-анатомическое строение ККЯО. Для фиксации краёв раны к её дну рекомендуем интрадермальный шов.

---

395. Молекулярные механизмы в патогенезе ургентных патологий живота

Власов А.П.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Внедрение современных диагностических и лечебных (особенно малотравматичных) технологий в хирургическую практику в большинстве случаев заметно улучшило результаты лечения пациентов с различными острыми заболеваниями живота. Однако при тяжелом и нетипичном течении ургентной болезни лечебная результативность существенно снижается, причем даже при использовании новейших оперативно-технических способов. Это обусловлено быстрым развитием полиорганной недостаточности на фоне выраженных изменений гомеокинеза, в частности синдрома эндогенной интоксикации.

Цель работы: изучить ряд молекулярно-генетических механизмов при острых заболеваниях живота, участвующих в утяжелении течения раннего послеоперационного периода, на основе чего разработать: патогенетические схемы лечения, позволяющие улучшить результаты лечения и уменьшить вероятность развития танатогенных осложнений; прогностические критерии течения ургентных болезней.

Материалы и методы. Исследовано 543 пациента с острыми заболеваниями живота (острый панкреатит, острой аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, механическая желтуха неопухолевого происхождения). Разделение больных по тяжести на основе шкалы APACHE-II: первая группа – легкая степень (3,8±0,33 балла), вторая – среднетяжелая (8,3±0,84 балла), третья группа - тяжелая степень (15,3±1,06 баллов). Наряду с рутинными лабораторными исследованиями произведена оценка оксидативного стресса (уровень диеновых коньюгатов, ТБК-активных продуктов, активность супероксиддисмутазы, каталазы), эндотоксикоза (содержание водорастворимых и водонерастворимых токсинов), фосфолипазной активности (активность фосфолипазы А2), состав фосфолипидного состава тканевых структур различных органов и форменных элементов, анаэробного гликолиза (содержание лактата и пирувата), тромбоэластография на ТЭГ 5000 (США), генетический анализ ряда генов при помощи полимеразной цепной реакции методом Real–time и др. При анализе результатов с использованием критерий χ2, Фишера Пирсона, Тау-b Кендалла, Ро Спирмена, отношения шансов (OR, 95 %), доверительного интервала (95 %, DI).

Результаты. Установлено, что при исследованных патологиях у больных, которым предпринято хирургическое лечение, до операции и в ранние сроки после нее возникали существенные нарушений гомеокинеза (оксидативнй стресс, синдром эндогенной интоксикации, изменения коагуляцонно-литического состояния, общая гипоксия и др.). Особенно значимыми были изменения у пациентов, у которых имелись полиморфизм ряда генов, ответственных за исследованные патологические процессы. Использованный арсенал молекулярно-генетических исследований позволил дать обоснование ряду новых синдромов в хирургии: энтерального дистресс-синдрома, системного мембранодестабилизирующего дистресс-синдрома, гепатического дистресс-синдрома, системного коагулопатического дистресс-синдрома, ренального дистресс-синдрома, пульмонального дистресс-синдрома. Показано, что одним из центральных патогенетических звеньев указанных дистресс-нарушений являются дислипидные явления, что позволило разработать не только оригинальные схемы терапии,

направленные на модификацию липидных дестабилизаций, но и применить их в качестве прогностических тестов (13 патентов на изобретение). Их использование позволило существенно улучшить результаты лечения, в частности количество послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo уменьшалось на 17,4-31,4 % ($\chi 2$=2,15-3,17, p=0,016-0,037), в том числе осложнений, приведших к летальности.

Выводы. Ранний послеоперационный период сопровождается развитием существенных нарушений гомеокинеза с различными дистресс-проявлениями, своевременное их прогнозирование и коррекция позволяет существенно улучшить результаты лечения, определяя в целом широкие перспективы оптимизации лечебного процесса в сопряженности с оперативно-техническими новациями.

---

396. Инородные тела мягких тканей: современные подходы к диагностике и лечению.

Киреева Е.Б., Воробьев В.В., Королёва Т.Г., Диденко А.Н., Петров В.В., Носков Е.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Актуальность. Инородные тела (ИТ) мягких тканей представляют собой несвойственные организму предметы, попадающие в него извне через повреждённые кожные покровы, слизистые оболочки и полости. Внедрение инородного агента, как правило, не сопровождается выраженными клиническими проявлениями на ранних этапах, что нередко приводит к поздней диагностике и развитию осложнений. Спектр ИТ чрезвычайно широк: от бытовых заноз и осколков стекла до пуль, осколков взрывных устройств и ятрогенных объектов (например, обрывков перевязочного материала, обломков хирургических инструментов).

Несмотря на кажущуюся простоту патологии, ведение пациентов с инородными телами мягких тканей сопряжено с рядом сложностей: трудностью визуализации рентгенонегативных объектов, миграцией ИТ под воздействием мышечных сокращений, риском инфицирования и повреждения окружающих анатомических структур. Наличие инородного тела сопровождается клинически значимыми воспалительными процессами в 40% случаев. Длительное пребывание ИТ в тканях может приводить к хроническому болевому синдрому, нейроваскулярным нарушениям, формированию абсцессов и свищей.

Материалы и методы:

Цель настоящей работы — систематизировать современные представления об этиологии, классификации, методах диагностики и принципах лечения инородных тел мягких тканей, а также обозначить перспективные направления оптимизации лечебной тактики.

Частота встречаемости ИТ мягких тканей в практике нашей клиники составляет 168 пациентов с инородными телами мягких тканей, большинство (у 137 (82%)) это были ИТ мягких тканей верхних и нижних конечностей. Наиболее распространёнными материалами, среди удаленных нами ИТ были металл (69 случаев), дерево (28 случаев), стекло (19 случаев). 21 случай органических инородных тел (рыбная кость, иголки морского ежа).

По обстоятельствам получения травмы превалировал бытовой травматизм (97 пациентов (71%))

В клинической практике мы придерживаемся следующих классификационных подходов.

По природе материала. Выделяем металлические пули, дробь, осколки, иглы, медицинские скрепки), органические (древесные щепки, занозы, костные фрагменты) и неорганические (стекло, пластмасса, обрывки тканей) ИТ. Органические тела, в отличие от неорганических, обладают высокой бактериальной обсеменённостью и значительно чаще вызывают нагноительные процессы.

По рентгеноконтрастности. Рентгеноконтрастные (металл, стекло, кость), малоконтрастные и рентгенонегативные (дерево, пластмасса, большинство органических материалов). Данная характеристика имеет ключевое значение для выбора метода инструментальной диагностики. Рентгенографическое исследование при подозрении на рентгенонегативное ИТ может оказаться полностью неинформативным.

По способности к миграции. Выделяем мигрирующие, свободнолежащие и фиксированные ИТ. Инородные тела в мягких тканях склонны смещаться под воздействием мышечных сокращений и введения анестетика, что существенно затрудняет их топическую диагностику и хирургический доступ.

По происхождению. Различают первичные (травматические) и вторичные ИТ, а также экзогенные и эндогенные (например, переместившиеся из полых органов). Отдельно выделяют ятрогенные ИТ, являющиеся следствием медицинских вмешательств.

По количеству. Единичные и множественные ИТ. Случаи множественных инородных тел, как правило, наблюдаются при взрывных травмах или огнестрельных ранениях.

Предложенные классификации, хотя и не являются исчерпывающими, позволяют систематизировать клинический опыт и оптимизировать диагностический алгоритм.

В перспективе возможно расширение классификационных групп за счёт включения методов УЗИ и МРТ для оценки рентгенонегативных ИТ, а также критериев динамического наблюдения.

Любое инородное тело, внедрившееся в мягкие ткани, вызывает в организме воспалительную реакцию. Характер и выраженность этой реакции зависят от природы материала, его размеров, локализации, степени бактериальной контаминации и индивидуальной реактивности организма.

В зависимости от свойств ИТ и состояния тканей возможно несколько вариантов исхода. В одних случаях происходит рассасывание тела (характерно для некоторых органических материалов небольшого размера), в нашем случае это были иглы морского ежа в мягких тканях кисти пациентов. В других — формируется инкапсуляция ИТ фиброзной тканью, что позволяет длительное время сохранять относительное благополучие. При неблагоприятном течении развивается абсцесс или гнойный свищ; возможно также вытеснение ИТ грануляционной тканью с последующим спонтанным удалением с экссудатом (89 случаев (64,9%)

Мелкие инородные тела могут длительно (годами) не проявлять себя клинически, однако риск поздних осложнений сохраняется (5 случаев). Длительно персистирующие ИТ способны вызывать хронический болевой синдром (3 случая), нейроваскулярные нарушения, а также становиться причиной рецидивирующих инфекционных процессов (2 случая).

Клинические проявления наличия инородного тела в мягких тканях вариабельны и зависят от остроты травмы, локализации, характера и размеров ИТ.

При остром поступлении пациент, как правило, указывает на конкретную травму и предположить возможное наличие инородного тела. Однако в ряде случаев (например, при синкопальных состояниях, эпилептических приступах) обстоятельства травмы могут быть неочевидны, что требует тщательного сбора анамнеза.

Клинические признаки у всех пациентов включали локальную боль в области раны, часто усиливающуюся при пальпации или движении, наличие инородного тела или его фрагмента в раневом канале (при поверхностной локализации), а также признаки воспаления — отёк, гиперемию, местное повышение температуры. При глубоко расположенных ИТ наблюдалась иррадиация боли в соответствующие анатомические области.

При позднем обращении, когда острая травма осталась незамеченной или пациент не придал ей значения, единственным симптомом была длительно не заживающая рана, рецидивирующий абсцесс или хронический свищ с периодическими обострениями. Инфекционный процесс на фоне ИТ, особенно органического происхождения, развивался значительно чаще. Диагностический поиск при подозрении на инородное тело мягких тканей включал три ключевых этапа: клинический осмотр, инструментальную визуализацию и, при необходимости, интраоперационную навигацию. Первичным методом выявления ИТ служили сбор анамнеза и тщательное физикальное обследование. Пациентов с раной или локальной болью после травмы подробно опрашивали о характере повреждения, предполагаемых материалах, уровне загрязнения раны. При осмотре раны особое внимание обращали на наличие точечного раневого отверстия, пальпаторную болезненность, возможную деформацию тканей. При подозрении на повреждение магистральных сосудов или нервов проводили оценка пульсации, чувствительности и двигательной функции дистальных отделов конечности.

Так как клинический осмотр сам по себе недостаточно чувствителен для выявления ИТ, особенно при их глубоком расположении или малых размерах. Поэтому практически во всех случаях требовалось инструментальное подтверждение. Традиционным методом первичной визуализации, сохраняющей свою актуальность благодаря доступности и быстроте выполнения была рентгенография, которая позволяла уверенно выявлять рентгеноконтрастные тела (металл, стекло, кость) и оценить их примерное расположение. Однако для малоконтрастных и рентгенонегативных ИТ (дерево, пластмасса) данный метод малоинформативен или вовсе бесполезен. На сегодняшний день УЗИ считается методом выбора при подозрении на инородное тело мягких тканей. УЗ-исследование демонстрирует высокую специфичность и умеренную чувствительность в выявлении ИТ, но при этом обладает важнейшим преимуществом — способностью визуализировать все типы материалов независимо от их рентгеноконтрастности. Данный метода исследования был применен у всех пациентов, с подозрением на наличие инородных тел мягких тканей конечностей. Эхографическая картина ИТ вариабельна в зависимости от типа и формы тела, однако для всех инородных агентов характерны следующие признаки: высокая эхогенность, наличие дистальной акустической тени или артефакта реверберации. Органические тела (например, дерево) могут демонстрировать различную степень эхогенности в зависимости от степени гидратации и плотности. УЗИ имеет дополнительную ценность в том, что оно позволяет не только обнаружить ИТ, но и точно спланировать хирургический доступ, а также выполнить весь процесс удаления под контролем изображения. Высокоинформативный метод, особенно ценный для пациентов с боевой травмой, находящихся в тяжёлом соматическом состоянии, а также при подозрении на глубокое расположение ИТ или нагноительные осложнения. КТ позволяет выявить наличие и точное расположение тканевых инородных тел, исключить абсцедирование и оптимально планировать тактику ведения пациента. Для дифференциальной диагностики мягкотканных ИТ, как правило, не требуется аппаратура экспертного класса — доста-

точно оптимальных настроек стандартных КТ-сканеров. Магнитно-резонансная томография (МРТ) обладает ограниченным применением в диагностике ИТ мягких тканей. Метод противопоказан при наличии металлических осколков (особенно ферромагнитных) из-за риска их смещения и травматизации окружающих тканей. Тем не менее при отсутствии противопоказаний МРТ может быть использована для визуализации некоторых типов неметаллических ИТ. Для максимальной достоверности при подозрении на наличие инородного тела желательно использовать не менее двух имеющихся методов лучевой диагностики. После постановки диагноза ИТ мягких тканей, встает вопрос о необходимости его удаления. Решение об удалении ИТ должно приниматься индивидуально с учётом соотношения потенциального вреда, причиняемого инородным телом в его текущей локализации, и рисков, связанных с попыткой удаления.

Мы считаем, что удаление показано в следующих ситуациях:

· ИТ вызывает клинически значимые симптомы (боль, нарушение функции, ощущение инородного тела);

· имеется высокий риск инфекционных осложнений (особенно для органических ИТ или глубоко загрязнённых ран);

· ИТ расположено в функционально значимой зоне (кисть, стопа, суставная область);

· ИТ является рентгеноконтрастным и доступно для визуализации;

· пациент настаивает на удалении при наличии минимального риска процедуры.

В некоторых случаях, когда ИТ имеет небольшие размеры, расположено вдали от жизненно важных структур, не вызывает симптомов и не склонно к миграции, допустима выжидательная тактика с динамическим наблюдением. Однако длительное сохранение ИТ в тканях может привести к развитию хронической боли, неврологическим нарушениям и инфекционным осложнениям.

Консервативная терапия не приводит к элиминации ИТ, но направлена на профилактику и лечение инфекционных осложнений. После удаления ИТ рекомендуется промывание раны антисептическими растворами (например, хлоргексидин биглюконат 0,05%). Антибактериальную профилактика показана в большинстве случаев. При инфицированных ранах или высокорисковых повреждениях (органические ИТ, грязные раны) может потребоваться системная антибиотикотерапия. Профилактика столбняка обязательна: необходимо уточнить иммунный статус пациента и при необходимости ввести анатоксин или противостолбнячную сыворотку.

Хирургическое удаление ИТ мягких тканей может быть выполнено как в условиях перевязочной/отделения неотложной помощи, так и в операционной — в зависимости от глубины расположения ИТ, его размеров, доступности и предполагаемой сложности вмешательства. Традиционное открытое удаление предполагает выполнение разреза в проекции ИТ, послойную диссекцию тканей и извлечение тела под визуальным контролем. Недостатки метода: травматичность, необходимость достаточно обширного доступа для адекватной визуализации, риск повреждения окружающих структур. (101 пациент)

Малоинвазивные методики. В последние годы всё большее распространение получают методы пункционного и эндоскопически-ассистированного удаления. Ультразвук-ассистированное удаление через небольшой разрез кожи (до 4 мм) с использованием прямого зажима под постоянным УЗ-контролем позволяет миниатюризировать операционную травму, сократить сроки реабилитации и уменьшить число послеоперационных осложнений. (34 пациента). УЗИ-навигационное удаление. Чрескожное удаление ИТ под ультразвуковой навигацией признаётся высокоэффективной малоинвазивной методикой, которая должна рассматриваться как процедура первой линии при лечении симптоматических инородных тел. Эффективность УЗИ-навигационного удаления может приближаться к 100%. Методика заключается в следующем: под УЗ-контролем через небольшой разрез (достаточный для прохождения ИТ) вводятся хирургические зажимы или щипцы, которые под визуальным контролем наводятся на ИТ и извлекают его. Удаление без рассечения. В отдельных случаях возможно удаление поверхностно расположенных ИТ без разреза кожи (например, выдавливание или извлечение с помощью пинцета через входное отверстие). Применена в двух случаях. Данная операция относится к малоинвазивным процедурам, объём вмешательства зависит от глубины проникновения, размера тела и технической сложности его извлечения.

После удаления ИТ проводится контрольная инструментальная визуализация для подтверждения полноты удаления и исключения наличия фрагментов. При УЗИ-навигационных вмешательствах повторное УЗИ сразу после процедуры позволяет убедиться в отсутствии остаточных материалов. Рана не ушивается при малых размерах (до 4 мм) для профилактики инфекционных раневых осложнений; накладывается асептическая повязка. При наличии признаков перифокального воспаления или значительном объёме полости после удаления может быть оставлен дренаж. Наиболее частые послеоперационные осложнения: нагноение раны (особенно при несвоевременном удалении органических ИТ), кровотечение, повреждение сосудисто-нервных пучков, неполное удаление ИТ с оставлением фрагментов.

Обсуждение. Инородные тела мягких тканей — распространённая патология в практике хирурга и травматолога, возникающая вследствие проникающих или абразивных травм. Разнообразие материалов, размеров и локализа-

ций инородных агентов создаёт значительные трудности в диагностике и требует взвешенного подхода к выбору лечебной тактики. В статье представлены современные данные об этиологии, классификации, клинической картине, методах визуализации и принципах удаления инородных тел мягких тканей. Особое внимание уделено ультразвуковой диагностике как методу выбора и УЗИ-ассистированному удалению и как высокоэффективной малоинвазивной методике.

Выводы:

1.Инородные тела мягких тканей остаются актуальной проблемой клинической медицины ввиду их высокой распространённости, разнообразия клинических проявлений и потенциально серьёзных осложнений при несвоевременной диагностике. Современный подход к ведению таких пациентов должен основываться на мультимодальной диагностике (клинический осмотр, рентгенография, УЗИ, при необходимости — КТ) и принятии взвешенного решения о необходимости удаления.

2. Ультразвуковое исследование следует рассматривать как метод выбора для визуализации любых типов инородных тел мягких тканей, включая рентгенонегативные.

3.УЗИ-навигационное удаление является безопасной, высокоэффективной и малоинвазивной альтернативой традиционному открытому вмешательству, позволяющей минимизировать операционную травму, ускорить заживление и снизить риск осложнений.

4. Оптимизация подходов к диагностике и лечению пациентов с инородными телами мягких тканей позволит не только улучшить непосредственные результаты, но и снизить частоту врачебных ошибок и связанных с ними юридических последствий.

Рекомендации: Дальнейшие исследования по теме ИТ мягких тканей, должны быть направлены на стандартизацию протоколов УЗИ-диагностики и УЗИ-навигационного удаления, разработку единых клинических рекомендаций, а также на изучение отдалённых результатов различных методов лечения.

---

397. Особенности поражения миокарда при остром панкреатите и прогностическая значимость их прижизненного выявления

Мидленко О.В., Чавга А.И., Зубенин С.В.

Ульяновск

Ульяновский государственный университет. ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова. ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница.

Особенности поражения миокарда при остром панкреатите и прогностическая значимость их прижизненного выявления

Цель исследования – выявление особенностей морфологических изменений миокарда у пациентов с острым панкреатитом и разработка метода их прижизненного выявления. Материалы и методы - проведено двухэтапное исследование. На 1 этапе были изучены препараты миокарда пациентов, умерших от заболеваний, сопровождающихся эндогенной интоксикацией, в том числе острый панкреатит – 48, перитонит несвязанный с острым панкреатитом – 36, гнойно-деструктивные поражения конечностей, на фоне критической ишемии – 20. В 1 и 2 группу не включались пациенты, имевшие сопутствующие заболевания сердечно – сосудистой и дыхательной систем, которые могли повлиять на гистологическому картину миокарда.

На 2 этапе исследования приняли участие 136 пациентов с острым панкреатитом. Диагностика и лечения острого панкреатита осуществлялась в соответствии с действующей редакцией клинических рекомендаций.

По результатам эхокардиографического исследования у всех пациентов в первые сутки после коррекции волемических нарушений определялся диастолический коэффициент (ДК), вычисляемый по формуле ДК = КДО/МЖП, где КДО - конечный диастолический объем левого желудочка, а МЖП - толщина межжелудочковой перегородки в диастолу. Для определения прогностической ценности показателя его значение в 1 сутки, сопоставлялось с тяжестью панкреатита по законченному случаю.

Результаты. В гистологических препаратах – интерстициальный отек встречался у 100 % пациентов с острым панкреатитом, у 90 % пациентов с гнойно – деструктивными поражениями конечностей, у 77 % пациентов с перитонитом. При этом полнокровие сосудов у пациентов с острым панкреатитом выявлялось в 4 раза реже чем у пациентов, умерших от других заболеваний. Также гипертрофия кардиомиоцитов при остром панкреатите встречалась в 2 раза реже. У 12,5 % пациентов с острым панкреатитом выявлялась очаговая дистрофия или отсутствие ядер кардиомиоциотов.

Значения диастолического коэффициента в 1 сутки у пациентов с острым панкреатитом легкой степени тяжести n=82 (9,72±0,41) статистически достоверно отличались от значений у пациентов со среднетяжелым n=43 (9,0±0,31) и тяжелым панкреатитом n=11 (7,23±0,49).

Установлено, что чувствительность предложенного способа 83,9 %, специфичность 86 %, относительный риск 7,59.

Заключение. Наиболее вероятно, что в патогенезе развития отека у пациентов с острым панкреатитом лежит нарушение проницаемости стенок капилляров и лимфодренажа в следствие прямого, возможно специфического, выраженного токсического воздействия на сердце. С этим, вероятнее всего связано и обнаружение в 12,5 % препаратов миокарда пациентов, умерших от острого панкреатита очаговой дистрофии ядер, или отсутствие ядер кардиомиоцитов. Этот признак тяжелого поражения миокарда, как правило, свидетельствует о гибели клетки, либо глубокой, необратимой дистрофии.

Наличие и выраженность отека миокарда, вызывающее снижение его эластичности и уменьшение относительного объема камер сердца может быть установлено путем использования предложенного диастолического коэффициента и отражает степень поражения миокарда при остром панкреатите. Предложенный диастолический коэффициент является прогностически значимым показателем для развития среднетяжелого и тяжелого панкреатита.

---

398. Применение низкочастотного ультразвука в оперативном лечении хронических огнестрельных остеомиелитов конечностей

Левчик Е.Ю. (1,2), Потоцкий М.И. (1)

Екатеринбург

1) ГАУЗ СО «СОКП госпиталь для ветеранов войн».
2) ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ

Выполнили открытое, проспективное, неконтролируемое клиническое исследование эффективности лечения хронических остеомиелитов конечностей у 20 раненых в возрасте от 28 до 59 лет, с 01.08.2025 по 01.06.2026, с включением комплекс обработки костных очагов ультразвуковой кавитации (АУЗХ «Актион-А» ООО «Фотек», Екатеринбург).

Критерий включения - клинико-рентгенологически установленный хронический огнестрельный остеомиелит. Критерии исключения - ВИЧ инфекция 4 стадии без лечения, и/или хронический вирусный гепатит (В, С) с нарушениями гемокоагуляции. Сроки после ранений от 226 до 803 суток, в среднем 435±185,3 суток. Количество предшествующих госпитализаций от 2 до 5, в среднем 3,3±0,7). По анатомической локализации очагов: плечевая кость - 2 (10%); бедренная - 2 (10%); большеберцовая - 10 (50%), пяточная 6 - (30%) (у одного раненого одновременно выполнили остеонекрэктомию и аутокостную пластику 2 остеомиелитических очагов). Полирезистентная госпитальная микрофлора из очагов в кости исходно выделена у 9 (45%).

При остеонекрэктомии механически удаляли инородные тела, некротические костные ткани и патологические грануляции, проводили туалет растворами антисептиков. Выполняли ультразвуковую кавитацию (контактную, или барботаж) с физ. раствором (уровень колебаний 60-80 ед., экспозиция 8-15 минут, количество раствора 250-1000,0). Завершали аппликацией в рану/полость раствора йодофоров, полигексанида с экспозицией 5-7 минут. При однократной обработке раны ушивали наглухо, в том числе – с применением пластических методов. У 4 раненых с дефектами пяточной кости выполнили аутокостную пластику с хорошими ранними результатами.

После операции у 1 (5%) пациента возник рецидив остеомиелита, ему выполнили повторную остеонекрэктомию с ультразвуковой кавитацией с удовлетворительным исходом; у 2 (10%) произошли нагноения ран с расхождением швов, потребовавшие их повторной обработки и ушивания; у 1 (5%) развилась эритематозная форма рожистого воспаления, купированная системной антибактериальной и местной терапией. Все осложнения возникли у раненых с исходно выявленной полирезистентной госпитальной микрофлорой ран (E. coli БЛРС+, MRSA).

Таким образом, ультразвуковая обработка остеомиелитических очагов при огнестрельном остеомиелите конечностей не только улучшает непосредственные результаты лечения, но является перспективной для обеспечения возможности и безопасности одновременной или этапной пластики остаточных костных дефектов.

---

399. Профилактика послеоперационных осложнений аллопластики паховых грыж

Черкасов Д.М., Керимов И.Э., Черкасов М.Ф.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Паховая грыжа (ПГ) продолжает занимать ведущее место среди хирургических дефектов передней брюшной стенки – на её долю приходится три четверти (75%)

от всех подобных дефектов. Эпидемиологические показатели разнятся в зависимости от пола: у мужчин вероятность формирования паховой грыжи колеблется от 27 до 43%, у женщин – не превышает 3–6%. С возрастом данная вероятность закономерно нарастает. В среднем, каждый четвёртый мужчина (около 25%) в течение жизни сталкивается с этим заболеванием.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность нового способа профилактики осложнений после аллопластики при лечении пациентов с паховыми грыжами.

Материалы и методы. В ретро-проспективное исследование вошли 114 человек в возрасте 18–65 лет. Участники были распределены по двум группам:

• I группа (контрольная, n=77) – стандартная ненатяжная герниопластика по методике Лихтенштейна.

• II группа (основная, n=37) – ненатяжная герниопластика, выполненная по запатентованному способу (патент РФ №2814075 от 21.02.2024). Все пациенты основной группы – мужчины.

Анализировали основные клинические и инструментальные показатели, интраоперационные характеристики, а также частоту и структуру послеоперационных осложнений.

Результаты. Применение шкалы Clavien–Dindo для оценки осложнений показало: разработанная методика достоверно снижает частоту неблагоприятных событий после операции. В основной группе реже требовалось медикаментозное лечение осложнений, а случаи, потребовавшие повторных вмешательств, были единичными.

Ключевой механизм эффективности – в предложенном способе сетчатый имплантат не контактирует с семенным канатиком и не травмирует его. Это предотвращает нарушения артериального и венозного кровотока в элементах канатика. В результате у пациентов с паховой грыжей удалось значительно уменьшить следующие нежелательные явления:

• ишемия яичка,

• расстройства мочеиспускания,

• отёк мошонки,

• серомы и нагноения в зоне операции,

• послеоперационная невралгия паховой области.

Особенно важно, что у мужчин молодого возраста такой подход снижает риск репродуктивной дисфункции, связанной с повреждением семявыносящих путей или ишемией тестикул.

Выводы. Применение оригинального способа герниопластики обеспечивает:

• снижение частоты гематом, сером и гнойно-воспалительных процессов в послеоперационном периоде,

• уменьшение субъективного ощущения инородного тела в паховой области,

• профилактику хронического болевого синдрома и фуникулита,

• а также снижение риска нарушений репродуктивной функции у мужчин репродуктивного возраста.

Таким образом, предложенная методика является эффективным и безопасным вариантом аллопластики при паховых грыжах.

---

400. Реконструктивные операции после первичного лапароскопического бандажирования желудка при морбидном ожирении

Мельников А.А. (1), Кумуков М.Б. (1), Ботов А.А. (2)

Москва

1) Больница Центросоюза Российской Федерации
2) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Актуальность. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка долгое время оставалось популярной хирургической технологией лечения пациентов с морбидным ожирением. Отдаленные результаты операции свидетельствуют о высоком уровне рецидива ожирения и специфических осложнений (дилатация пищевода, слиппадж синдром, эрозии, миграция в просвет желудка и пр.), которые, по данным ряда исследований, требуют ревизии у 30-50% пациентов.

Цели и задачи. В связи с отсутствием единой тактики в выборе реконструктивной бариатрической операции и для оптимизации существующих способов ревизионного хирургического лечения, нами проведена сравнительная оценка эффективности и безопасности ревизионных бариатрических операций для улучшения результатов лечения пациентов с морбидным ожирением после бандажирования желудка.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2023 г. выполнено 23 реконструктивных операция у пациентов, перенесших бандажирование желудка в сторонних медицинских учреждениях. Средний возраст пациентов составил 38,6±7,4 лет (от 28 до 54 лет). Средний индекс массы тела на момент операции составил 46,6±5,7г/м² (от 40,2

до 62,5 кг/м²). В 16 случаях (69,6%) причиной операции стал рецидив набора веса. В остальных случаях, у 7 пациентов (30,4%), диагностировано смещение бандажа с формированием выраженного верхнего диспепсического синдрома, симптомами регургитации желудочного содержимого. При обследовании, у 18 пациентов (78,3%) выявлено нарушение моторики и расширение пищевода, у 10 пациентов (43,5%) рефлюкс-эзофагит. В 1 случае (4,3%)выявлен пролежень стенки желудка в месте стояния бандажа.

Пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от выполненной операции. Реконструкция в продольную резекцию желудка выполнена у 12 пациентов (52,2%) первой группы, в шунтирование у 11 пациентов (47,8%) второй группы. Из них в 6 случаях выполнено гастрошунтирование по Ру (RYGB), в 4 случаях одноанастомозное гастрошунтирование (MGB-OAGB), в 1 случае билиопанкреатическое шунтирование (SADI),что составило 54,5%, 36,4% и 9,1% распределения пациентов во второй группе соответственно.

Результаты. Все операции выполнены лапароскопическим доступом. Во всех случаях проводилась проверка на герметичность (проба с красителем) сразу после удаления бандажа. Среднее время операции в первой группе составило 124,2±30,3, во второй 187,3±49,6. В 22 случаях (95,7%) операция по удалению бандажа и реконструкции выполнена в один этап. В одном случае (4,3%), при выявлении пролежня бандажа в просвет желудка, двухэтапно. При этом на ФГДС перед операцией данных за миграцию бандажа в просвет желудка не получено, случай подтвержден интраоперационно, при проведении проверки на герметичность. Первым этапом удалена система бандажа. Через 3 месяца, вторым этапом, после заживления дефекта стенки желудка, выполнена плановая реконструкция в гастрошунтирование.

Осложнение в одном случае (4,3%), у пациентки из группы шунтирования, в послеоперационном периоде внутрибрюшное кровотечение, по поводу чего была выполнена лапароскопическая ревизия. Достигнут гемостаз. Выздоровление.

Результаты операций оценены в период от 3 до 5 лет после выполненной реконструктивной операции. В первой группе %EWL составил 64,2±6,1%. Во второй группе 75,4±8,5% соответственно. Выполнение реконструктивной операций у всех пациентов с имеющимся исходно смещении бандажа привело к нивелированию симптомов регургитации, однако, сохранение рефлюкс-эзофагита и верхнего диспепсического синдрома в виде интенсивной изжоги, тошноты были отмечены у трех пациентов (13,04%) после реконструкции в продольную резекцию и потребовали соответствующей терапии под контролем гастроэнтеролога.

Выводы. Бандажирование желудка сопряжено с высоким риском повторных операций ввиду специфических осложнений и высокой вероятности рецидива набора веса, что ставит под сомнение целесообразность использования технологии. Конверсия в шунтирующие операции показывает лучшие чем продольная резекция желудка результаты по снижению и контролю веса. При наличии анатомических нарушений (расширение пищевода или малого желудочка) и выраженного рефлюкса предпочтительным выбором являются операции RYGB (гастрошунтирование по Ру) или MGB-OAGB (одноанастомозное гастрошунтирование). Одноэтапная тактика лечения, основанная на клинической ситуации и интраоперационной проверке на герметичность, является эффективной и не связана с дополнительным риском развития послеоперационных осложнений.

---

401. Рецидивы грыж пищеводного отверстия диафрагмы: современные подходы к диагностике и лечению

Черепанин А.И., Матыцин А.А., Дуенина Е.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Актуальность: рецидивы грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), несмотря на существенные успехи в консервативной коррекции симптомов, могут значительно ухудшать качество жизни больных и требовать повторной операции.

Так, в 2024 году в РФ доля повторных вмешательств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ГПОД после неудовлетворительного хирургического лечения составила 5,5%, а частота рецидивов после первичной антирефлюксной терапии составляет, по данным различных авторов, от 4 до 60%.

Кроме того, по отношению к рецидивам ГПОД нет стандартизированного подхода к диагностике, четких показаний к повторному оперативному вмешательству и алгоритмов ведения таких больных.

Цель данного исследования: анализ факторов возникновения рецидивов ГПОД, показаний к повторному оперативному вмешательству и вариантов хирургического лечения.

Материал и методы: проведена оценка литературных источников с использованием PubMed, Medline, а также собственного опыта 14 операций по поводу рецидивов ГПОД за в период с 2014 по 2024 год с учетом факторов риска, диагностических критериев рецидива, подходов к классификации рецидивов ГПОД и хирургического лечения таких больных. Из них в 13 случаях показанием был

первичный рецидив, в одном – повторный, в 13 случаях при первичной операции выполнена аутопластика, в 1 случае аллогерниопластика. Предоперационная диагностика в обязательном порядке включала эзофагогастродуоденоскопию и полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки с барием.

Результаты исследования: 11 вмешательств завершено лапароскопическим способом, в одном случае произведена конверсия. Объем операции - ревизия, рекрурорафия, рефундопликация. Интраоперационных осложнений не отмечено, послеоперационные: в 1 случае дисфагия, в 1-тромбоэмболия легочной артерии, в 1 рецидив.

Выводы: рецидивы ГПОД остаются сложной комплексной проблемой, решение которой лежит в плоскости стандартизации классификации, диагностики, послеоперационного мониторинга и хирургического лечения.

Каждый случай рецидива ГПОД требует тщательной оценки с учетом анамнеза, функциональных особенностей больного и клинических характеристик грыжи с целью выработки индивидуальной тактики лечения.

Лапароскопический подход к лечению рецидивов ГПОД остается золотым стандартом, несмотря на все более возрастающую роль роботической хирургии.

Роль сетчатых имплантов при рецидивах ГПОД остается неоднозначной: показания к их применению должны быть индивидуальны, а рутинное использование не рекомендуется.

---

402. Организационная готовность медицинских организаций различного уровня к оказанию специализированной хирургической помощи больным варикозными пищеводными кровотечениями. Многоцентровое ретроспективное клиническое исследование.

Ибрагимов Р.А. (1,2), Анисимов А.Ю. (1), Щеголев А.А. (3), Нартайлаков М.А. (4), Михин С.В. (6), Белик Б.М. (7,8), Тотиков В.З. (9), Тотиков З.В. (9), Лищенко А.Н. (10), Салимгареев И.З. (5), Тенчурин Р.Ш. (7,8), Васильев В.И. (11).

1, 2) Казань, 3) Москва,
4, 5) Уфа, 6) Волгоград,
7, 8) Ростов-на-Дону, 9) Владикавказ,
10) Краснодар, 11) Волжск

1) ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
2) ГАУЗ «ГКБ 12»,
3) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
4) ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,
5) ГБУЗ Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова,
6) ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
7) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
8) ГБУ РО «Центральная городская больница им. Н.А. Семашко»,
9) ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,
10) ГБУЗ «НИИ Краевая клиническая больница №1 им. п. С.В. Очаповского» МЗ КК,
11) ГБУ РМЭ «Волжская ЦГБ»

Введение. Несмотря на актуальность проблемы варикозных пищеводно-желудочных (ВРПЖ) кровотечений, как одного из наиболее тяжелых осложнений клинически значимой портальной гипертензии, существует дефицит работ, объединяющих анализ организационной готовности системы оказания специализированной хирургической помощи с клинической верификацией последствий технологических дефицитов.

Цель. На основании анализа результатов ретроспективного многоцентрового исследования организационной готовности медицинских учреждений различного уровня, предложить концептуальную модель оказания специализированной хирургической помощи больным ВРПЖ кровотечениями с выявлением в ней ключевых точек технологических потерь.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обезличенного многоцентрового опроса восьми медицинских организаций I-III уровней. Внимание было уделено использованию шкал Child-Pugh и MELD, доступности медикаментозной вазоактивной терапии, временных методов первичного компрессионного гемостаза, техно-

логий эндоскопического гемостаза и TIPS, хирургических вмешательств, в том числе спленоренального шунтирования. Дополнительно ретроспективно были проанализированы клинические результаты оказания специализированной хирургической помощи 65 больным ВРПЖ кровотечениями различного генеза в медицинской организации II уровня за период с 2023 по 2025 годы.

Результаты. В анализ вошли один центр I уровня, четыре центра II уровня и три центра III уровня. Суммарно центры представили сведения о 471 больном клинически значимой портальной гипертензией различного генеза, в том числе - 356 больных с ВРПЖ кровотечениями, пролеченных в течение календарного года, которым было выполнено 302 эндоскопических вмешательства. Оценка тяжести по шкале Child-Pugh, медикаментозная вазоактивная терапия и временный метод первичного компрессионного гемостаза зондом обтуратором Sengstaken–Blakemore были доступны во всех центрах. Модель оценки терминальной стадии заболевания печени (MELD) использовали в 4 из 8 центров, в том числе в одном из них применяли редко. Технологии эндоскопического гемостаза были доступны в 7 из 8, TIPS - в 3 из 8 центров. Спленоренальное шунтирование было доступно только в одном специализированном гепатохирургическом центре III уровня. В клинической когорте медицинской организации II уровня доля больных Child-Pugh C составила 66,2%, а госпитальная летальность - 49,2%.

Заключение. Результаты многоцентрового ретроспективного исследования показывают, что исходы лечения ВРПЖ кровотечений зависят не только от тяжести состояния больных и объема кровопотери, но и от способности системы здравоохранения обеспечить своевременный переход от временного первичного гемостаза к окончательному лечению. Предложена концептуальная организационная модель оказания специализированной хирургической помощи больным с ВРПЖ кровотечениями. В ней ключевые точки технологических потерь расположены не на этапе первичного распознавания кровотечения, а на переходах между временной стабилизацией и окончательным лечением.

Выводы.

1. Специализированная хирургическая помощь больным с ВРПЖ кровотечениями характеризуется выраженной межцентровой неоднородностью.

2. Оценка тяжести по шкале Child-Pugh, медикаментозная вазоактивная терапия и временные методы первичного компрессионного гемостаза были доступны во всех центрах.

3. Наиболее значимые технологические дефициты были связаны с несистемным использованием шкалы MELD, недостаточным объемом эндоскопического гемостаза, слабой доступностью технологии TIPS, формализованной маршрутизацией.

4. Операции спленоренального шунтирования были доступны лишь в одном центре. Необходимо определить их место в качестве резервной хирургической технологии у строго отобранных пациентов.

5. Повышение качества специализированной хирургической помощи больным с ВРПЖ кровотечениями лежит в создании единых протоколов маршрутизации, систем стратификации риска, межцентровых регистров и аудита неблагоприятных исходов.

---

403. Опыт применения NPWT-систем в лечении огнестрельных ранений груди с обширными дефектами мягких тканей и раневыми каналами сложной конфигурации

Башилов Н.И., Анипченко С.Н., Высоцкий Я.В., Топольников П.О., Миленин А.С.

г. Североморск

ФГКУ «1469 ВМКГ» МО РФ

На современном историческом этапе развития хирургической науки, изучение, разработка и внедрение в клиническую практику новых методов и принципов местного лечения ран различных этиологии, конфигурации и локализации не теряют своей актуальности в виду сохранения высокой частоты встречаемости, увеличения поражающего воздействия травмирующих факторов, сопровождающихся ростом энергии ранящих снарядов, скорости осколков, транспортных средств, преобладания многоосколочного характера взрывных ранений, сочетанного и комбинированного факторов поражения, нарастания полирезистентности патогенной раневой микрофлоры. Открытые повреждения груди относятся к категории наиболее тяжелых травм мирного и военного времени. Частота механических повреждений груди в структуре травматизма мирного времени за последние десятилетия, согласно статистических исследований, увеличивается с 10% до 35–50% (НКР). По данным А.Н. Тулупова и соавторов при политравме грудь повреждается более чем у 60% (почти 2/3) пострадавших. Повреждения груди при этом являются основной причиной смерти почти у четверти травмированных. В годы Великой Отечественной войны частота ранений груди регистрировалась на уровне 7-12%. Указания по военно-волевой хирургии в последней редакции уточняют, что удельный вес повреждений груди в структуре ранений в условиях современных боевых конфликтов снижается, благодаря использованию средств индивидуальной бронезащиты, до 4-9% от величины санитарных потерь, однако отмечается нарастание тяжести полученных нелетальных ранений.

Как известно, к боевым повреждениям груди относят ранения, как огнестрельные (пулевые, осколочные, минно-взрывные), так и неогнестрельные (колотые, рубленные и т.д.) и травмы (взрывные, механические, открытые и закрытые и т.п.). Ранения груди, в свою очередь, могут быть проникающими и непроникающими, слепыми, сквозными и касательными. Морфологической основой ранения является огнестрельная рана, с нарушением целостности кожных покровов, обширными дефектами мягких тканей, переломами костно-реберного каркаса, сочетающихся с нарушением герметичности грудной полости, воздухоносных путей. К особенностям патоморфогенеза современной огнестрельной раны груди можно отнести следующие факторы: больший объем повреждения, сложный ход раневых каналов с частыми вторичными девиациями ранящих снарядов, обширные дефекты мягких тканей и костного каркаса, сочетанный и комбинированный характеры повреждений. Указанные особенности обусловливают неоднородность течения раневого процесса и сложность лечебного воздействия. Хирургическая обработка огнестрельных ран грудной стенки требует зачастую нестандартного подхода ввиду необходимости соблюдения баланса между рассечением тканей, оптимальной некрэктомией, отсутствием ушивания, и необходимостью герметизации плевральной полости с расправлением легкого. В настоящее время, в арсенал оперативного воздействия на огнестрельные раны входят различные малотравматичные и высокотехнологичные методики (в т.ч. применение методики лечения ран отрицательным давлением (NPWT, ВАК-терапия), УЗ-кавитация, пульс-лаваж, лазерное облучение и т.д.), позволившие улучшить функциональные результаты и уменьшить сроки лечения.

Проведен ретроспективный одноцентровой анализ выполнения этапных хирургических обработок огнестрельных ран грудной стенки, как проникающих, так и непроникающих, с обширным дефектом мягких тканей и/или наличием раневого канала сложной конфигурации, в условиях специализированного торакального отделения многопрофильной медицинской организации. Выполнено 107 операций – этапных хирургических обработок огнестрельных ран грудной стенки, проведение 56 (52%) операций потребовало общей анестезией, 51 (48%) проведены под местной инфильтрационной анестезией с премедикацией опиоидными аналгетиками, нейролептиками. Оперировано 49 пациентов, все пациенты мужского пола, средний возраст которых составляет 35,3 лет. При этом использование NPW-терапии применялось в ходе 86 (80,4%) операций, 47 (54,6%) из которых проведены под общей анестезией, оперировано 32 пациента, средний возраст 35,5 лет. С другой стороны, хирургические обработки, не требующие применения NPWT-систем, составили 21 (19,6%) операцию (под общей анестезией - 7 (33,3%)), у 17 пациентов, средний возраст 34,9 лет.

Таким образом, использование NPW-терапии прочно вошло в алгоритмы оказания специализированной хирургической помощи раненным в грудь. При выполнении первичных, повторных, вторичных хирургических обработок ран грудной стенки применение NPWT-систем позволяет минимизировать операционную травму, уменьшить необходимость широких рассечений раневых каналов, восстановить герметичность грудной стенки в более ранние сроки, создает предпосылки для расправления легкого и снижения вероятности развития пневмоторакса, нагноения ран, эмпиемы плевры, флегмоны грудной стенки. Использование данных методов позволяет проводить этапные хирургические обработки в условиях повышенного потока раненых, с уменьшением необходимости ежедневных смен повязок, одномоментных травматичных оперативных воздействий.

---

404. Применение склеротерапии при разных стадиях хронического геморроя осложненного кровотечением.

Речкалов А.А., Соколова В.В., Шнейдер В.Э., Махнёв А.В., Янин Е.Л.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Одним из частых осложнений хронического геморроя является кровотечение. Существуют разные способы лечения данного осложнения. Одним из них является склеротерапия (склерозирование) геморроидальных узлов.

Цель работы. Проанализировать результаты лечения пациентов с геморроем 1-3 стадий, осложненного кровотечением, в Университетской многопрофильной клинике ТюмГМУ за 2024-2025 год методом склерозирования геморроидальных узлов.

Материал и методы. За 2024-2025г. пролечено 48 пациентов с кровоточащим геморроем 1-3 стадии. С 1 стадией геморроя было 13, со второй 26, с третьей 9 человек. Среди пролеченных пациентов женского пола было 18 человек. Из них с первой стадией геморроя 4, со второй стадией 10, с третьей 4. Мужского пола среди пролеченных пациентов было 30 человек. Из них с первой стадией 9, 16 со второй и 5 с третьей стадией геморроя. Возраст пролеченных пациентов варьировал от 31 до 83 лет. Средний возраст был 49 лет. У женщин возраст был от 31 до 83 лет, средний 50 лет. У мужчин возраст был от 36 до 72 лет, средний составил 48,5 лет. Форма оплаты за склерозирование геморроидальных узлов была по хозрасчету у 16 пациентов, в рамках программы

ДМС у 8, в рамках программы ОМС (дневной стационар) у 24 пациентов. Для склерозирования геморроидальных узлов применялся 3% раствор этоксисклерола. За одну процедуру склерозировали не более двух узлов одновременно. Объем вводимого лекарства варьировал от 0.8 до 2.0 миллилитров, в зависимости от размера геморроидального узла. В момент выполнения и после выполнения манипуляции склеротерапии узлов болевой синдром пациентов не беспокоил. В среднем у 50 % пациентов после манипуляции было чувство распирания в области ануса или ложные позывы к дефекации, а также чувство незначительного зуда (жжения) в области ануса. Как правило данные жалобы купировались в течении суток и не требовали приема анальгетиков и локальной местной терапии. У трех пациентов (составило 6% от пролеченных) двое мужчин и одна женщина, развился острый тромбоз геморроидального узла (на 2 и 4 сутки). Купирован консервативно. Контрольный осмотр данной группы пациентов проводился через 2 и 4 недели. У 15 пациентов (31 %) был проведен повторный сеанс склеротерапии геморроидальных узлов. Как правило, это было связанно с циркулярно расположенными внутренними геморроидальными узлами. Все пациенты, за исключением одного случая, отмечали положительный результат после проведенного лечения – прекращение кровянистых выделений из ануса, а также прекращение (уменьшение) выбухания узлов из ануса после дефекации со второй и третьей стадией хронического геморроя.

Обсуждение. Таким образом, после склеротерапии геморроидальных узлов болевой синдром (требующий приема анальгетиков) не выявлен. Редким осложнением после манипуляции был тромбоз узла, развился у 3 пациентов. Выводы и рекомендации. Склерозирование (склеротерапия) геморроидальных узлов у больных с хроническим внутренним геморроем 1-3 стадий осложненного кровотечением дает положительные результаты. Данный метод лечения можно рекомендовать в амбулаторных условиях или стационаре одного дня, как самостоятельный или как подготовительный перед операцией геморроидэктомия.

---

405. Факторы риска, динамика и стратегии обезболивания после лазерной деструкции геморроидальных узлов

Чердаков А.В. (1), Черепенин М.Ю (2).

1) Красногорск,
2) Москва

1) АО Ильинская больница,
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Лазерная деструкция геморроидальных узлов (ЛДГУ) — эффективный малоинвазивный метод лечения геморроя II–IV стадий, обеспечивающий значительно меньшую послеоперационную боль по сравнению с открытой геморроидэктомией. Однако болевой синдром после ЛДГУ варьирует в широких пределах, стандартизированные протоколы обезболивания отсутствуют, что делает актуальным систематизацию данных о предикторах боли и стратегиях аналгезии.

Материал и методы. Проведён анализ публикаций (рандомизированные исследования, мета-анализы, проспективные когортные работы), посвящённых боли после ЛДГУ. Оценивали динамику боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), независимые факторы риска её выраженности, эффективность различных методов анестезии и мультимодальной аналгезии, а также частоту хронического болевого синдрома.

Полученные результаты. Медиана ВАШ на 1-е сутки составила 2,0–2,1 балла, к 7-м суткам – 0,3 балла. В мета-анализе Cheng и соавт. (2024) показано снижение боли на 2,50 балла (95% ДИ: –3,13…–1,88) и уменьшение продолжительности приёма анальгетиков на 2,25 дня по сравнению с открытой геморроидэктомией. Потребность в опиоидах снизилась в среднем на 4,88 мг морфинового эквивалента.

Независимые факторы риска выраженной боли (ВАШ ≥4): IV стадия заболевания по Goligher (ОШ 4,9; 95% ДИ: 2,3–10,5), коагуляция трёх и более узлов (ОШ 3,8), молодой возраст (ОШ 1,9 на каждые 10 лет снижения), мужской пол (ОШ 2,4). Избыточная энергия лазера также ассоциирована с усилением боли.

В группах высокого риска мультимодальная аналгезия (НПВП + прегабалин/габапентин) в сочетании с ультразвуковой (УЗ) периневральной блокадой полового нерва обеспечивает надёжный контроль боли, снижает потребность в опиоидах и частоту осложнений по сравнению с регионарной анестезией. Хроническая боль (>3 мес.) после ЛДГУ встречается крайне редко (

---

406. Сравнительный анализ заживления ран после лазерной деструкции геморроидальных узлов и гибридных методик с использованием LigaSure и Harmonic: факторы риска и пути коррекции

Чердаков А.В.

Красногорск МО

АО Ильинская больница

Актуальность. Лазерная деструкция геморроидальных узлов (ЛДГУ), а также геморроидэктомия с применением LigaSure и Harmonic Scalpel существенно снижают травматичность вмешательства, однако длительно незаживающие раны остаются серьёзной клинической проблемой. Высокая микробная контаминация, постоянное механическое воздействие и термическое повреждение тканей замедляют репарацию, требуя анализа факторов риска и эффективных стратегий коррекции.

Материал и методы. Проведён систематический анализ литературы, включающий рандомизированные контролируемые исследования и мета-анализы, посвящённые сравнению ЛДГУ, LigaSure- и Harmonic-геморроидэктомии. Оценивали частоту и сроки полного заживления, глубину термического повреждения, факторы риска замедленной репарации, а также результаты применения аутологичных регенеративных продуктов (PRP, стромально-васкулярная фракция — СВФ).

Полученные результаты. ЛДГУ не формирует открытой раны, что обеспечивает наиболее быстрое восстановление (медиана 3 дня) и минимальный риск нарушения заживления, однако при IV стадии частота осложнений возрастает до 68%. При LigaSure-геморроидэктомии полное заживление к 6-й неделе достигается у большинства пациентов, но замедленное заживление через 4 недели отмечено у 16,67% (против 40,48% при открытой методике). Harmonic Scalpel даёт сопоставимые с LigaSure результаты по срокам эпителизации, отличаясь меньшим боковым термическим повреждением. Независимыми факторами риска длительно незаживающих ран служат исходная тяжесть геморроя (III–IV стадия), сахарный диабет, курение, анемия, гипопротеинемия и технические погрешности (избыточная энергия воздействия). Местное применение PRP и СВФ ускоряет клеточную регенерацию: в группе СВФ отмечено статистически значимое увеличение уровня фибробластов и улучшение качества жизни, хотя на раннюю боль эти продукты не влияют. При рефрактерных ранах (персистирование >4–6 недель) хирургическая ревизия с некрэктомией или вакуум-терапией позволяет добиться заживления.

Обсуждение. Основу профилактики составляет стратификация риска на дооперационном этапе. Пациентам с декомпенсированным диабетом, анемией, гипопротеинемией и курящим показана предоперационная коррекция. При IV стадии предпочтение может отдаваться ЛДГУ как методу, не создающему открытой раны. В послеоперационном периоде критически важны регуляция стула, тщательная гигиена и раннее выявление инфекционных осложнений. При замедленном заживлении ступенчатый подход (консервативная терапия → PRP/СВФ → хирургическая обработка) демонстрирует высокую эффективность.

Выводы и рекомендации. 1. ЛДГУ обеспечивает наименьший риск нарушения заживления благодаря отсутствию открытой раны, однако при тяжёлых стадиях требует усиленного наблюдения. 2. LigaSure и Harmonic Scalpel сопоставимы по срокам эпителизации, но Harmonic вызывает меньшее термическое повреждение. 3. Модифицируемые факторы риска (курение, анемия, декомпенсированный диабет) должны быть скорректированы до операции. 4. Аутологичные регенеративные продукты (СВФ, PRP) ускоряют заживление и улучшают качество жизни, их включение в алгоритмы ведения рефрактерных ран оправдано.

---

407. Ранние, поздние и рецидивирующие кровотечения после лазерной деструкции геморроидальных узлов: факторы риска и алгоритм ведения

Чердаков А.В. (1), Черепенин М.Ю. (2), Устименко А.В. (1)

1) Красногорск,
2) Москва

1) АО Ильинская больница,
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Лазерная деструкция геморроидальных узлов (ЛДГУ) является востребованным малоинвазивным вмешательством, однако частота послеоперационных геморрагий достигает 2–8%. В отличие от открытых методик, источник кровотечения после ЛДГУ редко бывает очевидным, а механизмы связаны с термической альтерацией тканей и процессами неоангиогенеза. Отсутствие единых алгоритмов ведения таких осложнений определяет актуальность систематизации данных.

Материал и методы. Проведён систематический анализ литературы и ретроспективная оценка клинических случаев пациентов с геморроидальной болезнью II–III стадий, оперированных методом ЛДГУ. Оценивали временные интервалы возникновения кровотечений, объём кровопотери, параметры лазерного воздействия (суммарная энергия на узел, длина волны), коагуляционный статус и характер пассажа стула. На основании получен-

ных данных разработан ступенчатый алгоритм купирования геморрагий (Step-up approach).

Полученные результаты. Выделено три критических периода геморрагий. Ранние (до 24 ч) — результат недостаточной интраоперационной коагуляции питающих сосудов или резкого подъёма АД. Поздние (5–14-е сутки) — следствие лизиса фибринового струпа и отторжения коагуляционного некроза; в это время сосудистая стенка максимально уязвима к механической травме каловым комком. Рецидивирующие (позже 30 сут) — проявление неполной облитерации кавернозной ткани или скрытых гематологических заболеваний. Независимые предикторы кровотечения: превышение суммарной энергии 100 Дж на узел (ОШ 3,2), хронический запор (ОШ 4,1), приём антиагрегантов/антикоагулянтов (ОШ 3,8), неконтролируемая артериальная гипертензия (ОШ 2,7), поверхностное введение световода (ОШ 2,5). Сочетание запора и антиагрегантов увеличивает риск геморрагии в 5,4 раза. Разработанный алгоритм Step-up approach предполагает: при незначительном кровотечении (мазки) — амбулаторную терапию транексамовой кислотой, местные гемостатики, коррекцию стула; при умеренном (сгустки) — госпитализацию на 24 ч, осмотр в условиях седации, установку гемостатической губки; при профузном кровотечении с нестабильной гемодинамикой — экстренную операцию с прецизионным Z-образным прошиванием источника без широкого иссечения термически изменённых тканей. Консервативная тактика позволила купировать до 80% всех геморрагических эпизодов.

Обсуждение. Поздние кровотечения жёстко привязаны к фазе протеолиза и очищения зоны некроза на 7–12-е сутки. Глубокий трансмуральный струп, сформированный при энергии >100 Дж, при натуживании разрушается с аррозией подслизистых сосудов. Этим объясняется низкая эффективность грубых швов на отёчные, хрупкие ткани, что требует строго дозированной хирургической агрессии и обязательной фармакологической поддержки в «критическом окне» (транексамовая кислота, флеботоники, осмотические слабительные).

Выводы и рекомендации. 1. Кровотечения после ЛДГУ имеют двухфазную природу: ранние — технические, поздние — биологически детерминированные отторжением некроза. 2. Суммарная энергия >100 Дж на узел — ключевой модифицируемый предиктор аррозивной геморрагии. 3. Профилактика требует обязательного назначения осмотических слабительных и флеботоников с 5-х по 14-е сутки. 4. Step-up подход эффективен в 80% случаев, при этом хирургическое прошивание следует выполнять атравматичной иглой Z-образными швами, избегая дополнительной травматизации хрупкой зоны лазерного ожога.

---

408. Оптимизация местного лечения после лазерной деструкции геморроидальных узлов: фазовый подход и современные стратегии

Чердаков А.В.

Красногорск

АО Ильинская больница

Актуальность. Лазерная деструкция геморроидальных узлов (ЛДГУ) сохраняет целостность анодермы, однако подслизистая коагуляция и термический ожог инициируют сложный каскад асептического воспаления. Специфика раневого процесса - наличие коагуляционного некроза в замкнутом пространстве - при неадекватной местной терапии ведёт к формированию инфильтратов, абсцессов, длительно незаживающих ран в местах введения световода и выраженному болевому синдрому. Отсутствие стандартизированных протоколов местного лечения определяет актуальность систематизации данных.

Материал и методы. Проведён поиск и анализ публикаций в базах PubMed, Cochrane Library и eLibrary за 2015–2025 гг. Изучены исследования, посвящённые применению топических препаратов (мазей, суппозиториев, гелей) после лазерных вмешательств в проктологии. Оценивались эффективность различных классов средств в зависимости от фазы раневого процесса, влияние на отёк, боль, эпителизацию и частоту осложнений.

Полученные результаты. Раневой процесс после ЛДГУ протекает в три фазы, каждая из которых требует дифференцированной местной терапии. В I фазе (1-5-е сутки) доминируют паравазальный отёк, асептическое воспаление и лимфостаз. Приоритетные задачи - купирование отёка и профилактика вторичного инфицирования. Препаратами выбора служат водорастворимые мази на полиэтиленгликолевой основе и антисептики без дубящего эффекта. Жировые основы (вазелин, ланолин) в этот период противопоказаны, так как создают герметичную плёнку, препятствующую дренажу через микроперфорации анодермы и способствующую формированию подслизистых абсцессов.

II фаза (6–14-е сутки) - лизис фибринового струпа, отторжение некроза и формирование грануляций. Необходимы защита молодых грануляций, мягкое очищение и стимуляция репарации. Назначают репаранты, стимуляторы эпителизации и альгинаты, создающие защитную гелевую плёнку.

III фаза (с 15-х суток) - окончательное формирование рубца в подслизистом слое. Показаны смягчающие мази (например, на основе сукральфата) для профилактики стриктур.

Болевой синдром после ЛДГУ на 60–70% обусловлен гипертонусом внутреннего сфинктера, инициирован-

ным термическим раздражением нервных окончаний. Спазм вызывает ишемию зоны коагуляции, запуская порочный круг «спазм–ишемия–замедление репарации–усиление боли». Поэтому патогенетически обосновано местное применение блокаторов кальциевых каналов (дилтиазем 2%, нифедипин 0,2%), которые снижают тонус гладкой мускулатуры сфинктера и улучшают приток артериальной крови к «лазерной ране». Лидокаин-гель за 10–15 мин до дефекации уменьшает висцеральную боль. Альгинаты (натрия альгинат) одновременно обеспечивают гемостаз и защиту слизистой от механической травмы твёрдым калом. Комбинированные препараты с глюкокортикостероидами используют коротким курсом (до 5 дней) исключительно в фазу активного отёка для быстрого купирования отёка и зуда.

Обсуждение. Местное лечение после ЛДГУ часто недооценивается из-за ошибочного восприятия метода как «нетравматичного». Однако патоморфологические изменения специфичны: зона коагуляционного некроза, окружённая паранекрозом и выраженным перифокальным отёком, требует тщательного ухода. Традиционные дубящие антисептики (растворы перманганата калия, йодосодержащие средства) контрпродуктивны, поскольку дегидратация струпа делает его ригидным - при дефекации он преждевременно отслаивается, вызывая аррозивные кровотечения. Напротив, поддержание влажной среды способствует аутолитическому очищению и мягкой миграции кератиноцитов. Переход с жировых основ на водорастворимые в первые 72–96 ч обеспечивает адекватный дренаж, снижая интерстициальный отёк и риск нагноения.

Выводы и рекомендации. 1. Местная терапия после ЛДГУ должна строго соответствовать фазе раневого процесса: антисептическая защита и дегидратация в фазу экссудации (I), стимуляция регенерации и защита грануляций в фазу отторжения (II), смягчение рубца в фазу эпителизации (III). 2. Купирование сфинктероспазма топическими миорелаксантами (дилтиазем, нифедипин) - патогенетически обоснованный метод улучшения трофики и уменьшения боли. 3. В раннем послеоперационном периоде следует использовать исключительно водорастворимые основы для обеспечения дренажа и профилактики гнойных осложнений. 4. Перспективно создание биосовместимых гидрогелей, выполняющих функцию «жидкой повязки» в критический период (7–10-е сутки).

---

409. Ретродуоденальная перфорация после эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Нужно ли оперировать и когда?

Панкратов А.А. (1,2), Вечорко В.И. (1), Северцев А.Н. (1), Аносов В.Д. (1), Глебов К.Г. (1), Бирюкова Д.Р. (2), Хатьков И.Е. (2)

Москва

1) ГКБ им. Филатова О.М. ДЗМ,
2) РОСУНИМЕД

Введение. С увеличением количества и сложности транспапиллярных вмешательств (ТПВ) повышается и частота их осложнений, в частности ретродуоденальной перфорации (РДП). Тактические подходы при РДП отличаются редким разнообразием и демонстрируют полное отсутствие единомыслия по данному вопросу. Материал. В ГКБ им. Филатова О.М. ДЗМ проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения РДП. С 2022 по 2025 гг. в клинике выполнено 4367 ТПВ. РДП выявлена у 29 (0,66%) больных в возрасте 67[50;80] лет. Распределение типа перфорации по Stapfer: 1 (n-6), 2 (n-10), 3 (n-1), 4 (n-12). Показаниями к ТПВ преимущественно служил холедохолитиаз (n-21), а также опухоль гепатопанкреатобилиарной зоны (n-5) и по 1 - нефункционирующий стент, желчеистечение после операции и стриктура холедоха. Структура ТПВ была представлена в основном ЭПСТ в различных сочетаниях с литоэкстракцией, стентированием, назобилиарным дренированием и балонной дилатацией. Основным методом диагностики являлась КТ. Свободный газ в брюшной полости и/или забрюшинно выявлен у 27 больных, из них у 19 отмечалось появление абдоминальной симптоматики после ЭПСТ и нарастание маркеров воспаления у 7. В 2 случаях РДП выявлена во время ТПВ. После выявления РДП оперировано 9 больных, 20 пролечены консервативно, что кроме медикаментозной терапии включало эндоскопическое клипирование (n-4), стентирование (n-14), чрескожные холангиостомию (n-6) и дренирование (n-2). Среди 9 оперированных лишь в 3 случаях выявлена и ушита перфорация, у 2 ограничились диагностической лапаротомией, у остальных лапаротомия или люмботомия ограничивались дренированием. Результаты. Значимыми факторами риска РДП оказались безуспешные и повторные попытки ЭПСТ - 58,6% (ДИ 95% 40,7–76,5) и атипичная ЭПСТ - 51,7% (ДИ 95% 33,5–69,9%). Значимых диагностических предикторов РДП среди интраперитонеального и/или забрюшинного газа, реакции лабораторных показателей и появления абдоминальной симптоматики после ЭПСТ не найдено. Свободный газ в брюшной полости выявлен у 19 больных, 6 из которых оперированы. При этом перфорация на операции выявлена только у 2. Из 13 не оперированных умерло только 2 (15,4%) от сопутствующей патологии. Тест Фишера не выявил взаимосвязи между выявлением пневмоперитонеума и необходимостью в операции (p-value = 0,088). В 4 случаях в связи с

отрицательной динамикой принятая консервативная тактика была изменена на хирургическую. В 2 из этих 4 случаев перфорация была выявлена на операции и ушита, умерла 1 больная от панкреонекроза. Всего умерло 9(31%) пациентов, 6(67%) из 9 оперированных, 3(15%) из 20, пролеченных консервативно. Только в 1 случае тонатогенез имел прямую связь с РДП, 2 больных умерли от панкреонекроза, а еще 6 от посторонних причин при исходном индексе коморбидности Чарлсона 12,5 баллов. Обсуждение. Преимущество консервативной тактики безусловно может объясняться более тяжелыми проявлениями РДП с яркой клинической манифестацией у оперированных больных. Вместе с тем хорошие результаты консервативного ведения и низкая доля обоснованной конверсии тактики, 2 из 20 (10%), демонстрируют эффективность и безопасность данного подхода при отсутствии перитонеальной симптоматики. В дополнение к этому даже наличие свободного газа в брюшной полости по результатам КТ без клинических проявлений, по нашим данным, не является абсолютным показанием к хирургическому лечению. На наш взгляд хирургическое лечение однозначно показано только при наличии перитонеальной симптоматики с целью ликвидации внутрибрюшной перфорации. В большинстве остальных ситуаций современные возможности интервенционных вмешательств и оперативной эндоскопии, такие как стентирование, клипирование, VAC-терапия, позволяют отграничить перфорацию, адекватно дренировать и санировать забрюшинное пространство. Выводы. В случаях забрюшинной перфорации консервативное лечение, включающее чрескожные и эндоскопические вмешательства, имеет хорошие перспективы и позволяет избежать необоснованной хирургической агрессии.

---

410. 3D моделирование в реконструктивной хирургии пищеводно-желудочного перехода

Хоробрых Т.В., Агаджанов В.Г., Кадиров Д.Д., Грачалов А.В.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Актуальность: Хирургия в области пищеводно-желудочного перехода представляет собой сложные манипуляции, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями. Это обусловлено спецификой анатомического строения данной зоны. В связи с этим, существует необходимость в более точных и безопасных методах планирования операций. Современные технологии, такие как трёхмерное моделирование, позволяют создать персонализированную модель данной области, что даёт возможность хирургу детально изучить анатомические особенности пациента. Это способствует точной навигации во время операции и снижает вероятность возникновения осложнений.

Материалы и методы: В рамках данной работы рассмотрено 35 пациентов, ранее перенесших хирургические вмешательства в зоне кардиоэзофагеального перехода по поводу рецидивной ГПОД и поступившие в клинику для повторного хирургического лечения. Основная группа - проспективный набор - (n=15) с предварительным виртуальным планированием с использованием данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием, которые обрабатывались с помощью программы для трехмерных объектов (Inobitec Medical Imaging Software - трехмерное преобразование изображений, 3D Slicer image computing platform). Группа сравнения – ретроспективный набор - (n=20) без предварительного 3D моделирования. Обе группы были статистически однородны по возрасту (p-value = 0,156), гендерному составу (p-value = 0,136) и коморбидному фону (p-value = 0,128). Все операции в обеих группах были выполнены одними и теми же хирургическими бригадами с опытом данных операций более 100. Создание трехмерной модели с точной реконструкцией пищеводно-желудочного перехода основывается на инструментальном обследовании (МСКТ с внутривенным и пероральным контрастированием), которая необходима для улучшения предоперационной навигации, понимания взаимоотношения органов (пищевод, желудок), сосудистой архитектоники. Проведен сравнительный анализ таких показателей, как точность модели, длительность операции, объем кровопотери, частота интраоперационных нежелательных событий (аномалии топографо-анатомических структур), число конверсий при лапароскопическом доступе, оценка рецидива рефлюкс-эзофагита после операций.

Результаты: В первой группе было выявлено повышение точности операций, уменьшение длительности хирургического вмешательства, интраоперационной кровопотери, количества непрогнозируемых интраоперационных событий. Во второй группе наблюдалась большая частота ранних интра- и послеоперационных осложнений (перфорация полого органа, кровотечение).

Обсуждение: Одним из перспективных подходов в реконструктивной хирургии и предоперационном планировании является применение компьютерного 3D-моделирования. Особую значимость оно приобретает при лечении рефлюкс-эзофагита, повторных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — сложной патологии, требующей учёта индивидуальной анатомии. Учитывая выраженную вариабельность анатомических особенностей пациентов, 3D моделирование позволяет создавать детализированные реконструкции зоны вмешательства. Это повышает качество планирования операций, особенно в условиях изменённой анатомии, укороченного

пищевода, спаечного процесса или периэзофагита.

Выводы и рекомендации: 3D моделирование позволяет обеспечить более точную визуализацию важных анатомических структур и интраоперационную навигацию, выбрать оптимальный вариант доступа и уменьшить техническую сложность хирургического вмешательства, уменьшая риски интра- и послеоперационных осложнений.

---

411. Прогнозирование осложнений контурной хирургии после бариатрических вмешательств: роль нутритивных и иммунных нарушений

Терехова А.О. (1), Миронов К.Э. (2,3), Вардаев Л.И. (2,3), Луцевич О.Э. (3,4)

Москва

1) MedSwiss,
2) ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»»,
3) РосУниМед,
4) АО «ЦЭЛТ»

Актуальность

Бариатрическая хирургия обеспечивает выраженное и устойчивое снижение массы тела у пациентов с ожирением. Вместе с тем массивная потеря массы тела приводит к формированию избытков мягких тканей, что делает реконструктивно-пластические операции важным этапом комплексной реабилитации. Несмотря на значительное улучшение метаболического профиля после бариатрического лечения, многие пациенты сохраняют белково-энергетическую недостаточность, дефициты витаминов и микроэлементов, нарушения состава тела и изменения иммунного статуса. Указанные факторы способны существенно влиять на процессы репарации тканей и повышать риск послеоперационных осложнений. Частота осложнений после контурной хирургии у пациентов после бариатрических операций остается значительно выше по сравнению с общей популяцией и достигает 20–50%.

Материал и метод

Проведен анализ современных публикаций, посвященных результатам контурной хирургии после бариатрических вмешательств. Изучены факторы риска послеоперационных осложнений, влияние нутритивного статуса, показателей белкового обмена, микронутриентной обеспеченности, иммунологических нарушений и сроков выполнения пластических операций после массивной потери массы тела.

Полученные результаты

Установлено, что риск осложнений после контурной хирургии определяется не только объемом пластического вмешательства, но и особенностями метаболического состояния пациентов после бариатрической операции. Наиболее значимыми факторами риска являются белково-энергетическая недостаточность, гипоальбуминемия, анемия, дефициты железа, цинка, селена и витамина D, а также выраженная саркопения.

Особое значение имеют нарушения иммунной функции, связанные с дефицитом белка и микроэлементов. Недостаточность цинка, селена, железа и витамина D сопровождается нарушением клеточного и гуморального иммунитета, ухудшением функции макрофагов и лимфоцитов, снижением синтеза коллагена и замедлением репаративных процессов. У данной категории пациентов чаще развиваются инфекционные осложнения, серомы, расхождение краев раны и замедленное заживление послеоперационных дефектов.

Дополнительными факторами риска являются курение, сахарный диабет, нестабильная масса тела и выполнение реконструктивно-пластических вмешательств до завершения периода активного снижения веса.

Обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты после бариатрической хирургии формируют особую группу риска развития осложнений после контурных операций. Традиционная предоперационная оценка ориентирована преимущественно на соматический статус пациента и не учитывает последствия длительной нутритивной недостаточности и иммунной дисфункции.

Перспективным направлением представляется разработка специализированного алгоритма прогнозирования осложнений, включающего обязательную оценку белкового статуса, обеспеченности витаминами и микроэлементами, состава тела и показателей иммунной функции. Такой подход позволит повысить безопасность реконструктивно-пластических вмешательств после массивной потери массы тела.

Выводы

1. Пациенты после бариатрических операций представляют особую группу высокого риска развития осложнений после контурной хирургии.

2. У пациентов после бариатрической хирургии белково-энергетическая недостаточность, дефициты микронутриентов и саркопения являются значимыми предикторами послеоперационных осложнений.

3. Иммунные нарушения, ассоциированные с дефицитом белка, железа, цинка, селена и витамина D, могут способствовать развитию инфекционных осложнений и замед-

ленному заживлению ран после контурной хирургии.

4. Предоперационная оценка нутритивного и иммунного статуса должна рассматриваться как обязательный этап подготовки пациентов к реконструктивно-пластическим вмешательствам после бариатрического лечения.

5. Комплексная оценка общего и локального иммунного статуса, а также персонализированная коррекция выявленных нарушений представляются перспективным направлением профилактики послеоперационных осложнений у пациентов после бариатрической хирургии.

---

412. Ультразвуковая диагностика у пациентов со сверхожирением: ограничения метода и возможности оптимизации предоперационного обследования

Пономарева Е.Ю (1,2)., Вардаева И.Д. (3), Вардаев Л.И. (2,4), Миронов К.Э. (2,4)

Москва

1) РосУниМед,
2) ММКЦ «Коммунарка»,
3) ЦКБ УДП РФ,
4) ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»

Актуальность

Рост распространенности ожирения сопровождается увеличением числа пациентов с ожирением IV и V степени (ИМТ ≥50 кг/м²), направляемых на бариатрическое лечение. Для данной категории больных характерна высокая распространенность желчнокаменной болезни, МАЖБП, вентральных грыж, сахарного диабета 2 типа и других заболеваний, требующих тщательной предоперационной оценки. Ультразвуковое исследование традиционно является методом первой линии диагностики благодаря доступности, безопасности и отсутствию лучевой нагрузки. Вместе с тем значительная толщина подкожной жировой клетчатки, увеличение глубины расположения органов и выраженное затухание ультразвукового сигнала существенно ограничивают диагностические возможности метода. Особую актуальность проблема приобретает в бариатрической хирургии, где качество предоперационного обследования напрямую влияет на выбор хирургической тактики и оценку периоперационных рисков.

Материал и методы

Проведен анализ современных литературных данных, посвященных особенностям ультразвуковой диагностики у пациентов с морбидным и сверхожирением. Изучены факторы, влияющие на качество визуализации органов брюшной полости, диагностическая эффективность ультразвукового исследования при наиболее распространенной хирургической патологии, а также методы повышения информативности исследования.

Полученные результаты

Установлено, что увеличение толщины подкожной жировой клетчатки приводит к снижению проникающей способности ультразвуковой волны и ухудшению качества изображения. Наиболее сложным объектом ультразвуковой визуализации у пациентов со сверхожирением является поджелудочная железа вследствие ее глубокого забрюшинного расположения, интерпозиции кишечных петель и выраженного затухания сигнала. Значительные диагностические трудности также возникают при оценке забрюшинного пространства, глубоких отделов печени и сосудистых структур.

Для повышения информативности исследования используются низкочастотные конвексные датчики, изменение положения пациента, сканирование через межреберные промежутки, исследование натощак и технологии тканевой гармоники. Дополнительное значение имеют альтернативные акустические доступы, позволяющие улучшить визуализацию отдельных анатомических структур.

Несмотря на то что компьютерная и магнитно-резонансная томография рассматриваются как методы уточняющей диагностики, их применение у пациентов с ИМТ >70 кг/м² также может быть ограничено техническими характеристиками оборудования. При экстремально высокой массе тела проведение КТ и МРТ может оказаться невозможным вследствие ограничений по допустимой нагрузке на стол томографа и диаметру апертуры аппарата. Таким образом, пациенты с наиболее тяжелыми формами ожирения представляют особую категорию больных, у которых возможности инструментальной визуализации могут быть существенно ограничены независимо от используемого метода исследования.

Обсуждение

Проблема диагностики у пациентов со сверхожирением выходит за рамки отдельных методов визуализации и требует комплексного подхода к организации предоперационного обследования. Ограничения ультразвуковой диагностики, а в ряде случаев и методов поперечной визуализации, диктуют необходимость разработки специализированных диагностических протоколов для данной категории пациентов. Совершенствование ультразвуковых технологий и повышение доступности специализированного оборудования способны улучшить качество предоперационной диагностики в бариатрической хирургии.

Выводы

1. У пациентов со сверхожирением диагностические возможности ультразвукового исследования существенно снижаются вследствие ухудшения акустического доступа к внутренним органам.

2. Поджелудочная железа является наиболее сложным объектом ультразвуковой визуализации у пациентов со сверхожирением, наряду с забрюшинным пространством, глубокими отделами печени и сосудистыми структурами.

3. У пациентов со сверхожирением использование специальных акустических доступов, современных ультразвуковых технологий и адаптированных протоколов исследования позволяет повысить информативность диагностики.

4. У пациентов с ИМТ >70 кг/м² ограничения могут затрагивать не только ультразвуковую диагностику, но и компьютерную и магнитно-резонансную томографию вследствие технических характеристик оборудования.

5. Разработка специализированных протоколов обследования пациентов со сверхожирением является перспективным направлением совершенствования предоперационной диагностики в бариатрической хирургии.

---

413. Активно-выжидательная тактика лечения (SNOM, НОЛ) пострадавших с проникающими колото-резаными ранениями живота

Рогаль М.М., Ярцев П.А., Стинская Н.А., Джараев К.Р., Рогаль М.Л.

Москва

ГБУЗ «НИИ СП им Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
пл. Сухаревская Б., д.3, 129090, Москва, Россия

Актуальность. Увеличение числа социальных конфликтов и доступность различных видов колюще-режущих предметов для нанесения травм приводит к увеличению количества пострадавших с проникающими ранениями живота. В мировой и российской практике при лечении гемодинамически стабильных пострадавших с такими ранениями, в случае отсутствия перитонеальной симптоматики, все чаще стали применять активно-выжидательную тактику (АВТ). Целью внедрения данного протокола лечения является снижение количества «напрасных» лапаротомий, осложнений и уровня смертности.

Материал и методы. В настоящее исследование вошло 185 пострадавших с проникающими ранениями живота (с 2022 г. по 2026 г. включительно). Преобладали мужчины – 64,9%. Средний возраст составил 37,8 лет (95% ДИ 27,5–46,8). Из общего количества 93 (50,3%) пострадавшим выполнена лапаротомия, 56 (30,3%) – видеолапароскопия, из которых конверсия потребовалась 18 (32,1%). В группе лапаротомий 4 (4,3%) носили только эксплоративный характер. Эксплоративных видеолапароскопий, без обнаружения повреждений внутренних органов, было 4 (7,1%). У 36 (19,5%) пострадавших применялась активно-выжидательная тактика.

Полученные результаты. В группе пострадавших, кому выполнялась лечебная лапаротомия осложнения были выявлены в 33 (37,1%) случаях, у тех, кому выполнялось лишь эксплоративное вмешательство осложнения развились в 2 (50%) случаях (р

---

414. Современная классификация ожирения: от индекса массы тела к клинической стратификации тяжести заболевания

Миронов К.Э (1,2), Вардаев Л.И. (1,2), Луцевич О.Э. (1,3), Терехова А.О. (4)

Москва

1) РосУниМед,
2) ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»»,
3) АО «ЦЭЛТ»,
4) MedSwiss

Актуальность

Ожирение является хроническим рецидивирующим заболеванием, характеризующимся избыточным накоплением жировой ткани и повышенным риском развития многочисленных метаболических, сердечно-сосудистых, респираторных, онкологических и других осложнений.

В течение нескольких десятилетий основным инструментом диагностики и классификации ожирения оставался индекс массы тела (ИМТ). Несмотря на простоту расчета и доказанную связь с риском заболеваемости и смертности, ИМТ не отражает распределение жировой ткани, состав тела, степень висцерального ожирения и выраженность связанных с ожирением осложнений. В последние годы международное медицинское сообщество активно обсуждает необходимость пересмотра традиционных подходов к классификации ожирения.

Материалы и методы

Проведен анализ современных международных рекомендаций, экспертных консенсусов и материалов XXVIII Всемирного конгресса Международной федерации

хирургии ожирения и метаболических нарушений (IFSO), состоявшегося в 2025 году в Сантьяго. Изучены современные подходы к стратификации ожирения и оценена их потенциальная значимость для клинической практики бариатрической и метаболической хирургии.

Полученные результаты

Установлено, что традиционная классификация Всемирной организации здравоохранения предусматривает выделение трех степеней ожирения: I степени при ИМТ 30–34,9 кг/м², II степени при ИМТ 35–39,9 кг/м² и III степени при ИМТ ≥40 кг/м². Вместе с тем увеличение числа пациентов с крайне высокими значениями ИМТ потребовало более детальной стратификации данной категории больных.

На XXVIII Всемирном конгрессе IFSO в Сантьяго была поддержана пятиуровневая классификация ожирения, предусматривающая выделение следующих категорий: ожирение I степени при ИМТ 30–34,9 кг/м², ожирение II степени при ИМТ 35–39,9 кг/м², ожирение III степени при ИМТ 40–49,9 кг/м², ожирение IV степени при ИМТ 50–59,9 кг/м² и ожирение V степени при ИМТ 60–69,9 кг/м². При ИМТ ≥70 кг/м² рекомендовано указывать фактическое значение индекса массы тела без использования дополнительных терминов.

Особое внимание уделено отказу от ранее широко применявшихся терминов «суперожирение» и «экстремальное ожирение». Экспертами IFSO отмечено, что данные определения не обладают достаточной клинической информативностью и могут рассматриваться как стигматизирующие. Предпочтение отдается объективной стратификации на основании количественных показателей ИМТ.

Обсуждение

Внедрение пятиуровневой классификации отражает современную тенденцию к персонализации лечения пациентов с ожирением. Более детальная градация тяжести заболевания позволяет точнее оценивать хирургический риск, прогнозировать вероятность послеоперационных осложнений, стандартизировать научные исследования и улучшить междисциплинарное взаимодействие специалистов.

Одновременно становится очевидным, что ИМТ не может рассматриваться как единственный критерий тяжести заболевания. Современная концепция ожирения предполагает обязательный учет коморбидности, функциональных нарушений, распределения жировой ткани и степени поражения органов-мишеней. Таким образом, пятиуровневая классификация представляет собой важный этап эволюции системы оценки ожирения, но не отменяет необходимости комплексной клинической характеристики пациента.

Выводы и рекомендации

1. Традиционная трехступенчатая классификация ожирения постепенно дополняется более детализированными системами стратификации тяжести заболевания.

2. На Всемирном конгрессе IFSO 2025 в Сантьяго поддержана пятиуровневая классификация ожирения, предусматривающая выделение пяти степеней ожирения в зависимости от величины ИМТ.

3. Международное бариатрическое сообщество рекомендует отказаться от терминов «суперожирение» и «экстремальное ожирение» как недостаточно информативных и потенциально стигматизирующих.

4. Современная оценка пациента с ожирением должна основываться не только на ИМТ, но и на анализе коморбидных заболеваний, функциональных нарушений и риска развития осложнений.

5. Внедрение новой классификации способно повысить качество стратификации риска и улучшить результаты лечения пациентов с тяжелыми формами ожирения.

---

415. Интраоперационная консервация аутологичных тканей в онкохирургии молочной железы

Орлова М.М., Горбунов А.С., Варнавских Д.В., Кодзоева Р.Т., Баранова М.П., Ануа С.Р., Цой Л.В., Парамонова Н.Б.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Актуальность: В онкохирургии молочной железы в настоящее время приоритетными являются одномоментные операции, включающие основной этап хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) в комбинации с реконструктивным компонентом, обеспечивающим раннюю социальную адаптацию и удовлетворительный внешний вид пациенток. При этом эстетическое восприятие молочной железы, возникающее в результате одномоментной реконструкции, играет значительную роль для каждой больной. Сформированная молочная железа после реконструкции может полностью соответствовать объему и форме контрлатеральной молочной железы, но не может восприниматься полноценно без элемента сосково-ареолярного комплекса (САК). Таким образом, остается актуальной разработка способов свободной пересадки САК от момента его иссечения, интраоперационной консервации и до момента подшивания,

с условием его максимальной сохранности и жизнеспособности. Цель: оценка жизнеспособности САК, интраоперационно консервированного в растворе Кустодиола, для его свободной пересадки. Материалы и методы: В нашем исследовании было выполнено оперативное лечение 11 больных РМЖ T1-2N0-N1M0 стадии люминального подтипа А, В с проведенным неоадъювантным лечение и без него. Из них у 7 больных основной группы нами был использован Кустодиол для интраоперационной консервации САК при выполнении подкожной мастэктомии (ПМ) с лимфаденэктомией (ЛАЭ) с одномоментной реконструкцией имплантатом и свободной пересадкой САК. При этом у 3 больных нами была выполнена двусторонняя ПМ, в связи с подтверждёнными мутациями BRCA-1,2, с консервацией одного САК в Кустодиоле, а второго САК - в физиологическом растворе. В контрольную группу вошли 4 больных РМЖ T1-2N0-N1M0 стадии. Больным этой группы выполнили ПМ, ЛАЭ с одномоментной реконструкцией имплантатом и пересадкой САК, интраоперационно консервированного в физиологическом растворе. Жизнеспособность свободно пересаженного САК исследовалась на основании оксигенации интраоперационно и в послеоперационном периоде на 1, 5, 15, 30 сутки и гистологического исследования биоптата свободно пересаженных САК на 5, 15, 30 сутки после операции. Нами проводилось фотографирование молочных желез до и после оперативного вмешательства. Результаты: У основной группы больных пересаженные аутологичные ткани, которые были консервированы в растворе Кустодиола, прижились лучше по сравнению с контрольной группой больных, у которых САК был консервирован в физиологическом растворе. Это связано с тем, что Кустодиол сохраняет трансплантационные свойства тканей, что подтверждается динамической оценкой оксигенации, их внешним видом в интраоперационном, ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Дополнительным подтверждением являются данные гистологического исследования биоптата, выполненного на 5, 15, 30 сутки, - более жизнеспособным является САК, консервированный в растворе Кустодиола, по сравнению с тканями, консервированными в физиологическом растворе. Обсуждения: Проводя сравнительный анализ интраоперационной консервации в Кустодиоле с доступным физиологическим раствором, требуется учитывать такие недостатки Натрия хлорида, как высокая концентрация хлорида, риск гиперхлоремического ацидоза, отсутствие буферных и питательных компонентов, которые снижают выживаемость клеток при длительном хранении. Выводы: Преимуществом Кустодиола по сравнению с известными аналогами для консервации аутологичных тканей является защита клеточных мембран от повреждений, результатом чего становится лучшая приживляемость свободно пересаженных тканей и сохранение исходной жизнеспособности. Рекомендации: Проведенное нами исследование интраоперационной консервации САК при одномоментных реконструктивных операциях у больных РМЖ может обеспечить необходимый лечебный и эстетический результат при отсутствии осложнений хирургического характера. Данный способ повышает эффективность реконструктивных операций со свободной пересадкой САК.

---

416. Профессиональный портрет врача-хирурга в контексте образовательной программы «Московская школа хирургии»

Шабунин А.В., Багателия З.А., Логвинов Ю.И., Иванов И.В., Греков Д.Н., Дроздов П.А., Карпов А.А., Меньшикова Л.И., Горбунова Е.А., Берсенева Е.А.

Москва

Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина

Актуальность

Хирургическая служба-одна из массовых в здравоохранении РФ (82,9 тыс. специалистов на 2024г.). Личностные особенности хирургов (стрессоустойчивость, решительность) и высокие риски эмоционального выгорания (до 93,7% в северных регионах) требуют адаптации образовательных программ к реальным потребностям и мотивации специалистов.

Цель исследования

Эмпирическое описание портрета обучающегося врача-хирурга для точной настройки учебных программ.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование 142 врачей, прошедших обучение по программе «Московская школа хирургии». Анкета включала 59 вопросов (социально-демографические, мотивационные, удовлетворённость обучением, предпочтения по формату и содержанию). Статистическая обработка: описательные статистики, корреляционный анализ (Spearman, Kendall Tau-b).

Полученные результаты

Социально-демографический портрет: 80,99% мужчин, средний возраст 29-34 года (42,96%), 84,51%- рядовые хирурги, 62,7%- выпускники интернатуры/ординатуры.

Мотивация: ведущий фактор- познавательная мотивация (54,93%), обусловленная интересом и осознанием недостаточности компетенций. У 45,1%- внешние обстоятельства побудили пройти обучение. Выявлена слабая положительная корреляция возраста и внутренней мотивации (r=0,207; p=0,013).

Удовлетворённость программой: 46,48% поставили 10 баллов, 15,49%-9 баллов. Наиболее востребованные модули: «сшивающие аппараты» (18,31%), «безопасная электрохирургия» (11,27%), лапароскопический симулятор (9,15%).

Предпочтения по обучению: очный формат (80,99%), оптимальная продолжительность- 36 часов (60,56%). Развитие профессиональных компетенций интересует 83,69%, мягкие навыки- 16,31%.

Карьерные намерения: 95,77% планируют продолжать профессиональную деятельность, 69,01% не желают менять текущее место работы. Установлена слабая отрицательная корреляция между желанием сменить работу и должностным статусом (τ_a = –0,288; p=0,001)., а также тенденция к снижению с возрастом (ρ = –0,217; p=0,009).

Обсуждение

Полученный портрет соответствует ранее описанным личностным характеристикам хирургов: целеустремленность, организованность. Низкая готовность к смене работы (12,68% уверенно желает уйти) при высокой удовлетворённости программой свидетельствует о лояльности кадров и эффективности образовательного процессса. Преобладание познавательной мотивации подтверждает важность практико-ориентированных модулей; потребность в базовых темах (коагуляция, сшивающие аппараты) и запрос на увеличение продолжительности обучения (за счёт сокращения ежедневной нагрузки) указывает на необходимость баланса теории и практики.

Выводы

Типичный слушатель «Московской школы хирургии»- мужчина 29-34 года, с мотивацией к профессиональному развитию и высокой удовлетворённостью программой.

Приоритетные формы обучения- очная (36 часов) с акцентом на практические компетенции (хирургические симуляторы, работа с аппаратурой).

Рекомендации

Для преподавательского состава: оптимизировать программы под предпочтения – 36-часовые очные курсы с сокращением лекционных блоков и увеличением практических занятий; добавить углублённые модули по коагуляции, сшивающим аппаратам, газам в хирургии и инсуфляции.

Для руководителей хирургических служб: учитывать возрастные и мотивационные характеристики при планировании кадрового резерва: использовать полученные данные для снижения риска оттока специалистов.

Для системы дополнительного профессионального образования: внедрить психологическую поддержку для профилактики эмоционального выгорания, особенно среди хирургов старшей возрастной группы.

---

418. Характеристики инновационного костного цемента на основе полиметилметакрилата и наноцеллюлозы

Оболенский В.Н. (1,2), Копицын Д.С. (3), Доронина О.А. (1), Винокуров В.А. (3), Смалюк О.С. (2), Римашевский Д.В. (4), Оснач С.А. (5), Тоузаков Ф.С. (3), Кичесов М.С. (3)

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
2) ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демихова ДЗ г. Москвы
3) РГУ нефти и газа (НИУ) имени И.М. Губкина
4) ФГАОУ ВО РУДН им. П. Лумумбы5ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗ г. Москвы

Актуальность. Костные цементы на основе полиметилметакрилата (ПММА) на сегодняшний день остаются «золотым стандартом» в ортопедической хирургии во всем мире для фиксации эндопротезов суставов, вертебропластики и использования техники Маскуле. Их широкое применение обусловлено высокой механической прочностью, быстрым отверждением и простотой использования in situ. Однако несмотря на неоспоримые преимущества, традиционные костные цементы на основе ПММА обладают рядом критических недостатков: выделение тепла в процессе экзотермической полимеризации, приводящее к некрозу прилегающих тканей, потенциальную цитотоксичность, связанную с остаточным мономером метилметакрилатом. Кроме того, высокая гидрофобность матрицы приводит к удержанию 85–90% противомикробного препарата в объеме цемента, ограничивая биодоступность антибиотиков.

Экспериментальная часть. Созданные композиты на основе ПММА с различными видами целлюлозы (микрокристаллическая наноцеллюлоза, МКЦ, карбоксилированная наноцеллюлоза, КНЦ и др.) обладают более низкой температурой полимеризации, что позволяет использовать более широкий спектр антибиотиков без учета их термостабильности, после полимеризации - сопоставимыми и улучшенными по сравнению с коммерческими образцами ПММА-цементов прочностными характеристиками (прочность на сжатие - в два раза больше, прочность на разрыв - без различия, твердость - на 15% больше), но в то же время высокой пористостью и имеют в 3-5 раз более длительный антибактериальный эффект за счет постепенного высвобождения препарата из всего объема, а не только с поверхности

(6-7 недель против 2 недель).

---

419. Способ замещения костного дефекта при параэндопротезной инфекции коленного сустава на первом этапе двухэтапного ревизионного эндопротезирования

Оболенский В.Н. (1,2), Леваль П.Ш. (1), Григорян Г.А. (1), Григорьев М.А. (1), Кириллин А.В. (1), Аракелов С.Э. (1,3), Просиков В.А. (1)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демихова ДЗ г. Москвы
2) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
3) ФГАОУ ВО РУДН им. П. Лумумбы

Актуальность. При параэндопротезной инфекции коленного сустава (ППИ КС), а также при первичных деструктивных остеоартритах, часто формируются костные дефекты бедренной и/или большеберцовой костей. На сегодняшний день для замещения таких костных дефектов используются армированная и неармированная цементная пластика, модульные металлические блоки и метафизарные втулки, танталовый конус, костные алло- и аутотрансплантаты.

Однако, в случае цементной пластики ряд авторов отмечают риски термического некроза окружающей губчатой кости, расшатывание и нестабильность имплантата, прогрессирующий лизис окружающей кости. При использовании модульных металлических блоков бывают переломы металлоконструкций и нагноения. Аллотрансплантаты имеют риск резорбции, расшатываний, а также риск переноса инфекционных заболеваний, к тому же аллотрансплантаты не везде доступны. Аутокость ограничена по объему костного материала и имеет риск несращений и нагноений.

Целью данного исследования явился поиск способа замещения костных дефектов костей, составляющих коленный сустав, при гнойно-деструктивных процессах без указанных недостатков других известных методов.

Материал и методы. Предлагаемый способ имеет принципиальное отличие от вышеуказанных методов и способов за счет индивидуализации с одной стороны и стандартизации - с другой, с использованием аддитивных технологий и при одновременной его простоте. В программе 3D-slicer моделируются аугменты, формой повторяющие внутреннюю поверхность бедренного и большеберцового компонентов стандартных преформированных артикулирующих спейсеров коленного сустава различных стандартизированных размеров. Затем на 3D-принтере производится печать размерной линейки смоделированных аугментов с последующей их обработкой и стерилизацией.

При первичном обследовании пациента при КТ оценивается объем костного дефекта, что позволяет рассчитать потребность в остеозамещающем материале. Интраоперационно на первом этапе ревизионного эндопротезирования коленного сустава по поводу параэндопротезной инфекции после удаления скопроментированного эндопротеза и тщательной санации костные дефекты заполняются стерильным остеозамещающим материалом, устанавливаются соответствующие по размеру аугменты и компоненты спейсера, последние – на костный цемент. При этом остеозамещающий материал изолирован от костного цемента аугментом.

На протяжении последующих 3-5 месяцев происходит перестройка остеозамещающего материала и дефект оказывается заполненным костной тканью, что позволяет на втором этапе устанавливать даже первичный эндопротез без использования дополнительных материалов и конструкций.

Полученные результаты. По данной методике в 2025-26 гг. пролечено 50 пациентов - без осложнений, побочных явлений и рецидивов; через второй этап ревизионного протезирования проведено 6 человек.

Обсуждение. Метод может быть масштабирован, т.к. индустриальные продукты (остеозамещающий материал, артикулирующие антибактериальные спейсеры, антибактериальный костный цемент) доступны, а линейка стандартизированных титановых аугментов может быть заранее заказана на производстве 3D-печати. Технические аспекты самого оперативного пособия проще и занимают меньше времени, чем при использовании других методов замещения костных дефектов.

Выводы и рекомендации. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику для замещения костных дефектов при ППИ КС.

---

420. Поперечный транспорт большеберцовой кости – метод стимуляции ангиогенеза и регенераторных процессов

Оболенский В.Н. (1,2), Оснач С.А. (3,4)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демихова ДЗ г. Москвы
2) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
3) ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗ г. Москвы
4) ФГАОУ ВО РУДН им. П. Лумумбы

Актуальность. Заболевания периферических артерий - облитерирующий атеросклероз - и синдром диабетической стопы являются основными причинами нетравматических ампутаций нижних конечностей, которые составляют свыше 75% от всех выполняемых ампутаций. Выполнение эндоваскулярной реваскуляризации при заболевании артерий нижних конечностей, угрожающих развитием критической ишемии, является приоритетным методом сосудистой реконструкции. Однако подобное вмешательство не всегда проходит успешно, что порой требует его неоднократного повторения, а 40% пациентам, которым показано эндоваскулярное вмешательство, оно не может быть проведено в силу наличия противопоказаний к его выполнению. У таких пациентов сохраняется достаточно высокий риск потери конечности.

Поперечный транспорт большеберцовой кости (ПТБК) - воплощение «эффекта Илизарова»: при постоянном медленном растяжении происходит стимуляция регенерации в тканях (кости, мышцы, нервы, кровеносные сосуды, кожа).

Материал и методы. С октября 2025 года по апрель 2026 года пролечено 14 пациентов в возрасте от 44 до 81 года с гнойно-некротическими осложнениями нейро-ишемической формы синдрома диабетической стопы с противопоказаниями или неэффективнстью реваскуляризирующих вмешательств. Использован вариант методики ПТБК университета Гуанси (Китай): некрэктомия на стопе, остеоперфорация и остеоклазия кортикального фрагмента передней поверхности в/з большеберцовой кости (ББК) 5 х 1,5 см, транспорт аппаратом внешней фиксации (АВФ) кнаружи по 1 мм в день - 10 дней, транспорт кнутри - 10 дней, демонтаж АВФ.

Полученные результаты. У всех пациентов отмечена положительная динамика раневого процесса, уменьшение и заживление ран; признаки неоангиогенеза при контрольной ангиографии через 3 месяца, сохранение опорной стопы. Осложнения: в двух случаях отмечены переломы ББК в зоне кортикотомии без смещения - оба купированы фиксацией в гипсовой лонгете; в одном случае выявлено нагноение в области кортикотомии, что потребовало повторных санирующих вмешательств.

Обсуждение. По данным литературы при использовании методики ПТБК на больших выборках высокие ампутации проведены в 2,9 – 7,4% случаев, переломы ББК в зоне кортикотомии отмечены у 1,5% пациентов, воспаление в области стержней - до 4,4% и некроз мягких тканей в зоне кортикотомии в 8,3% наблюдений. Наш первый опыт освоения методики на 14 пациентах - 14,3% переломов и 7,1% нагноений; все конечности сохранены.

Выводы и рекомендации. Методика ПТБК легко воспроизводима проста в исполнении, клинически эффективна, а набор опыта позволить снизить процент осложнений. Сохранение опорной конечности в среднем в 96% случаев по данным литературы позволяет рекомендовать ПТБК к применению в клинической практике.

---

421. Лапароскопически-ассистированная секвестрэктомия. Опыт ММНКЦ им. С.П. Боткина

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Карпов А.А. (1,2), Климашевич А.В. (1), Колотильщиков А.А. (1), Бочарников Д.С. (1), Петришин М.В. (1), Титов И.А. (1), Абрамов К.А. (1)

Москва

1) Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5, Российская Федерация
2) Кафедра хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного последипломного образования Российской Медицинской Академии Непрерывного Профессионального Образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; 125933, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Российская Федерация

Актуальность: Острый панкреатит – воспалительный процесс в паренхиме поджелудочной железы и забрюшинной клетчатке, характеризующийся значительной летальностью при развитии инфицирования. Основой лечебной стратегии в позднюю фазу развития заболевания являются различные варианты секвестрэктомии. В последние годы вновь стали актуальными и получили распространение лапароскопические методики секвестрэктомии.

Материал и методы: Продемонстрирован опыт применения лапароскопически-ассистированной секвестрэктомии у 11 пациентов с инфицированным панкреонекрозом в позднюю фазу развития заболевания, которые находились в хирургической клинике ММНКЦ им. С.П. Боткина за период с 2025 по 05.2026 включительно. У всех представленных пациентов был проведен стандартизи-

рованный алгоритм лабораторно-инструментального обследования (с определением «Модели» и «Типа» панкреонекроза в зависимости от стадии заболевания) и комплексного лечения. «Модель-1», согласно данным КТ, диагностирована у 7 (63,6%) пациентов, «Модель-2» – у 4 (36,4%) пациентов (ранняя фаза заболевания). Гнойно-некротические коллекторы, соответствующие «Типу I» диагностированы у 6 (54,5%) пациентов, «Тип IIa» был выявлен у 4 (36,4%) пациентов, «Тип IIb» – у 1 (9,1%) пациента (поздняя фаза заболевания).

Полученные результаты: Все представленные пациенты были оперированы, выполнено от 1 до 3 санационных вмешательств. Отмечено развитие 1 (9,1%) интраоперационного осложнения (причиной явилось активное кровотечение из селезеночной вены, развившееся в ходе секвестрэктомии), потребовавшего конверсии доступа, а также 2 (18,2%) послеоперационных осложнений (I степени и IIIb степени по классификации Clavien-Dindo). Летальных исходов не наблюдалось. В послеоперационном периоде у 7 (63,6%) из представленных пациентов проводилась этапная коррекция/замена дренажей под рентгенологическим контролем, у остальных 4 (36,4%) пациентов дренажи были удалены при проведении ежедневных перевязок послеоперационных ран.

Обсуждение: Этапный подход в лечебной стратегии у пациентов с панкреонекрозом является общепринятым постулатом в мировом хирургическом сообществе. Важная составляющая эффективного лечебного процесса и обоснованного выбора способа секвестрэктомии – точная топическая диагностика с применением всех современных методов инструментальной диагностики. Лапароскопически-ассистированная секвестрэктомия является эффективным вмешательством у пациентов с инфицированным панкреонекрозом. При выверенной и обоснованной интеграции в лечебный алгоритм данный способ секвестрэктомии может служить альтернативой эндоскопической транслюминальной и видео-ассистированной ретроперитонеоскопической секвестрэктомии.

Выводы и рекомендации: Представленный опыт применения лапароскопически-ассистированной секвестрэктомии позволяет нам сделать первые выводы об эффективности данного малотравматичного способа хирургического лечения. Лапароскопические технологии обеспечивают сопоставимый по эффективности дебридмент при сравнении с другими известными малотравматичными способами секвестрэктомии и могут рассматриваться в качестве их альтернативы.

---

422. Планирование операционного вмешательства при опухолевом поражении боковой стенки таза

Чеглаков А.Н. (1), Шостка К.Г. (1), Манкевич Н.В. (1), Белоусов А.М. (1)

Санкт-Петербург

1) КВМТ им. Н.И.Пирогова СПбГУ

Актуальность: Боковая стенка таза (БСТ) вовлекается в патологический процесс в 20 % случаев при рецидивном раке прямой кишки и в 30 % в случаях рецидива рака шейки матки. Это может быть обусловлено как непосредственной инвазией опухоли, так и развитием параканкрозных изменений. Длительное время хирургическое вмешательство у таких пациентов считалось нецелесообразным из-за высокой вероятности нерадикального удаления опухоли и крайне высоким процентом послеоперационных осложнений. В настоящее время обществом эвисцеративной хирургии PelvEx Collaborative, насчитывающем более 180 центров по всему миру, разработаны стандарты лечения пациентов с распространённым опухолевым поражением органов малого таза, в том числе с поражением БСТ, создаются алгоритмы селекции пациентов и планирования операций.

Цель доклада — продемонстрировать алгоритмы планирования хирургического лечения у пациентов с опухолевым поражением БСТ.

Материалы и методы: В докладе представлены результаты лечения 63-х пациентов Ленинградского Областного Клинического Онкологического Диспансера им. Л.Д.Романа и онкологического отделения No2 Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ в период с 2013 по 2025 гг., которым была выполнена латеральная резекция стенки таза (ЛРТ), в 60 % случае в сочетании с тазовой эвисцерацией. Для планирования объема оперативного вмешательства мы руководствовались типом поражения БСТ, основанным на классификации G. Vizzielli и соавт. Операция считалась радикальной при отсутствии признаков микро- и макроскопических следов опухоли в краях резекции.

Результаты: В период с 2013 по 2025 г. Было выполнено 63 ЛРТ, из них 56 (88.9 %) у женщин и 7 (11.1 %) у мужчин. У 48 пациентов (60 %) операция в сочетании с тазовой эвисцерации. В нашем исследовании у 48 (76 %) из 63 пациентов удалось выполнить радикальную операцию, при этом 5-летняя общая выживаемость (ОВ) составила 23 % с частотой послеоперационных осложнений 71 % и послеоперационной летальностью 4.8 %. Стоит отметить, что 5-летняя ОВ была достигнута только в группе пациентов с колоректальным раком (49 %) и опухолями тела матки (50 %), прооперированными в рамках R0. В случае нерадикальной операции (R1/R2 резекция) выживаемость не достигнута.

Обсуждение: В ходе проведённой работы частота радикальных операций составила 76 %, что соответствует данным из референсных центров эвисцеративной хирургии, специализирующихся в лечении пациентов с опухолевым поражением БСТ. В нашем исследовании 5-ти летняя выживаемость достигнута лишь у пациентов с колоректальным раком и раком тела матки, прооперированных радикально. Тщательная селекция пациентов и использование классификации Vizzielli и Naik позволяют создать индивидуальный план лечения и повысить частоту радикальных операций.

Выводы: Селекция пациентов и планирование оперативного вмешательства в случае опухолевого поражения БСТ имеют ключевое значении в достижении R0 резекции. Изучение нестандартной хирургической анатомии за пределами привычных хирургических слоёв и составление индивидуальной «дорожной карты» на основании предложенных алгоритмов PelvEx Collaborative могут способствовать улучшению результатов лечения в этой сложной группе больных.

Рекомендации:

• Использование расширенного состава онкокомиссии

• Использование специального протокола МРТ исследования для описания рецидивных опухолей малого таза и первичных опухолей (mrT4b для прямой кишки, ≥T3 для рака шейки матки и T4 для рака тела матки)

• Проводить селекцию пациентов на этапе планирования:

1. Оперативное вмешательство имеет целесообразность лишь у пациентов с ожидаемой продолжительностью более 1 года

2. Пациент по соматическому статусу должен быть готов пережить кровопотерю, равную объёму ОЦК

• Создание индивидуальной «дорожной карты» оперативного вмешательства для каждой клинической ситуации на основании МРТ исследования.

---

423. Результаты хирургического лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы

Горин Д.С. (1), Кригер А.Г. (1), Мартиросян Т.А. (1), Шибитов В.А. (1), Искандарова А.Р. (2)

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ»
2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Актуальность

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ) – группа новообразований из клеток нейроэндокринной дифференцировки. Частота их составляет 1-2% среди всех опухолей ПЖ. Заболеваемость колеблется в диапазоне от 1 до 4 случаев на один миллион населения в год. В 60-70% опухоль не сопровождается специфическими клиническими проявлениями (нефункционирующие НЭО), в 30-40% наблюдений имеются симптомы гормональной гиперпродукции (функционирующие НЭО). Среди функционирующих НЭО наиболее часто встречается инсулинома. Инструментальная диагностика НЭО основана на результатах КТ с внутривенным контрастным усилением, МРТ, ЭндоУЗИ. В сложных диагностических случаях возможно выполнение ПЭТ-КТ.

Хирургическое вмешательство является основным методом лечения НЭО ПЖ при отсутствии признаков местного распространения и отдаленного метастазирования опухоли. Стандартным подходом в хирургическом лечении является выполнение резекционных вмешательств: панкреатодуоденальная резекция (ПДР), дистальная резекция (ДР) ПЖ. При НЭО G1-G2 возможно выполнение энуклеации опухоли.

Цель: Оценить результаты хирургического лечения НЭО ПЖ.

Материалы и методы

В период с мая 2024 по июнь 2026 года в ГБУЗ «ГКБ имени С.С. Юдина ДЗМ» оперировано 65 пациентов с морфологически и иммуногистохимически подтвержденными НЭО ПЖ G1-G2. Женщин было 41, мужчин — 24. Средний возраст пациентов составил 49 лет. Размер опухоли варьировал от 9 до 90 мм, в среднем составил 22 мм. ПДР выполнена в 5 случаях, ДР ПЖ – 8, срединная резекция ПЖ – 1. Энуклеация НЭО осуществлена у 51 пациента.

Результаты

Пациенты были разделены на две группы в соответствии с локализацией НЭО в ПЖ: в группу 1 включены пациенты с проксимальным расположением НЭО (головка, шейка ПЖ); в группу 2 – пациенты с НЭО дистальных отделов

ПЖ.

В 39 случаях НЭО локализовалась в проксимальных отделах ПЖ (группа 1). ПДР выполнена в 5 случаях, срединная резекция ПЖ – 1, энуклеация – 33. Лапароскопически оперировано 9 пациентов, традиционным доступом – 30. Специфические послеоперационные осложнения возникли у 16 пациентов из 39 (41%). Панкреатический свищ (ПС) тип В по ISGPS - 14, тип С по ISGPS – 1, гастростаз – 1, послеоперационное кровотечение – 2 (в обоих случаях позднее). В одном случае кровотечение потребовало выполнения эндоваскулярной эмболизации гастродуоденальной артерии, во втором случае кровотечение не потребовало дополнительных вмешательств и было купировано консервативно. Выполнение релапаротомии не потребовалось ни в одном наблюдении. Отмечен один летальный исход. Смерть наступила на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности без лабораторных и инструментальных признаков послеоперационного панкреатита.

В группу 2 включено 26 пациентов, которым в 7 случаях выполнена ДР ПЖ, в 19 – энуклеация НЭО. Лапароскопически выполнена 21 операция, традиционным доступом – 5. Специфические послеоперационные осложнения возникли у 9 пациентов из 26 (34,6%). ПС тип В по ISGPS - 7, тип С по ISGPS – 2. Послеоперационное кровотечение отмечено у 2 пациентов (в обоих случаях позднее). В одном из случаев кровотечение потребовало выполнения релапаротомии с прошиванием культи селезеночной артерии, во втором наблюдении была выполнена релапароскопия, остановка кровотечения из ложа удаленной опухоли. Летальных исходов не было.

Выводы

Основным методом лечения НЭО ПЖ является радикальное хирургическое вмешательство. Выбор объема операции определяется исходными характеристиками опухоли (G1-G2), основанными на инструментальных методах диагностики, локализацией, размером и расположением относительно протока ПЖ. При НЭО G1-G2, возможно выполнение энуклеации опухоли, что без ущерба онкологической радикальности позволяет сохранить функционально активную паренхиму ПЖ. При локализации НЭО в головке ПЖ энуклеация опухоли представляет собой разумную альтернативу выполнению ПДР. Частота послеоперационных осложнений при энуклеации сопоставима с таковой при стандартных резекционных вмешательствах.

---

424. Хирургическое лечение болезней искусственного пищевода при дефиците пластического резерва

Ручкин Д.В., Лукьянченко К.П., Козлов В.А.

Москва

ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А.В. Вишневского

Актуальность. Целью лечения пациентов с болезнями искусственного пищевода (БИП) является возвращение им полноценного питания через рот. В отдельную когорту выделяют больных с незавершенной пластикой пищевода. Ключевой проблемой реконструктивной хирургии пищевода остается выбор способа повторной эзофагопластики (ЭП) при дефиците пластического материала, который возникает после предшествующих в анамнезе операций на желудке, толстой и тонкой кишке. Также его причиной могут стать ятрогенные повреждения этих органов, не позволяющие сформировать из них новый пищевод. В таких условиях над хирургом довлеет груз ответственности за исход операции, так как неудача и незавершенность последнего вмешательства могут навсегда лишить больного возможности принимать пищу через рот.

Цель исследования - улучшить результаты реконструктивной пластики пищевода при дефиците пластического материала.

Материалы и методы. В НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (НМИЦХ) в период с 2011 по 2026 г. выполнили 40 реконструктивных операций при БИП. У всех больных перед основным этапом лечения в НМИЦХ был выявлен дефицит пластического материала. Показанием к реконструктивной операции у 34 (85%) больных явилась незавершенность ЭП, у 6 (15%) – БИП. Показанием к первичной операции на пищеводе стали: рак пищевода - 19 (47,5%), ожоговая стриктура - 10 (25%), синдром Бурхаве - 7 (17,5%), ахалазия кардии – 2 (5%) и в 2 наблюдениях трахеопищеводный свищ.

У 20 (50%) пациентов до основного этапа лечения в НМИЦХ предпринималась попытка первичной пластики пищевода в других лечебных учреждениях. Причиной её незавершенности у 15 (75%) пациентов послужил некроз трансплантата, из них у 7 (46,6 %) желудочного, у 7 (46,6%) толстокишечного и у 1 (6,8%) созданного из тонкой кишки. Еще у 5 (25%) пластика пищевода не была завершена ввиду несостоятельности эзофагогастроанастомоза (ЭГА). Среди БИП показанием к повторной ЭП были: стриктура ЭГА (2), избыточная петля толстокишечного трансплантата (2), рак кожной вставки (1) и рецидив рака пищевода в желудочном трансплантате (1). У 14 (35%) пациентов исследуемой группы на предыдущем этапе лечения попытка ЭП не предпринималась, из них 12 были оперированы в других лечебных учреждениях. Лишь у 2 эзофагэктомия (ЭЭ) без реконструкции

выполнена в НМИЦХ.

Результаты.

Одномоментно реконструктивную ЭП в центре хирургии удалось завершить 28 (70%) пациентам, из них 19 (67,8%) левой половиной ободочной кишки, в том числе 1 – с дополнительной реваскуляризацией средних ободочных сосудов от яремной вены и сонной артерии. Ещё 4 (14,3%) желудком, 2 (7,2%) тонкой кишкой и 3 (10,7%) сформировали желудочно-тонкокишечный трансплантат (ЖТТ). У 9 (22,5%) пациентов завершение повторной пластики пищевода выполнялось в несколько этапов: у 7 была этапная тонкокишечная пластика, у 1 - предварительная перевязка средней ободочной артерии и у 1 - эмболизация левой и правой желудочной артерий, с целью адаптации коллатерального кровотока. У 35 (87,5%) пациентов трансплантат провели ретростернально, у 4 (10%) - заднемедиастинально. В 1 (2,5%) наблюдении тонкокишечный трансплантат не был проведен ввиду его интраоперационного некроза.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 7 (17,5%) больных. Субтотальный некроз трансплантата развился у 3 (7,5%) пациентов. У 2 (5%) он был сформирован из толстой кишки (без реваскуляризации), у 1 (2,5%) - из тонкой. При экстренной операции выполнили удаление нежизнеспособного отдела кишки с выведением питательной коло- и еюностомы. Несостоятельность шейного соустья выявлена у 2 (5%) больных, у 1 - ЭГА, у другого - эзофагоколоанастомоза. В данных наблюдениях несостоятельность разрешилась консервативными мероприятиями. Еще у 1 пациента диагностирована перфорация стенки толстокишечного трансплантата, что потребовало ее ушивания. Также у 1 больного зафиксировано кровотечение из язв желудка, что потребовало выполнения гастротомии и прошивания кровоточащих язв. У 1 больного с некрозом нижней трети толстокишечного трансплантата, перфорацией толсто-толстокишечного анастомоза, полиорганной недостаточностью на фоне септического шока зафиксирован летальный исход. Госпитальная летальность составила 2,5%. Таким образом, реконструктивная ЭП в НМИЦХ окончательно завершена у 37 (92,5%) пациентов.

Выводы. Завершение повторной ЭП – это индивидуальная, но в то же время стандартная последовательность выбора пластического материала для создания нового искусственного пищевода. При дефиците пластического материала задача реконструктивной операции сводится к поиску возможного варианта пластики пищевода, используя при этом любой пригодный фрагмент желудочно-кишечного тракта. Мы руководствуемся универсальным алгоритмом, который используем для завершения как первичных, так и повторных операций: изоперистальтическая желудочная трубка; комбинированный трансплантат (желудочная трубка + сегмент тонкой кишки); левая половина (включая поперечную) ободочной кишки; комбинированный трансплантат (толстая кишка + сегмент тонкой кишки); тонкая кишка.

---

425. Современные аспекты хирургического лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями из больших и гигантских язв.

Парфёнов А.О. (1,2), Демко А.Е. (1,2), Вербицкий В.Г. (1,2), Лыонг Ш.Т. (2)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский научно исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург
2) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

По данным ежегодного отчета показателей хирургической помощи в Российской Федерации за 2024 г. отмечается тенденция к росту как госпитальной летальности с 5,5% в 2023 г. до 6,0% в 2024 г. так и послеоперационной при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК) с 18,6% в 2023г. до 19,7% в 2024 г. на фоне снижения оперативной активности с 12,6% в 2023 г. до 12,1% в 2024 г.

Цель исследования: на основании анализа результатов лечения пациентов с ЯГДК из больших и гигантских хронических язв в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе уточнить тактику хирургического лечения данной категории больных.

Нами был проведен анализ результатов лечения 190 пациентов с кровотечением из больших и гигантских хронических язв желудка и ДПК, находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2020-2025 гг. Пациенты, включенные в исследование, были с высокой коморбидностью, кровопотерей более 30% объема циркулирующей крови. Во всех наблюдениях размер язвенного дефекта был более 2 см. По классификации Forrest преобладала доля пациентов с кровотечением Forrest IIB - 49(26,1%) и IIA - 47(25%). Количество больных с Forrest IIC составило 34(18%), тогда как с показателями Forrest IB - 35(18%) и IA - 25(13%). Стратификацию риска рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода оценивали по шкале Rockall. Минимальный риск рецидива (0-2 балла) имел место только у 10 (5%) больных, средний - (3-5 баллов) у 40 (21%) пациентов и в 140 (74%) наблюдениях - высокий риск рецидива кровотечения (6-8 баллов). Помимо первичного эндоскопического гемостаза 30(15,8%) пациентам выполняли транскатетерную артериальную эмболизацию (ТАЭ). Хирургическое лечение выполнено 121 (64%) пациенту. В связи с неэффективным эндоскопическим гемостазом прооперированы 18(15%) больных. Из них в 10(57%) наблюдениях

выполнены паллиативные вмешательства. Рецидив кровотечения в послеоперационном периоде был у 2(14%) пациентов. Неблагоприятный исход отмечен в 5(28%) наблюдениях. По поводу рецидива кровотечения после успешного эндоскопического гемостаза в стационаре прооперированы 75(62%) пациентов. В 19 (43%) случаях выполнены паллиативные хирургические вмешательства. Рецидив кровотечения у данной группы пациентов был в 4 (5,6%) случаях. Неблагоприятный исход отмечен в 13(17,9%) наблюдениях. С целью «хирургической профилактики» рецидива кровотечения в срочном порядке прооперированы 28(23%) пациентов. Рецидива кровотечения и неблагоприятных исходов в этой группе больных не было. Консервативная терапия проводилась 39(20%) больным. Во всех наблюдениях первичный эндоскопический гемостаз был эффективен. В 8(20%) наблюдениях имел место рецидив кровотечения. Неблагоприятный исход наступил в 13(35%) случаях.

Таким образом, одним из ключевых вопросов при выборе тактики лечения пациентов с кровотечением из больших и гигантских язв желудка и ДПК является стратификация риска рецидива кровотечения. Стоит отметить, что в связи размерами язвенного дефекта снижается эффективность эндоскопического гемостаза у данной категории больных. В результате проведенного анализа установлено, что у пациентов с 2 и более рецидивами кровотечения отмечен наибольший показатель летальности. Это обуславливает необходимость выбора более активной хирургической тактики. Операцией выбора при язве желудка является его резекция, при язвах двенадцатиперстной кишки и препилорического отдела желудка-ваготомия с дренирующими желудок вмешательствами или резекция желудка. Срочная операция в течение 12–24 ч от момента поступления больного в стационар возможна у пациентов группы риска операции (8–11 баллов по Rockall) после успешного первичного эндоскопического гемостаза и первого рецидива кровотечения в стационаре при размере язвы более 2,0 см. Применение ТАЭ, по нашему мнению, целесообразно у коморбидных пациентов с высоким риском рецидива кровотечения, как альтернатива паллиативным оперативным вмешательствам у больных с неэффективным эндоскопическим гемостазом, а также как метод профилактики рецидива кровотечения.

---

426. Хронический панкреатит с сегментарным стенозом и постокклюзионным расширением вирсунгова протока: диагностика и тактика лечения.

Магомедова С.М., Меджидов Р.Т., Габибуллаев А.Ф., Алиев Б.О.

Махачкала

Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» (ДГМУ МЗ РФ) Минздрава России, Махачкала, Российская Федерация

Актуальность. Причинами формирования стриктур Вирсунгова протока являются вовлечение его в зону некроза паренхимы или в воспалительный процесс, атрофия и десквамация эпителия протоков с развитием фиброза стенок и гиперплазии базальных клеток. Стриктура основного ствола Вирсунгова протока приводит к развитию гипертензии дистальнее зоны обструкции, вовлекая в патологический процесс.

Цель исследования. Определить лечебно-диагностическую тактику при морфологическом типе хронического панкреатита (ХП) с сегментарным стенозом и постокклюзионным расширением Вирсунгова протока.

Материал и методы. Среди 176 пациентов морфологического типа В и С3 ХП (классификация M.Buchler и P.Malforstheiner 2002) находились 31 пациента с сегментарным стенозом и постокклюзионным расширением Вирсунгова протока, перенёсшие деструктивный панкреатит. В 68,6% наблюдениях панкреатит был алиментарного характера, а в 32,4%-билиарного генеза. Потеря веса до 13 кг отмечено у 8 (25,8%) пациентов, до 20 кг-13 (41,9%) и более 21 кг- у 15 (48,3%). Потеря массы при данном морфологическом типе ХП во многом связана как с нарушением экзокринной и эндокринной функций железы, так и с боязнью приёма пищи из-за развивающегося болевого приступа. Для уточнения клинико-морфологического типа ХП были проведены: ультрасонография, фиброэзофагогастродуоденоскопия, мультиспиральная тонкослойная компьютерная томография с внутривенным болюсным усилением, МР-холангиопанкреатография. Операция Puestow-I выполнена 4 пациентам, Puestow-III -15, Фрея -10 и Duval -2 пациентам.

Полученные результаты. Наиболее информативным в плане диагностики данного морфологического типа и определения хирургической тактики является МРТ в режиме холангиопанкреатографии и компьютерной реконструкции данных МР – холангиопанкреатографии на программе RadiAnt. Протоковая гипертензия, когда её причиной могут быть сегментарные стриктуры с расширением протока дистальнее стриктуры более показаны дренирующие вмешательства. Мы полагаем, что предложение Избицки о необходимости V-образного иссечения

передней стенки железы над протоком, облегчает условия выполнения оперативного вмешательства и способствует улучшению непосредственных результатов. При коротких стриктурах Вирсунгова протока в области перехода тела в хвост целесообразно выполнений операций типа Дюваля. Альтернатива можно - операция Puestow II, по наличию упорного болевого синдрома, кальцификация паренхимы в зоне стриктуры, что наблюдалось в трёх наблюдениях, склонило чащу весов в сторону резекционной методики. В настоящее время наиболее широкое применение нашла операция Фрея, при которой выполняется частичная резекция головки ПЖ во фронтальной плоскости.

Обсуждение. Самые тягостные проявления, снижающие качество жизни пациентов, это упорная абдоминальная боль, синдромы внешнесекреторной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы. Определяющим условием при выборе оперативного вмешательства является верификации причин боли. При протоке гипертензии на почве сегментарного стеноза главного панкреатического протока показаны менее травматичные дренирующие операции.

Выводы

• Наиболее чувствительным и специфичным методом для топической диагностики морфологического типа хронического панкреатита является МР- холангиопанкреатография в 3 D реконструкции.

• При постокклюзионном дистальном расширении главного панкреатического протока более показательными являются дренирующие операции.

Рекомендации:

Для диагностики данного морфологического типа наиболее информативным является МРТ в режиме холангиопанкреатографии.

Выбор оперативного вмешательства варьирует от вида патологии.

---

427. Гемодинамические предикторы исходов лапароскопической холецистэктомии

Ухарский А.В. (1), Киселева И.В. (1), Котлинский Ю.И. (2), Лось М.С. (3).

1) Орехово-Зуево
2) Щелково
3) Ярославль

1) ГБУЗ МО «Орехово-Зуевская больница»
2) ГБУЗ МО «Щелковская областная больница»
3) ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница»

Введение

В структуре заболеваний билиарной системы у лиц пожилого возраста ведущими являются

ЖКБ и хронический калькулезный холецистит – 40-55%. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) без сомнения является золотым стандартом лечения неосложненной ЖКБ. При этом одним из наиболее частых ранних осложнений данной операции является нарушение функции печени, которое наблюдается по данных разных авторов в 10,2 – 34,6% случаев. Это диктует необходимсоть поиска методов предикции данных осложнений и улучшения исходов ЛХЭ.

Цель исследования: выявить гемодинамические показатели билиарного кровотока в предоперационном периоде влияющие на исходы ЛХЭ у пациентов с неосложненной желче-каменной болезнью.

Материалы и методы

В исследование включено 88 пациентов с диагнозом ЖКБ проходивших лечение в нашей клинике в период с 2023-2025 гг, которым в плановом порядке выполнялась ЛХЭ. Средний возраст пациентов составил 54,2±9,1 года, мужчины 47, женщины 41. В предоперационном периоде за 1-3 суток до операции всем пациентам выполнялась допплерография печеночной артерии с оценкой следующих показателей Vmax, Vmin и расчетом индекса резистентности (IR). В послеоперационном периоде пациенты получали стандартную антибактериальную и инфузионную терапию. На 3-е и 10-е сутки после операции исследовались уровни маркеров функции печени: АСТ, АЛТ, ГГТ, общий билирубин. Печеночная недостаточность регистрировалась в случае повышения одного или нескольких исследуемых показателей свыше 1,5 х верхней границы нормы. Для статистического анализа данных использовали программу STATISTIKA 6.0 (StatSoft, Inc.). Применяли корреляционный анализ Pearson’a (r). Оценка качества прогностических моделей, уровень их чувствительности и специфичности проводились с использованием ROC-анализа.

Результаты

Нарушение функции печени по данными лабораторных исследований на 3-е сутки после операции выявлена у 14 пациентов (15,9 %) и сохранялась у 8 (9,1%) пациентов на 10-е сутки после операции.

Обнаружена выраженная достоверная корреляция между показателем RI в печеночной артерии в предоперационном периоде и вероятностью развития нарушения функции печени в после ЛХЭ (r = 0,414 и r = 0,429). Для выявления пороговых значений гемодинамических показателей на вероятность возникновения печеночной недостаточности был проведен ROC-анализ. Пороговое значение RI в печеночной артерии для развития нарушения функции печении соответствовало 0,66 (чувствительность 85%, специфичность 73%). При IR 0,72 специфичность показателя достигала 93% (чувствительность 31%).

На основании полученных данных всех пациентов распределили на три группы в зависимости от показателя IR: менее 0,66, 0,66-0,72, и более 0,72. Частота развития нарушения функции печений в первой группе в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ составила 6,3%, во второй группе 9,4%, в третьей группе 20,6%.

Заключение

Допплерография почечных сосудов с определением IR является доступным методом оценки вероятности возникновения печеночной недостаточности после ЛХЭ. Повышение IR более 0,72 в печеночной артерии является независимым критерием вероятности возникновения нарушения функции печени в раннем послеоперационном периоде с частотой возникновения 20,6%. Именно данной категории пациентов показано применения гепатопротекторных методик на периоперационном этапе.

---

428. Первые результаты эндоскопической внутрипросветной гастропластики в лечении пациентов с ожирением

Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Велизаде Л.А., Вагапов А.И.

Москва

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского

Введение:

За последнее десятилетие наблюдается значительный рост числа выполняемых бариатрических операций. По данным регистра IFSO, с 2016 по 2021 годы число бариатрических операций увеличилось с 140 тысяч до 599 тысяч в 50 странах мира. Число операций в Российской Федерации также увеличивается ежегодно. В 2024 году по данным Российского Национального бариатрического реестра было выполнено 8255 операций. Вместе с тем, следует отметить, что потребность в бариатрических операциях в Российской Федерации оценивается примерно в 80 000 вмешательств.

Развитие оперативной эндоскопии и внедрение новых технологий в клиническую практику способствовали появлению современных эндоскопических методов лечения пациентов с ожирением. Одним из наиболее перспективных методов лечения в данной области является эндоскопическая внутрипросветная гастропластика.

Цель исследования:

Проанализировать первые результаты эндоскопической внутрипросветной гастропластики в лечении пациентов с ожирением.

Материалы и методы:

В исследование были включены 20 пациентов, перенесших эндоскопическую гастропластику по поводу ожирения в период с апреля по июль 2026 года. Среди прооперированных преобладали женщины (17 пациентов), мужчин было трое. Медиана возраста пациентов составила (Me 46; Q1-Q3=35-50). Медиана ИМТ пациентов составляла (Me 41; Q1-Q3=33-50,6).

Основными жалобами у 13 пациентов являлись одышка при ходьбе и минимальной физической нагрузке, эпизоды ночного апноэ и быстрая утомляемость. У двух пациентов на фоне избыточной массы тела был диагностирован сахарный диабет 2 типа, у пяти пациентов-артериальная гипертензия, контролируемая приемом антигипертензивных препаратов. Многие пациенты отмечали постоянную тяжесть и отеки нижних конечностей, боли в коленных суставах отмечались у 8 пациентов.

Ход вмешательства:

Эндоскопические вмешательства проводились в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом. Для выполнения эндоскопической гастропластики применялись два типа эндоскопов: у тринадцати пациентов использовался одноканальный эндоскоп, у семи – двухканальный эндоскоп с установленным устройством для наложения швов OverStitch™ или OverStitch Sx™.

Во всех случаях для уменьшения объема желудка применялся наиболее эффективный «П-образный» вариант шва с наложением 8-10 стежков, начиная с тела и антрального отдела на границе угла желудка и заканчивая верхней третью тела желудка с сохранением дна желудка. У десяти пациентов было наложено по 4 «П-образных» шва, у семи - по 5 швов, и у трех пациентов - 3

шва. Для наложения эндолюминальных швов использовались полипропиленовые нити Prolene 2/0.

Результаты:

Технический успех при выполнении эндоскопической гастропластики был достигнут у всех пациентов. Послеоперационных осложнений в исследуемой группе не отмечено.

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре, учитывая начальный этап освоения методики, составила 4 койко-дня (от 1 до 5 дней). Первая операция заняла 3 часа 35 минут, тогда как двадцатая была выполнена за 50 минут.

При контрольном осмотре через три месяца после вмешательства среднее снижение массы тела составило 18,0 кг (от 11,5 до 19 кг). Медиана процентаметодик потери общей массы тела (TBWL) достигал 12,6 % (10,5–20,7 %), тогда как средний процент потери избыточной массы тела (EWL) составил 32,6 % (27–43 %).

Заключение:

По данным литературы, эндоскопическая гастропластика обеспечивает снижение индекса массы тела, сопоставимое с результатами традиционных бариатрических операций, при низкой частоте нежелательных явлений - около 1,25%, которые, успешно купируются консервативными или эндоскопическими методами. В то же время суммарная частота осложнений после бариатрических хирургических вмешательств, по данным различных авторов, составляет в среднем 10–20%, при этом частота серьёзных осложнений достигает 2–6%, что подчёркивает более высокий профиль риска инвазивных хирургических методик.

Метод является эффективным, минимально инвазивным и потенциально обратимым способом лечения ожирения. Клинический эффект достигается за счет редукции объема тела желудка и замедления эвакуации через суженную часть тела желудка с оставлением свода желудка, что способствует более длительному периоду насыщения между приемами пищи. В результате выполнения оперативного вмешательства происходит модификация образа жизни после операции, уменьшение потребляемой пищи, переход на здоровое питание. Совокупность указанных механизмов обеспечивает клинически значимое и стабильное снижение массы тела у пациентов.

В нашем исследовании у всех пациентов отмечено клинически значимое снижение массы тела, в среднем на 18 кг в течение первых 3 месяцев, что подтверждает высокую эффективность методики.

Таким образом, эндоскопическая гастропластика представляет собой перспективный метод лечения ожирения с устойчивым функциональным результатом и коротким периодом реабилитации. Оптимальные клинические результаты достигаются при выполнении вмешательства в специализированных центрах с использованием мультидисциплинарного подхода.

---

429. Результаты лечения пациентов с неотграниченным инфицированным панкреонекрозом

Гафуров Б.Б., Прудков М.И., Галимзянов Ф.В.

Екатеринбург

Отделение гнойной хирургии ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» Российская Федерация, 620120, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185

Цель работы. Показать возможности хирургического лечения пациентов с инфицированным неотграниченным панкреонекрозом в соответствии с регламентом клинических рекомендаций.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 496 пациентов с неотграниченными вариантами септической секвестрации, которые были переведены в специализированное отделение гнойной хирургии ОКБ из хирургических стационаров 1 и 2 уровня Свердловской области после купирования панкреатогеного шока при наличии инфицированного панкреонекроза. Всем больным осуществлялась комплексная клинико-лабораторная диагностика и диагностика инструментальными методами. Для интегральной оценки тяжести состояния применяли бальную оценку по шкале SOFA. Объем дренирования определяли в соответствии с предполагаемой распространенностью поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. При формировании секвестров имело место свободно распространяющееся нагноение в зоне панкреатогенной агрессии и, как правило, рецидивирующее течение ПОН. Здесь нет перспектив выживания без хирургического вмешательства, мониторинга и протезирования органных дисфункций. Широкая лапаротомия, открытое дренирование инфицированного неотграниченного панкреонекроза формирование ретроперитонеостомы приводит к утяжелению состояния. Навигационное пункционное дренирование под контролем УЗИ дает временные результаты. При неотграниченной септической секвестрации – формирование единого пространства, наружное дренирование через разрезы, из малых открытых доступов без использования широких разрезов, Дренирование и санации проводились через бурсооментостому. Суть операции - в формировании и дренировании единой гнойной полости и некрэктомий через оментобурсостому или ретро-

перитонеостому, обработка гнойных полостей ультразвуком. Программные санации проводились через эти же доступы (применение этапной тактики хирургического лечения). Варианты формирования ретроперитонеостомы при двухподреберном доступе, формирование ретроперитонеостомы из лапаротомного и люмботомного доступов в настоящее время нами не применяются. Посиндромная терапия предполагала перевод в ОРИТ. Мониторинг клетчаточных пространств - 1 раз в 7 дней. Оперативное лечение до появления жидкостных скоплений – нецелесообразно даже при микроабсцедировании и сепсисе. Показания для пункционного (навигационного) дренирования жидкостной полости выставлялись при наличии желтухи, гастро- или дуоденостаза, панкреатогенной интоксикации.

Результаты. Все пациенты были оперированы. С неотграниченной панкреатогенной септической секвестрацией у 208 пациентов был поражен один квадрант забрюшинного пространства. Все они были одномоментно дренированы из 1-2 х разрезов длиной до 5 см. Умерли 27 больных (13 %). 288 человек имели более распространенные варианты поражения (2-5 квадрантов), включая центральную локализацию. 92 пациента из них были оперированы одномоментно, пораженные отделы забрюшинного пространства вскрывали и дренировали одномоментно при первичном оперативном вмешательстве. Умерли 25 больных (27,2%). 196 пациентов были оперированы с использованием этапной тактики дренирования. сначала дренировали один из наиболее измененных квадрантов; на следующий день или через день после стабилизации состояния и купирования септического шока оперативному вмешательству подвергались остальные зоны гнойных изменений. Умерли 39 пациент (20,1%).

Заключение: Лечение больных инфицированными формами панкреонекроза в условиях специализированного отделения гнойной хирургии возможно при наличии реанимационной поддержки, возможности верификации формы воспалительного процесса, при наличии условий инструментальной и аппаратуры для визуализации очагов нагноения и применения широкого спектра современных минимально инвазивных хирургических технологий. На региональном уровне возможна и целесообразна организация специализированных центров по оказанию хирургической помощи больным тяжелыми формами острого панкреатита и его осложнениями. Применение этапной тактики хирургического лечения у пациентов с обширными поражениями забрюшинной клетчатки при панкреатогенных флегмонах позволило осуществлять адекватное дренирование обширных панкреатогенных флегмон с меньшими рисками развития инфекционно-токсического шока и улучшить результаты лечения.

---

430. Стрессовый ответ и тактика анестезии при проведении лапароскопических холецистэктомий

Дудорова А.Д., Сорокин Э.П., Капустин Б.Б., Баженов А.А., Ивашкина Е.В., Мальчиков А.Я.

Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение: Лапароскопический доступ при проведении холецистэктомий (ЛХЭ) применяется примерно в 250000 случаях в год, характеризуется наименьшей летальностью и инвазивностью. Несмотря на все преимущества, ЛХЭ сопровождаются выраженным послеоперационным болевым синдромом, что ограничивает раннюю реабилитацию. В связи с этим важную роль играет анестезиологическое обеспечение, направленное на снижение стресс-ответа, что способствует улучшению результатов лечения.

Цель исследования: изучить уровень стрессового ответа при разных видах анестезии при проведении ЛХЭ.

Материалы и методы: В исследование включены 56 пациентов, которым выполнена плановая ЛХЭ. Пациенты были разделены на 6 групп в зависимости от метода анестезиологического обеспечения: 1) ТВА (n=16): тотальная внутривенная анестезия пропофолом, 2) ТВА+ТАР (n=6): ТВА с миофасциальной блокадой (ТАР-блок), 3) ТВА+м/а (n=6): ТВА с местной инфильтрационной анестезией в зоне введения троакаров, 4) ЭТН+севофлуран+м/а (n = 6): анестезия севофлураном с м/а, 5) ЭТН+севофлуран (n = 16), 6) ЭТН+севофлуран+ТАР (n = 6). Показатели индексов Хильдебрандта (ИХ) и Кердо (ИК), уровня гликемии оценивались на 5 этапах: за сутки до операции, перед индукцией, в середине операции, после экстубации, через 24 часа после операции. Количественные показатели оценивались с помощью критериев Краскела-Уоллиса.

Результаты и обсуждение:

ИХ и ИК не имели достоверных различий в группах за сутки до операции. Затем наблюдался рост ИХ в группах 2, 3, 4, 6: за сутки до операции 4,18[3,9 – 4,6], перед индукцией 5,1[4,4 – 5,4] (p=0,002), после экстубации 4,8[4,3 – 5,2]. ИК после операции претерпел наибольшие изменения в группах 6 и 4: прирост составил 303% и 134% соответственно. Наименее выраженная динамика ИК в группе 1 и 2 (94 и 96%) указывает на более сбалансированный вегетативный ответ (H=0,036, p=0,034).

До операции уровень гликемии составил 5,4[4,6 – 5,35] ммоль/л, во всех группах после операции имел тенденцию к росту: максимальный прирост на 57 и 55% наблюдался в группах 5, 6. Минимальные изменения отмечены в группе 2 (1,9%) ммоль/л, (H=0,039, p=0,032).

Заключение: ТВА в сочетании с м/а обеспечивает менее выраженный стресс-ответ, о чем свидетельствуют стабильность вегетативных индексов и уровня гликемии в периоперационном периоде.

---

431. Оценка различных методик обезболивания в периоперационном периоде при проведении лапароскопических холецистэктомий

Зямилова Д.А., Сорокин Э.П., Капустин Б.Б., Баженов А.А., Ивашкина Е.В., Мальчиков А.Я.

Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Желчнокаменная болезнь встречается примерно у 15% населения. В последние десятилетия лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) стали одним из наиболее распространенных и эффективных методов хирургического лечения данной патологии. Несмотря на минимально инвазивный характер данной процедуры, управление болевым синдромом в периоперационном периоде остается важной задачей.

Цель исследования: исследовать эффективность различных методик обезболивания в периоперационном периоде при проведении ЛХЭ.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов, разделенных на 3 группы, которым в плановом порядке была проведена ЛХЭ. Группа 1 получала обезболивание по требованию. Пациентам группы 2 перед экстубацией вводили парацетамол 1000 мг и кеторолак 60 мг внутривенно, в группе 3 – парацетамол 1000 мг за 15 минут до вводной анестезии. При оценке по ВАШ более 5 баллов после операции вводился трамадол в соответствии с инструкцией. Во всех группах преобладали женщины – 45(75%) человек, средний возраст пациентов составил 47[41-57] лет. Статистически значимых различий между группами по полу, возрасту, классу анестезиологического риска не выявлено (t, p>0,05). Изучались оценка с помощью визуальной аналоговой шкалы, среднее АД, ЧСС до, после операции, перед переводом в палату и через 24 часа. Вычислялись медианы, квартили, t-критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони, критерий Уилкоксона.

Результаты и обсуждение. В группе 1 срАД до операции составило 100,2[100-104] мм рт.ст., во 2 й – 104,7[92-115] мм рт.ст., в 3 й – 110,15[94-115] мм рт.ст. (t, p>0,05). ЧСС также достоверно не различалась: 77[67-88]; 81,1[64-93], 82,3[69-96] уд/мин соответственно, (t, p>0,05). В группе 1 срАД перед переводом повысилось по сравнению с исходным на 0,3%, в группах 2 и 3 срАД снижалось – на 1,4% и 0,5% соответственно (T, p>0,05). В группе 1 показатели ВАШ после операции и через 24 часа составили 5[3-7], 5[4-7] баллов соответственно, в группе 2 на тех же этапах – 3[2-4], 2 [2-4] балла (t, p 0,05). В группе 3 оценка по ВАШ перед переводом 2[1-3] балла, через 24 часа 2[1-3], что статистически значимо ниже по сравнению с группой 1 (t, p 0,05). В группе 1 трамадол потребовался 5(25%) пациентам, во 2 й – 1(5%) пациенту, в группе 3 не применялся.

Вывод. Мультимодальная аналгезия с превентивным введением парацетамола до анестезии, наиболее эффективна при проведении ЛХЭ, обеспечивает гемодинамическую стабильность, снижает потребность в опиоидах.

---

432. Хирургический контроль источника интраабдоминальной инфекции у больных с распространенным перитонитом при этапном лечении

Лебедев Н.В., Климов А.Е., Сынкова М.Д., Джагхнун К.М.

Москва

Российский университет дружбы народов им Патриса Лумумбы

Актуальность. особое значение в лечении больных с распространенным перитонитом приобретает выбор оптимальной хирургической тактики, обеспечивающей адекватный контроль источника инфекции, декомпрессию брюшной полости и возможность этапного хирургического лечения. Одним из таких тактических вариантов является методика «открытого живота» (open abdomen, OA) с использованием различных технологий временного закрытия брюшной полости. Однако общепринятое мнение о показаниях и технических вариантов применения методики ОА отсутствует.

Материал и методы. Работа носила ретроспективно-проспективный характер. В исследование были включены 140 пациентов с распространенным вторичным перитонитом, у которых после завершения первого оперативного вмешательства было принято решение об этапном хирургическом лечении.

Пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на две группы.

Первая группа включала 90 пациентов, с использованием методики программированных релапаротомий (первую лапаротомию завершали дренированием брюшной

полости и ушиванием лапаротомной раны только кожей).

Вторая группа включала 50 пациентов, с использованием методики ОА с применением вакуум-ассистированного временного закрытия брюшной полости с сеточно-опосредованной фасциальной тракцией.

Соотношение мужчин и женщин 1:1 (70:70). Средний возраст больныхсоставил 64,77±17,3года,

Для прогнозирования исхода и оценки тяжести состояния пациентов с распространённым перитонитом были использованы шкала сепсиса Всемирного общества экстренной хирургии (WSES SSS, World Society of Emergency Surgery Sepsis Severity Score).

Преобладали пациенты с острым деструктивным аппендицитом: 33,3% в группе программированных релапаротомий и 28,0% в группе открытого живота. На втором месте — перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с сопоставимой частотой — 22,2% и 24,0% соответственно. Осложнённая дивертикулярная болезнь была выявлена у 10,0% пациентов первой группы и у 12,0% второй группы. Перфорации тонкой кишки составили 10,0% в группе программированных релапаротомий и 14,0% в группе открытого живота. Перфорации опухоли толстой кишки 17,8% и 20,0% соответственно. Другие причины перитонита были регистрированы реже и составили 6,7% в первой группе и 2,0% во второй.

Всего летальный исход зарегистрирован у 51 пациента (36,4%), из них 41 пациент относился к группе программированных релапаротомий и 10 пациентов — к группе открытого живота. Основной причиной смерти в обеих группах являлась полиорганная недостаточность, зарегистрированная у 76,5% умерших пациентов.

Полученные результаты

Исход заболевания при использовании интегральных шкал и прогностические системы показал, что при значениях шкалы WSES SSS ≥ 6 летальность существенно возрастала в обеих группах. В группе программированных релапаротомий умерли 32 из 44 больных (72,7%), тогда как в группе открытого живота — 9 из 33 пациентов (27,3%). Т.о. частота летальных исходов в группе ОА была ниже в 2,7 раза по сравнению с группой программированных релапаротомий (72,7% против 27,3%; р 20 мм рт. ст.) или развитии АКС оптимальной хирургическим подходом следует считать методику «открытого живота» с использованием систем отрицательного давления.

---

433. Перфоративная язва: лапароскопический метод как реальная альтернатива «большой» хирургии.

Османов З.Х., Семенов Д.Ю., Поташов Л.В., Бельтюков П.П., Чекмасов Ю.С., Полиглоттов О.В.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Кафедра хирургии общей с клиникой; НИИ хирургии и неотложной медициныРектор – д.м.н., академик РАН, С.Ф. Багненко; Зав. кафедрой – д.м.н, профессор В.П. Морозов;

Актуальность.

Ушивание остается наиболее частой операцией при перфорации гастродуоденальной язвы, выполняясь более чем в 90% случаев. В РФ доля лапароскопических вмешательств в среднем не превышает 10%, уступая показателям при аппендэктомии и холецистэктомии. Основные сомнения связаны с надежностью эндовидеохирургического шва и качеством санации брюшной полости-.

Цель. Изучить возможности эндовидеохирургии в лечении перфоративных пилоробульбарных язв на основе патогенетических, морфологических и клинических данных.

Материалы и методы. Обследованы 288 пациентов с перфоративной пилоробульбарной язвой, оперированных лапароскопическим и традиционным способами. Микробиологические и биохимические исследования в разные сроки от начала перфорации выполнены 77 пациентам. Морфологические исследования краев язв проведены 50 пациентам. Изучены непосредственные результаты всех пациентов и отдаленные — у 120.

Результаты. Микробиологические и биохимические исследования подтвердили асептический характер перитонита в первые 16 часов, слабощелочную среду, отсутствие протеолитической активности и наличие антипротеолитических свойств, обусловленных α-макроглобулинами. После истощения антипротеолитических возможностей развивается парез, транслокация микроорганизмов и массивное обсеменение брюшной полости. До этого момента санацию достаточно выполнять физиологическим раствором, что согласуется с современными данными о минимальном объеме ирригации. Морфологические исследования показали минимальную выраженность некроза в краях перфоративных язв с преобладанием плазмоцитарной инфильтрации, что способствует быстрому заживлению при минимальном сближении краев.

Непосредственные результаты подтвердили высокую эффективность лапароскопического ушивания. Частота несостоятельности однорядных швов не превысила таковую после традиционного двухрядного ушивания, что

согласуется с данными метаанализов о сопоставимых показателях осложнений. Случаев прогрессирования перитонита и внутрибрюшных абсцессов после лапароскопической санации не наблюдалось. В отдаленном периоде отличные и хорошие результаты по шкале Visick в модификации Панцырева Ю.М. получены у 90 (75%) пациентов. После однорядного шва число отличных результатов было на 13,7% выше, чем после двухрядного.

Выводы. Микробиологические, биохимические и морфологические исследования, а также клинические результаты позволяют заключить, что лапароскопическое ушивание и санация брюшной полости у пациентов с проходными пилоробульбарными язвами являются технически простым и надежным методом, дают сопоставимые с открытой операцией непосредственные и улучшенные отдаленные результаты. Необходимо рекомендовать этот метод для более широкого применения.

---

434. Результаты хирургического лечения ущемленных диафрагмальных грыж

Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Кабанов Е.Н.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. Лечение ущемленных диафрагмальных грыж является одним из наиболее сложных разделов хирургии. Частота диагностических ошибок и летальность при этой патологии остаётся высокой.

Цель. Провести оценку результатов лечения больных с ущемленными диафрагмальными грыжами.

Материалы и методы. Представлен опыт хирургического лечения 39 больных с ущемленными диафрагмальными грыжами за последние 25 лет. Среди них мужчин было 25 (64,1%), женщин 14 (35,9%) в возрасте от 27 до 85 лет. В анамнезе у 25 пациентов имелись различные травмы в прошлом, в том числе проникающие ранения брюшной полости и грудной клетки, дренирование плевральной полости по поводу гемо-, пневмоторакса при закрытой травме груди.

Для диагностики использовали рентгенологическое исследование, УЗИ, компьютерную томографию, эзофагогастродуоденоскопию, видеолапароскопию. В раннем послеоперационном периоде у пациентов проводили измерение внутрибрюшного давления (ВБД), изучали функцию внешнего дыхания методом общей спирографии. В норме показатель ВБД составил 7,8±1,2 мм рт. ст.

Результаты и обсуждение. Более 70% больных поступили позднее 24 часов от начала заболевания. На момент госпитализации диагноз «ущемленная диафрагмальная грыжа» был поставлен у 25% пациентов. У 64,1% больных были различные травматические повреждения грудной клетки и брюшной полости в анамнезе. Большинство пациентов поступали под маской эмпиемы плевры, острой кишечной непроходимости, острого панкреатита и тромбоза мезентериальных сосудов. У этой категории больных боли в животе имели место во всех случаях, рвота – в 78%, одышка – в 83%, тахикардия – в 34%, задержка стула и газов – в 57%.

Из 39 больных с ущемленными диафрагмальными грыжами в первые шесть часов оперировано только 12 больных, все остальные пациенты были оперированы через сутки с момента поступления. У 20 больных была ущемлена тонкая кишка, у 10 – толстая кишка, у 9 – желудок. У 17 пациентов ущемленные органы оказались нежизнеспособными, что потребовало их резекции. При ущемлении желудка оперативное лечение сводилось к экстирпации желудка и абдоминального отдела пищевода (3 наблюдения) и трубчатой резекции желудка от пищевода до пилорического отдела (2 наблюдения). При ущемлении толстой кишки выполнялась ее резекция по типу операции Гартмана, при ущемлении тонкой кишки ее резекция с первичным анастомозом «бок-в-бок». Дефект в диафрагме ушивался классическим аутопластическим методом.

У всех больных в раннем послеоперационном периоде имело место повышение внутрибрюшного давления и нарушения функции внешнего дыхания. На 1-е - 5-е сутки после операции уровень ВБД колебался от 39,9±2,7 мм рт.ст. до 23,8±2,3 мм рт.ст. Нормализация ВБД прослеживалась только на 10-е сутки послеоперационного периода. Жизненная емкость легких снижалась на 15% (р

---

436. Эндоскопические операции на щитовидную железу: временные аспекты

Насимов Б.Т. (1), Ачилова Д.А. (2), Ирисов О.Т. (2)

Ташкент

1) ММЦ»Шифо-Нур»,
2) ТГМУ

Актуальность. Сегодня ограничение бюджета в здравоохранение является актуальным и затрагивает не только снижение затрат на операционные манипуляции. В частности, средняя продолжительность времени является ключевым фактором для уменьшения использования финансовых ресурсов, точное и ожидаемое время на

операцию позволяет рационализировать экономическую часть, а также способствует улучшению работы персонала. В современной эндокринной хирургии особое значение предается планированию вида оперативного вмешательства, в зависимости от объема щитовидной железы (ЩЖ), наличие злокачественного характера новообразования, а также желание достичь положительного косметического результата.

Материалы и методы. Был проведён литературный анализ баз данных Research Gate, PubMed, Elsevier и выделена средняя продолжительность операции (СПО) традиционной тиреодэктомии (ТТ) и эндоскопической тиреодэктомией (ЭТ) по авторам. Исходя из выделенных исследований был совершено сравнение внутри групп ТТ к четырём видам ЭТ с использованием t-тест Стьюдента, где статистическая разница считалась значимой, если p аммарный доступ) СПО по исследованию Wirth [4] достигало 175.9 ± 54.0 минуты (n=52) (p n [5], Transaxillary approach (трансподмышечный доступ) при котором СПО составило 142 ± 57 минуты (n=32) (p томии (ТЭ), кроме подмышечного доступа, так как данный метод в большинстве работах ограничивалось применением субтотальной ТЭ или гемитиреодэктомии, в связи с односторонним подходом к ЩЖ. Исходя из данных, полученных в РСНПМЦХ им В.В. Вахидова, СПО ТТ в среднем составляло 100,7 ± 13,7 мин (n=57), что достоверно ниже, чем при проведении ЭТ.

Вывод. Статически было установлено, что группа ЭТ значительно длительнее по сравнению с группой ОТ.

---

437. Протяженность бляшки – главный фактор выбора способа каротидной эндартерэктомии

Комаха Б.Б (1), Хубулава Г.Г (2), Ерофеев А.А (1), Шломин В.В (1), Касьянов И.В (1), Диденко Ю.П (1), Коровин И.В (1), Пуздряк П.Д (1), Бондаренко П.Б (1), Гребёнкина Н.Ю (1), Николаева С.В (1), Жданович К.В (1), Андреев К.А (3), Коротун В.В (3)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2», г. Санкт-Петербург.
2) Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург.
3) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова», г. Санкт-Петербург.

Актуальность

Периоперационные инсульты после каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) остаются серьёзной проблемой, их частота может достигать 2,5%. Предварительное планирование КЭАЭ является ключевым фактором для снижения риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы

В рамках проспективного исследования с декабря 2023 по март 2026 года было изучено 156 пациентов, которым проведено 165 реконструктивных операций на бифуркации сонной артерии.

Критерии исключения:

Тандемные и многоуровневые поражения сонных артерий.

Выраженная сопутствующая патология, предполагающая ожидаемую продолжительность жизни менее 12 месяцев.

Планирование хирургического вмешательства основывалось на комплексной диагностике:

Дуплексное сканирование: для определения пиковой систолической скорости в области стеноза.

Мультиспиральная компьютерная томографическая ангиография (МСКТ): для точной оценки локализации атеросклеротической бляшки в области бифуркации.

В исследование были включены пациенты, проходившие

плановое хирургическое лечение в крупном многопрофильном стационаре мегаполиса (с населением свыше 7 миллионов человек). Выборка пациентов была репрезентативной.

Пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от протяжённости атеросклеротической бляшки и выбранной методики операции:

I группа (n=42): Классическая каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ)

С использованием временного внутрипросветного шунта (ВВШ): 25 пациентов

Без ВВШ: 13 пациентов

II группа (n=54): Модификация КЭАЭ по DeBakey (проксимальная эверсионная каротидная эндартерэктомия)

III группа (n=54): Модификация КЭАЭ по Kieny–Raithel (дистальная эверсионная эндартерэктомия)

IV группа (n=15): Модифицированная КЭАЭ (самостоятельно разработанная методика для протяжённых бляшек внутренней сонной артерии (ВСА) >3 см)

Дифференцированный подход к выбору способа операции позволил достичь хороших результатов лечения.

Статистический анализ с использованием критерия хи-квадрат показал отсутствие значимых различий между группами по основным характеристикам (χ^2=1,62, p>0,137).

Временные затраты на этапы хирургического вмешательства: сравнительные данные по группам (в минутах)»

Длительность этапов операции:

Доступ: I группа — 34,5; II группа — 25; III группа — 47; IV группа — 35.

Эндартерэктомия: I группа — 15; II группа — 5; III группа — 8; IV группа — 15.

Наложение шва артерии: I группа — 26; II группа — 6; III группа — 16; IV группа — 28.

Общая длительность операции: I группа — 115; II группа — 65; III группа — 85; IV группа — 105.

Результаты исследования

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 7,3 койко-дня. Статистически значимых различий по этому показателю между группами не выявлено.

Данные диффузионно-взвешенной МРТ (ДВ МРТ)

Анализ данных ДВ МРТ позволил выявить следующую частоту вновь обнаруженных, клинически не значимых очагов ишемии (ОИ):

Группа I: 33,3% пациентов (14 из 42) имели такие очаги.

Среди пациентов с временным внутрипросветным шунтом (ВВШ): 40% (10 из 25).

Среди пациентов без ВВШ: 17,6% (3 из 17).

Группа II: 25,9% (14 из 54).

Группа III: 11,1% (6 из 54). Этот показатель был статистически значимо ниже по сравнению с другими группами.

Группа IV: 26,7% (4 из 15).

Неблагоприятные исходы

В Группе I зарегистрирован один летальный исход: пациент перенес повторный инфаркт миокарда с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. В Группе II у одного пациента выявлено обширное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В целом по выборке частота этих неблагоприятных исходов составила 1,2%. В остальных группах острых нарушений мозгового кровообращения и летальных исходов зафиксировано не было.

Обсуждение Общая частота неблагоприятных исходов (1,2%) подтверждает безопасность примененных хирургических методик. Выявленная общая частота очагов острой ишемии (22,4%) требует особого внимания при выборе хирургической тактики. Результаты исследования демонстрируют прямую зависимость выбора метода операции от протяженности атеросклеротической бляшки. Применение дифференцированного подхода к выбору метода операции показало свою эффективность в снижении риска послеоперационных осложнений.

Выводы Протяжённость атеросклеротической бляшки является ключевым фактором при выборе метода каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ):

Для бляшек менее 2 см: Рекомендуются классическая и проксимальная эверсионная КЭАЭ.

Для поражений более 2 см: Показана дистальная эверсионная каротидная эндартерэктомия.

Индивидуальный подбор метода операции значительно снижает риск послеоперационных осложнений.

Рекомендации по ведению пациентов с атеросклеротическим поражением артерий

Перед проведением оперативного вмешательства крайне важно провести всесторонний анализ протяженности атеросклеротического поражения:

При поражении протяженностью до 2 см: Рекомендуется применение классической или проксимальной эверсионной КЭАЭ.

При поражении протяженностью более 2 см: Целесообразно использовать дистальную эверсионную КЭАЭ.

При протяженных поражениях (более 3 см): Следует рассмотреть возможность применения модифицированных хирургических подходов.

---

438. Дифференцированный выбор TEP и TAPP при лапароскопической герниопластике паховых грыж

Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Каримов М.Р., Халиков С.П.

Ташкент

Ташкентский государственный медицинский университет

Цель. Определить критерии выбора методик TEP и TAPP при лапароскопической герниопластике паховых грыж на основании анализа осложнений, рецидивов и технических особенностей вмешательств.

Материал и методы. С 2012 года выполнено 733 лапароскопические герниопластики паховых грыж. Методика TEP применена в 212 случаях, TAPP — в 521. Изначально диагностированные двусторонние паховые грыжи имели место у 174 пациентов. Средний ИМТ составил 26,5 кг/м²; ИМТ более 30 кг/м² отмечен у 216 пациентов, более 35 кг/м² — у 39. Средний срок наблюдения составил 4,5 года. В настоящее время стандартно используется сетчатый эндопротез размером 12×15 см.

Результаты. Рецидивы выявлены у 10 пациентов — 1,36% от общего числа вмешательств. После TEP рецидив отмечен в 4 случаях, после TAPP — в 6. Средний размер грыжевых ворот в группе рецидивов составил 2,8 см. Основными причинами рецидивов были использование сетчатого эндопротеза недостаточного размера, смещение сетки, ранняя чрезмерная физическая нагрузка и нераспознанная сочетанная грыжа.

Послеоперационные серомы наблюдались преимущественно при больших грыжах; около половины из них потребовали пункционного лечения, остальные регрессировали самостоятельно в сроки от 2 недель до 2 месяцев. Для профилактики сером при грыжевых воротах более 2 см применялось ушивание дефекта. При трудноотделяемых грыжевых мешках использовали пересечение мешка у шейки с оставлением дистальной части; выполнено 32 таких вмешательства без увеличения частоты сером.

Хронический болевой синдром более 3 месяцев отмечен у 3 пациентов. Конверсия TEP в TAPP выполнена в 2 случаях вследствие утечки газа в брюшную полость и уменьшения рабочего пространства. В дальнейшем в подобных ситуациях применялось удаление газа из брюшной полости через иглу Вереша. Конверсия TEP в открытую операцию выполнена в 1 случае вследствие повреждения нижней эпигастральной артерии.

При ИМТ более 30 кг/м² выполнение TEP становилось технически затруднительным, а при ИМТ более 35 кг/м² — практически нецелесообразным из-за изменения угла введения троакаров и уменьшения рабочего пространства в предбрюшинной клетчатке. При TAPP бессимптомная контралатеральная паховая грыжа выявлена в 41 случае; во всех случаях выполнена одномоментная пластика.

Заключение. Дифференцированный выбор методики лапароскопической герниопластики позволяет снизить частоту осложнений и рецидивов. TEP целесообразна при небольших, в том числе двусторонних, паховых грыжах у пациентов без выраженного ожирения. TAPP предпочтительна при ожирении, больших грыжевых воротах, сложных анатомических условиях и необходимости оценки контралатеральной паховой области. Основными мерами профилактики рецидива являются использование сетчатого эндопротеза достаточного размера, надежная фиксация и полноценное перекрытие всех потенциальных зон грыжеобразования.

---

439. Выбор хирургической тактики при двусторонней видеоэндоскопической адреналэктомии у пациентов с АКТГ-зависимым и АКТГ-независимым эндогенным гиперкортицизмом

Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Омонов Ж.Ш.

Ташкент

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Двусторонняя адреналэктомия остается единственным радикальным методом устранения гиперкортицизма при двустороннем поражении надпочечников, а также эффективным способом контроля гиперкортицизма при болезни Иценко–Кушинга после безуспешной транссфеноидальной аденомэктомии и при эктопическом АКТГ-синдроме. Однако вопросы выбора доступа, этапности операции и сроков выполнения второго этапа остаются дискуссионными.

Цель исследования. Оценить результаты и определить оптимальную хирургическую тактику выполнения двусторонней видеоэндоскопической адреналэктомии у пациентов с АКТГ-зависимым и АКТГ-независимым эндогенным гиперкортицизмом.

Материал и методы. За период с 2009 по 2026 г. в клинике Ташкентского государственного медицинского университета выполнено 388 видеоэндоскопических адреналэктомий. Эндогенный гиперкортицизм диагностирован у 84 пациентов, из которых двусторонняя адреналэктомия произведена у 16. Показаниями к операции являлись болезнь Иценко–Кушинга после безуспешной транссфеноидальной аденомэктомии (n=11), эктопический АКТГ-синдром (n=2) и двусторонняя кортикостерома (n=3). Поэтапная двусторонняя адреналэктомия выполнена 14 пациентам, одномоментная — 2. Ретроперитонеоскопический доступ использован при 28 вмешательствах, трансабдоминальный — при 4. Медиана наблюдения составила 35,5 месяца.

Результаты. При отсутствии морфологических изменений контралатерального надпочечника необходимость второго этапа определялась динамикой гиперкортицизма после первой операции. Повторная адреналэктомия выполнялась через 1–60 месяцев в зависимости от рецидива заболевания, а при отсутствии снижения уровня кортизола — через 1 месяц. После двусторонней адреналэктомии 75% пациентов достигли нормализации массы тела (ИМТ

---

441. Опыт выполнения лапароскопических резекций поджелудочной железы при кистозных и нейроэндокринных опухолях с применением интраоперационной AR-навигации

Демин Д.Б.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»,
ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова»

Кистозные и нейроэндокринные опухоли (НЭО) поджелудочной железы являются достаточно редкой патологией и составляют 1–2% от всех опухолей поджелудочной железы (ПЖ). При исключении онкологами злокачественного характера новообразований пациенты с вышеуказанными нозологиями попадают в сферу деятельности хирургической службы общебольничной сети.

Цель исследования: оценить опыт выполнения лапароскопических резекций поджелудочной железы, в том числе с применением интраоперационной навигации.

Материал и методы. В 2019-2026 г.г. в ГАУЗ «ООКБ имени В.И.Войнова» нами оперированы лапароскопическим доступом 15 пациентов по поводу доброкачественных объемных образований тела и хвоста ПЖ. Все пациенты были женского пола в возрасте от 22 до 65 лет. У 13 пациенток имели место муцинозные цистаденомы с размерами от 4 до 12 см в диаметре, у 2 пациенток были НЭО перешейка (5 см) и тела ПЖ (3 см в диаметре), в том числе 1 подтвержденная инсулинома. Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке после стандартного обследования с обязательным выполнением МСКТ с контрастным усилением для проведения предоперационного планирования с созданием виртуальных 3D-моделей зоны оперативного действия с подробной анатомией, прежде всего сосудистой. У 7 пациенток в процессе вмешательства применена технология интраоперационной дополненной реальности (ДР). Все оперативные вмешательства выполнены на эндовидеохирургическом комплексе экспертного класса с современной энергией. В качестве гарнитуры виртуальной визуализации применялись очки ДР «HoloLens 2».

Результаты. При цистаденомах ПЖ в 12 случаях выполнена дистальная панкреатоспленэктомия, в одном случае – спленосохраняющая корпорокаудальная резекция. В двух случаях осуществлена конверсия доступа в связи с плотной фиксацией образования к конфлюэнсу воротной вены и невозможностью безопасной диссекции. В процессе трех операций применена ДР-технология. В пяти случаях пересечение паренхимы ПЖ осуществили сшивающим аппаратом, в восьми – ультразвуковым диссектором.

При НЭО в обоих случаях выполнена лапароскопическая энуклеорезекция ПЖ с интраоперационной ДР-навигацией с удалением образования в капсуле в пределах неизмененной паренхимы органа.

Все оперативные вмешательства выполнены штатно с минимальной кровопотерей. Следует отметить, что применение интраоперационной ДР во всех случаях помогло осуществить четкое понимание сосудистой анатомии зоны вмешательства, особенно при энуклеации НЭО перешейка ПЖ, где образование находилось в тесном контакте с конфлюэнсом воротной вены, проксимальными отделами верхней брыжеечной и селезеночной вен, а также с чревным стволом и начальными отделами общей печеночной и селезеночной артерий.

Всем пациентам во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде вводились блокаторы панкреатической секреции (октреотид и ингибиторы протоновой помпы).

В одном случае у пациентки с цистаденомой возникло кровотечение в зоне диссекции ПЖ через 12 часов после операции, выполнена релапароскопия, гемостаз. У 5 пациентов развилась клиника послеоперационного панкреатита с жидкостными скоплениями, из них у 4 интраоперационная ДР не применялась. У 3 пациентов клиника купирована только консервативными мероприятиями, двум пациентам выполнено пункционное дренирование под ультразвуковой навигацией. Во всех случаях выздоровление, длительность послеоперационного пребывания в стационаре от 6 до 17 суток. Наблюдение в катамнезе – пациенты жалоб не предъявляют.

Заключение. Лапароскопические технологии в большинстве случаев являются эффективным методом хирургического лечения доброкачественных кистозных и нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы. Применение интраоперационной дополненной реальности позволяет визуализировать в виртуальном режиме сосудистую архитектонику данной сложной анатомической зоны, что повышает безопасность вмешательства.

---

442. Полиорганная недостаточность и результаты лечения у больных с различными темпами развития распространенного гнойного перитонита.

Бокарев М.И. (1), Мамыкин А.И. (1), Менасриа А. (1), Белов Д.Ю. (2), Демьянов А.И. (1), Гараев Ю.А. (2)

Москва

1) ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
2) ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ

Актуальность: Лечение распространенного гнойного перитонита является сложнейшей проблемой абдоминальной хирургии. Летальность этой категории больных не опускается ниже 50%, а ключевую роль в танатогенезе играет полиорганная недостаточность. Отмечено, что при одних и тех же патологических процессах, перитонит может развиваться медленно – через формирование воспалительного инфильтрата, и быстро – стремительно захватывая обширную площадь брюшинного покрова. Значение темпа развития перитонита для пациентов с острой абдоминальной патологией до сих пор не изучено.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь между темпами развития перитонита, полиорганной недостаточностью и результатами лечения больных с распространенным гнойным перитонитом.

Материал и методы: Исследовано 172 больных, оперированных в ГКБ № 20 им. А.К. Ерамишанцева г. Москвы по поводу распространенного гнойного перитонита за период 2022 – 2024 гг. В зависимости от темпа развития перитонита пациенты разделены на две группы: быстро развивающийся перитонит (БРП) – 83 больных и медленно развивающийся перитонит (МРП) – 89 наблюдений. Проведено сравнительное изучение полиорганной недостаточности (ПОН) в группах и результатов лечения. ПОН оценивали по шкале SOFA до операции и в первые трое суток после операции. Результат лечения оценивали по показателю летальности.

Результаты: ПОН до операции в группе БРП: частота развития ПОН – 57,8% (48/83); SOFA – 3,6 st=2,8 баллов; средняя тяжесть нарушения функции – 1,8 баллов. ПОН до операции в группе МРП: частота развития ПОН – 61,4% (56/89); SOFA – 3,2 st=2,4 балла; средняя тяжесть нарушения функции – 1,4 балла. ПОН после операции в группе БРП: частота развития ПОН – 61,4% (51/89); SOFA – 5,6 st=4,7 баллов; средняя тяжесть нарушения функции – 2,1 балл. ПОН после операции в группе МРП: частота развития ПОН – 39,3% (35/89); SOFA – 3,8 st=4,5 баллов; средняя тяжесть нарушения функции – 2,2 балла. Летальность в группе БРП — 62,7% (52/83). Летальность в группе МРП – 41,6% (37/89).

Обсуждение: Сравнительный анализ результатов не обнаружил существенных отличий стартовой ПОН в группах (p >0,05), но зафиксировал ее значимый прогресс в ближайшем послеоперационном периоде в группе БРП и регресс в группе МРП, что может объяснить достоверную разницу показателей летальности (p

---

443. Особенности течения и хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв в сочетании с кровотечением.

Зорик В.В., Попандопуло К.И., Карипиди Г.К.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность. Сочетание перфоративных гастродуоденальных язв с кровотечением до настоящего времени остается одним из тяжелых осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Оно встречается в 6,1 – 10%, послеоперационная летальность в среднем составляет 48,4 %, а общая может достигать 67,3%.

Материалы и методы. В нашей работе выполнен анализ результатов хирургического лечения 512 больных

с перфоративной гастродуоденальной язвой, которые находились на стационарном лечении в ГБУЗ ККБ БСМП МЗ КК с 2020г. по 2025г. У 35 пациентов наблюдалось сочетание перфоративной язвы с кровотечением. Мужчин было 28 (80%), женщин 7 (20%). Возрастные колебания находились в пределах от 36 до 79 лет, при этом более чем 80% случаев возраст больных превышал 45 лет. Длительный язвенный анамнез наблюдалось в 70,3% случаев, а у 38,3% отмечено рецидивирующее течение заболевания.

Результаты и обсуждение. Анализируя клинические данные 35 случаев сочетания перфорации и кровотечения, можно прийти к заключению, что возможны следующие варианты заболевания: а) перфорация язвы предшествует кровотечению из нее, которое имело место у 22 (62,9%) пациентов; б) оба осложнения возникают одновременно, такая ситуация встречалась 9 (25,7%) раз; в) вначале наступает кровотечение, а затем перфорация язвы, это наиболее редкий вариант наблюдался в 4 (11,4%) случаях. Распознавание перфорации и кровотечения из язвы не представляло больших трудностей, если они возникали последовательно через некоторый промежуток времени и признаки одного осложнения не маскировались клиническим проявлением другого. При одновременном осложнении язвы перфорацией и кровотечением или при развитии осложнений через короткий интервал возникали большие диагностические трудности. У этих больных превалировала клиника перфорации, маскирующая признаки кровотечения, или доминировала картина профузного кровотечения и завуалированного проявления перфорация. Оперировано 34 больных, 1 умер без операции, в связи с категорическим отказом. Выполнялись следующие оперативные пособия: резекция 2/3 желудка составило 8, ушивание перфоративного отверстия язвы – 6, радикальная дуденопластика (сегментарная или мостовидная) – 12, пилоропластика по Джадду – 8. Наибольшую летальность вызвала резекция желудка (9,1%) и простое ушивание язвы (6,1%). Всего умерло 8 человек, послеоперационная летальность составила – 23,5%.

Выводы. Таким образом, сочетание перфоративных гастродуоденальных язв с кровотечением возникает при хроническом рецидивирующем течении язвенной болезни у больных старших возрастных групп. Операцией выбора следует считать радикальную дуденопластику (сегментарную и мостовидную).

---

444. Опыт четырехлетнего применения технологий интраоперационной цифровой навигации в сложной хирургии

Демин Д.Б.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»,
ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова»

Предоперационное планирование и интраоперационная навигация являются ключевыми компонентами концепции хирургической безопасности. Технология дополненной реальности (ДР) позволяет создать эффект «прозрачной» хирургической анатомии и обеспечить виртуальную визуализацию в зоне оперативного действия анатомических структур, скрытых в толще тканей.

Цель исследования: оценить четырехлетний опыт внедрения ДР-технологии при выполнении оперативных вмешательств, в первую очередь, высокотехнологичных.

Материал и методы. В 2022-2026 г.г. в ГАУЗ «ООКБ имени В.И.Войнова» с применением интраоперационной ДР-технологии нами выполнены 85 оперативных вмешательств. Всем пациентам в рамках предоперационного обследования выполняли МСКТ с контрастным усилением, на основании которого создавали виртуальные 3D-модели зоны оперативного действия с подробной анатомией, прежде всего сосудистой. В качестве гарнитуры виртуальной визуализации использованы очки ДР «HoloLens 2» (Microsoft). Первая операция с применением ДР (лапароскопическая резекция печени) выполнена нами 1 февраля 2022 года, а через 3 недели мы выполнили первую в РФ лапароскопическую адреналэктомию с применением ДР.

Результаты. В числе выполненных с ДР вмешательств были 66 высокотехнологичных лапароскопических операций: 22 адреналэктомии (9 правосторонних и 13 левосторонних), 23 резекции печени, 14 клипирований селезеночной артерии при ее аневризме, 5 резекций поджелудочной железы, удаление 2 забрюшинных внеорганных новообразований, 10 других лапароскопических вмешательств: 4 иссечения кист селезенки, 2 фундопликации по Ниссену, 2 дренирования поддиафрагмальных абсцессов справа, 1 иссечение кисты почки, 1 лапароскопическая герниопластика при дважды рецидивной паховой грыже, а также 3 ортопедических операции и 6 аортобедренных реконструкций при инфраренальных аневризмах брюшной аорты.

Виртуальные модели зоны оперативного действия были эффективно применены при выполнении всех оперативных вмешательств. Загруженная в ДР-гарнитуру 3D-модель интраоперационно позиционировалась на монитор лапароскопической видеосистемы (или операционную

рану в ангиохирургии и ортопедии), что позволило во всех случаях идентифицировать необходимые анатомические структуры и выполнить вмешательства в штатном режиме без неблагоприятных интраоперационных событий и с минимальной кровопотерей. В данной группе пациентов летальных исходов не было.

Для оценки эффективности ДР-технологии нами применена психометрическая оценочная шкала на основании методики Ликерта. Полученные результаты продемонстрировали удобство применения данной технологии по ключевым показателям.

Анализируя результаты выполненных вмешательств с применением ДР-технологии, необходимо отметить:

1. 3D-моделирование зоны операции на основании МСКТ является самостоятельным эффективным методом предоперационного планирования и позволяет на дооперационном этапе пространственно увидеть эту зону у конкретного пациента со всеми ее анатомическими особенностями;

2. ДР – персонализированный виртуальный 3D-атлас анатомии зоны хирургического интереса перед глазами хирурга, методика востребована для работы в сложных анатомических зонах;

3. ДР - виртуальная цифровая операционная с возможностью телеметрии, передачи информации, архивирования и обучения в онлайн-режиме.

Заключение. Технология дополненной реальности является эффективным методом интраоперационной навигации при оперативных вмешательствах, особенно высокотехнологичных, когда необходима четкая ориентация в сложных анатомических зонах. Необходимо широкое внедрение данной технологии в хирургическую практику в рамках развития концепции безопасной хирургии.

---

445. Техника suture-guided dog-ear incorporation как метод профилактики несостоятельности колоректального анастомоза: результаты пилотного исследования

Бекова З.М., Лукьянов А.М., Маркарьян Д.Р., Гарманова Т.Н.

Москва

Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова

Актуальность. Несостоятельность колоректального анастомоза остаётся одним из наиболее грозных осложнений лапароскопической резекции прямой кишки: частота при низкой передней резекции достигает 9,7%, летальность — 27%. При методе двойного степлирования наиболее уязвимыми участками являются «уши» культи прямой кишки — зоны пересечения линейной и циркулярной скрепочных линий, где развиваются локальная ишемия и механическое перенапряжение. По данным проспективного рандомизированного исследования, 84,6% всех несостоятельностей при стандартном двойном степлировании локализуются именно здесь. Предложенные ранее модификации не обеспечивают полного устранения обоих «ушей» или требуют сложных манипуляций в условиях ограниченного пространства малого таза. Цель: оценить выполнимость и безопасность оригинальной техники погружения «ушей» культи с нитью-держалкой.

Материал и методы. Проспективное одноцентровое пилотное исследование (март–май 2026 г., Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова). Включено 10 пациентов, перенёсших лапароскопическую резекцию сигмовидной или переднюю резекцию прямой кишки. Суть техники: до введения циркулярного аппарата одно «ухо» культи прямой кишки прошивали нитью-держалкой 3/0. Второе «ухо» позиционировали в зону резекции при установке аппарата, первое подтягивали за нить перед смыканием браншей — линейная скрепочная линия иссекалась в составе резецированных колец, формируя истинный анастомоз «конец-в-конец». Период наблюдения — 30 суток. Первичная конечная точка — несостоятельность анастомоза; вторичные — осложнения по Clavien-Dindo, длительность операции, кровопотеря, сроки восстановления.

Результаты. В исследование включены 10 пациентов (4 мужчины, 6 женщин) с медианой возраста 59,5 лет [47–66] и медианой ИМТ 26,2 кг/м² [24,4–27,8]. Рак сигмовидной кишки диагностирован у 5, рак ректосигмоидного отдела — у 3, рак верхнеампулярного отдела прямой кишки — у 1; у 1 пациента выполнена резекция по поводу дивертикулярной болезни. Среди включённых пациентов рак сигмовидной кишки диагностирован у 5, рак ректосигмоидного отдела — у 3, рак верхнеампулярного отдела прямой кишки — у 1, у 1 пациента выполнена резекция по поводу дивертикулярной болезни. Оба «уха» успешно включены в зону резекции у 10/10 пациентов, воздушная проба на герметичность анастомоза отрицательная во всех случаях. Несостоятельность в течение 30 суток не зафиксирована ни в одном случае. Осложнения класса I по Clavien-Dindo: парез кишечника (n=2), кратковременная лихорадка (n=1). Медиана длительности операции — 250 мин (180–355), кровопотери — 50 мл, госпитализации — 7 суток (5–10).

Обсуждение. Принципиальным преимуществом техники suture-guided dog-ear incorporation (SGDI) является полное иссечение линейной скрепочной линии в составе резецированных колец, что устраняет структурную основу несостоятельности в зоне угловых участков

анастомоза. Использование нити-держалки до введения аппарата позволяет контролировать положение «уха» на всех этапах, то приобретает особое значение у пациентов с ожирением, узким тазом и низко расположенным анастомозом. В отличие от ранее описанных модификаций метод не требует выполнения швов в условиях уже введённого инструмента.

Выводы. Техника SGDI продемонстрировала выполнимость и безопасность в проспективной когорте из 10 пациентов: случаев несостоятельности анастомоза в течение 30-суточного периода наблюдения зафиксировано не было. Метод обеспечивает полное иссечение линейной скрепочной линии в составе резецированных колец циркулярного аппарата, являясь при этом технически простой и воспроизводимой методикой. Полученные данные служат основанием для проведения проспективного сравнительного исследования с контрольной группой.

---

446. Предоперационная стратификация сложности резекции прямой кишки на основе пельвиометрии по данным магнитно-резонансной томографии и обоснование выбора хирургического доступа

Лукьянов А.М.[1], Гарманова Т.Н.[1], Маркарьян Д.Р.[1], Казаченко Е.А.[1,4], Багателия З.А.[2,3], Лебедев С.С.[2,3], Кулушев В.М.[2], Максимкин А.И.[2], Лебедько М.С.[2], Кубышкин В.А.[1]

Москва

1) Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва;
2) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ), 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5, ОГРН 1037739085900, ИНН 7714082636
3) Кафедра хирургии, трансплантологии и прикладной онкологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ (ректор – академик РАН, д.м.н., профессор Д.А. Сычев), (зав. кафедрой – академик РАН, д.м.н., профессор А.В. Шабунин) 123242, ул. Баррикадная, д. 2/1, Москва, Россия
4) Отдел планирования и организации научных исследований, ФГБУ «НМИЦ Колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адиля д. г. Москва, Россия, 2123423))

Актуальность. Технически сложные условия малого таза — мужской пол, ожирение, перенесённые вмешательства — признаны клиническими предикторами трудности лапароскопической резекции прямой кишки, однако их прогностическая ценность ограничена. Магнитно-резонансная томография малого таза входит в стандарт предоперационного обследования при раке прямой кишки, но используется преимущественно для стадирования, тогда как пельвиометрический потенциал этих данных нереализован. Стандартизированный перечень параметров с доказанной прогностической ценностью, валидированный инструмент стратификации риска и обоснованные критерии выбора доступа в литературе отсутствуют. Цель: разработать балльную шкалу на основе пельвиометрических параметров и определить зависимость их прогностической значимости от вида хирургического доступа.

Материалы и методы. Двуцентровое ретроспективно-проспективное нерандомизированное клиническое исследование. Выполнена стандартизированная пельвиометрия с измерением 17 параметров костного и мягкотканного компонентов малого таза по данным

предоперационной магнитно-резонансной томографии. Маркёры сложности: длительность операции, объём кровопотери, частота конверсии. Статистический анализ: корреляция Спирмена, метод наименьшего абсолютного сжатия и отбора, анализ операционных характеристик с бутстрэп-валидацией (2000 итераций), поправка Бенджамини–Хохберга; уровень значимости α=0,05.

Результаты. Независимыми предикторами длительности лапароскопической резекции прямой кишки определены: межбугорковое расстояние (≤10,7 см), межостистое расстояние (≤10,9 см), аноректальный угол (≥123,3°) и угол наклона мышц тазового дна (≥50°). Объём кровопотери ассоциирован с аноректальным углом и крестцово-копчиковым расстоянием; риск конверсии — с аноректальным углом. При роботическом доступе пельвиометрические корреляции нивелировались, кровопотеря достоверно ниже (50 против 75 мл; p=0,028). Разработана двухуровневая балльная шкала из 7 параметров: площадь под кривой 0,943 (95% ДИ 0,861–1,000), чувствительность 93,8%, специфичность 87,5%; прирост при расширении с 4 до 7 параметров статистически значим (прирост площади 0,189; p=0,015).

Обсуждение. Влияние анатомии таза на технические показатели операции носит доступ-зависимый характер: роботическая платформа нивелирует негативные анатомические факторы. Разработанная шкала не требует дополнительных обследований — все измерения выполняются на стандартных изображениях, уже входящих в предоперационный план.

Выводы. Пельвиометрические параметры позволяют предоперационно стратифицировать анатомическую сложность резекции прямой кишки (площадь под кривой 0,943) и обосновать персонифицированный выбор доступа: при 0–1 балле — лапароскопический, при ≥3 баллах — роботический. Результаты открывают перспективы персонификации хирургической тактики с учётом индивидуальных анатомических условий.

---

447. Роль соотношений нейтрофилов/лимфоцитов и тромбоцитов/лимфоцитов в прогнозировании тяжести острого билиарного панкреатит

Рагимов В.А., Рамазанов Дж.Н., Алиев А.Г., Рагимли Ш.И.

г Баку, Азербайджан

Азербайджанский медицинский университет, кафедра хирургических болезней III

Актуальность: Острый билиарный панкреатит (ОБП) представляет собой острое воспаление поджелудочной железы, тяжесть которого может варьироваться и потенциально угрожать жизни пациента. Ранняя диагностика тяжёлых случаев имеет критическое значение для эффективного управления заболеванием и улучшения исходов для пациентов. В настоящее время для определения тяжести острого панкреатита используются различные системы классификации, такие как APACHE II и Ranson. Однако эти системы сложны и требуют значительных временных затрат.

Цель: Данного исследования является оценка таких воспалительных биомаркеров, как соотношения нейтрофилов-лимфоцитов (NLR) и тромбоцитов-лимфоцитов (PLR), в качестве надёжных предикторов тяжести ОБП.

Материалы и методы: В данном ретроспективном исследовании приняли участие 159 пациентов, госпитализированных с диагнозом острый билиарный панкреатит в период с 2011 по 2025 год. Показатели NLR и PLR пациентов были классифицированы с использованием шкалы Бальтазара, и изучено отношение этих показателей к тяжести заболевания. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS, различия между группами оценивались с помощью t-тестов и корреляционного анализа. Значение рх средах NLR и PLR могут стать подходящей и недорогой альтернативой для ранней диагностики тяжёлых случаев острого панкреатита. Тем не менее, будет полезно провести сравнения с другими биомаркерами, чтобы выяснить, имеют ли NLR и PLR дополнительную прогностическую ценность.

---

448. Оперативное лечение трубчатых свищей кишечника

Атаманов К.В. (1), Батыршин И.М. (2), Демко А.Е. (2), Левчик Е.Ю. (3), Марков П.В. (4), Стручков В.Ю. (4)

1) Новосибирск,
2) Санкт-Петербург,
3) Екатеринбург,
4) Москва

1) НГМУ,
2) СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе,
3) УГМУ,
4) НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

Лечение трубчатых кишечных свищей (ТКС) недостаточно представлено в современной литературе. Это обусловлено тем, что ТКС редко представляют угрозу для жизни пациентов, но всегда снижают ее качество. Единого мнения относительно операционного доступа (ОД) и объема восстановительных вмешательств (ВВ) при ТКС, у хирургов нет.

Целью открытого ретроспективного контролируемого многоцентрового исследования была оценка результатов оперативного лечения 110 пациентов с ТКС, в зависимости от типа ОД и объема ВВ.

ВВ выполняли при неэффективности консервативного лечения и малых операций (вскрытие абсцессов брюшной полости и стенки живота, обтурация, удаление инородных тел свищевого хода) в течение 3-6 месяцев. Из пролеченных 176, заживления добились у 67 (38,1%) больных, у 110, включенных в исследование, выполнили ВВ. Всем пациентам выполняли стандартный комплекс диагностических исследований. Для определения конфигурации и протяжённости свищевого хода, инородных тел, объёмных образований, пространственных взаимоотношений органов брюшной полости, применяли спиральную компьютерную томографию с одновременным пероральным и чресфистульным введением контраста.

Больных разделили на 4 группы: у 69 (62,7%) из 110 пациентов выполнили ВВ с устранением причин персистенции свищей: у 47 (42,7%) из 110 больных из окаймляющего ОД (1 группа), и 22 (20%) в стороне от наружного отверстия свища (2 группа). У 41 (37,3%) больного выполнили внутрибрюшинное закрытие без полной верификации причин персистенции свищей: у 23 (20,9%) из окаймляющего (3 группа), и 18 (16,4%) из ОД в стороне от наружного отверстия фистул (4 группа). Большинство пациентов были мужчины 2,2:1, возраст 30-60 лет. По локализации, чаще встретились свищи тонкой кишки - у 59 (53,6%) больных. Большинство фистул были послеоперационными - 98 (89,1%); рецидивные 20 (18,2%) и множественные 22 (20%) в группах составили от 17,4% до 33,4%. Средний дебит свищей в группах был небольшим - 80±25 мл/сутки. Дефицит массы тела более 20% ИМТ наблюдали у 2, значительные отклонения параметров гомеостаза выявили у единичных пациентов.

Из причин персистенции свищей тонкой кишки, чаще обнаружили рубцово-спаечные деформации, вызывавшие механическую непроходимость в ее отводящих от свищей отрезках - у 56 (94,9%) из 59 пациентов; только у 1 (1,7%) выявили стеноз канала на уровне свища. У больных с толстокишечными фистулами стеноз канала на уровне свища выявили у 27 (52,9%) из 51, толстокишечный стаз - у 3 (5,9%). У 24 (21,8%) из 110 пациентов, для персистенции ТКС различной локализации имели значение инородные тела (лигатуры, марлевые шарики, обломки дренажей) брюшной полости и стенки живота.

Интраоперационные осложнения (проникающие и непроникающие ранения кишки, гнойно-каловое инфицирование брюшной полости, и др.), во 2 группе отметили у 13 (59,1%), в 1 группе – у 35 (74,5%), в 4 группе – у 17 (94,4%), в 3 группе – у 22 (95,7%) больных. После ВВ умерли 5 (4,5%) из 110 больных. Во 2 группе летальных исходов не было. В 4 группе умер 1 (5,6%) из 18, в 1 – 3 (6,4%) из 47, в 3 – 1 (4,3%) из 23 больных. Несостоятельность анастомозов и рецидивы свищей возникли у 5 (10,6%) и 3 (6,4%) из 47 пациентов 1 группы, у 6 (26,1%) и 6 (26,1%) из 23 больных 3 группы, 1 (5,6%) и 1 (5,6%) из 18 – 4 группы. Во 2 группе несостоятельности кишечных швов и рецидивов свищей не наблюдали.

Таким образом, у больных с ТКС объём ВВ должен включать устранение факторов, препятствующих заживлению (механическая непроходимость в отводящем отрезке кишки или на уровне свища, инородные тела брюшной полости и стенки живота), и приводящих к рецидивам; ОД в стороне от наружного отверстия ТКС обеспечивает более благоприятные условия для выполнения радикального объёма ВВ и снижения частоты рецидивов.

449. Влияние послеоперационной лимфореи на качество жизни пациентов.

Букин Э.М., Малашенко В.Н., Рыбачков В.В., Шульгина М.А.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ярославль, Российская Федерация

Актуальность.

Успех в хирургическом лечении, зачастую, зависит не только от претенциозно выполненной операции. Проблема лимфореи в послеоперационном периоде при вмешательствах на лимфатическом аппарате, остается нерешенной, вероятно, в связи с преуменьшением серьезности этого нежелательного явления. Степень эффективности любого метода базируется, прежде всего, на совокупной оценке, как со стороны хирурга, так и пациента. Это приводит нас к необходимости изучения качества жизни пациентов, столкнувшихся с лимфоистечением.

Материалы и методы.

Анализ качества жизни проведен на основании анкетирования с использованием анкеты sf-36 73 пациентов, проходивших лечение злокачественной патологии молочной железы и мелономы кожи в период с 2024 по 2025г. 57 человек перенесли подмышечно-подключично-подлопаточную лимфаденкэтомию по поводу рака молочной железы, 11 человек перенесли пахово-бедренную лимфаденэктомию по поводу меланомы кожи, 5 человек перенесли подмышечно-подключично-подлопаточную лимфаденкэтомию по поводу меланомы кожи. 17 пациентам во время хирургического вмешательства были использованы средства профилактики лимфореи, включавшие использование бинокулярного усиления при поиске лимфатических сосудов и их лигирование методикой двойной последовательной коагуляции с ограничением выходной энергетической мощности не более 30вт. 56 пациентам во время вмешательств использованы стандартные подходы в выполнении лимфаденэктомии. 41 пациент прошёл опрос не менее чем через 1 год и не более чем через 2 года, после хирургического вмешательства, не имел признаков прогрессирования заболевания. 32 пациента прошли опрос через 4 месяца после операции и включали всех пациентов группы профилактики. Группы были сопоставимы по возрасту и стадии болезни. Оценка проводилась с использованием 8 шкал: физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, ролевое функционирование, связанное с физическим компонентом, жизненная активность, психическое здоровье, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Суммирование этих шкал позволило вычислить показатели физического и психического компонентов здоровья.

Результаты: Анализ результатов анкетирования показал, что наихудшие показатели качества жизни по всем шкалам отмечаются у пациентов через 4 месяца после операции без использования средств профилактики лимфореи. В этой группе выявлена сильная корреляция объемов лимфоистечения и физического компонента здоровья (коэффициент корреляции Спирмана, p=0,01). При сравнении с группой пациентов через 1 год наибольшее отличия касались психического компонента здоровья (критерий Манна-Уитни, p=0,03). При сравнении с группой профилактики лимфореи - общего состояния здоровья в основном за счет общего состояния здоровья и социального функционирования (критерий Манна-Уитни, p=0,02).

В группе пациентов через 1 год после вмешательства прослежена взаимосвязь между уровнем послеоперационной лимфореи и психологическим компонентом здоровья (коэффициент корреляции Спирмана, p=0,024). Притом наиболее значимый вклад был внесен показателями общего состояния и ролевого функционирования.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о серьезном влиянии послеоперационного лимфоистечения на различные компоненты качества жизни, особенно в раннем послеоперационном периоде. Использование средств профилактики лимфореи позволяет улучшить показатели качества жизни в сроки до 4 месяцев после вмешательства. В срок более 1 года позитивная тенденция сохраняется.

Выводы и рекомендации: Таким образом, выраженность лимфореи оказывает отрицательное влияние на качество жизни пациентов после вмешательств на лимфатическом аппарате. Профилактика лимфореи, по данным проведенного анализа, способна улучшить показатели психологического и общего состояние здоровья пациентов, что увеличивает не только степень адаптации, но и комплаентность к лечению.

450. Активное динамическое наблюдение как современная органосохраняющая стратегия лечения рака прямой кишки дистальной локализации

Алиев В.А., Глебовская В.В., Матвеев И.В., Исмаилова Н.А., Нотов А.А., Данилов М.А.

Москва

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С.Логинова Департамента здравоохранения г.Москвы» (Новогиреевская улица, д.1, г.Москва, 111123, Россия).

АННОТАЦИЯ

Хирургическое лечение рака прямой кишки, особенно при низком расположении опухоли, нередко сопровождается выраженными функциональными нарушениями, включая расстройства аноректальной и мочеполовой функции. В ряде случаев возникает необходимость формирования постоянной коло-; илеостомы, что оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов. В этой связи в последние годы активно развивается стратегия «Watch & Wait», предполагающая отказ от немедленного хирургического вмешательства у больных с полным клиническим ответом на курс неоадъювантной химиолучевой терапии. Данный метод основан на регулярном клинико-инструментальном мониторинге состояния пациента с возможностью выполнения отсроченной операции в случае местного рецидива. Реализация данной стратегии позволяет избежать операции, избавиться от риска послеоперационных осложнений, формирования постоянной колостомы и связанных с ней функциональных и психоэмоциональных ограничений, а также поддерживать высокий уровень качества жизни при сохранении сопоставимой онкологической эффективности.

Цель:

Оценить ранние онкологические и функциональные результаты у пациентов с полным клиническим ответом после неоадъювантной химиолучевой терапии, наблюдаемых в рамках стратегии «Watch & Wait», с применением стандартизированного протокола клинико-инструментального мониторинга с интервалом 3 месяца в течение первого года.

Материалы и методы:

В проспективное наблюдение, проводившееся в МКНЦ имени А.С. Логинова в период 2022–2025 гг., были включены 29 пациентов с гистологически верифицированным раком прямой кишки клинической стадии II–III (cT2–4 cN0–2 cM0). Возраст больных составлял 33–84 года (медиана 64 года); мужчин — 17 (58,6 %), женщин — 12 (41,4 %). Нижний полюс опухоли располагался на 1–10 см от анального края по данным пальцевого исследования и жесткой ректоскопии.

Всем пациентам выполнена пролонгированная лучевая терапия суммарной дозой 50–54 Гр (1,8–2 Гр/фракция) в сочетании с пероральным капецитабином. В период максимального действия лучевой терапии проводилась консолидирующая химиотерапия: 25 (86,2 %) больным - по схеме XELOX, медиана количества курсов составила 4,55 (1-11). 3 (10,3 %) — капецитабин в монорежиме; одному пациенту (3,5%) проводилась индукционная терапия 4 курса по схеме XELOX. Через 12–14 недель после окончания лучевой терапии выполнена комплексная оценка ответа, включавшая МРТ малого таза, видеоректоскопию с биопсией, пальцевое ректальное исследование, определение уровня РЭА и СА 19-9 и, по показаниям, ПЭТ/КТ. Пациенты, у которых выявлен полный клинический ответ (отсутствие опухолевого компонента по данным МРТ и эндоскопии, отрицательные результаты биопсии, нормализация/отсутствие повышения опухолевых маркеров), были включены в программу наблюдения «watch & wait». В первые 12 месяцев от включения пациента в программу, клинико-инструментальный и лабораторный контроль осуществлялся каждые 3 месяца.

Первичной конечной точкой являлось появление локального рецидива (регресс опухоли). Вторичными — динамика опухолевых маркеров, эндоскопическая картина (рубец, язвенный дефект, оценка эпителизации), а также наличие осложнений, связанных с проведённой химиолучевой терапией. Всем пациентам в качестве дополнительной оценки подтверждения полного клинического ответа (cCR) проводилось ПЭТ-КТ.

Результаты:

Все 28 пациента (96,5%) завершили неоадъювантную химиолучевую и химиотерапию в полном объёме. У одного пациента (3,5%) в исследуемой группе отмечено тяжёлая токсическая реакция на химиотерапию, что потребовало отмены терапии. По результатам контрольного обследования через 12–16 недель от окончания неоадъювантного лечения у всех больных был зарегистрирован полный клинический ответ.

Медиана наблюдения составила 7 месяцев [3–18]. В наблюдаемой группе локальный рецидив выявлен у 3 больных (10,3%) через 3, 6 и 18 месяцев соответственно; по данным колоноскопии и МРТ отмечен рост опухоли в зоне ранее определяемого очага без проявлений отдалённого метастазирования. Всем больным выполнено хирургическое лечение в объеме низкой резекции и экстирпация прямой кишки. Во всех случаях, по результатам патоморфологической оценки операционного материала, выполнено радикальное хирургическое лечение (R0). Отдаленное метастазирование (метастатическое поражение легкого в отсутствие локального рецидива) констатирована лишь у одного наблюдаемого.

У оставшихся 25 пациентов (86,2 %) признаков рецидива или прогрессирования на момент анализа не выявлено. При видеоэндоскопии у 16 пациентов наблюдался фиброзный рубец, у 7 — хронический язвенный дефект, у 2 – постлучевой проктит, и у 4 — гладкая интактная слизистая. Постоянная колостома потребовалась лишь одному пациенту. Поздних функциональных нарушений аноректальной или мочеполовой систем не зафиксировано. Полученная частота локального рецидива (регросса) (25 %) сопоставима с данными международных исследований, где данный показатель после cCR составляет 15–30%

Заключение:

Первые результаты проспективного наблюдения свидетельствуют о безопасности и потенциальной эффективности стратегии «watch & wait» у пациентов с cCR после неоадъювантной ХЛТ. Отказ от немедленного хирургического вмешательства позволяет избежать риска тяжёлых послеоперационных осложнений, синдрома низкой передней резекции и формирования постоянной коло-; илеостомы, что обеспечивает сохранение высокого качества жизни. При соблюдении стандартизированного протокола наблюдения локальный рецидив выявляется на раннем этапе и успешно поддается хирургическому лечению, без значимого риска отдаленного метастазирования. Полученные данные подтверждают соответствие результатов международным публикациям и подчёркивают необходимость расширения выборки и увеличения срока наблюдения для окончательной оценки онкологической эффективности стратегии «watch & wait».

---

451. Лазерная абляция эпителиально-копчикового хода, как метод хирургического лечения.

Кчибеков Э.А., Бутырина Е.В., Джабраилов Р.А.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России.

Актуальность: в настоящее время, в связи с необходимостью снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов при лечении эпителиально-копчикового хода, сохраняется актуальность поиска и внедрения новых хирургических технологий [1]. Применяемые на сегодняшний день методы оперативного вмешательства имеют ряд ограничений, связанных с невозможностью достижения полноценной абляции свищевого тракта, что в дальнейшем способствует развитию рецидивирующего течения заболевания. [2].

Цель работы: повышение эффективности лечения пациентов с эпителиально-копчиковым ходом за счёт разработки и внедрения малоинвазивной методики лазерной облитерации патологического хода.

Задачи: определить оптимальные параметры мощности высокоэнергетического лазерного излучения, обеспечивающие однократное выполнение полной абляции свищевого хода, что позволит минимизировать необходимость повторных хирургических вмешательств и существенно снизить вероятность рецидивов заболевания [3].

Материалы и методы: Предложен оригинальный способ хирургического лечения эпителиально-копчикового хода (патент № 2767889 от 22.03.2022). Оперативное вмешательство выполняется под местной анестезией. После иссечения первичного свищевого отверстия проводится ревизия свищевого хода с помощью пуговчатого зонда с формированием контрапертуры в его верхней точке. Далее с использованием ложки Фолькмана осуществляется механическая обработка полости с удалением грануляционной ткани и содержимого свища. Полость промывается водным раствором хлоргексидина. На следующем этапе под ультразвуковым контролем с применением тумесцентной (инфильтрационной) анестезии формируется «муфта», способствующая уменьшению объёма свищевого хода. Завершающим этапом является лазерная коагуляция полости свища в непрерывном режиме с длиной волны 1470 нм, мощностью 9 Вт и скоростью проведения световода 1 мм/с, что соответствует современным тенденциям развития малоинвазивной хирургии [3,4]. По данной методике в период с 2020 по 2024 год в хирургическом отделении ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Астрахани прооперировано 96 пациентов.

Результаты и их обсуждение: Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 10–12 минут. Интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде по шкале ВАШ не превышала 2 баллов, что сопоставимо с данными зарубежных авторов [5]. На 2–3 сутки после операции у пациентов отмечалось значительное уменьшение отёка мягких тканей в зоне хирургического вмешательства. К 5 суткам наблюдалось закрытие свищевых отверстий. По данным контрольного ультразвукового исследования через 2 месяца в области эпителиально-копчикового хода определялся сформированный соединительнотканный рубец. Средний срок стационарного лечения составил 2 суток. Восстановление трудоспособности пациентов отмечалось на 5–6 сутки после операции.

Выводы: Ключевым преимуществом разработанной методики является использование тумесцентной муфты, позволяющей увеличить площадь контакта тканей со световодом, что обеспечивает проведение радикальной и полноценной абляции эпителиально-копчикового хода. Предлагаемый способ хирургического лечения обладает рядом преимуществ по сравнению с традиционными

методиками:

1. Низкая выраженность болевого синдрома в первые 5–10 часов после оперативного вмешательства (ВАШ 1–2 балла).

2. Сокращение сроков стационарного лечения.

3. Удовлетворительный косметический результат.

---

452. Тотальная панкреатэктомия по техническим показаниям

Коваленко З.А., Петров Р.В.

Москва

ФГАУ НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Цель исследования: изучить непосредственные результаты выполнения первичной тотальной панкреатэктомии (ТП) у пациентов с «железой высокого риска»

Материал и методы исследования: под поджелудочной железой «высокого риска» подразумеваем: 1. Перенесенный деструктивный панкреатит/панкреонекроз с сохранившимися очагами интра-и экстрапанкреатической деструкции. 2. Жирная, хрупкая поджелудочная железа с нерасширенным главным панкреатическим протоком совокупно с рассчетной вероятностью клинически значимой панкреатической фистулы по шкале uaFRS≥60%. В исследование включено 15 пациентов, которым в период с января 2019 по февраль 2024гг выполнена первичная тотальная панкреатэктомия по техническим показаниям. Мужчин было 5, женщин 10. Возрастная медиана составила 68 (55;70) лет. Показаниями к вмешательству были злокачественные новообразования периампулярной зоны и головки поджелудочной железы (n=13), кистозные и нейроэндокринные неоплазии головки поджелудочной железы (n=2). У всех пациентов по озвученным выше причинам было невозможно безопасно сформировать ни один из типов панкреатодигестивного соустья. Сочетание клинической ситуации «перенесенный деструктивный панкреатит+резектабельная опухоль поджелудочной железы» отмечено у 7 пациентов. Еще у 7 пациентов ТП выполнена по причине выраженной жировой инфильтрации железы вкупе с нерасширенным главным панкреатическим протоком при невозможности безопасного формирования панкратодигестивного соустья. В последнем случае решение о выполнении первичной ТП принималось ex-consilio интраоперационно. Средняя расчетная вероятность клинически значимой послеоперационной панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале uaFRS (в случае выполнения ПДР) составляла бы у этих 70.5%. Комбинированная резекция мезентерико-портального венозного ствола выполнена у 4 пациентов.

Результаты: Медиана продолжительности вмешательства составила 420 мин (180;300), кровопотеря 300 мл (100;500). Тяжелые послеоперационные осложнения (grade≥IIIb по Dindo-Clavien) развились у 2-х больных. Медиана продолжительности пребывания в стационаре после операции составила 10 дней (7;14). Гликемический обмен на момент выписки был компенсирован у всех пациентов. Летальных исходов и повторных госпитализаций не было.

Выводы: Выполнение первичной ТП по «техническим» показаниям у пациентов с железой «высокого риска» является безопасной стратегией и позволяет избежать тяжелых специфичеких осложнений (клинически значимая панкреатическая фистула, некроз культи железы, сосудистые аррозии). Решение о первичной «технической» ТП должно приниматься консилиумом с использованием валидированных интегральных шкал рисков пострезекционных осложнений.

---

454. Пригодность общепринятых лабораторных биомаркеров для диагностики острой венозной мезентериальной ишемии у пациентов с нецирротическим острым портомезентериальным венозным тромбозом: промежуточные результаты исследования

Вердиханов Н.И., Магомедов Г.М., Прямиков А.Д., Сажин И.В.

Москва

ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ»

Актуальность: Острая венозная мезентериальная ишемия (ОВМИ) является жизнеугрожающим осложнением острого портомезентериального венозного тромбоза (ОПМВТ). При этом в настоящее время диагностические критерии ОВМИ вообще и пригодность общепринятых лабораторных биомаркером (С-реактивный белок [СРБ], прокальцитонин, L-лактат, количество лейкоцитов в крови) для диагностики ОВМИ в частности ясно не определены.

Дизайн исследования: Проспективное одноцентровое обсервационное аналитическое исследование.

Материалы и методы: В период времени 09.2024–06.2026 ОПМВТ был выявлен у 35 пациентов, которые получали медицинскую помощь в ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ». У 11/35 (31%) пациентов была установлена ОВМИ.

Пациенты с ОВМИ статистически значимо не отличались от пациентов без ОВМИ по возрасту (медиана = 59 лет, МКР 41–71 лет vs. медиана = 63 года, МКР 46–75 лет; p = 0,586), по полу (мужчины 7/11 [64%] vs. мужчины 16/24 [67%]; p = 1,0), по распространенности неспровоцированного ОПМВТ (4/11 [36%] vs. 4/24 [17%]; p = 0,226) и тромбофилии (5/11 [45%] vs. 4/24 [17%]; p = 0,103).

Результаты: Пациенты с ОВМИ статистически значимо не отличались от пациентов без ОВМИ по значению СРБ (медиана = 130,23 мг/л [МКР 43,78–160,15] vs. медиана = 125,615 мг/л [МКР 43,5–177,67]; p = 0,930), по значению количества лейкоцитов в крови (медиана = 12,3 × 109/л [МКР 7,26–15,6] vs. медиана = 12,16 × 109/л [МКР 8,99–19,21]; p = 0,687), по значению L-лактата (медиана = 2,1 ммоль/л [МКР 1,8–2,5] vs. медиана = 2,6 ммоль/л [МКР 2,05–4,2]; p = 0,091). Вместе с тем у пациентов без ОВМИ значение прокальцитонина было статистически значимо больше, чем у пациентов с ОВМИ (медиана = 3,135 нг/мл [МКР 0,43–39,25] vs. медиана = 0,25 нг/мл [МКР 0,17–1,06]; p = 0,047).

Заключение: СРБ, количество лейкоцитов в крови, L-лактат и прокальцитонин практически не пригодны для диагностики ОВМИ у пациентов с нецирротическим ОПМВТ. В значительной мере это обусловлено существенным влиянием фоновых заболеваний, провоцирующих ОПМВТ у пациентов без цирроза печени, на значение этих лабораторных биомаркеров.

---

455. Оценка риска летального исхода при геморрагических осложнениях у реанимационных пациентов с COVID-19

Михин В.С., Попов А.С., Экстрем А.В., Горбунов Д.Е., Лопушков А.В., Арутюнов Г.Г., Китаева А.В., Ковтун А.А., Вобленко М.Р., Фастова А.А., Ерёмина Э.Е., Беспалова К.А., Михин И.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Актуальность. Геморрагические осложнения у пациентов с тяжелыми формами COVID-19 встречаются реже, чем тромботические, но всегда связаны со значительным ухудшением прогноза и повышением летальности. Несмотря на значительное снижение количества заболевших вирусом SARS-CoV-2 после окончания пандемии сохраняется риск развития летальных осложнений при тяжелых формах заболевания. Актуальность изучения этой темы подчеркивается малым числом исследований, опубликованных в современной медицинской литературе. Учитывая высокую значимость и малую изученность темы, отсутствие стратификации факторов риска возникновения геморрагических событий у пациентов с COVID-19 необходимо проведение дальнейших исследований направленных на улучшение результатов лечения.

Материал и методы. Произведен подробный анализ результатов лечения 118 пациентов с тяжелыми формами COVID-19, течение заболевания которых осложнилось развитием различных геморрагических событий. По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: женщин 84 (71,2%), мужчин 34 (8,8%). Средний возраст в общей когорте составил 73,3(±12.8) года. Для оценки тяжести состояния и коморбидного фона использовали шкалу SOFA и индекс коморбидности Чарльсона. Изучали динамику клинико-лабораторных и инструментальных показателей. Также проведен анализ применения антикоагулянтных препаратов и их влияние на развитие данных осложнений. В результате были выявлены некоторые факторы повышения летального исхода в исследуемой группе.

Полученные результаты. Определено, что смертность среди лиц мужского пола была выше, чем у женщин: 85,3% (29/34) vs 75% (63/84). Летальность была выше у пациентов с более высокими баллами по шкале SOFA при поступлении: средний балл у умерших составил 5,2 (±2,9), у выживших – 3 (±1,9). Также было отмечено, что летальность возрастала у пациентов с более выраженным коморбидным фоном при оценке по шкале Чарльсона: 7,17 (±2) vs 5,35 (±2,7) соответственно. Интерес вызывает анализ применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в комплексной терапии пациентов. Выявлено отсутствие прямой связи повышенных дозировок антикоагулянтов с вероятностью летального исхода. Так у погибших больных средняя дозировка НМГ составила 104,9 (±46,68) мг в сутки, а у выживших 121,82 (±49,73) мг в сутки. Анализ полученных данных показал, что у умерших пациентов с геморрагическими осложнениями чаще развивалась сердечно-сосудистая (58,7% (54/92) vs 38,5% (10/26) соответственно), церебральная недостаточность (58,7% (54/92) vs 34,6% (9/26) соответственно) и возрастала потребность в проведении ИВЛ (31,5% (29/92) vs 3,8% (1/26) соответственно).

Обсуждение. Развитие геморрагических осложнений у пациентов с тяжелыми формами COVID-19 в значительной степени ухудшает прогноз заболевания. К настоящему времени нет четких рекомендаций по профилактике и лечению этой категории осложнений, а также не разработаны единые хирургические подходы. В современной литературе имеются разрозненные данные о необходимых дозировках антикоагулянтных препаратов и их влиянии на развитие геморрагических осложнений. В нашем анализе не была выявлена связь повышенных дозировок НМГ с увеличением риска неблагоприятного исхода в исследуемой популяции. Требуется продолжение научных поисков в направлении предложенной

тематики для определения наилучших подходов и улучшения результатов лечения.

Выводы и рекомендации. Выраженная коморбидность, высокая оценка по шкале SOFA при поступлении, мужской пол и развитие органных нарушений, таких как сердечно-сосудистая, церебральная и тяжелая дыхательная недостаточность, требующая применения ИВЛ, в значительной степени ухудшает прогноз у пациентов с геморрагическими событиями на фоне тяжелого течения COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования для изучения влияния антикоагулянтных препаратов на риск развития этих осложнений и определения необходимых дозировок в различных клинических ситуациях.

---

456. Диагностика стадии перитонита в клиническом течении острой кишечной непроходимости: результаты применения метода клиновидной дегидратации брюшинной жидкости.

Линёв К.А. (1), Кчибеков Э.А. (2)

1) Луганск,
2) Астрахань

1) ФГБОУ ВО «Луганский ГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России,
2) ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Актуальность. У пациентов с любой формой острой кишечной непроходимости (ОКН) рекомендуется целенаправленное выявление перитонита, который является показанием к экстренной операции. На фоне энтеральной недостаточности у больных с кишечной непроходимостью с истощением защитных реактивных механизмов стадия перитонита развивается постепенно с превалированием общих проявлений полиорганной дисфункции над местными симптомами. Не всегда возможно выполнить МСКТ или диагностическую лапароскопию, а задержка операции повышает риск летального исхода. Пагномоничный признак перитонита – превращение транссудата брюшной полости в экссудат: в жидкости растёт содержание белка и клеточных элементов, появляются посторонние примеси. Клиновидная дегидратация позволяет изучать физико-химические свойства биологических жидкостей по узору сухого остатка капли.

Цель исследования. Определить с помощью клиновидной дегидратации признаки отличия экссудата от транссудата и апробировать метод для диагностики стадии перитонита при ОКН.

Материал и методы. Изучали брюшинную жидкость 66 пациентов с острой кишечной непроходимостью, оперированных в ГБУЗ «ЛГКМБ № 1» МЗ ЛНР (г. Луганск). Каплю жидкости наносили на предметное стекло и высушивали 1 час при 25-26 °С и влажности 35-40 % без выраженных воздушных потоков. Узор остатка анализировали под микроскопом МБИ-1 (увеличение 120×). Пациентов разделили на две группы: группа 1 («транссудат», n=53) – стадии ОКН до перитонита; группа 2 («экссудат», n=13) – с подтверждённым перитонитом по данным ревизии.

Полученные результаты. Фации (сухие остатки капель) групп различались по двум признакам: наличию радиально-дугового узора и пузырьков размером более 7 мкм. Радиально-дуговой узор сохранился у всех пациентов группы 1 и лишь у 4 (31 %) в группе 2 (p

---

457. Методология обучения минимально-инвазивным хирургическим манипуляциям на примере обучения интракорпоральному шву

Климаков А.В., Логвинов Ю.И.

Москва

ГБУЗ ММНКЦ им. С. П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность

Развитие минимально-инвазивных хирургических вмешательств – ключевая потребность современной хирургии. Обучение хирургической технике, применяемой при этих операциях и манипуляциях (МИХМ) затруднено тем, что выполнение МИХМ является сложным произвольным двигательным актом, адаптированным к клинико-анатомической ситуации. Это требует одновременного развития комплекса функций: психомоторной для доминантной и недоминантной рук с бимануальной координацией, зрительно-пространственной, тактильного контроля инструментов и ткани, пространственный зрительный контроль, через плоский экран монитора. В ходе обучения это требует также достаточной физической и ментальной выносливости. В настоящее время обучение начинается в симуляционных условиях, целью которого является развитие умения применить МИХМ в операционной практике. Однако цель достигается не всегда. Например, после базового обучения интракорпоральному шву (ИКШ), только 44-72,5% обучаемых применили навык на практике. Это объясняется влиянием стрессогенных факторов в операционной, недостаточной уверенностью в умении, приобретенном за короткое время.

Обучение связано с трудностями: слушатели различа-

ются по уровню различных ключевых функций и скорости их развития, опыту и владению хирургическим швом, полученным в «открытой» хирургии, мотивации. Влияют также некорректные привычки техники исполнения, приобретенные во время самообучения.

Эффективность обучения в короткие сроки во многом зависит от методологии и методик обучения, индивидуального подхода к обучению слушателей с учетом их персональных специфичных способностей.

Цель исследования: разработать усовершенствованную программу симуляционного обучения ИКШ, повышающую эффективность обучения.

Материалы и методы

Изучены общие принципы двигательного обучения: диагностика исходных функций, требуемых для выполнения двигательной задачи: принцип «облегчения», формирование новой двигательной программы (ментальной и физической), последовательное развитие необходимых функций, постепенное усложнение заданий («от простого к сложному»), контроль нагрузки для профилактики переутомления, высокая реалистичность заданий. Эффективность Программы оценена с помощью обработки результатов структурированного интервью хирургов, прошедших в течение 3 месяцев после обучения, с использованием специфичного чек-листа.

Результаты

В Учебно-аккредитационном центре – медицинском симуляционном центре Боткинской Больницы разработана и внедрена программа «Интракорпоральный шов. Базовый курс» (Программа) трудоемкостью 18 часов, включающая выполнение интракорпоральных стандартного узлового хирургического шва, непрерывного шва с абердиниевым узлом, одиночного шва со скользящим узлом авторским способом. Применены следующие методики обучения: просмотр учебных фильмов с комментариями преподавателя и «живая» демонстрация, тестирование исходных функций, задания с фокусом на развитие стереоконтроля через 2D-монитор, фокус на активацию недоминантной руки, на манипуляции с иглой, разделение сложного движения на отдельные элементы их многократное повторение (20-100 раз), последовательное использование «открытых» и «закрытых» лапароскопических тренажеров, видеозапись исполнения ИКШ для самоконтроля и самокоррекции ошибок, регулярные перерывы 3-5 минут каждые 15-20 минут работы на тренажере.

За период 2018-2022 гг. прошли обучение по Программе 353 хирургов. Опрошено 52 врача, ранее не применявших ИКШ. Применили в практике стандартный узловой хирургический шов 88,9%, узловой шов со скользящим узлом –72,9%, расширили спектр лапароскопических операций -84,6%, отметили сокращение времени операций - 73,0%. Осложнений ИКШ не было отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Представленный способ оценки эффективности обучения отвечает современным требованиям и может быть рекомендован для применения в практике обучения МИХМ

2. Представленная методика обучения ИКШ демонстрирует высокую эффективность и может быть рекомендована к применению в хирургической образовательной практике

---

459. Опыт этапного пункционного наружно-внутреннего дренирования у пациентов с механической желтухой.

Кан В.В. (1), Лященко С.Н. (2), Савин Д.В. (1,2), Соболев Ю.А. (1,2)

Оренбург

1) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»,
2) ОрГМУ

Актуальность. Больные с механической желтухой (МЖ) являются проблемной группой в хирургических и онкологических стационарах. Наличие МЖ при злокачественных опухолях панкреатодуоденальной зоны существенно отягощает состояние больных, приводя к развитию у них печеночной и почечной недостаточности, тромбогеморрагическому синдрому, холемическим кровотечениям, гнойному холангиту, холангиогенным абсцессам печени, дисбактериозу кишечника и полиорганной недостаточности. Все диагностические и лечебные мероприятия у этих больных необходимо выполнять в срочном порядке.

Цель исследования. оценить результаты лечения пациентов с механической желтухой, путём использования этапной дозированнной декомпрессии биллиарной системы, и индивидуального дооперационного планирования пункционных вмешательств.

Материалы и методы. За период 2021-2025 годы наружно-внутренее дренирование выполнено 14 пациентам с механической желтухой (женщин – 7, мужчин – 7). Средний возраст пациентов на момент вмешательства 66,5 лет (от 36 до 86 лет).

Результаты. Всем пациентам после проведённой консервативной терапии и предоперационной подготовки, включающей в себя инфузионную, дезинтоксикационную терапию, а также профилактическую гемостатическую терапию в день операции. Как первичный этап выполня-

лось рентгенхирургическое чрескожное наружное дренирование желчных протоков. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная консервативная терапия, в зависимости от тяжести состояния, степени активности холестатического гепатита и цифр билирубина пациенты выписывались под амбулаторное наблюдение хирурга, терапевта онколога поликлиники на 4-11е сутки. Через 14-30 суток после купирования явлений механической желтухи пациенты повторно госпитализировались. В целях предоперационной подготовки выполнялось дообследование, включающее в себя МСКТ в сочетании с фистулографией, что позволяло сформировать точную 3D модель желчных протоков. Благодаря формирования индивидуальной 3D модели пациента, нам удалось наиболее чётко подобрать уровень и глубину постановки наружно внутреннего дренажа и точно определить уровень формирования дополнительных дренажных отверстии в дренажной системе. После проведённой предоперационной подготовки с целью предотвращения ахолического синдрома вторым этапом выполнялось наружно-внутреннее дренирование желчных протоков. У всех пациентов послеоперационный период протекал благоприятно, болевой синдром не отмечался, осложнений в раннем послеоперационном не отмечалось.

Обсуждение. Благодаря выбранному этапному подходу в лечении пациента, нам удалось минимизировать возможные риски при оперативном вмешательстве, а также осуществить дозированную декомпрессию билиарной системы. Рентгенохирургическое наружно-внутреннее дренирование желчных протоков вместе с тем выполнено с целью улучшения качества жизни пациентов. Кроме того, это предотвращает появление синдрома ахолии, так как часто пациенты в старческом возрасте прекращают или сокращают пероральный приём желчи. На основании проведенного лечения была отмечена положительная динамика с улучшением общего состояния и отсутствие осложнений.

---

460. 3D анатомия двенадцатиперстной кишки в норме и после панкреонекроза головки поджелудочной железы

Неретина М.В. (1),
д.м.н., профессор Лященко С.Н. (2),
к.м.н. Савин Д.В. (1).

Оренбург

1) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова» город Оренбург
2) Оренбургский государственный медицинский университет

В настоящее время трехмерное моделирование двенадцатиперстной кишки (ДПК) в медицинской практике является инновационной технологией, так как ДПК занимает сложное анатомическое положение, с помощью компьютерной графики открывается возможность ее точного 3D моделирования, данная методика подтверждает вариабельность анатомического строения органа, тем самым улучшается понимание сложной анатомии ДПК и ее взаимоотношение с окружающими структурами. Актуальной проблемой в абдоминальной хирургии является острый деструктивный панкреатит. Клиническое значение имеют дуоденальные осложнения после панкреонекроза головки поджелудочной железы. 3D визуализация позволяет отобразить взаимоотношения между поджелудочной железой и ДПК, оценить перипанкреатическую клетчатку, некротические массы и их взаимосвязь со стенкой кишки. В отдаленном периоде после перенесенного деструктивного панкреатит у большинства больных формируется дискинезия ДПК.

Цель: провести сравнительную характеристику 3D анатомии в норме и после перенесенного панкреонекроза головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование 50 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга. Возраст пациентов составил от 42 до 68 лет. Соотношение мужчин и женщин было 3:1. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первой контрольной группе 30 пациентов с отсутствием врожденной и приобретенной патологией гепатодуоденальной зоны, отсутствием в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Вторая группа 20 пациентов после панкреонекроза головки поджелудочной железы, отсутствием в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Пациентам была выполнена МСКТ на 64-срезовом томографе. Проводилась оценка аксиальных томограмм в программе Weasis Viewer. В дальнейшем выполнялась трехмерная реконструкция ДПК в специализированной программе Vidar DICOM Viewer, затем выполнялась морфометрия 3D моделей ДПК, определялась форма, размеры частей, изгибы, объем с помощью цифровой линейки внутри программы Vidar DICOM Viewer.

При анализе данных первой группы: средний объем ДПК составил 83,78 см.куб. (max 116,2 см. куб., min 60,6 см. куб.); верхняя часть 12,045 см. куб; нисходящая часть 31,9 см. куб.; горизонтальная часть 29,9 см. куб.; восходящая часть 9,7 см.куб. U - образная форма в 20 случаях (66,6%), L - образная форма в 10 случаях (33,3%). Скелетотопия: верхняя часть - L2 (80%), L1-L3 (20%); нисходящая часть - L2-L3 (50%), L3-L4 (30%), L2-L4 (20%); горизонтальная часть - L3 (55%), L4 (35%), L3-L4 (10%); восходящая часть - не визуализировалась в 25% случаев, L2 (25%), L2-L3 (20%), L3 (30%). При анализе второй группы: средний объем ДПК составил 78,6 см.куб. (max 123,1 см. куб., min 51,4 см. куб.); верхняя часть 10,1 см. куб; нисходящая часть 28,7 см. куб.; горизонтальная часть 26,9 см. куб.; восходящая часть 7,9 см.куб. формы С - образная 5 (25%), L - образная 10 (50%), U - образная 5 (25%). Скелетотопия: верхняя часть - Th12 (10%), L1 (70%), L2 (15%); нисходящая часть L1-L3 (65%), L1-L4 (5%), L2-L3 (15%), L2-L4 (10%), L3 (5%); горизонтальная часть - L3 (75%), L4 (25%), восходящая часть - L2 (20%), L3 (80%).

В 30% случаев диагностирован перипанкретический инфильтрат, который при КТ - визуализации определялся уплотнением жировой клетчатки вокруг головки поджелудочной железы, за счет пропитывания воспалительной жидкостью, что приводило к внешней компрессии и смещении нисходящей части ДПК. Также у 30% пациентов с псевдокистами поджелудочной железы специфической КТ - характеристикой являлась трубчатая конфигурация псевдокисты, распространяющаяся вдоль стенки ДПК, что соответствовала ее ходу, тем самым приводила к резкому уплощению на границе просвета ДПК и во всех этих случаях была поражена нисходящая часть ДПК. В одном случае была поражена верхняя часть ДПК, в двух случая псевдокиста распространялась на горизонтальную часть ДПК. У двух пациентов (20%) была выявлена крупная киста головки поджелудочной железы, при КТ - визуализации наблюдалось сдавление и боковое смещение нисходящей части ДПК. Во всех наблюдениях определялось вовлечение в патологический процесс стенки ДПК, а именно ее деформация.

Выводы. Таким образом, анализ 3D анатомии ДПК после перенесенного панкреонекроза головки поджелудочной железы, позволяет оценить пространственное соотношение ДПК с прилежащими структурами (кистой, абсцессом, инфильтратом), определить дальнейшую тактику лечения, спрогнозировать объемы и этапы оперативных вмешательств.

---

461. Комбинированное применение обогащенной тромбоцитами аутологичной плазмы при аутодермопластике у пациентов с обширными глубокими ожогами

Алексеев А.А. (1,2), Филимонов К.А. (1), Бобровников А.Э. (1,2), Чиликин Н.М. (1), Козлова М.Н. (1).

Москва

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России
2) ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

В настоящее время одной из нерешённых проблем в комбустиологии является восстановление целостности кожного покрова у пациентов с обширными ожогами при выраженном дефиците неповрежденного кожного покрова. Выполнение аутодермопластики расщепленным, широкоперфорированным трансплантатом, является традиционным и фактически единственным методом оперативного лечения у пациентов данной группы. Однако, при использовании сетчатых трансплантатов с перфорацией 1:6 у больных с обширными ожогами в 40% наблюдений отмечается их регресс, что связано, в том числе, с тяжелым состоянием пациента и низким регенераторным потенциалам организма, что в свою очередь приводит к осложнённому течению ожоговой болезни и значительно повышает вероятность неблагоприятного исхода выполненного оперативного вмешательства по пластическому закрытию ожоговой раны.

Высокая частота осложненного течения раневого процесса при обширных ожогах требует постоянного поиска новых, инновационных методов лечения, направленных на повышение эффективности операций по восстановлению целостности кожного покрова у пациентов данной группы.

Одним из перспективных научных и клинических направлений является изучение и эффективности процессов регенерации и восстановления целостности кожного покрова у больных с обширными, глубокими ожогами под влиянием минимально манипулированных аутологичных клеток - обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы (ОТАП). В ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ впервые, разработаны инновационные способы получения и комбинированного применения обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы при аутодермопластике у больных с обширными глубокими ожогами. Регенераторный потенциал этой технологии обеспечивается за счет стимуляции пролиферации клеток фибробластов и кератиноцитов пересаженных кожных трансплантатов, усиления ангиогенеза, противовоспалительной регуляции.

Цель исследования: изучить эффективность и технологию применения обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы (ОТАП) в комбинации с аутодермопластикой расщепленным, широкоперфорированным 1:6 трансплантатом для улучшения результатов пластического восстановления кожных покровов у пациентов с обширными глубокими ожогами.

В ходе разработки инновационных методов восстановления кожного покрова у больных с обширными глубокими ожогами в ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» проведено проспективное исследование с анализом результатов применения маломанипулированных клеток ОТАП в комбинации с аутодермопластикой расщепленными трансплантатами с коэффициентом перфорацией 1:6. К настоящему времени в исследование включено 15 пациентов. Средний возраст пациентов составил 33,6±9,05 лет, общая площадь ожоговых ран в среднем равнялась 40,5±9,8% поверхности тела (п.т.), площадь глубокого ожога составила 22,8±7,7%п.т. Больные были разделены на 4 группы: аутодермопластика в комбинации с инъекционным методом трансплантации ОТАП, аэрозольным методом трансплантации и комбинированным (инъекционный+аэрозольный) методом трансплантации. В группу сравнения вошли 15 пациентов, которым выполнялась стандартная аутодермопластика расщепленными трансплантатами с коэффициентом перфорации 1:6.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что комбинированный (иньекционный+аэрозольный) метод применения ОТАП при аутодермопластике у пациентов с обширными глубокими ожогами является наиболее эффективным, так как на фоне снижения послеоперационных осложнений до 7,2% (в группе сравнения 24,3%), сроки приживления пересаженных трансплантатов уменьшились в среднем на 6 суток (эпителизация на 11±0,012 сутки).

Разработанная технология применения ОТАП при комбинированной аутодермопластике трансплантатом с перфорацией в соотношении 1:6 и более обеспечивает стимуляцию регенеративной функции дериватов кожи пересаженных аутотрансплантатов, создаёт оптимальные условия для эффективного приживление перфорированных аутотрансплантатов и сокращение сроков восстановления целостности кожного покрова у пациентов с обширными ожогами.

---

462. Послеоперационные осложнения спленэктомии у пациентов с иммунной тромбоцитопенией: сравнительный анализ лапароскопического и открытого доступов.

Назаров Р.М., Купер, В.Д., Макаров И.В.

Самара

СамГМУ

Актуальность. Иммунная тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) — приобретённое аутоиммунное заболевание, характеризующееся изолированным снижением количества тромбоцитов вследствие их ускоренной деструкции и нарушения продукции. Спленэктомия остаётся наиболее эффективным методом лечения ИТП у пациентов с мультирефрактерным течением. Лапароскопическая спленэктомия признана «золотым стандартом», однако частота конверсий достигает 25%. Несмотря на внедрение новых лекарственных препаратов, спленэктомия остаётся методом выбора для пациентов, резистентных к медикаментозной терапии. Систематизация структуры и частоты послеоперационных осложнений при разных доступах остаётся актуальной задачей.

Цель: проанализировать частоту и структуру послеоперационных осложнений при лапароскопической и открытой спленэктомии у пациентов с ИТП на основании данных литературы и собственного ретроспективного анализа.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезней 24 пациентов с ИТП, оперированных в клиниках Самарского государственного медицинского университета в 2018–2024 гг. Оценивались: доступ оперативного вмешательства, интраоперационная кровопотеря, длительность госпитализации, послеоперационные осложнения.

Результаты. По данным литературы, частота постспленэктомического сепсиса составляет 2,5–13,6%, тромбоза воротной вены — 4–10%, послеоперационного панкреатита — 1–11%, рецидива ИТП — 12–20%. При этом частота инфекционных и раневых осложнений выше при открытом доступе, а послеоперационный панкреатит и тромбоз воротной вены ассоциированы преимущественно с лапароскопическим доступом вследствие технических сложностей диссекции ворот селезёнки. В ретроспективном анализе историй болезней (n=24) лапароскопический доступ выполнен у 17 пациентов (70,8%), открытый — у 7 (29,2%). Конверсия потребовалась в 4 случаях (16,7%). Причины конверсии: интраоперационное кровотечение (n=2), атипичная анатомия ворот селезёнки (n=1), ограниченная визуализация операционного поля (n=1). Интраоперационная кровопотеря составила 85 ± 32 мл при лапароскопии и 210 ± 45 мл при открытой операции (p

---

463. Ретроспективный анализ осложнений и рецидивов после пластики парастомальных грыж по методике Keyhole и перспективы создания нового хирургического метода.

Купер В.Д., Безбородов А.И., Назаров Р.М., Шестаков Е.В.

Самара

СамГМУ

Актуальность. Парастомальные грыжи развиваются более чем у 50% стомированных пациентов в течение двух лет после операции и остаются одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. На сегодняшний день предпочтительным методом хирургической коррекции считается лапароскопическая пластика по методу Sugarbaker, которая, согласно мета-анализам, ассоциируется с более низкой частотой рецидивов по сравнению с альтернативными техниками (отношение шансов 0,39; 95% ДИ 0,19–0,83; p=0,01). Однако «золотой стандарт» не признан, и метод Sugarbaker имеет чёткие ограничения: она технически невыполнима при недостаточной длине петли кишки, несущей стому, при выраженном спаечном процессе в брюшной полости, а также при больших и гигантских грыжах, где эффективность Sugarbaker снижена. В таких клинических ситуациях по-прежнему широко используется методика Keyhole. Несмотря на высокую частоту использования метод Keyhole характеризуется высоким риском рецидива, достигающим 40%-50%, по данным ретроспективных исследований, что подтверждает необходимость критической оценки результатов метода Keyhole и поиска новых хирургических решений, свободных от этих недостатков.

Цель. Проанализировать частоту и структуру послеоперационных осложнений и рецидивов после пластики парастомальных грыж по методике Keyhole и обосновать необходимость разработки нового хирургического подхода, исключающего контакт сетчатого имплантата со стенкой кишки.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 25 пациентов с парастомальными грыжами, оперированных с применением метода Keyhole. Проведен анализ наличия рецидива через 6, 12 и 24 месяца; ранние (до 30 суток) и поздние послеоперационные осложнения; тяжесть осложнений по классификации Clavien–Dindo. Полученные данные сопоставлены с результатами систематических обзоров и мета-анализов.

Результаты. В нашем исследовании рецидив грыжи через 24 месяца зафиксирован у 40% пациентов (10 из 25). Ранние раневые осложнения (серома, гематома, нагноение, расхождение краёв раны) отмечены у 52% (13 из 25). Поздние осложнения, включая пролапс, ретракцию, стриктуру, парастомальный свищ и миграцию сетки, зарегистрированы у 48% (12 из 25). Хронический болевой синдром (NRS ≥3) сохранялся у 20% (5 из 25). Распределение по Clavien–Dindo: I степень – у 20% (5), II – у 16% (4), IIIa – у 8% (2), IIIb – у 4% (1), IV–V – 0. По данным литературы, частота рецидивов при Keyhole составляет 24–40%, что значительно превышает показатели для Sugarbaker (около 12%).

Обсуждение. Высокая частота рецидивов и осложнений при методике Keyhole обусловлена наличием отверстия в сетчатом импланте, которое повышает риск миграции имплантата, хроническое воспаление и формирование кишечных свищей. Применение метода Sugarbaker ограничено при недостаточной длине кишки, спаечном процессе, больших размерах грыжи. Несмотря на более низкий процент послеоперационных осложнений и рецидива у метода Sugarbaker сохраняются фундаментальные проблемы: наличие контакта импланта и стенки кишки, риск прорастания сетки в стенку кишки, ущемления кишки, что подтверждает необходимость разработки новых методов, в том числе создание методов пластики, полностью исключающих контакт сетчатого имплантата с кишечной стенкой.

Выводы. Метод Keyhole при пластике парастомальных грыж характеризуется высокими показателями рецидивов (до 40%) и широким спектром осложнений, однако остаётся распространенной, в том числе в связи с наличием ограничений применения метода Sugarbaker. Полученные результаты обосновывают необходимость разработки новых хирургических подходов, исключающих контакт сетки с кишкой, что позволит улучшить результаты лечения и качество жизни стомированных пациентов.

464. Специализированная помощь при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии: результаты многоцентрового исследования

Андреев А.И. (1), Анисимов А.Ю. (1), Дурлештер В.М. (2), Восканян Г.А. (2), Сахно В.Д. (2), Нартайлаков М.А. (3), Салимгареев И.З. (3), Власов А.П. (4), Бударев В.Н. (5)

1) Казань, 2) Краснодар
3) Уфа, 4) Саранск, 5) Рязань

Андреев А.И. (1,2), Анисимов А.Ю. (1), Дурлештер В.М. (3,4), Восканян Г.А. (3,4), Сахно В.Д. (3,4), Нартайлаков М.А. (5,6), Салимгареев И.З. (6), Власов А.П. (7,8), Бударев В.Н. (9,10)

1) Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия
2) Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 7 имени М.Н. Садыкова» г. Казани, Казань, Россия
3) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия
4) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия
5) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия
6) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова», Уфа, Россия
7) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», Саранск, Россия
8) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова», Саранск, Россия
9) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия
10) Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Рязань, Россия

Актуальность. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии встречаются относительно редко, однако относятся к наиболее тяжелым осложнениям абдоминальной хирургии. Клинический исход определяется не только уровнем повреждения и техникой реконструкции, но и организацией маршрута: сроками распознавания осложнения, полнотой визуализации, контролем билиарной инфекции, объемом первичной помощи и своевременным контактом со специализированным гепатопанкреатобилиарным центром.

Материал и методы. Проведено ретроспективное многоцентровое исследование по данным специально разработанных опросников из пяти медицинских организаций Российской Федерации, оказывающих специализированную помощь больным с повреждениями желчных протоков: Казань, Краснодар, Уфа, Саранск, Рязань. Анализировали сводные показатели за 2023–2025 гг.: объем лапароскопических холецистэктомий, число наблюдений повреждений желчных протоков, источник направления пациента, сроки реконструктивного вмешательства и методы лечения. Включали подтвержденные или клинически обоснованные повреждения внепеченочных желчных протоков, связанные с лапароскопической или открытой холецистэктомией. Статистическая обработка была описательной; данные представлены абсолютными значениями и долями.

Полученные результаты. В анализ включены 98 клинических наблюдений. Общее число пациентов, поступивших в специализированные центры, увеличилось с 27 в 2023 г. до 37 в 2025 г., что отражает не популяционную частоту осложнения, а клиническую нагрузку референсных учреждений. Пациенты, направленные из других медицинских организаций, составили 72/98 (73,5 %), собственные наблюдения центров — 26/98 (26,5 %). Из центральных районных больниц поступили 45/98 (45,9 %) больных, из городских медицинских организаций — 27/98 (27,6 %). Срок реконструкции был известен у 94 пациентов. Вмешательство во время первичной операции выполнено у 12/98 (12,2 %) больных, до 6 недель — у 10/98 (10,2 %), позже 6 недель — у 72/98 (73,5 %), или у 72/94 (76,6 %) среди пациентов с известным сроком. Окончательная хирургическая билиарная реконструкция выполнена у 94/98 (95,9 %) пациентов. Основным вариантом операции был гепатикоеюноанастомоз или холедохоеюноанастомоз — 85/98 (86,7 %). Эндобилиарное дренирование применено у 16/98 (16,3 %) больных, чре-

скожное дренирование — у 28/98 (28,6 %).

Обсуждение. Полученные данные показывают, что повреждение желчных протоков после холецистэктомии следует рассматривать не как изолированную техническую ошибку, а как клинико-организационную проблему. Высокая доля направленных пациентов подтверждает, что основная нагрузка по окончательному лечению формируется в специализированных центрах. Отсроченная реконструкция не всегда является дефектом помощи: при билиарном сепсисе, биломе, холангите, воспалительном инфильтрате или неясной анатомии ворот печени этапная тактика может быть обоснованной. Управляемыми факторами риска остаются позднее распознавание повреждения, задержка консультации, необоснованные повторные вмешательства до перевода и отсутствие единого алгоритма. Оптимальная тактика должна строиться по принципу «анатомия и контроль инфекции до реконструкции».

Выводы и рекомендации. Ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии является комплексной проблемой, включающей профилактику, раннюю диагностику, маршрутизацию и специализированную билиарную реконструкцию. На уровне региона необходимы единый канал срочных консультаций, стандартизированный объем первичной помощи, передача данных визуализации в специализированный центр и отказ от повторных реконструктивных вмешательств вне условий гепатопанкреатобилиарной хирургии. Целесообразно формирование регионального регистра повреждений с фиксацией сроков распознавания, маршрутизации, этапных вмешательств, сроков реконструкции и исходов.

---

465. Комплексный подход в повышении репаративной способности тканей при сахарном диабете

Власов А.П. (1), Пилат Т.Л. (2), Алагулов А.А. (1), Кузнецова Ю.Г. (2), Абрамов А.А. (1)

1) Саранск
2) Москва

1) ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»
2) ФГБНУ «НИИ МТ им. академика Н.Ф. Измерова»

Сахарный диабет негативно влияет на метаболические процессы, что не может не отразиться на репарации тканей у пациентов, перенесших различные хирургические вмешательства.

Цель работы: Оценка влияния лазерной терапии и сиппингового питания на клинико-лабораторное течение послеоперационного периода больных сахарным диабетом, перенесших ампутацию конечности.

Материалы и методы. Анализ 119 пациентов сахарный диабетом, которым выполнены ампутации нижней конечности. Методом открытой рандомизации больные разделены на основную (80) и контрольную (39) группы. В основной (первой) группе в качестве нутритивной поддержки применено энтеральное питание Леовит PHARMA по схеме и курсы лазерной терапии аппаратом “Мустанг 2000”. В первые 3 суток до операции пациенты получали коктейль белковый восстанавливающий, затем после операции 6 суток - коктейль белковый детоксикационный. После хирургического вмешательства проведены курсы лазерной терапии (мощность 5-6 Вт, частотой 80 Гц). Пациентам контрольной (второй) группы проведена стандартная терапия, согласно клиническим рекомендациям. Исходное состояние пациентов в группах существенно не отличалось по демографическим признакам, возрастному составу, тяжести болезни при поступлении (по шкале APACHE-II), показателей рутинных лабораторных тестов ($\chi2=1,341\div2,089$, $p=0,132\div0,356$).

Результаты. Установлено, что у пациентов больных сахарным диабетом перенесших ампутацию конечностей был понижен уровень общего белка, альбумин, трансферина, В основной группе уровень общего белка демонстрировал статистически значимые изменения на протяжении послеоперационного периода, отражая закономерный метаболический ответ на стресс и последующее восстановление. В то же время, в контрольной группе достоверной динамики показателя выявлено не было, что может указывать на менее предсказуемый характер метаболических процессов. По альбумину в первой группе показатель носил высокостатистически значимый и максимально выраженный характер. В группе же контроля динамика была существенно менее выраженной. Данный факт позволяет предположить, что нутритивная поддержка на основе «Леовит PHARMA» не просто поддерживает уровень альбумина, но и способствует более четкому, интенсивному и управляемому метаболическому ответу организма на хирургическую агрессию и последующее восстановление, оптимизируя процессы белкового обмена. Применение сиппингового питания и лазеротерапии позволило ускорить процесс репаративной регенерации тканей области раны. При микроскопической оценке раневого экссудата установлено сокращение альтеративной фазы процесса заживления и сравнительно быстрое появление репаративной фазы. Так, регенеративно-дегенеративный индекс у пациентов в основной группе в раннем послеоперационном периоде был выше контроля на 17,7-23,6 % (p

---

467. Молекулярно-генетическая детекция днк echinococcus granulosus в крови и фекалиях у пациентов хирургического профиля в эндемичном регионе (Астраханская область)

Одишелашвили Г.Д., Рубальский О.В., Чикобава М.Г., Пахнов Д.В., Шашин С.А.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, город – г. Астрахань, страна – Россия

Актуальность

Эхинококкоз остается одной из самых сложных проблем мирового здравоохранения (входит в список забытых тропических болезней ВОЗ).

1. Статистика по РФ:

• Общая заболеваемость: В 2024 году в России официально зарегистрировано 493 случая кистозного эхинококкоза в 59–60 субъектах.

• Показатель на 100 тыс. населения: составляет около 0,34, что выше среднего многолетнего уровня (0,31).

• Группа риска: более 11% заболевших — дети до 17 лет. Около 64% случаев приходится на лиц трудоспособного возраста (18–49 лет).

• Летальность: несмотря на успехи медицины, фиксируются летальные исходы (до 6 случаев в год).

2. Перспективы применения молекулярно- биологических методов диагностики ECHINOCOCCUS GRANULOSUS.

1. Генотипическое разнообразие: В Астрахани ПЦР-диагностика критична для разделения штаммов. Штамм G1 (овечий) преобладает, но присутствие G6 (верблюжий) требует особого внимания к тактике лечения.

2. Проблема рецидивов: Частота рецидивов после операций в мире составляет от 3% до 54%. Именно здесь наша методика ПЦР крови может стать «золотым стандартом» для раннего выявления возврата болезни.

3. Диагностический разрыв: Основная масса случаев (свыше 70%) — это поражения печени, которые часто находят случайно. Переход к активному скринингу с помощью молекулярных методов (ITS1 ПЦР) — это главный вектор развития в эндемичных зонах.

Традиционные методы диагностики (серология ИФА, УЗИ) имеют ограничения по специфичности и раннему выявлению рецидивов.

Материалы и методы.

Образцы крови и фекалий были получены от пациентов с клинически и инструментально подтвержденным диагнозом «эхинококкоз». Специфические праймеры были разработаны для амплификации участка внутреннего транскрибируемого спейсера 1 (ITS1) рибосомальной ДНК эхинококка. Выбранная последовательность праймеров позволяет выделить ДНК Echinococcus granulosus sensu lato при работе с образцами тканей или жидкостей пациента.

Полученные результаты.

Выбранная последовательность праймеров позволяет выделить ДНК Echinococcus granulosus sensu lato.

В ходе исследования в сыворотке крови пациентов была успешно идентифицирована внеклеточная ДНК паразита, что подтверждается наличием специфических ампликонов размером около 1000 п.н.

Особый интерес представляют положительные результаты ПЦР-анализа фекалий пациентов. С учетом биологии E. granulosus в организме человека (промежуточного хозяина), выделение ДНК с калом может свидетельствовать о микроперфорациях кист в желчевыводящие пути.

Обсуждение.

Проблема традиционной диагностики (ИФА):

1. Ложноотрицательные результаты (до 20-25%): Если киста «спящая», обызвествленная или, наоборот, очень молодая, иммунная система её «не видит».

2. Ложноположительные результаты: антитела могут сохраняться в крови пациента в течение 2–5 лет после успешной операции, что делает невозможным контроль рецидива.

3. Перекрестные реакции: ИФА может ошибочно реагировать на другие гельминтозы

Преимущества метода (ПЦР на ITS1):

• Прямая детекция:ПЦР обнаруживает не «ответ организма», а самого паразита (его ДНК). Если ПЦР в крови положительна — паразит в организме жив и активен.

• Ранняя диагностика: ДНК может появляться в кровотоке на ранних стадиях, еще до формирования мощного титра антител.

• Дифференциация штаммов: ИФА не выявляет штамм (овечий G1 или верблюжий G6), в отличии от ПЦР с последующим анализом.

Особенности детекции ПЦР:

На нашем опыте, использование разработанных специфических праймеров показало высокую эффективность в детекции ДНК эхинококка в Астраханской популяции.

Выводы и рекомендации.

1. Подтверждает эффективность ПЦР-диагностики в регионе с реальным ростом заболеваемости.

2. Демонстрирует возможность прямой детекции возбудителя (в крови), что намного точнее косвенных методов (антител).

3. Применение праймеров позволяет преодолеть диагностическое „окно“ серологических тестов. У пациентов с доказанной инфекцией в Астраханской области метод ПЦР продемонстрировал высокую корреляцию с данными инструментальных исследований, подтверждая свою роль как метода прямой верификации возбудителя.

4. Если у прооперированного пациента титр антител (ИФА) высокий, а ПЦР крови отрицательна — значит, это «иммунная память» и рецидива нет. Это важнейший клинический маркер.

---

468. Состояние и перспективы хирургической стационарзамещающей помощи в Воронежской области

Аралова М.В. (1,2), Глухов А.А. (1), Коротких Н.Н. (1,2), Андреев А.А. (1), Остроушко А.П. (1), Лаптиева А.Ю. (1)

Воронеж

1) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
2) БУЗ ВО ВОКБ №1

Амбулаторная хирургия прошла большой путь от «малой» хирургии до широчайшего спектра оперативных вмешательств и минимизации противопоказаний к ним. Замена круглосуточной госпитализации кратковременным пребыванием на медицинской койке является современным трендом оказания медицинской помощи, обеспечивая ценностно-ориентированное здравоохранение.

Цель - провести анализ работы центров амбулаторной хирургии в Воронежской области.

Первый центр амбулаторной хирургии открыт в Воронеже в 2004 году на базе городской поликлинике №7. За прошедший период, согласно потребностям системы здравоохранения, стационары дневного пребывания стали открываться в других лечебных учреждениях. В настоящее время в Воронежской области активно работают 10 центров амбулаторной хирургии, функционирующие как самостоятельные подразделения. В областном центре действуют 7 дневных стационаров хирургического профиля на базе крупных многопрофильных лечебных учреждений и городских поликлиник, также в трех районах области в районных больницах созданы центры амбулаторной хирургии. Медицинская помощь осуществляется по следующим направлениям: больше половины случаев (51%) приходится на общую хирургию, почти вдвое меньше (24%) - на травматологию и ортопедию, пациенты с гнойно-септическими заболеваниям составляют 12%, на профили урология и гинекология приходится 6% и 5% соответственно, 1% - отоларингология, также 1% - колопроктология, еще меньше в процентном соотношении занимают сосудистая хирургия и онкология.

Ежегодно количество амбулаторных операций растет, за последний пятилетний период наблюдения объемы хирургических вмешательств в ЦАХ Воронежской области возросли с 7555 в 2021г. до 11270 в 2025 г.

В разделе общей хирургии 45% составляют операции по удалению новообразований кожи и мягких тканей, на втором месте по объемным показателям - диагностические манипуляции (пункционные, инцизионные и эксцизионные биопсии) – 36%, на долю холецистэктомий и грыжесечений приходится не более 11%, доля остальных вмешательств значительно меньше.

Травматологические вмешательства в центрах амбулаторной хирургии области представлены лечебно-диагностическими пункциями и блокадами крупных суставов (58%), ПХО ран (13%), артроскопиями (12%), удалением параартикулярных кист и иссечением измененной капсулы суставов (7%), удалением металлоконструкций (7%), остеосинтезом и закрытой репозицией переломов (3%).

Урологическая амбулаторная помощь представлена в основном «малыми» операциями по поводу фимоза, гидроцеле, варикоцеле (50%), диагностическими вмешательствами под УЗ контролем (36%) и пункционными эпицистостомиями (13%).

Подавляющее большинство хирургических вмешательств в амбулаторной хирургии выполняются под местной анестезией – 92%.

Расширение стационарзамещающих форм в хирургии сокращает срок ожидания плановой медицинской помощи, сводят к минимуму продолжительность пребывания в лечебном учреждении, обеспечивая психологический комфорт пациента, позволяет приступить к более раннему этапу реабилитации, сокращает срок нетрудоспособности. При этом важным моментом остается оказание аналогичной по качеству помощи, но с меньшими финансовыми затратами.

Тем не менее, до сих пор нет единого подхода к сложности выполняемых операций в ЦАХ, единой схемы маршрутизации, реанимационной службы в амбулаторных условиях, много вопросов по оплате лечения

в амбулаторных условиях.

Выводы. Опыт работы центров амбулаторной хирургии и стационаров краткосрочного пребывания доказал свою эффективность. Предиктивная аналитика позволяет прогнозировать дальнейший рост доли амбулаторной хирургической помощи. Однако для дальнейшего развития стационарзамещающих форм оказания хирургической помощи необходимо создать в регионе систему краткосрочной хирургии включающую амбулаторный и стационарный этапы в рамках трехуровневой системы с учетом сложности выполняемых операций, материально-технической базы медицинских организаций, подготовленных специалистов, а также исходя из экономической целесообразности.

---

469. Оценка факторов риска развития рецидива после хирургического лечения хронического геморроя

Непомнящая С.Л., Бойко Н.С., Шкхес А.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Хронический геморрой является одной из наиболее распространённых проблем в колопроктологии. Заболевание существенно снижает качество жизни, влияет на трудоспособность и социальную активность. В связи с этим изучение факторов, влияющих на риск рецидива заболевания, является актуальным.

Было изучено 130 историй болезни пациентов, проходивших лечение в Клинике высоких медицинских технологий им.Н.И.Пирогова СПбГУ по поводу рецидива хронического геморроя. Женщин было 75 (58%), мужчин - 55 (42%), средний возраст - 45 лет. При первичном анализе была оценена распространенность факторов риска развития геморроя. Наиболее часто встречались профессиональные факторы - 81 (62,3%), пожилой возраст - 59 (45,4%), хроническая патология ЖКТ - 26 (20,0%), курение - 23 (17,7%). В то время как большинство других традиционных факторов риска (ожирение, нарушение стула, наследственная предрасположенность) встречались реже - в сумме менее чем у 7%. Также обращало на себя внимание, что у 59% пациентов первичное оперативное лечение было выполнено без предшествующего консервативного лечения.

Для проверки гипотезы о значимости профилактических мер для развития рецидива был использован точный тест Фишера или χ^2 для категориальных переменных с поправкой Йейтса. Анализ показал высокую приверженность врачей к информированию пациентов о модификации образа жизни. Наиболее часто рекомендовались меры гигиены - 123 (94,6%), диета - 111 (85,4%), отказ от длительного сидения - 109 (83,8%). Физическая активность была рекомендована 56 пациентам (43,1%), отказ от алкоголя - 47 (36,2%), контрольный осмотр - 42 (32,3%). Реже назначались ограничение нагрузок (19,2%), обильное питье (13,8%). Менее распространенными оказались рекомендации по приему венотоников (3,1%), употреблению клетчатки (1,5%), местному лечению (1,5%). Также была выявлена сильная положительная корреляция между рекомендациями ограничения нагрузок и обильным питьем (rs=0,822), отказом от алкоголя (rs=0,747), назначением клетчатки и местным лечением (rs от 0,492 до 0,704). Отрицательная корреляция выявлена между диетой и ограничением нагрузок (rs= -0,793), физической активностью и регулярными осмотрами (rs= -0,601), отказом от алкоголя (rs= -0,525), ограничением нагрузок (rs = -0,424) и обильным питьем (rs= -0,349). Это указывает на существование двух различных стратегий профилактики: «активная» (упор на режим питания и физическую активность) и «пассивная» (ограничение нагрузок, отказ от алкоголя, контрольные осмотры). Одни пациенты получают преимущественно диетические рекомендации, другие — режимно-ограничительные.

Для выявления факторов, ассоциированных с развитием рецидива после операции, была построена модель классификации случайный лес Random Forest. Оценка эффективности модели проводилась с использованием 50-кратной кросс-валидации. Исходный набор данных включал 38 потенциальных предикторов. В ходе корреляционного анализа были выявлены 3 пары признаков с очень сильной взаимосвязью ($|r|>0,8$): нарушение стула и диарея как функциональное нарушение (r=1,000), диета и обильное питье (r=0,969), ограничение нагрузок и обильное питье (r=0,822). При оценке вклада отдельных факторов также удалось выделить ряд клинически значимых тенденций. Наиболее весомыми предикторами оказались пол (важность 0,087), отказ от долгого сидения (0,082), консервативная терапия до операции (0,079), гигиена и профессиональные факторы риска (0,071). Однако широкие доверительные интервалы для большинства признаков свидетельствуют о значительной вариабельности оценок и указывают на необходимость увеличения выборки.

Выводы:

1. Проблема рецидива геморроидальной болезни связана не столько с недостатками хирургической техники, сколько с поведением пациента после операции и его исходными особенностями.

2. Оптимизация лечения требует системного подхода, включающего наряду с хирургическим, медикаментозное лечение и обучение больного правилам жизни.

3. Комплексный подход к лечению позволяет добиться

снижения рецидивов с 22% до 5-10%.

---

470. Аутотрансплантация жировой ткани после рака молочной железы: между реконструкцией и риском рецидива

Татарова А.А., Лебединский И.Н., Лебедев С.С., Титов К.С., Карселадзе Д.А.

Москва

Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина

Актуальность.

С увеличением доли подкожных и кожесохраняющих мастэктомий с одномоментной или отсроченной реконструкцией возрастает потребность в коррекции контурных деформаций и объёмного дефицита молочной железы у пациенток после лечения рака молочной железы. Аутотрансплантация жировой ткани (липофилинг) стала одним из ключевых методов коррекции, однако влияние жировой трансплантации на риск локорегионарного рецидива остаётся предметом дискуссии в связи с потенциальной стимуляцией опухолевого роста стромально васкулярной фракцией жировой ткани. При этом большинство ретроспективных серий и метаанализов не демонстрируют статистически значимого увеличения часто-ты рецидива по сравнению с реконструкцией без липофилинга.

Материал и методы.

В исследование включены 45 пациенток, перенёсших подкожную мастэктомию по поводу рака молочной железы с реконструкцией молочной железы. У пациенток были представлены различные клинико-биологические варианты рака молочной железы. Липофилинг выполнялся как этап реконструктивно восстановительного лечения для коррекции объёмного дефицита и контурных деформаций реконструированной молочной железы. Анализированы клинико-анамнестические данные, сроки выполнения липофилинга относительно первичного лечения, частота локорегионарных рецидивов и осложнений в зоне вмешательства за период наблюдения .

Результаты.

Во всех 45 наблюдениях аутотрансплантация жировой ткани использовалась как корригирующий метод после выполненной подкожной мастэктомии и реконструкции молочной железы. На протяжении периода наблюдения (с 2023-2026) локорегионарных рецидивов в зоне реконструированной молочной железы не зафиксировано. Осложнения, непосредственно связанные с липофилингом (из них, наиболее частое осложнение в виде олеогранулемы 35 (44,3%), серомы и гематомы 40 (50,6%). Несостоятельность послеоперационного рубца 2 (2,5%). Посттравматическая жировая экссудация 2 (2,5%). Полученные данные согласуются с результатами крупных исследований и метаанализов, в которых аутологичная жировая трансплантация после лечения рака молочной железы не приводила к статистически значимому увеличению частоты локорегионарного рецидива по сравнению с реконструкцией без липофилинга.

Выводы.

1. В представленной серии пациенток после подкожной мастэктомии по поводу рака молочной железы аутотрансплантация жировой ткани как этап реконструктивного лечения не сопровождалась локорегионарными рецидивами в зоне реконструированной молочной железы в анализируемый период наблюдения.

2. При соблюдении онкологических принципов первичной операции, завершении системного лечения и выполнении липофилинга в отсроченном режиме, аутотрансплантация жира представляется онкологически безопасным методом коррекции контурных деформаций у пациенток после РМЖ.

3. Полученные данные дополняют существующую доказательную базу и поддерживают использование липофилинга в составе реконструктивно восстановительных вмешательств у пациенток после подкожной мастэктомии, однако подчёркивают необходимость дальнейших исследований в группах повышенного риска (пациентки с поражением лимфоузлов, высокой степенью злокачественности, внутри-протоковой карциномой in situ).

---

471. Результаты персонализированного хирургического лечения больных с грыжами передней брюшной стенки в ММНКЦ им. С.П. Боткина

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Карпов А.А. (1,2), Климашевич А.В. (1), Гугнин А.В. (1), Венгеров В.Ю. (1), Юдин М.Ю. (1)

г. Москва

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы
2) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия непрерывного постдипломного образования Министерства здравоохранения РФ

Актуальность: Пациенты с грыжами передней брюшной стенки (ПБС) составляют до 35% от общего числа больных хирургических стационаров, применение эндовидеохирургических методов лечения у которых признано наиболее оптимальным и представляет собой важное направление для внедрения в практику.

Цели работы: Целью работы является оценка применения персонализированного лечения пациентов с грыжами ПБС, перенесших различные виды герниопластики в условиях многопрофильного круглосуточного стационара.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2024 гг. в плановом хирургическом отделении ГКБ им. С.П. Боткина выполнено 4408 оперативных вмешательства. Из них традиционным способом выполнено 808 (18,4%) операций, с применением эндовидеохирургических технологий - 3600 (81,6%). В группу I (N=1856) включили больных с первичными пупочными грыжами и грыжей белой линии живота. Этой группе пациентов выполнялись открытые герниопластики местными тканями или с установкой импланта в модификации Sublay (подгруппа I-A), эндовидеохирургическая eTEP-, TARUP пластика, а также лапароскопическая герниопластика IPOM+ (подгруппа I-B). Группу II (N=3241) образовали больные с первичными паховыми и рецидивными паховыми грыжами, пациентам выполнены - грыжесечение по Лихтенштейну (подгруппа II-A) или TAPP-пластика (подгруппа II-B). В III группу (N=1040) включили больных с послеоперационными вентральными грыжами, которым выполнены различные модификации традиционных вмешательств (Sublay, TAR-пластика) (подгруппа III-A), а также эндовидеохирургические вмешательства (TARUP, IPOM+, eTEP) (подгруппа III-B). Эндовидеохирургические вмешательства выполнялись под общей анестезией, традиционные – под спинально-эпидуральной или общей.

Полученные результаты: В I группе больных летальных исходов не было, из 1856 операций в послеоперационном периоде были зарегистрированы осложнения в подгруппе I-A в 9 (0,48%) случаях (гематома мягких тканей). В отделенном периоде наблюдения рецидива возникновения грыжи не выявлено. Во II группе из 3241 операций осложнения выявлены в 8 случаях (0,25%) случаях в подгруппе II-A (гематома мягких тканей). Летальный исход произошел в 1 (0,03%) случае, в подгруппе II-A. Смерть больного с паховой грыжей наступила после открытой герниопластики по Лихтенштейну на 3 сутки после операции в результате развития острой сердечно-сосудистой недостаточности. В 6-х случаях потребовалось применение пункционно-дренирующих методов под УЗИ-навигацией. В отдаленном периоде наблюдения рецидив возникновения грыжи в подгруппе II-A установлен у 3 (0,09%) больных, в группе II-B – 2 (0,06%). В III группе летальных исходов не зарегистрировано, осложнения были выявлены в 12 (1,1%) случаях. В подгруппе III-A в 4 (0,38%) случаях выявлена гематома мягких тканей (выполнена пункция под УЗИ навигацией, в 1 (0,09%) случае спаечная тонкокишечная непроходимость (разрешена на фоне консервативной терапии). В подгруппе III-B зарегистрированы 2 (0,19%) гематомы мягких тканей (выполнена пункция под УЗИ навигацией), 1 (0,09%) случай перфорация поперечно-ободочной кишки (лапароскопическая санация брюшной полости, формирование двуствольной илеостомы). В I группе в подгруппе I-A средняя продолжительность госпитализации составила 3,1 койко-дня, в подгруппе I-B – 2,2. Во II группе подгруппе II-A – 2,8 койко-дня, в подгруппе II-B – 1,8. В III группе подгруппе III-A – 4,2 койко-дня, подгруппе III-B – 2,75.

Заключение: Проанализировав полученные результаты в исследуемых группах, отмечены более высокие показатели эффективности лечения в подгруппах I-B, II-B, III-B., которые удалось достигнуть за счет применения эндовидеохирургических методик. Это отразилось в снижении показателей процента послеоперационных осложнений, послеоперационной летальности, а также позволило значимо сократить среднюю длительность госпитализации и послеоперационного койко-дня. Широкое внедрение эндовидеохирургических технологий в лечении грыж передней брюшной стенки позволило осуществить более быструю реабилитацию и более раннюю выписку больных.

473. Опыт робот-ассистированных и лапароскопических фундопликаций в современной концепции лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Карпов А.А. (1,2), Климашевич А.В. (1), Гугнин А.В. (1), Юдин М.Ю. (1)

г. Москва

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы
2) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия непрерывного постдипломного образования Министерства здравоохранения РФ

Актуальность: Малоинвазивные оперативные вмешательства как способ лечения симптомных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), уже в течение 30 лет являются приоритетным направлением в сравнении с лапаротомными операциями. До 2010 года лапароскопические фундопликации считались «золотым стандартом» антирефлюксной терапии, однако с 2018 года отмечается рост робот-ассистированных операций. На сегодняшний день робот-ассистированная хирургия выступает как современная альтернатива и имеет очевидные преимущества как для хирурга, так и для больного.

Материалы и методы: Оперативному лечению подлежат все симптомные параэзофагеальные грыжи (II-IV типы), и грыжи I типа, сопровождающие ГЭРБ, и не имеющие положительного эффекта от терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП). Группу клинического исследования составили 270 больных, оперированных в ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина в период с 2018 по 2025 годы. Из них в соответствии с классификацией SAGES хиатальная грыжа I типа наблюдалась у 7 больных (1,8%), II типа у 25 пациентов (9,3%), III типа – у 141 больных (52,2%), IV типа – 99 пациентов (36,7%). Лапароскопическая фундопликация была выполнена в 109 случаях (40,4%), робот-ассистированная фундопликация – 161 случай (59,6%).

Полученные результаты: Среди больных ГПОД I и II типа лапароскопическая операция выполнена 14 пациентам (5,2%), 18 пациентам (6,7%) – робот-ассистированная фундопликация. ГПОД III типа лапароскопически оперировано 63 больных (23,3%), робот-асисстированно – 78 пациентов (28,9%). В группе пациентов с ГПОД IV типа лапароскопическая фундопликация выполнена в 32 случаях (11,9%), робот-ассистированная – в 67 (24%). Фундопликация по Ниссену была выполнена 259 (95,9%) больным, а фундопликация в модификации Черноусова в 11 (4,1%) случаях. Время операции в группе с лапароскопическим методом лечения составило в среднем 155 мин, в группе с робот-асисстированным вмешательством – 122 мин. Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo в группе лапароскопических вмешательств до 2 степени были зарегистрированы в 8 случаях (7,3%), в робот-ассистированной группе 7 случаев (4,3%). Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отмечен в 5 случаях (4,6%) после лапароскопической фундопликации и у 3 больных (1,8%) после робот-ассистированной операции. К сожалению, в группе операций после роботассистированной крурорафии, фундопликации по Черноусову, у одной больной зарегистрирован летальный исход, который наступил ввиду отягощенной сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, а также на фоне ишемических изменений стенки дна желудка с некрозом.

Обсуждение: Место малоивазивных хирургических технологий в лечении симптомных грыж пищеводного отверстия диафрагмы бесспорно остается приоритетным. Широкое внедрение лапароскопических и робот-ассистированных операций позволяет добиться быстрого реабилитационного периода, снижение процента интра- и послеоперационных осложнений, а также уменьшение сроков стационарного лечения.

Выводы и рекомендации: Преимущества робот-ассистированных операций в сравнении с лапароскопическими очевидны. Различия в техническом исполнении позволяют делать выводы о целесообразности использования роботической хирургии в условиях повышенной сложности, а именно при ГПОД III-IV типа. Однако составление окончательных рекомендаций по выбору метода в зависимости от характеристик хиатальной грыжи требует дальнейшего более масштабного исследования.

---

476. Опыт послеоперационного ведения пациентов с параректальными свищами

Пугачева Е.В., Пугачев А.Н., Дубровина Д.Е., Авакян Е.И.

Ярославль

ЯГМУ

Цель исследования: снижение рисков рецидивов и осложнений в послеоперационном периоде, повышение комплаентности пациентов, сокращение сроков нетрудоспособности при операциях на свищах заднего прохода.

Актуальность: Продолжительность реабилитации и динамика восстановительного процесса напрямую коррелирует с выбранным хирургическим методом лечения. Однако, риски послеоперационных осложнений и рецидивов зависят не только от методики оперативного вмешательства, но и от особенностей течения послеоперационного периода.

Материалы и методы: Проведен анализ послеоперационного ведения 203 пациентов, прооперированных с параректальными свищами. Распределение по полу: женщины 91 (44,8%), мужчины - 112 (55,2%). Возрастной диапазон от 21 до 72 лет. Методики оперативных вмешательств: фистулотомия с вапоризацией эпителиальной выстилки аппаратом Лахта-Милон 1470 нм – 85 (41,9%), иссечение свища в просвет кишки - 82 (40,4%), двухэтапные операции (проведение сетона, Filac) - 12 (5,9%), двухэтапные операции (проведение сетона, иссечение в просвет кишки) - 10 (4,9%), Filac - 11 (5,4%), иссечение с низведением лоскута - 1 (0,5%), иссечение с пластикой полнослойным лоскутом прямой кишки - 1 (0,5%), LIFT - 1 (0,5%). Операции выполнялись в условиях дневного стационара с наблюдением пациентов до 6 часов после операции. К важнейшим задачам в послеоперационном периоде относились: контроль боли, регуляция стула, заживление ран, профилактика послеоперационной задержки мочи. Обезболивание проводили препаратом группы НПВС (Декскетопрофен) 25мг 1т 2 раза в день до 5 дней в обязательном порядке. Механизм действия препарата связан с подавлением активности циклооксигеназ (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), что максимально эффективно позволяет добиться обезболивающего эффекта. Коррекция стула проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями как перед операцией за 5-7 дней, так и в послеоперационном периоде. Обработка ран назначалась в соответствии с этапами раневого процесса – первые 10-12 дней – комбинированное противомикробное средство – мазь (офлоксацин, диоксометилтетрагидропиримидин (метилурацил), лидокаина гидрохлорид), свечи группы глюкокортикостероид для местного применения комбинированный (флуокортолона пивалат, лидокаина гидрохлорид или инактивированные микробные клетки E. coli 1000 млн, гидрокортизон). Следующий этап ухода - использование фитопрепарата с противомикробным действием Chlorophyllipt раствор для местного применения масляный 2% в сочетании со свечами Posterisan (инактивированные микробные клетки E. Coli) – 14+-2 дня.

Контроль послеоперационной задержки мочи осуществлялся в п/о периоде в течение периода наблюдения в палате дневного стационара. Отмечен 1 эпизод задержки мочи, что было устранено путем заведения мочевого катетера.

Полученные результаты: Наблюдение пациента один раз в 7 дней позволило контролировать раневой процесс и сохранять приверженность пациентов к назначенному лечению. После операции пациенты не ограничивались в бытовых нагрузках. Максимально выраженный болевой синдром сохранялся в течение 3 дней и составлял по шкале ВАШ 5-6 баллов. При сохранении или усилении болевого синдрома более 5 дней являлось показанием для назначения системной антибиотикотерапии (группа фторхинолоны) – 3 пациента (1,5%). При операциях Filac дополнительно выполнялся «брашинг» - механическое удаление детрита из свищевого хода цитощеткой, что позволяло добиться более быстрого очищения раны. Сроки эпителизации раны составили 4-6 недель. Осложнения в виде клинически значимых кровотечений наблюдались у 1% (2 пациентов). Стриктуры, недостаточности анального сфинктера, длительно незаживающих ран не наблюдалось. Рецидив свища в 4,9% (10 пациентов). Сроки нетрудоспособности составляли 7-14 дней (в среднем 11).

Выводы: использованная нами методика ведения пациентов позволила снизить сроки нетрудоспособности до 10+-2 дней, уменьшить болевой синдром и частоту рецидивов, повысить комплаентность пациентов к проводимой терапии.

---

477. Опыт лечения раненых с повреждениями прямой кишки на этапе специализированной медицинской помощи

Лазуткин Максим Витальевич,
Житихин Евгений Владимирович,
Кузьмин Иван Сергеевич,
Оборина Татьяна Сергеевна

г. Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. КИРОВА» МО РФ

Актуальность. Огнестрельные ранения прямой кишки являются тяжелым видом боевой хирургической травмы, характеризуются высокой частотой сочетанных повреждений, сложностью диагностики внебрюшинных ранений и высоким риском инфекционных осложнений.

Цель. Оценить структуру огнестрельных ранений прямой кишки и результаты их лечения на этапе медицинской эвакуации.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ лечения 85 раненых с огнестрельными ранениями прямой кишки, поступивших на этап квалифицированной помощи за 180 суток. Все пациенты — мужчины, медиана возраста 35 [27;43] лет. Диагностика включала клинический осмотр с пальцевым исследованием прямой

кишки, обзорную рентгенографию, FAST, ирригографию, компьютерную томографию органов брюшной полости и таза, в том числе с контрастной ирригографией.

Результаты. Осколочный механизм травмы отмечен у 75 (88,2%) раненых. Сочетанные повреждения выявлены у 78 (91,8%) пациентов. Внутрибрюшинные повреждения диагностированы у 50 (58,8%), внебрюшинные — у 35 (41,2%). Наиболее частыми сочетанными повреждениями были травмы мягких тканей промежности — 56 (65,9%), костей таза — 39 (45,9%), мочевого пузыря — 29 (34,1%), органов брюшной полости — 24 (28,2%). Первичная хирургическая обработка с формированием колостомы выполнена у 69 (81,2%) раненых, резекция прямой кишки с колостомой — у 11 (12,9%), первичное ушивание без колостомы — у 5 (5,9%). Послеоперационные осложнения развились у 31 (36,5%) пациента, включая нагноение ран — 16 (18,8%), флегмону параректальной клетчатки — 8 (9,4%), сепсис — 7 (8,2%), несостоятельность швов кишки — 8 (9,4%). Летальность составила 3 (3,5%).

Выводы. Огнестрельные ранения прямой кишки характеризуются преобладанием осколочного механизма, высокой частотой сочетанных повреждений и значительной долей внебрюшинных ранений. Наиболее информативным методом диагностики является компьютерная томография с ирригографией. Основой хирургической тактики является соблюдение 4D-подхода: ушивание дефекта прямой кишки, отведение кишечного содержимого, хирургическая обработка раны и нежизнеспособных тканей, дренирование параректальных и тазовых клетчаточных пространств. Своевременная эвакуация и многоэтапный хирургический подход способствуют улучшению результатов лечения.

---

478. Эндоскопическая диссекция в анастомозах после колоректальных операций: современные возможности органосохраняющего лечения.

Федоренко А.А. (1,2), Тертычный А.С. (1), Кирюхин А.П. (1), Павлов П.В. (1), Вербовский А.Н. (2)

1) Москва
2) Московская область

1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) УКБ № 2
2) ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)

Введение: Рецидивные и метахронные новообразования в зоне колоректальных анастомозов представляют сложную клиническую проблему. Повторные хирургические вмешательства у этой категории пациентов сопряжены с высоким риском осложнений и необходимостью формирования стомы. Эндоскопическая подслизистая диссекция (ESD) рассматривается как малоинвазивная альтернатива, однако ее применение в зоне анастомозов долгое время ограничивалось техническими сложностями. В настоящее время мы анализируем полученные и сравниваем с опубликованными данным об эффективности и безопасности ESD при рецидивных/резидуальных новообразований в колоректальных анастомозах, рассматриваются технические аспекты вмешательства и ближайшие результаты лечения.

Методы: Ретроспективно проанализированы клинические случаи с новообразованиями в колоректальных анастомозах, выделяя 7 случаев из 461 случая выполненных ESD в отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ № 2 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва, Россия) в период с начала 2019 г. по январь 2026 г. в условиях колопроктологического стационара. Мы изучили анамнез пациентов (локализация опухоли, макроскопический тип, размер опухоли, гистологический тип опухоли) и результаты лечения (длительность процедуры, частота резекции единым блоком, частота резекции R0 и нежелательные явления).

Результаты: Средний возраст пациентов 61,5±14,2 (M±SD) CI 95% (48,3-74,7); Средний размер лоскута опухоли составил 50,1±35,3 мм (M±SD); CI 95% (17,4-82,8) Среднее время операции составило 99,2±50,7 мин (M±SD) CI 95% (52,3-146,2); Удаление единым блоком составила 85,7%, резекции (R0) составила 85,7%. Интраоперационная перфорация у 1 (20%) пациента, но это требовало оперативной тактики для достижения R0 частоты. В раннем после операционном периоде осложнений не отмечено. В 6 случаях была прямая кишка, и только в одном случае сигмовидная кишка. Макроскопические типы 0-IIa в 3 случаях, 0-Is в 2х случаях, по одному случаю 0-IIa+Is и 0-IIc.

Гистологический тип опухоли аденомой (3 случаях), внутрислизистый рак (соответствующий дисплазии высокой степени) (3 случая) и в одном случае аденокарцинома.

Выводы

Представленные данные, что эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ESD) возможна и эффективна, безопасна для рецидивирующих/резидуальных новообразованиях в анастомозах толстой кишки после предыдущих хирургических операции, позволяют избежать повторных анастомозов, и избежать формирования стомы, однако необходимы

---

479. Диагностика и лечение боевой проникающей травмы груди и живота в гражданском стационаре на передовых этапах медицинской эвакуации

Смирнов А.В., Иванов Ю.В., Кешвединова А.А., Анюшин И.Л., Величко Е.А.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Введение. Боевая травма является отдельной областью медицины и требует особых подходов, отличных от привычных для гражданских врачей. Состояние раненого помимо традиционных для политравмы параметров определяется еще и характером воздействующих поражающих факторов, особенностями средств индивидуальной и коллективной бронезащиты, возможностью помощи и эвакуации, а также степенью хронического боевого стресса. Многообразие возможных сочетаний, а также возможность появления и влияния ранее неизвестных элементов, диктует необходимость для врачей, которым довелось оказывать этот вид помощи, быть адаптивными и пластичными, анализировать происходящее и постоянно вносить изменения в свою работу в зависимости от сложившейся ситуации. Специалисты ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в составе сводного отряда ФМБА России в августе-декабре 2024 года на базе МСЧ №125 г. Курчатов, ставшей передовым этапом медицинской эвакуации (2 уровень), оказывали специализированную хирургическую помощь раненым военнослужащим.

Цель исследования: проанализировать опыт оказания помощи при боевых проникающих ранениях груди и живота гражданскими специалистами на базе гражданского стационара на передовых этапах медицинской эвакуации.

Клинические наблюдения и методы. Проанализированы непосредственные результаты диагностики и лечения 346 военнослужащих с проникающими боевыми ранениями груди и/или живота. Всем пациентам выполнялось нативное КТ на 64-срезовом томографе. Арсенал диагностических методов включал УЗИ на аппарате экспертного уровня, эндоскопические исследования, рентгенографию, широкий спектр лабораторных исследований. Анестезиологическое пособие включало ИВЛ (в т.ч. с двухпросветной интубацией) на аппаратах экспертного класса, различные методы регионарной анестезии. После оперативных вмешательств раненые наблюдались в условиях отделения реанимации с мониторингом основных функций.

Результаты. Пулевых ранений было 5 (1,4%), в остальных случаях проникающий характер ранения был обусловлен осколками. Сочетанных ранений было более 80%, а в 40% требовалось участие специалистов 3 и более хирургических профилей. Осколки в половине случаев были менее 1,5 см в максимальном измерении, однако входили в тело раненого, по всей вероятности, со сверхзвуковой скоростью. Непосредственные ранения анатомических структур, нанесенные мелкими осколками, были касательными и точечными, что было причиной отсутствия яркой клинико-инструментальной картины. В результате так называемого «бокового удара» и формирования временной пульсирующей полости по ходу движения осколков наблюдались множественные ушибы тканей разной степени выраженности, а также разрывы паренхиматозных органов без интенсивного кровотечения. Также мы наблюдали случаи фрагментации осколков по ходу их движения в ране с дальнейшими разнонаправленными траекториями фрагментов. По результатам рентгенфлуоресцентного анализа осколков на оборудовании экспертного класса был обнаружен особый высококремнистый состав сталей, обуславливающий их хрупкость при сохранении пробивной способности. В результате анализа собственных данных мы пришли к следующим выводам. УЗИ и КТ обладают низкой чувствительностью в выявлении конкретных повреждений, однако могут помочь установить проникающий характер ранения и траекторию поражающего элемента. При установлении факта проникающего ранения живота обязательна лапаротомия и тщательная ревизия брюшной полости, поскольку «счастливых ранений» без повреждений анатомических структур всего 7%, при этом осколки контаминируют брюшную полость и санация необходима всем. Хирургические объемы должны быть разумными и минимально достаточными, определяться они должны индивидуально в каждом случае. В половине случаев на ранних сроках после ранения живота выявляются касательные и точечные повреждения без перитонита, при которых минимальный хирургический объем в виде ушивания дефектов является достаточным, а лапаротомную рану можно закрывать сразу окончательно. У раненых с проникающей травмой груди в случае, если от ранения прошло 6 и более часов, практически не бывает критических травм и для стабилизации их состояния в 97% наблюдений достаточно только

дренирования плевральной полости. Однако в 3% торакотомия все-таки требуется, поэтому необходимо быть к ней готовым. При проникающей травме груди всегда надо исключать торакоабдоминальный характер ранения (16% по нашим данным), когда осколок проник через диафрагму и нанес повреждения в брюшной полости. Летальность на уровне МСЧ №125 составила 0,2% среди всех госпитализированных по совокупности причин, а среди оперированных при проникающих ранениях груди и живота она отсутствовала – все были эвакуированы в стабильном состоянии на следующий этап. Мы не имеем задокументированных сведений о дальнейшей судьбе оперированных в связи с их особым статусом, однако по нашим неофициальным данным 90 дневная летальность составила 5,7% (умерло 20 человек). Среди вероятных причин танатогенеза у 7 человек можно выделить сопутствующую травму головного/спинного мозга, у 5 человек обширные повреждения 4 и более областей тела с последующим развитием гнойно-септических осложнений, у 3 человек постреанимационную болезнь, 2 человек были доставлены спустя более 24 часов от момента ранения с каловым перитонитом, и у 2 человек со взрывной травмой хоть и не было значимых раневых дефектов тканей, последствия их ушиба, вероятно, привели к развитию тромбоэмболических осложнений.

Заключение. Современный характер ведения боевых действий диктует необходимость приближения специализированной хирургической помощи к месту ведения боевых действий, тем более, что в близи от линии боевого соприкосновения оказываются достаточно хорошо оснащенные гражданские стационары. Характер ранений несколько отличается от описанных в ходе предыдущих конфликтов, что объясняется особенностями современного вооружения. Гражданские врачи должны быть готовы к оказанию помощи при боевой травме.

---

480. Организация практико-ориентированного обучения хирургов

Дроздов П.А., Логвинов Ю.И., Орловская А.И., Климаков А.В.

Москва

ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ

Введение

В целях дальнейшего совершенствования оказания хирургической помощи в системе столичного здравоохранения в ММНКЦ им. С.П. Боткина с июля 2024 года осуществляется практико-ориентированная подготовка врачей-хирургов с использованием новейших информационно-коммуникационных технологий обучения в рамках Школы хирургии РОХ по образовательным программам «Московская школа хирургии» и «Московская школа хирургии с курсом военно-полевой хирургии».

Программы динамичны и направлены на повышение качества и безопасности хирургической медицинской помощи в медицинских организациях хирургического профиля, в том числе, в условиях стационаров кратковременного пребывания, имеют высокую эффективность и востребованность у практикующих врачей-хирургов.

Цель: совершенствование профессиональных компетенций врачей хирургического профиля, необходимых для оказания квалифицированной медицинской помощи при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, боевых повреждениях и травмах на различных этапах эвакуации.

Материал и методы

Хирургическая служба Москвы остается инновационной отраслью городского здравоохранения. Ведущими векторами динамического развития хирургической службы являются инновационные подходы к непрерывному образованию и широкое применение малоинвазивных технологий.

Объективными трендами в организации обучения хирургов являются следующие: соответствие Программ Клиническому протоколу РОХ, технологичное обучение, практико-ориентированная направленность, симуляционный тренинг как основной вид практико-ориентированного обучения.

Уникальность реализации образовательной программы на базе ММНКЦ им С.П. Боткина заключается не только в применении инновационных образовательных технологий, в основе которых лежит андрагогическая модель обучения с позиции современных данных и многолетнего опыта работы специалистов ММНКЦ им. С.П. Боткина и ГВКГ им. Н. Н. Бурденко с учетом специализированной направленности и постоянно обогащаемого практического опыта ведущих специалистов в области хирургии, а так же опыта работы в зоне боевых действий на новых территориях Российской Федерации, в детальном рассмотрении и трансляции уникальных знаний с учетом всех последних трендов в образовании для качественного и безопасного выполнения врачами-хирургами медицинских манипуляций, применения эффективных методов и приемов лечения хирургических пациентов, пострадавших и раненых с различными видами боевых повреждений и травмами в современных реалиях.

Программа обучения рассчитана на 5 учебных дней, включает в себя темы: электрохирургическая безопасность, механический шов в хирургии, хирургический шовный материал, протоколы безопасного проведения операций, военно-полевая хирургия (тактическая

медицина, понятие об этапном оказании помощи).

Значительную часть времени занимают активные методы практического обучения хирургов, такие как тренинг в операционной «живая хирургия», симуляционный тренинг в гибридной операционной и Центре медицины катастроф МСЦ Боткинской больницы в условиях активности высокореалистичных симуляционных сценариев чрезвычайных ситуаций – взрыв, пожар, дорожно-транспортное происшествие. Тренинги проходят в форме активного взаимодействия между всеми участниками учебного процесса и включают в себя демонстрацию и отработку практических навыков по основным разделам программы, используя групповые форматы с возможностью участников кооперироваться.

Результаты

Уровень практической подготовки хирургов должен отвечать требованиям современной высокотехнологичной медицинской помощи. С июня 2024 г. по июнь 2026 г. практико-ориентированное обучение по программе в рамках Московской школы хирургии прошли 547 хирургов из 26 медицинских организаций столичного здравоохранения. Регулярное динамическое обучение при создании идеальных учебных ситуаций с полным комплексным погружением и активной оценкой приобретенного опыта наиболее комфортно и эффективно для обучения хирургов.

---

481. Этапный подход к симуляционному обучению в ординатуре по хирургии

Репин И.Г., Брехов Е.И., Калинников В.В., Сычев А.В., Абросов А.Е.

Москва

Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ

Уверенное владение мануальными навыками является одним из главных условий успешной работы любого хирурга. Как показывает опыт, поступая в ординатуру, вчерашние студенты далеко не всегда владеют необходимыми знаниями и умениями, такими как правильное обращение с хирургическими инструментами, наложение различных видов швов. формирование хирургических узлов. Наиболее эффективным способом формирования мануальных навыков является обучение в условиях симуляционного центра, где возможно многократное повторение упражнений, что позволяет совершенствовать мелкую моторику и получать в итоге уверенные стабильные навыки. При этом следует учесть, что отработка сложных хирургических действий для ординаторов, которые только начинают свое обучение будет явно преждевременной. Исходя из этих требований на кафедре хирургии с курсом эндоскопии ЦГМА УД Президента РФ разработан алгоритм симуляционного обучения ординаторов хирургов. На первом этапе мы считаем крайне важным провести вводный курс в течение 72 часов до распределения ординаторов по клиническим базам. Опыт показывает, что после начала работы в хирургических отделениях клинических баз, организовать полноценный курс симуляционного тренинга будет очень сложно. На первом этапе обучающиеся получают навыки работы с хирургическими инструментами, формирования хирургических узлов, различных видов хирургического шва. Для занятий используется тренировочная панель Basic Open Surgical Scills (Simulab cjrporation) Параллельно с общехирургическими навыками проводятся занятия по основам эндоскопической хирургии. В первую очередь для этого используются виртуальные симуляторы, которые позволяют выполнить многократное повторение упражнения, осуществить объективный контроль правильности выполнения процедуры, времени, затраченного на каждое упражнение, сформировать кривую обучаемости и архив на всех ординаторов. Важно, что при этом не используются расходные материалы. Это позволяет проводить объективное сравнение навыков в начале и в конце обучения. На первом этапе осваиваются базовые навыки: навигация камеры, использование одного и сочетанное использование двух инструментов, выполнение клипирования. Мы сознательно не переходим на этом этапе к более сложным навыкам. Второй этап проводится во втором семестре обучения. Ординаторы к этому времени получают навыки работы в операционной, участвуют в операциях. На этом этапе отрабатываются навыки лапароскопической холецистэктомии и аппендэктомии, отдельные этапы этапы гемиколэктомии. Используются виртуальные симуляторы LapVR (CAE, США), MedVision (Эйдос, Россия (Казань)), SimSurgery (SEP, Норвегия). В третьем семестре проводится очередной этап симуляционной подготовки - отрабатывается навык формирования экстракорпоральных и интракорпоральных эндоскопических узлов с использованием как указанных виртуальных симуляторов, так и реальных инструментов и шовного материалы на тренажере 3D-Med. Далее для каждого ординатора формируется индивидуальный план, по которому он в индивидуальном порядке проходит повторный тренинг тех навыков, которые необходимы ему в ходе подготовки к самостоятельной работе. Последним этапом является подготовка к прохождению первичной специализированной аккредитации, которая предстоит после окончания ординатуры. Данный алгоритм использовался и совершенствовался на кафедре в течение 10 лет. Большое значение мы придавали получению обратной связи от врачей лечебных учреждений, в которых обучались ординаторы. Проведение тренингов в условиях симуляционного центра с высокой степенью достоверности приводит к улучшению

хирургических навыков будущих специалистов и позволяет более активно привлекать их к участию в оперативных вмешательствах.

---

482. Малоинвазивные методики в лечении острого осложненного панкреатита.

Савин Д.В. (1,2), Кан В.В. (1), Соболев Ю.А. (1,2), Туля О.И. (2)

Оренбург

1) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбург
2) ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ

Острый панкреатит (ОП) – наиболее распространенное заболевание органов брюшной полости, требующее ургентной помощи.

В структуре ОП степень тяжести соответствует фазовому течению заболевания и включает отечную форму (80-85 %) и некротическую форму (15-20%).

На сегодняшний день в условиях стремительного развития малоинвазивных методик хирургического доступа на первый план выступают лапороскопический и пункционный (под контролем ультразвукового сканирования (УЗИ) и КТ) методы дренирования в комплексном подходе к лечению ранней фазы ОП с развитием асептического ферментативного перитонита. Данные методы решают следующие целевые задачи:

- диагностическую – получение перитонеальной жидкости с целью бактериологического, биохимического, цитологического исследования, что позволяет дифференцировать стерильный и инфицированный панкреонекроз;

- лечебную - дренирование перитонеальной жидкости, санация брюшной полости при выявлении признаков инфицирования.

Цель исследования - оценить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом, осложненным асептическим ферментативным перитонитом.

Материалы и методы

В ретроспективе проведен анализ клинических данных 14 пациентов с ферментативным перитонитом, которым выполнены обследования и проведено комплексное хирургическое лечение на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбург за период с февраля 2025 г. по июнь 2026 г.

Произведены сбор и обработка жалоб при поступлении, анамнеза заболевания, лабораторно-инструментальных методов исследования, протоколов хирургических вмешательств.

При поступлении в стационар всем пациентам выполнялось МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием в первые 72 ч. от момента госпитализации.

Диагностическая лапароскопия или пункционное дренирование под УЗИ-навигацией выполнялись в первые 24 ч. от момента поступления. Показанием служило наличие свободной жидкости в брюшной полости. Тактика оперативного лечения определялась исходя из объективных данных, лабораторно-инструментальных методов исследования. В послеоперационном периоде проводилось ежедневное промывание дренажей водными антисептическими растворами. Контроль анализов выполнялся спустя 24-48 ч. от момента проведения диагностической лапароскопии с дренированием брюшной полости или пункционного дренирования брюшной полости под УЗИ-навигацией.

Результаты и обсуждения

При оценке возраст-полового состава выявлено, что средний возраст всех пациентов составил 46 лет, среди них 6 (43 %) женщин и 8 (57%) мужчин.

Причинами для развития ОП среди госпитализированных было систематическое употребление алкоголя у 8 (57%) больных, у 1 (7%) пациента клиника развилась после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, у 5 (36%) пациентов этиологический признак не установлен.

До начала комплексного хирургического лечения альфа-амилаза в биохимическом анализе крови пациентов составляла от 381,7 Ед/л до 4399,5 Ед/л, в перитонеальной жидкости — от 468,1 Ед/л до 5100,0 Ед/л. После комплексного хирургического лечения альфа-амилаза в биохимическом анализе крови пациентов варьировалась от 17,6 Ед/л до 468,0 Ед/л, в перитонеальной жидкости — от 213,0 Ед/л до 2386,0 Ед/л. То есть наблюдалось снижение в 2-5 раз.

У 2 (14%) пациентов методом выбора санации брюшной полости при асептическом ферментативном перитоните стала диагностическая лапароскопия с последующим дренированием брюшной полости, у 12 (86%) выполнено пункционное дренирование брюшной полости под УЗИ-контролем. У 4 (29 %) пациентов, которым выполнено пункционное дренирование брюшной полости под УЗИ-контролем, результаты оказались хорошими и не потребовали какого-либо повторного вмешательства.

Выводы и рекомендации

Непредсказуемость клинического течения ОП у пациентов разных полов, возрастов, этиологических групп создает определенные трудности в выборе рациональной тактики хирургического лечения. Поэтому выбор мало-

инвазивной методики в лечении острого осложненного панкреатита зависит от конкретной клинической ситуации и хирургического навыка лечащей бригады.

---

483. Эндоскопические способы закрытия повреждений пищевода при плановых и экстренных оперативных вмешательствах.

Шаповалов А.В., Машичев А.П., Кузьмичев В.А., Нурмагомедова Б.Р., Гаджиев М.Ф.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ

Актуальность Использование эндоскопии для закрытия дефекта пищевода является альтернативой хирургическому способу, сопряженному с несравнимо большей травматичностью. Вместе с тем в зависимости от характера дефекта это может быть как однократное клипирование слизистой, так и этапное лечение с помощью внутрипросветной вакуумной терапии (ВВТ). Возможно и сочетание обоих методов, что существенно снижает травматизм пособия и улучшает результаты лечения.

Цель Оценить эффективность закрытия дефектов слизистой оболочки пищевода с применением ВВТ и эндоскопических клипс при плановых и экстренных эндоскопических вмешательствах.

Материалы и методы С 2018 по 2025 годы в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ по поводу ахалазии кардии в плановом порядке было выполнены вмешательства в объеме пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) 95 пациентам. За этот же период проведено лечение 25 пациентам с разрывами пищевода. Клипирование дефекта слизистой первично проводилось всем пациентам после ПОЭМ как завершающий этап операции, и при ранней диагностике разрывов пищевода (ятрогенных). При поздней диагностике разрывов пищевода на первом этапе выполнялась торакоскопическая санация и ВВТ. В 3 наблюдениях предпринята попытка клипирования спонтанного разрыва пищевода при анамнезе повреждения до суток. Эндоскопическое клипирование слизистой пищевода при ятрогенных повреждениях (повреждение грушевидного синуса при интубации – 3, повреждение шейного отдела пищевода при операции на позвоночнике -1).

Результаты. Эндоскопическое клипирование при плановых оперативных вмешательствах является завершающим этапом операции. Известна корреляция между фиброзом и количеством клипс для закрытия дефекта слизистой. При отсутствии фиброза на одну операцию ушло 4,5 клипсы. При фиброзе первой степени среднее количество клипс 6 и более, при фиброзе второй степени среднее количество клипс составляло более 8.

Из 25 пролеченных пациентов с помощью ВВТ у 21 пациента дефект полностью закрылся. У 4-х больных (16%) развилось аррозивное кровотечение, потребовавшее прекращение внутрипищеводной вакуум-терапии. При экстренном закрытии дефектов пищевода с помощью эндоскопических клипс имеет значение время с момента повреждения. При повреждении пищевода при интубации трахеи (3) удалось закрыть дефект грушевидного синуса сразу же после обнаружения. Дефекты грушевидного синуса закрылись на 4-5 сутки. Закрытие дефекта верхней трети пищевода (1) с помощью клипс осложнилось развитием медиастинита. Выполнено ушивание дефекта пищевода и дренирование заднего средостения через коллярный доступ. Попытки закрытия небольшого спонтанного разрыва пищевода при давности анамнеза до суток (3) закончились неудачей, хотя визуально слизистая представлялась пригодной для клипирования. Лечение продолжено путем ВВТ.

Обсуждение Преимуществом закрытия дефекта пищевода с помощью процедуры эндоскопического клипирования являются: малоинвазивность и эффективность. Однако, использование данного метода ограничено размером дефекта, его формой и временем с момента развития повреждения. Клипирование идеально как завершение ПОЭМ, однако его применение при разрывах пищевода ограничено лечением ятрогенных повреждений. Очевидно, что глубина повреждения и инфицированность стенки пищевода на глубину делает невозможным закрытие дефекта клипированием. Эффективным методом эндоскопического лечения при таких разрывах остается ВВТ.

Выводы (1) Эндоскопическое клипирование является эффективным, безопасным и малоинвазивным методом устранения дефекта слизистой после ПОЭМ и при рано диагностированных ятрогенных повреждениях пищевода. (2) Клипирование неэффективно при спонтанных разрывах пищевода, в том числе при коротком анамнезе. (3) ВВТ является высокоэффективным методом лечения спонтанных разрывов пищевода.

---

484. Современная подготовка торакального хирурга – где и как

Кузьмичев В.А., Машичев А.П., Нурмагомедова Б.Р., Гаджиев М.Ф.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ

Актуальность. Реорганизация здравоохранения и изменения в системе подготовки медицинских кадров негативно отразились на специальности «Торакальная хирургия» вследствие обособления онкоторакальной службы и введение обучения торакальной хирургии через 2-х годичную ординатуру. Следствием данных изменений стало сокращение количества общих торакальных хирургов, при сохраняющейся высокой потребности в специалистах, оказывающих пособие по данному профилю. Данное обстоятельство повышает требования к качеству профессиональной подготовки в ординатуре.

Материалы и методы: Проанализированы возможности и результативность подготовки торакальных хирургов по программе 2-х годичной ординатуры в 7 учреждениях последипломного образования в Москве. Оценивалась открытость программы обучения, наличие и качество клинических баз, широта подготовки, экономическая составляющая. Проведен также рандомный опрос выпускников и обучающихся в ординатуре. Проведено сопоставление результатов обучения ординаторов с требованиями профессионального стандарта врача торакального хирурга.

Результаты: Наличие в открытом доступе полноценной программы обучения было у 5 учреждений, более 1 базы у 2, обучение на базе многопрофильного учреждения у 6, экстренная торакальная хирургия у 3, гнойная торакальная хирургия 3, хирургия пищевода 3. Отмечен повсеместный дефицит бюджетных мест на обучение, а стоимость обучения колебалась от 600 тыс, до 1 млн рублей. Ни в одной программе не обозначен обязательный минимум хирургических операций доступных для освоения обучающемуся, хотя программы как правило декларировали полный спектр оперативных вмешательств. Рандомный опрос обучающихся и выпускников программ продемонстрировал достаточно низкую практическую подготовку. Только в 2 учреждениях к концу обучения ординаторы выполняли более 30-40 операций начального уровня, а в 2-х учреждениях хирургическая активность за 2 года равнялась нулю. Распространенным негативным отзывом было значительность загрузки работой с документацией в ущерб работы в операционной. Относительную готовность к самостоятельной работе торакальными хирургами отметили выпускники 2-х учреждений. В заключение, отмечено полное несоответствие выпускников ординатур профессиональному стандарту, утвержденному министерства труда.

Обсуждение: несмотря на растущую потребность в торакальных хирургах следует отметить недостаточный уровень подготовки торакальных хирургов в рамках ординатуры. По сути, врач торакальный хирург, получивший аккредитацию, 2 года проведший на обучении, нередко заплативший за обучение представляет ценность для будущего работодателя только как теоретически подготовленный специалист, имеющий юридическое право работать на должности торакального хирурга, но при этом требующий углубленного обучения на месте основам практической работы силами сотрудников лечебного учреждения.

Выводы:

1. Современная подготовка врачей торакальных хирургов в Москве не позволяет готовить готовых к работе торакальных хирургов.

2. Только в 2-х из 7 учреждений обучающиеся получали необходимую практическую подготовку начального уровня.

3. Последипломное образование врачей по специальности торакальная хирургия требует глубокой переработки и усовершенствования.

---

485. Робот-ассистированная панкреатодуоденальная резекция на этапе внедрения. Сравнение с открытыми операциями.

Ефанов М.Г., Соловьев Н.О., Королева А.А., Ванькович А.Н., Тараканов П.В., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Надина И.В., Хегай В.Е., Колупаева М.А., Хатьков И.Е.

Москва

МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ

Цель

Оценить и сравнить ближайшие результаты робот-ассистированной панкреатодуоденальной резекции (РПДР) на этапе кривой обучения с открытой панкреатодуоденальной резекцией (ОПДР), выполненной после прохождения кривой обучения.

Материалы и методы

В отделении ГПБХ МКНЦ им. А. С. Логинова с 2017 по 2025 г. было выполнено 114 ОПДР и 52 РПДР. Проведено одноцентровое когортное ретроспективное исследование. Проведена псевдорандомизация по методике Propensity Score Matching (PSM) с распределением 1 к 1 (51 ОПДР и 51 РПДР)

Результаты

Большинство показателей таких как пол, возраст, ИМТ, нозологическая структура групп и риск послеоперационной панкреатической фистулы по шкале UA-FRS были сопоставимы. В группе РПДР медиана времени операции была достоверно выше, как до PSM - 615 мин, против 480 мин в группе ОПДР, так и после PSM, p=0,01. Не было получено статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений Clavien-Dindo≥3, медиане кумулятивного индекса осложнений CCI и внутригоспитальной летальности. До PSM в группе РПДР была получена достоверно меньшая частота раневых осложнений 3,8%, против 14% в группе ОПДР. Тем не менее после PSM данные различия оказались статистически не значимы, p=0,141. По результатам PSM также были выявлены следующие статистически незначимые тенденции: в группе РПДР наблюдали меньшую частоту ПОПФ, 25% против 33,3% в группе ОПДР, p=0,071. В группе ОПДР в сравнении с РПДР после PSM была выявлена статистически незначимо меньшая доля госпитальной летальности (4,9% против 7,6%, p =0,169). Следует отметить, что летальность в группе РПДР была зафиксирована только на ранних этапах кривой обучения у 4 пациентов с высоким риском ПОПФ по шкале UA-FRS, после 30 РПДР госпитальной летальности не было.

Заключение

РПДР на этапе внедрения позволяет добиться удовлетворительных результатов, сопоставимых ОПДР. При этом уже на этапе внедрения можно отметить тенденцию к снижению числа раневых осложнений, частоты послеоперационной панкреатической фистулы и продолжительности стационарного лечения при РПДР.

---

486. Использование независимых негативных предикторов повышает прозрачность оценки Эталонного результата при хирургическом лечении внутрипеченочной холангиокарциномы

Ефанов М.Г., Фисенко Д.В., Брицкая Н.Н., Королева А.А., Тараканов П.В., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Соловьев Н.О., Хегай В.Е., Надина И.В., Колупаева М.А.

Москва

МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение. Использование модели Эталонного результата (ЭР) при резекции печени по поводу внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК) по-прежнему остается обсуждаемым ввиду разнообразия моделей ЭР и серий пациентов. Цель исследования заключалась в систематизации и различной оценке ЭР на основании его негативных предикторов.

Материалы и методы. Были использованы две модели ЭР: Görgec B. и соавт., 2021 (Модель 1), Altaf A. и соавт., 2024 (Модель 2). Отрицательные независимые предикторы определялись как переменные, не включённые в модель ЭР, но существенно снижающие вероятность достижения ЭР. Независимые предикторы недостижения ЭР (нЭР) определялись с помощью логистической регрессии. Оценка ЭР проводилась отдельно для каждой модели с учетом наличия или отсутствия негативных предикторов.

Результаты. Проанализированы данные 123 пациентов с ВПХК. В обеих моделях ЭР был достигнут у одинаковой доли пациентов: 40% и 43%. Модели ЭР не показали различий в предоперационных данных, влияющих на достижение ЭР. Независимыми предикторами нЭР для обеих моделей были размер опухоли >10 см, открытый хирургический доступ и резекция желчных протоков. Достижение ЭР существенно различалось между подгруппами, однородными по значениям независимых предикторов, независимо от модели ЭР. Коэффициент ЭР, представляющий собой соотношение частоты негативных предикторов в группах ЭР и нЭР, определяет вероятность достижения ЭР при наличии данного предиктора. Предикторы были ранжированы по степени их негативного влияния на достижение ЭР — от наибольшего риска неудачи (размер опухоли >10 см) до наименьшего риска (открытый доступ).

Выводы. Независимые негативные предикторы могут повысить прозрачность оценки ЭР и снизить погрешности, связанные с неучтённым негативным прогнозом. Влияние этих предикторов на достижение ЭР можно оценить и ранжировать с помощью расчёта коэффициента ЭР.

---

487. Эндобилиарная антипаразитарная санация в комплексном лечении холангита и механической желтухи у пациентов с хроническим описторхозом

Лызко И.А.

Томск

Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)

Актуальность. Хроническая описторхозная инвазия ассоциирована с холангитом, билиарной гипертензией,

формированием доброкачественных стриктур и риском тяжелых гепатобилиарных осложнений.

При остром холангите и механической желтухе ключевым этапом лечения является декомпрессия желчных путей. В то же время сама декомпрессия не всегда обеспечивает быструю санацию желчи от паразитарного детрита и микробной контаминации. В условиях хронического описторхоза сохранение яиц и тел паразитов в желчевыводящих протоках может поддерживать воспаление, удлинять сроки восстановления и повышать риск рецидива холангита и желтухи. Также остается потребность в последующей дегельминтизации.

Локальное использование озонированного физиологического раствора представляет интерес благодаря его противовоспалительным свойствам. Вместе с тем публикации, посвященные именно эндобилиарной озонотерапии у пациентов с холангитом и механической желтухой описторхозной этиологии остаются ограниченными.

Материал и методы. Исследование выполнено в хирургическом отделении Городской клинической больницы № 3 имени Б.И. Альперовича в 2015-2026 гг. В основу положен анализ лечения пациентов с хроническим описторхозом, осложненным холангитом и механической желтухой, у которых применялись эндоскопические методы декомпрессии и локальной санации желчных путей. Работа представляет собой одноцентровое контролируемое нерандомизированное исследование с проспективной оценкой отдаленных исходов.

Критериями включения служили наличие холангита и механической желтухи у больных хроническим описторхозом, подтверждение инвазии при микроскопии желчи или копрологическом исследовании, а также наличие клинико-инструментальных данных, позволяющих верифицировать билиарную обструкцию. Всем пациентам выполняли общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и эзофагогастродуоденоскопию; у части больных имелись результаты магнитно-резонансной холангиопанкреатографии и компьютерной томографии, выполненные до госпитализации.

В эндобилиарную когорту вошел 101 пациент. Вторую группу составили 67 больных, которым после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии по показаниям выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, холедохолитоэкстракцию, баллонную дилатацию и/или стентирование. Третью группу составили 34 пациента с гнойным холангитом, которым устанавливали назобилиарный дренаж.

Во второй группе озон применяли у 41 пациента, стандартную эндобилиарную санацию - у 26. У 43 больных выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию и холедохолитоэкстракцию; у 24 - эндоскопическую папиллосфинктеротомию, баллонную дилатацию и стентирование. В третьей группе после назобилиарного дренирования озон применяли у 18 пациентов, стандартное промывание - у 16.

Методика однократной эндобилиарной озонотерапии заключалась во введении в общий желчный проток 60 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 100 мг/л непосредственно после эндоскопической папиллосфинктеротомии и стентирования. Для многократной санации через назобилиарный дренаж использовали озонированный физиологический раствор с концентрацией озона 20 мг/л. Перед санацией производили забор желчи на микроскопию.

Основным исходом исследования считали отсутствие яиц описторхисов в кале через 3 месяца наблюдения. Дополнительными исходами были отсутствие яиц описторхисов через 6 месяцев, а также потребность в дополнительной дегельминтизации празиквантелом. Контроль кала выполняли по общепринятым правилам при выписке и далее трехкратно в конце 3-го и 6-го месяцев после вмешательства.

Статистический анализ выполняли по агрегированным данным, доступным в медицинской документации и материалах наблюдения. Категориальные признаки сравнивали с помощью двустороннего точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при рстью достигалось отсутствие яиц описторхисов в кале. Полученные данные обосновывают дальнейшее изучение метода в более крупных проспективных исследованиях.

---

488. Опыт применения экстраперитонеальных технологий TEP и eTEP при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки

Кузнецов Ю.С., Золотарев А.И., Щупляк С.В., Пшуков В.А.

Краснодар

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Опыт применения экстраперитонеальных технологий TEP и eTEP при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки

Цель исследования. Оценить результаты применения тотально экстраперитонеальной герниопластики (TEP) и полностью экстраперитонеального доступа с расширенным обзором (eTEP) при хирургическом лечении паховых

и вентральных грыж в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 153 пациентов, которым в период 2023–2025 гг. выполнены операции с использованием технологий TEP и eTEP. Мужчины составили 76,4% (n=117), женщины — 23,6% (n=36). Средний возраст пациентов — 55 лет. Количество выполненных операций по годам составило: 39 — в 2023 году, 51 — в 2024 году и 63 — в 2025 году. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 90±15 минут. Средний срок госпитализации — 4 койко-дня. Проведен анализ структуры выполненных операций и ближайших послеоперационных результатов.

Результаты. Паховые грыжи составили 35,95% (n=55) наблюдений и были оперированы методом TEP. Вентральные грыжи составили 64,05% (n=98), из которых реконструкция по методике eTEP Rives–Stoppa выполнена у 54,90% (n=84) пациентов, eTEP с задней сепарацией компонентов (TAR) — у 7,84% (n=12), eTEP с hemi-TAR — у 1,31% (n=2). В течение анализируемого периода отмечен рост числа операций с использованием экстраперитонеальных технологий — с 39 вмешательств в 2023 году до 63 в 2025 году. Послеоперационные осложнения в виде гематомы передней брюшной стенки зарегистрированы у 1,2% пациентов (n=2). Конверсия потребовалась в двух случаях (1,3%). За период наблюдения, составивший в среднем 8 месяцев, зарегистрирован один рецидив (0,7%), развившийся после послеоперационной гематомы.

Выводы. Экстраперитонеальные методики TEP и eTEP являются эффективными и безопасными технологиями хирургического лечения паховых и вентральных грыж. Низкая частота послеоперационных осложнений (1,2%), единичный рецидив (0,7%) и отсутствие значимого увеличения сроков госпитализации подтверждают высокую клиническую эффективность данных методик. Рост числа выполняемых операций в течение трехлетнего периода свидетельствует о расширении показаний к применению TEP и eTEP и накоплении опыта хирургической команды.

---

489. Минимально инвазивные и открытые резекции при раке желчного пузыря. Ближайшие и отдаленные результаты.

Ефанов М.Г., Надина И.В., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Соловьев Н.О., Хегай В.Е., Колупаева М.А.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Цель. Сравнить непосредственные и отдаленные результаты минимально инвазивных и открытых операций при раке желчного пузыря.

Методы. В исследование включены 59 пациентов, перенесших малоинвазивные (МИРП) и открытые (ОРП) резекции по поводу рака желчного пузыря 2014 по 2025 годы. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общая выживаемость (ОВ) в обеих группах.

Результаты. В исследование включено 59 пациентов: 30 в группе МИРП и 29 в группе ОРП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ), ASA статусу.

Группы сопоставимы по ИМТ, однако в группе МИРП он был достоверно выше: 29,3 ± 5,2 против 25,9 ± 3,5 (p = 0,005). В анамнезе чаще встречалась механическая желтуха в открытой группе — 16 (55,2%) против 3 (10%) (p II степени по классификации Clavien-Dindo) была ниже в группе МИРП — 6(20%) против 15 (51%), но не достоверно (p = 0,150). Среднее время госпитализации было существенно меньше в группе МИРП — 8 ± 5 дней против 19 ± 17 дней (p = 0,001).

Общая 5-летняя выживаемость МИРП- 80%, ОРП- 30%. Медиана ОВ после МИРП не достигнута, после ОРП- 15 мес. (p-0,001).

Заключение. Минимально инвазивные резекции демонстрируют аналогичные ближайшие онкологические результаты (число удаленных лимфатических узлов и частота R0 резекций). Онкологическая выживаемость после минимально инвазивных резекций была лучше при ранних стадиях опухоли и не отличалась от таковой при поздних стадиях при сравнении с открытыми резекциями.

---

490. Онкологические критерии в моделях Эталонного результата при внутрипеченочной холангиокарциноме: повышает ли сложность модели точность оценки?

Ефанов М.Г., Фисенко Д.В., Брицкая Н.Н., Королева А.А., Тараканов П.В., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Соловьев Н.О., Хегай В.Е., Надина И.В., Колупаева М.А.

Москва

МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Оценка Эталонного результата (ЭР) при внутрипечёночной холангиокарциноме (ВПХК) сохраняет свою значимость из-за большого количества моделей ЭР и продолжающихся дискуссий о методах оценки результатов.

Цель. Сравнить различные модели ЭР по частоте достижения ЭР в хирургии ВПХК.

Материалы и методы. Оценка достижения ЭР проводилась с использованием критериев, предложенных Görgec B. и соавт., 2021 (Модель 1), Altaf A. и соавт., 2024 (Модель 2), а также Munir M. и соавт., 2023 (Модель 3). Модель 3 включала два дополнительных специфических онкологических критерия.

Результаты. Проанализированы данные 123 пациентов с ВПХК, включая 40 (32,5%) пациентов после комбинированной резекции печени и желчных протоков. Лапароскопическая и робот-ассистированная резекция была выполнена 46 (37,4%) пациентам. ЭР был достигнут у 48 (39%), 55 (44,7%) и 36 (29,3%) пациентов в моделях 1, 2 и 3 соответственно. Наиболее частой причиной недостижения ЭР во всех моделях была R1 резекция (38,2%). Другие причины включали тяжёлые послеоперационные осложнения (>2 CD) (44,7%) и серьёзные инфекционные осложнения (34,1%) в моделях 1 и 2 соответственно. В модели 3 влияние на недостижение ЭР оказали отсутствие соответствующей адъювантной терапии (30,1%) и неадекватная лимфаденэктомия (36,6%). Различия в частоте достижения ЭР были статистически значимыми между моделями 1 и 3 (p=0,003) и моделями 2 и 3 (p=0,014).

Заключение. Некоторые валидированные модели ЭР могут служить эффективными инструментами для оценки качества хирургического лечения пациентов с ВПХК. Включение специфических онкологических критериев в модели ЭР снижает частоту достижения ЭР и усложняет сравнение данных между различными сериями исследований и медицинскими центрами.

---

491. Роль и место концепции травматической болезни в формировании стратегии и тактик лечения политравм в XXI веке

Гуманенко Е.К. (1,2), Гаврищук Я.В. (2,1), Авдеев А.И. (1), Чапурин В.А. (1), Дедов А.В. (1), Мамедов Н.А. (2,1), Норкина Л.В. (2,1), Абдельазиз М.Ю. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
2) ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность. В XXI веке в методологии лечения политравм наметилась тенденция к отказу от сформированных и апробированных на рубеже веков принципов, тактик и обоснованных фиксированных сроков выполнения отсроченных оперативных вмешательств на поврежденных крупных костях и суставах конечностей, таза и позвоночника в остром периоде политравмы. В качестве альтернативы предлагается концепция безопасной окончательной хирургии «Safe definitive surgery», но такой подход не является бесспорным, и авторы представляют свою позицию.

Материал и методы. Представлены результаты научного прямого репрезентативного проспективного и ретроспективного исследования исходов лечения 421 пострадавшего с политравмами, получивших экстренную медицинскую помощь в травмоцентре III уровня Санкт-петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2024 по 2025 гг. по стратегии «Полного объема многопрофильной специализированной хирургической помощи (МСХП) в остром периоде травматической болезни (ТБ)». Срок доставки пострадавших: 52,6±11,7 мин. Средняя тяжесть политравм по ISS=28,1±7,2. Из них тяжелые сочетанные травмы (ISS=17,2±4,3) составили 108 (26,0%), политравмы (ISS=24,3±4,9) – 179 (43,0%), крайне тяжелые политравмы (ISS=37,1±6,5) – 129 (31,0%). По доминирующему повреждению политравм преобладали конечности – 142 (39,5%), грудь – 119 (28,6%) и таз – 57 (13,7%), реже доминировали голова – 50 (12,0%), живот – 35 (8,4%), позвоночник – 18 (4,3%). В большинстве случаев переломы костей были изолированными – 275 (65,3%), реже – множественными – 146 (34,7%). Чаще переломы были закрытыми – 277 (65,8%), реже – открытыми – 144 (34,2%). Преобладали переломы бедренной кости – 226 (53,7%), реже переломы костей голени – 148 (35,2%) и плечевой кости – 47 (11,1%). С момента поступления и до выписки пострадавшие лечились по отечественной стратегии, основанной на концепции ТБ. Неинвазивный мониторинг тяжести состояния пострадавших в процессе лечения в ОРИТ осуществлялся по новой версии шкалы ВПХ-СП25. Анализ результатов исследования проводился с использованием статистических методов

программы Stat. Tech v. 4.2.7.

Результаты. От момента поступления и до окончания МСХП пострадавшие лечились в подразделениях противошокового отделения (ПШО) с целью устранения острых нарушений жизненно важных функций (ЖВФ): травматического шока, острой дыхательной или сердечной недостаточности, травматической мозговой комы методами реанимации и интенсивной терапии, хирургическими и рентгенэндоваскулярными способами. Эти нарушения ЖВФ и мероприятия по их устранению являются содержанием I периода ТБ (острых нарушений ЖВФ). Продолжительность экстренной диагностики и время начала неотложных операций: 30,63±13,72 мин; срочных операций: 110,82±39,82 мин; отсроченных операций: 198,62±143,07 мин. Продолжительность экстренного операционного цикла при последовательном выполнении всех трех видов операций составила 246,02±177,63 мин или 4,10±2,96 часов. При политравмах МСХП включала: нейрохирургическую СХП - 32 пострадавших (7,6%), торакоабдоминальную - 115 (27,3%), травматологическую - 421 (100,0%). Среди тактик травматологической помощи преобладало запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение (Damage control orthopedics) – 326 (77,4%), реже – тактика раннего полного объема (Early total care) – 58 (13,8%) и тактика отсроченного полного объема (Early appropriate care) – 37 (8,8%). Усредненная тяжесть состояния пострадавших по шкале ВПХ-СГ25 при поступлении составляла 38,2±4,1 балла (верхняя граница субкомпенсации), в завершении I периода ТБ – 37,2±4,8, летальных исходов не было. Средняя продолжительность I периода составила от 6 до12 часов: 8,32±4,47 часов. Второй период ТБ (относительной стабилизации ЖВФ) начинался с момента перевода пострадавшего из ПШО в ОРИТ и продолжался до 48 часов. Целью его являлся неинвазивный объективный мониторинг тяжести состояния пострадавших по шкале ВПХ-СГ25 для диагностики синдрома системного воспалительного ответа (ССВО): 314 (74,6%) – 24 часа, 151 (35,8%) – 48 часов, оценки уровня работы ЖВФ, ранней диагностики их дисфункции или недостаточности, полиорганной дисфункции (ПОД/ПОН) в целом: 129 (30,6%) и 168 (39,9%), соответственно, и их направленной коррекции. Третий период ТБ (максимальной вероятности развития системных осложнений) начинался с 3-х суток лечения пострадавших в ОРИТ и продолжался до 10-х суток. Целью его являлся мониторинг тяжести состояния по шкале ВПХ-СГ25 для оценки динамики ССВО, ПОД/ПОН, направленной диагностики неинфекционных – 45 (10,7%), инфекционных - 135 (32,1%) осложнений и их лечения в специализированном ОРИТ. Четвертый период ТБ (полной стабилизации ЖВФ) начинался после устранения ПОД/ПОН, осложнений и стабилизации состояния пострадавших на уровне компенсации по шкале ВПХ-СГ25: 19-29 баллов (24,3±5,1). Целью этого периода было выполнение оперативных вмешательств 3 этапа тактики DCO. Средний срок составил 9,4±6,5 суток: при ISS=16-23 – 5,9±3,0; при ISS=24-30 – 9,6±6,5; при ISS=31-44 – 12,1±7,8.

Вывод. Стратегия лечения политравм, основанная на отечественной концепции ТБ, позволяет добиться хороших результатов лечения политравм высокой тяжести (ISS=28,1±7,2): летальность=16,4%; частота осложненного течения ТБ=35,9%; длительность лечения в ОРИТ=4,13±3,4; длительность лечения в травмоцентре=18,1±4,9.

---

492. Совершенствование эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях на основе определения риска рецидива.

Халтурин И.В. (1), Измайлов А.Г. (2), Доброквашин С.В. (2), Волков Д.Е. (2), Билалов И.В. (1).

Казань

1) ГАУЗ Госпиталь для ветеранов войн
2) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность

Гастродуоденальные кровотечения остаются одной из ведущих причин экстренной госпитализации в хирургии. Несмотря на внедрение современных методов эндоскопического гемостаза, частота рецидивов достигает 10-20%, что определяет необходимость совершенствования тактики лечения.

Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения являются – рецидив язвенного кровотечения (увеличивается риск развития летального исхода). В связи с этим определяется необходимость в дальнейших исследованиях, направленных на оптимизацию тактики эндоскопического гемостаза на основе определения риска рецидива кровотечения.

Цель исследования

Повышение эффективности эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях на основе разработки чек-листа по профилактики риска рецидива.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное и проспективное исследование 70 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями. Применяли комбинированный эндоскопический гемостаз. Оценивались клинико-эндоскопические характеристики, методы гемостаза и исходы лечения. Для выявления факторов риска использовался многофакторный анализ с применением логистической регрессии.

Всем пациентам с язвенными кровотечениями, поступающим в стационар, в течении 2 часов проводили оценку риска наступления рецидива кровотечения с использованием разрабатываемого чек-листа.

Результаты

Согласно литературным данным и клинических исследований выявлены независимые предикторы рецидива кровотечения, включающие активное кровотечение (Forrest IA - IB), размеры язвенного дефекта > 10 мм, низкий уровень гемоглобина, прием антикоагулянтов и пожилой возраст. На основании полученных данных разрабатывается чек-лист стратификации риска, позволяющий выделить различные группы пациентов с риском рецидива. Рецидив гастродуоденальных кровотечений составил у 5 (7,1%) больных. Коморбидный фон выражен у 45 (64,3%) пациентов. Язвенные кровотечения у 27 пациентов (38,6%) были вызваны приемом нестероидных противовоспалительных препаратов или антикоагулянтов. Поздняя обращаемость за медицинской помощью составила 39 (55,7%) пациентов и соответственно доставлены в приемное отделение более чем через сутки от момента начала заболевания. 14 (20,0%) пациентов с язвенным кровотечением доставлялись в приемное отделение в состояние шока различной степени тяжести с последующей госпитализацией в отделение анестезиологии и реанимации. Общая летальность составляла 2 (2,9%) пациента.

Выводы

1. Рецидив гастродуоденальных кровотечений определяется совокупностью клинико-эндоскопических факторов.

2. Дифференцированный подход к выбору метода гемостаза повышает эффективность лечения.

3. В дальнейшем на основании полученных клинических и эндоскопических данных разрабатываемый чек-лист по шкале стратификации риска рецидива кровотечения позволит прогнозировать возможное развитие рецидива.

---

494. Эндоскопическая подслизистая диссекцию при крупных эпителиальных новообразованиях двенадцатиперстной кишки: опыт одного центра

Вербовский А.Н., Сетдикова Г.Р., Федоренко А.А., Шаповалов А.В., Семенков А.В., Вакурова Е.С.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области«Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Актуальность. Несмотря на высокую эффективность эндоскопической подслизистой диссекции (endoscopic submucosal dissection, ESD) при лечении эпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта, выполнение ESD в двенадцатиперстной кишке остается одной из наиболее технически сложных эндоскопических операций вследствие высокого риска осложнений. Опыт выполнения ESD при новообразованиях двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации остается ограниченным, что определяет актуальность анализа непосредственных результатов.

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты выполнения ESD при крупных эпителиальных новообразованиях двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов выполнения ESD при эпителиальных новообразованиях двенадцатиперстной кишки. В период с 2022 по 2026 гг. в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского выполнено 16 ESD у 16 пациентов. Средний возраст пациентов составил 65,5 года (47–79 лет). Женщины — 10 (62,5%), мужчины — 6 (37,5%). Средний размер новообразований составил 28,9 мм (20–60 мм). Локализация новообразований: D1 — 3 (18,7%), D2 проксимальнее большого дуоденального сосочка — 4 (25%), D2 дистальнее большого дуоденального сосочка — 3 (18,7%), большой дуоденальный сосочек — 3 (18,7%), D3 — 3 (18,7%). У 3 (18,7%) пациентов ESD выполнена при новообразованиях большого дуоденального сосочка, что относится к наиболее технически сложным вмешательствам вследствие высокого риска панкреатита, кровотечения и перфорации. Морфологическая структура удаленных новообразований: неампулярная аденома кишечного типа — 8 (50%), неампулярная аденома кишечного типа с фокусами HGD — 6 (37,5%), ампулярная аденома, кишечного типа — 1 (6,2%), Инвазивная ампулярная аденокарцинома, низкой степени злокачественности pT1a — 1 (6,2%).

Результаты. Средняя продолжительность вмешательства составила 109,6 минуты (20–560 минут). Степень фиброза подслизистого слоя: F0 — 9 (56,3%), F1 — 6 (37,5%),

F2 — 1 (6,2%). Технический успех, резекция единым блоком (en bloc) и R0-резекция достигнуты во всех 16 (100%) случаях. Конверсий к хирургическому лечению во время выполнения ESD не потребовалось. Для профилактического закрытия пострезекционного дефекта использовали клипирование TTSC в 12 (75%) случаях и комбинацию TTSC-клипс с зубной нитью — в 4 (25%). Интраоперационная перфорация зарегистрирована у 3 (18,7%) пациентов, послеоперационное кровотечение — у 1 (6,2%), острый отечный панкреатит — у 1 (6,2%), транзиторная гиперамилаземия — у 1 (6,2%). Хирургическое вмешательство в послеоперационном периоде потребовалось одному пациенту. Летальных исходов не зарегистрировано. Средняя продолжительность госпитализации составила 11,5 суток (3–102). При динамическом наблюдении местных рецидивов не выявлено.

Заключение. Эндоскопическая подслизистая диссекция при крупных эпителиальных новообразованиях двенадцатиперстной кишки позволяет достичь высокой частоты технического успеха, en bloc- и R0-резекций. Несмотря на сохраняющийся риск осложнений, выполнение вмешательства в специализированном центре с обязательным профилактическим закрытием пострезекционного дефекта обеспечивает высокую эффективность лечения при приемлемом уровне осложнений. Полученные результаты, включая успешное выполнение вмешательств при новообразованиях большого дуоденального сосочка, свидетельствуют о том, что ESD может рассматриваться как эффективный и радикальный органосохраняющий метод лечения данной категории пациентов при наличии соответствующего опыта.

---

495. Анализ структуры кровотечений из гастродуоденальной зоны

Шмарин А.А., Деулин С.В., Демин К.А., Хрюкин Ю.А.

Липецк

ЛГБ №4 «Липецк-Мед»

Актуальность

Проблема кровотечений их верхних отделов желудочно-кишечного тракта окончательно не решена. Патология с геморрагическим синдромом весьма разнообразна и, соответственно, лечебная тактика гемостаза вариабельна. Особую категорию составляют пациенты с признаками хронической ишемии органов брюшной полости (ХИ ОБП) с эрозивно-язвенным вариантом течения заболевания. Для решения проблемы выбора лечебно-диагностической тактики при геморрагических осложнениях необходимо уточнить структуру кровотечений.

Материалы и методы исследования.

Проведено дублирующее расширенное исследование с формированием клинической экспериментальной модели ишемически индуцированного эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны на материале лечебных учреждений Ростовской и Липецкой областей. Экспериментальная изучающая модель сформирована при ретроспективном изучении 146+233 (ЛГБ №4 «Липецк-Мед») клинических случаев.

Полученные результаты.

Изучена структура, причинность и особенности диагностики и лечения патологических состояний, вызывающих кровотечение. Проведено пошаговое изучение локализации язвообразования, темпа кровотечения, методов осуществленного гемостаза и исход.

Все пациентам, поступавшим с клиникой геморрагического синдрома, стандартизированно проводился комплекс обследования: лабораторное исследование, ФГДС с уточнением источника и темпа кровотечения, УЗИ (КТ) ОБП, ЭКГ, консультации смежных специалистов.

По результатам проведенного исследования пациенты с геморрагическим синдромом распределены на этиопатогенетические категории по источнику кровотечения:

язвенная болезнь — 31,47% (язвенный процесс локализовался в желудке в 43,54%, в ДПК в 56,45%, доказательная связь с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов в 8,06%); при язвенном процессе категории F 1ab применялись методы эндоскопического гемостаза, при этом гемостатического эффекта не получено в 4 случаях, что потребовало остановки кровотечения оперативным методом; при язвенных кровотечениях категории F 2/3 проводились инъекционные и аэрозольные методы эндоскопического лечения в комплексе гемостатической и противоязвенной терапии;

ишемически индуцированное эрозивно-язвенное поражение — 27,41%; эти пациенты имеют особенности соматического статуса — разной степени выраженности патология генерализованного атеросклероза — ИБС, ПИКС, последствия ОНМК, облитерирующие поражения артерий н/к, особенности эндоскопической картины — часто массивное эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны в маркировке F 2bc, часть пациентов переводились из неврологического и кардиологического отделения на хирургическую койку с появлением признаков геморрагического синдрома;

варикозное расширение вен пищевода — 11,68%, разрыв слизистой оболочки пищеводно-желудочного отдела (синдром Меллори-Вейса) — 18,27%, опухолевой процесс желудка — 9,14%, пострезекционное язвообразование зоны гастроэнтероанастомоза — 2,03%.

Обсуждение.

Каждая категория патологического процесса требует индивидуального подхода к методам остановки кровотечения консервативными, эндоскопическими и оперативными методами. Язвенная болезнь является основной причиной кровотечений . Ишемически индуцированное эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны составило треть пациентов стационара (27,41%) с геморрагическим синдромом, что подтверждает вопрос актуальности исследования. Эти пациенты имеют отличительные особенности клинического статуса.

Выводы и рекомендации

Источник кровотечения имеет различную патогенетическую и морфологическую природу, что требует дифференцированного подхода при определении лечебной тактики. Подходы и методы диагностики и лечения должны быть пациентоориентированными.

Определение категории эрозивно-язвенного кровотечения на ранних этапах оказания помощи позволит избирательно подходить к лечебному процессу.

---

496. Особенности клинического статуса пациентов с ишемически индуцированным эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны, осложненного кровотечением

Демин К.А., Пронин К.В., Курилов П.В., Левенчук В.А.

Липецк

ЛГБ №4 «Липецк-Мед»

Актуальность.

Внимание клиницистов привлекает хроническая ишемическая болезнь органов брюшной полости (ХИ ОБП) - клинические проявления отличаются лишь поражением органов мишеней. Особая категория - пациенты с признаками ХИ ОБП с эрозивно-язвенным вариантом течения заболевания. Они отягощены сопутствующей патологией, являются проблематичными в диагностическом, лечебном и прогностическом плане. Сформулированной лечебно-диагностической тактики у данной группы пациентов не выработано.

Материалы и методы исследования.

Изучение данной категории патологического состояния проведено на материале дублирующего исследования 146+233 (ЛГБ №4 «Липецк-Мед») клинических случаев, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении.

Полученные результаты.

Пациенты с ишемически индуцированным эрозивно-язвенным процессом составили 1/3 от кровотечений из гастродуоденальной зоны.

При эндоскопическом исследовании подтверждается наличие эрозивно-язвенного процесса, признаки кровотечения в маркировке Foorest 2bc на фоне атрофических изменений слизистой, снижение и отсутствие встречаемости хеликобактера. При гистологическом исследовании отмечается хроническое воспаление, в дне язвенного процесса фиброз, лимфоцитарная и лейкоцитарная инфильтрация, часто встречается очаговая тонкокишечная метаплазия, дистрофические и реактивные изменения желез.

При осмотре специалистами смежных специальностей выявляется сопутствующая патология в категории «генерализованный атеросклероз» - ИБС, ПИКС, ИБГМ с последствиями ОНМК, ГБ, СД. Часть пациентов госпитализировались в кардиологическое или неврологическое отделение. После начала лечения, включающего антикоагулянтную, тромболитическую терапию, у пациентов появлялись признаки кровотечения. Пациенты переводились на хирургическую койку, где продолжалось совместное лечение. Учитывая исходную тяжесть состояния, обусловленную сочетанной патологией, пациенты часто находились на интенсивной терапии в отделении реанимации.

При изучении УЗИ, КТ и аутопсии выявлено поражение атеросклеротическим процессом висцеральных артерий брюшного отдела аорты. На уровне органного кровотока стенки желудка и ДПК определяются изменения артериальных сосудов с признаками гистоморфологических изменений, характерных для гипертонической болезни. В протоколе аутопсии отражен атероматоз аорты со стенозирующим атеросклерозом ветвей чревного ствола и почечных артерий 3-4 ст, стенозирующий кальциноз коронарных артерий, обширные поля замещения миоцитов соединительной тканью, в дне хроничекой язвы фиброз, разрастание грануляционной ткани, некроз, множественные очаговые поверхностные некрозы слизистой оболочки с инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами; в заключении о причине смерти основным диагнозом были варианты кардиосклероза, стенозирование коронарных артерий, атероматоз аорты со стенозированием висцеральных артерий, и уже как осложнение — эрозивно-язвенное поражение желудка и ДПК.

Обсуждение.

Общеклиническая и эндоскопическая картина эрозивно-язвенного процесса ишемической причинности имеет оличительные особенности, что позволяет выделить этих пациентов в особую категорию.

Выводы и рекомендации.

Эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны, изучаемой категории пациентов, является осложнением основного патологического процесса, и с трудом поддается терапии, часто носит рецидивирующий характер. Стандартизированная гемостатическая терапия без дифференцированного подхода при осложненном течении генерализованного атеросклероза часто приводит к «рикошетным» тромбоэмболическим жизнеугрожающим осложнениям. Подходы и методы диагностики и лечения должны быть скоррегированы. Вычленение рассматриваемого эрозивно-язвенного кровотечения на ранних этапах оказания помощи позволит избирательно подходить к лечебно-диагностическому процессу (патент РФ № 2024 138 497).

---

497. Этапная хирургическая тактика при перфоративном дивертикулите ободочной кишки Hinchey II–III

Демко А.Е., Безмозгин Б.Г., Бабков О.В., Конякин И.И., Батыршин И.М., Насер Н.Р.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. Перфоративный дивертикулит ободочной кишки Hinchey II–III остается одной из сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Традиционные операции с формированием кишечной стомы позволяют контролировать источник инфекции, однако значительная часть больных выписывается со стомой и нуждается в последующем реконструктивном вмешательстве. В связи с этим актуален поиск хирургической тактики, позволяющей сохранить безопасность лечения и одновременно уменьшить число пациентов, выписываемых со стомой.

Материал и методы. Проведено моноцентровое ретроспективно-проспективное сравнительное исследование результатов лечения 94 больных перфоративным дивертикулитом ободочной кишки Hinchey II–III, находившихся на лечении в 2015–2025 гг. В ретроспективную группу вошли 59 больных, которым в 2015–2020 гг. выполнялись традиционные хирургические вмешательства. Из них сформирована группа сравнения из 34 пациентов, сопоставимых с основной группой по исходным характеристикам. Основную группу составили 35 больных, которым в 2021–2025 гг. применяли этапную хирургическую тактику. Первый этап включал резекцию пораженного сегмента толстой кишки с оставлением заглушенных концов кишки в брюшной полости, санацию и дренирование. Через 24–48 часов выполняли повторную ревизию и восстановление непрерывности толстой кишки. Оценивали длительность операции, пребывание в ОРИТ, продолжительность госпитализации, послеоперационные осложнения, летальность, число больных, выписанных со стомой, и качество жизни по SF-36 через 2 и 6 месяцев.

Полученные результаты. Группы сравнения и основная группа были сопоставимы по полу, возрасту, индексу коморбидности Чарльсона, ASA, SOFA, Mannheim Peritonitis Index и индексу брюшной полости. Продолжительность пребывания в ОРИТ составила 1 (1–6) сутки в группе сравнения и 2 (2–3) суток в основной группе (p=0,39). Продолжительность госпитализации составила 12 (9,2–20,5) и 13 (12–18,5) суток соответственно (p=0,41). Послеоперационные осложнения отмечены у 14 (41,2%) больных группы сравнения и у 14 (40,0%) больных основной группы (p=1,00). Летальность составила 2,9% в группе сравнения и 0% в основной группе (p=1,00). При этом со стомой были выписаны 33 (100%) больных группы сравнения и только 1 (2,9%) больной основной группы (p

---

498. Результаты оригинальной хирургической тактики «шунт-тромбоз-шунт» после операций бедренно-подколенно-тибиального шунтирования.

Дзуцев В.Р., Карсанов А.М.

Владикавказ

ГБУЗ МЗ РКБ

Введение. Ограничением долговременной эффективности инфраингвинальной хирургической реваскуляризации остается тромбоз сосудистых шунтов. Особенно остро данная проблема проявляется при поражении тибиального русла, где возможности повторного восстановления кровотока зачастую ограничены.Цель. Оценить клиническую результативность стратегии последовательной реваскуляризации, основанной на повторном шунтировании после возникновения тромбоза сосудистой реконструкции.Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 120 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей. В зависимости от уровня дистального анастомоза и состояния артерий голени сформированы четыре сопоставимые группы наблюдения. Основными оцениваемыми показателями являлись проходимость шунтов, частота повторных вмешательств, сохранение конечности и потребность в ампутации.Результаты. Ранняя проходимость реконструкций достигла 93,3%. При наличии двух-трех проходимых артерий голени частота сохранения функционирующего шунта была выше по сравнению с пациентами, имеющими единственный путь оттока. В течение трех лет

отмечено 33 эпизода тромбоза реконструкции. Более чем в двух третях наблюдений удалось восстановить магистральный кровоток посредством повторного вмешательства. Итоговый показатель сохранения конечности составил 92,7%.Выводы. Стратегия активной хирургической коррекции тромбоза шунта обеспечивает высокую вероятность сохранения конечности и может рассматриваться как перспективный подход к лечению пациентов с критическими нарушениями периферического кровообращения.

---

500. Патоморфологическое обоснование границ резекции толстой кишки при перфоративном дивертикулите Hinchey II-III

Демко А.Е., Безмозгин Б.Г., Бабков О.В., Кузнецов И.А. И.И., Новицкая Н.Ю., Ильина В.А.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. При перфоративном дивертикулите толстой кишки выбор границ резекции имеет принципиальное значение для безопасного восстановления непрерывности кишки. В условиях перитонита хирург ориентируется преимущественно на макроскопическую картину, однако выраженность воспалительных, микроциркуляторных и микробных изменений кишечной стенки на различном удалении от зоны перфорации изучена недостаточно. Это особенно важно при этапной хирургической тактике с формированием отсроченного толстокишечного анастомоза в ранние сроки.

Материал и методы. Выполнено патоморфологическое исследование резецированных сегментов толстой кишки у больных перфоративным дивертикулитом Hinchey II–III. Ретроспективная часть включала 34 архивных препарата резецированной сигмовидной кишки без сопутствующей хирургической патологии. Проспективная часть включала 35 препаратов резецированной сигмовидной кишки, полученных при этапном хирургическом лечении в 2021–2025 гг. Фрагменты кишки маркировали в проксимальном и дистальном направлениях от зоны перфорации с шагом 20 мм. Проводили полуколичественную оценку воспалительных изменений, микроциркуляторных нарушений, признаков перитонита, воспалительной инфильтрации мышечного слоя, флегмоны стенки кишки, а также наличия и локализации микробной флоры с использованием дополнительных гистохимических окрасок.

Полученные результаты. При ретроспективном анализе в 32 из 34 случаев (94,1%) не выявлено резко выраженных микроциркуляторных расстройств и воспалительных изменений кишечной стенки, что указывало на потенциальную безопасность ранней реконструкции у отобранных больных. В проспективной группе необратимых циркуляторных расстройств не выявлено ни в одном исследованном препарате. Наиболее выраженные острые воспалительные изменения определялись на расстоянии 2 см от зоны перфорации как в проксимальном, так и в дистальном направлениях. По мере удаления от перфоративного отверстия выраженность воспалительного инфильтрата закономерно снижалась. Уже на расстоянии 4 см отмечалось уменьшение воспалительных изменений и микроциркуляторных нарушений, а при дальнейшем удалении преобладали минимальные реактивные изменения. Флегмона стенки кишки выявлялась преимущественно в ближайших к перфорации фрагментах и не определялась в более удаленных участках. Микробная флора была представлена грамотрицательной палочкой, морфологически соответствующей Escherichia coli. Наибольшее микробное обсеменение выявлялось на расстоянии 2 см от зоны перфорации; на расстоянии 4 см отмечалось значительное снижение микробной контаминации. Бактерии чаще определялись на поверхности брюшины и в серозном слое, реже — в мышечном слое.

Обсуждение. Полученные данные показывают, что воспалительные, микроциркуляторные и микробиологические изменения кишечной стенки при перфоративном дивертикулите имеют градиентный характер и уменьшаются по мере удаления от зоны перфорации. Отсутствие необратимых циркуляторных расстройств и регресс микробной контаминации в участках, удаленных от перфорации, патоморфологически обосновывают возможность раннего восстановления непрерывности толстой кишки у тщательно отобранных пациентов.

Выводы и рекомендации. Оптимальная граница резекции толстой кишки при перфоративном дивертикулите должна располагаться не менее чем в 4 см от перфоративного отверстия в проксимальном и дистальном направлениях. Такое расстояние обеспечивает пересечение кишки в зоне с минимальными воспалительными и микроциркуляторными изменениями и меньшей микробной контаминацией, что может рассматриваться как морфологическое обоснование безопасного формирования отсроченного анастомоза в ранние сроки.

---

501. Границы безопасности робот-ассистированных резекций печени и внепечёночных желчных протоков при перихилярной холангиокарциноме

Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Соловьев Н.О., Надина И.В., Хегай В.Е., Колупаева М.А.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

В ретроспективный анализ включены результаты робот-ассистированных (РРП) и открытых резекций печени (ОРП) и внепеченочных желчных протоков у пациентов с РС, получавших лечение с 2013 по 2025 год. Эталонный результат (ТО) использовались оценивался по критериям достоверно влияющим на общую и безрецидивную выживаемость в данной когорте пациентов: R0 резекция, отсутствие послеоперационных осложнений >3а CD. Пациенты разделены на группы в зависимости от наличия предикторов не достижения ТО. Результаты РРП и ОРП сравнивались внутри групп.

Результаты. Общее количество операций составило 212: 50 РРП и 112 ОРП. Предикторы не достижения ТО: Т3 и Т4 по TNM (p=0.049), холангит G2 или G3 (p=0.019). Группа 1 была определена как группа без негативных предикторов (РРП=18, ОРП=38); группа 2 - 1 предиктор (РРП=24, ОРП=77); группа 3 - 2 предиктора (РРП=8, ОРП=47).

В 1-й группе РРП и ОРП были сопоставимы по демографическим показателям: пол, возраст, ASA, тип Bismuth-Corlette, частота билиарного дренирования, объем операции. РРП были связаны с недостоверно меньшим числом коморбидных пациентов (p=0.061), и большим числом N1 (p=0.059), большим временем операции (p=0.002), меньшим числом тяжелых осложнений CD > IIIa (p=0.042), снижением продолжительности пребывания в реанимации (p=0.010) и большей частотой достижения ТО (p=0.041). Различия в ОС и DFS отсутствовали (p=0.305, p=0.405).

Группа 2 - РРП были связаны с меньшей частотой Т3 и Т4 (p=0.042), частотой билиарного дренирования (p=0.027), и холангита G2,3 (p=0.042). Группа 3 - РРП и ОРП были сопоставимы по демографическим показателям и объему операции. Различия в ближайших и отдаленных результатах в группах 2 и 3 отсутствовали за исключением большего времени операции РРП (p=0.000, p=0.049).

Выводы. РРП у пациентов с РС связаны с меньшим числом тяжелых послеоперационных осложнений, времени пребывания в реанимации, и большей частотой достижения ТО при условии, что пациенты строго отобраны в соответствии с предложенными критериями.

---

503. Открытые и робот-ассистированные радикальные операции при проксимальных билиарных раках: сравнительная оценка

Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Соловьев Н.О., Хегай В.Е., Надина И.В.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Изучены результаты хирургического лечения 266 пациентов, оперированных с 2014 по 2025 годы из них 63 пациента робот-ассистированным доступом. Нозологическая характеристика пациентов – воротная холангиокарцинома 207 (77.8%), внутрипеченочная холангиокарцинома 41 (15.4%), рак желчного пузыря 10 (3.8%), внутрипротоковая паппилярная неоплазия желчных протоков 8 (3%). Произведена сравнительная оценка основных периоперационных результатов в двух группах в зависимости от доступа.

Результаты. В робот-ассистированной группе отмечено меньшее число Т3 и Т4 опухолей – 21(39.6%) против 124(65.3%) (p=0.008), меньшее число пациентов с билиарным дренированием 47(74.6%) против 181(89.2%) (p=0.007), большее число пациентов с изолированной резекций внепеченочных желчных протоков - 7(11.1%) против 6(3%) (p=0.016), а также меньшее число пациентов с сосудистой резекцией - 11(17.5%) против 67(33.3%) (p=0.017).

Робот-ассистированная была ассоциирована с большей продолжительностью оперативного вмешательства - 620(560;690) минут против 535(470;605) минут (p=0.000), при этом в робот-ассистированной группе отмечено меньшее число значимых послеоперационных осложнений Clavien-Dindo ≥3b - 16(25.4%) против 83(41.1%) (p=0.026), а также меньшая длительность пребывания пациентов в стационаре - 21±9.3 дней против 24±14.2 дней (p=0.048). Обе группы не различались по величине интраоперационной кровопотери, числу удаленных лимфатических узлов, числу R0 резекций, частоте специфических осложнений резекций печени, а также по частоте госпитальной летальности. Конверсия доступа потребовалась в 13(20%) случаях и была связана с сосудистой инвазией требующей реконструкции.

Заключение: робот-ассистированный доступ демонстрирует лучшие непосредственные результаты в виде снижения числа послеоперационных осложнений и уменьшения сроков госпитализации при условии селекции пациентов.

---

504. Опыт эндоскопических операций на щитовидной и паращитовидной железе в ГКБ им. С.С. Юдина.

Янгуразова Е.В. (1)(1), Шибитов В.А. (1)(1), Семененко И.А. (1)(2)

1) Москва

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия
2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения, патология щитовидной железы среди всех эндокринных нарушений находится на втором месте по распространенности. На протяжении последних лет в России отмечено увеличение количества больных патологией щитовидной железы. Рост этой патологии напрямую связан с улучшением возможностей её выявления в лечебных учреждениях за счёт развития инструментальных и неинструментальных методов диагностики.

Совершенствование технологии в хирургии позволило внедрить в практику эндокринных хирургов инновационные видиоэндоскопические методы операций на щитовидной и паращитовидной железе. Это дало возможность улучшить эстетический эффект подобных операций, снизить травматичность хирургических манипуляций и риск послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с хирургическими заболеваниями щитовидной и паращитовидной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В Городской клинической больнице имени С.С. Юдина с января 2023 г. по декабрь 2025 г. эндоскопически выполнено 185 гемитиреоидэктомий, 56 тиреоидэктомий и 53 селективных паратиреоидэктомий по поводу доброкачественных новообразований щитовидной и паращитовидных желез. Использовались следующие методики: unilateral axillo-brest approach (UABA), bilateral axillo-brest approach (BABA), transoral endoscopic thyroidectomy via vestibular approach (TOETVA).

Всем пациентам в предоперационном периоде было выполнено ультразвуковое исследование ЩЖ, тонкоигольная аспирационная биопсия узла с цитологическим исследованием (при патологии щитовидной железы), исследован гормональный фон, сцинтиграфия при показаниях. Интраоперационно проводили переменное нейромониторирование возвратно гортанного нерва аппаратом NIM-Neuro3.0. В послеоперационном периоде по стандартам лечения выполняли исследование гормонального фона, уровень кальция, ларингоскопию. Лечение больных, на всех этапах, происходило строго по стандартам сформированным в листах контроля, на основании клинических рекомендаций ассоциации эндокринных хирургов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 4 пациентов в 2024г. выполнена конверсия в ходе операции. В 2025году конверсий не было. У 5 пациенток в 2023 году и у 2 в 2024, после тиреоидэктомии, отмечены серомы объемом до 20 мл в послеоперационном периоде, которые потребовали пункционных вмешательств (однократно). Послеоперационный гипопаратиреоз носил транзиторный характер и составил 2%, транзиторный парез голосовых связок составил 1.3% . Преобладающей жалобой у больных в послеоперационном периоде явилось снижение чувствительности кожи в зоне подкожного доступа к щитовидной железе 85%. Чувствительность кожи восстановилась через 3-6 месяцев. Средний объём удалённой железы составил 43мл, средняя длительность операции 1час 20минут. Все больные провели 1 койко день в стационаре.

ВЫВОД: Анализируя данные полученные за 3 года, прослеживается положительная динамика в освоении и внедрении эндоскопических операций на щитовидной железе. Из года в год увеличивалось количество выполненных операций, сократилось время длительности операций. Объём удалённой железы увеличился, а послеоперационные осложнения в 2025 году не выявлены.

Эндоскопические вмешательства на щитовидной и паращитовидных железах являются безопасным методом оперативного вмешательства, а неоспоримым преимуществом данного метода является косметический результат, идеальная визуализация возвратного нерва, паращитовидных желез.

---

506. Факторы, влияющие на возникновение тяжёлых билиарных осложнений после радикального хирургического лечения проксимальных опухолевых поражений желчных протоков

Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Соловьев Н.О., Хегай В.Е., Надина И.В.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, г. Москва, Россия

Исследованы пациенты, которым выполнена резекция печени и внепеченочных желчных протоков по поводу (ПОЖП) с 2013 по 2025 годы. Оценивалась частота и тяжесть билиарных осложнений, а также основные

факторы, влияющие на их развитие.

Результаты. Изучены данные 266 пациентов из которых у 207 (77%) была воротная холангиокарцинома, у 41 (15.2%) внутрипеченочная холангиокарцинома с распространением на ворота печени, у 10 (3.7%) рак желчного пузыря с распространением на внепеченочные желчные протоки, у 8 (3%) внутрипротоковая паппилярная неоплазия желчных протоков.

Билиарная фистула отмечена у 103 (37.8%) пациентов: класс В - 75 (28.2%), класс С - 28 (10.5%). У пациентов с билиарной фистулой класса С осложнения IV-V классов CD отмечены в 26 (92.8%) случаев. У пациентов с билиарной фистулой класса С в 9 (32%) случаях отмечены аррозивные кровотечения, а в 22 (78.5%) инфекционно-токсический шок, который являлся основной причиной госпитальной летальности.

Факторами развития билиарных осложнений IV и V классов CD явились: коморбидность (p=0.055), холангит G2,3 (p=0.008), холангиогенные абсцессы (p=0.010) и количество билиодигестивных анастомозов (p=0.003), AUC=0.919.

Число билиодигестивных анастомозов не различалось в зависимости от нозологии (p=1.000), однако у пациентов с воротной холангиокарциномой тип опухоли по Bismuth-Corlette II и IV типов был ассоциирован с большим числом формируемых анастомозов (p=0.23 и p=0.29 соответственно).

Факторами развития холангита G2 и G3 являлись: дополнительное дренирование желчных протоков после неудачного первичного дренирования (p=0.000), осложнения билиарного дренирования (0.000), раздельное дренирование секторальных и сегментарных желчных протоков (p=0.029).

Выводы. Выявление предикторов билиарных осложнений позволяет осуществлять их раннюю диагностику и лечение, что снижает их вклад в общую тяжесть осложнений и негативное влияние на отдаленные результаты.

---

508. Ранняя респираторная поддержка и оптимизация анальгезии в комплексной терапии острого тяжелого панкреатита

Удалова Н.М., Ярцев П.А., Новиков С.В., Носовский И.А.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность

Острый тяжелый панкреатит (ОТП) остаётся одной из сложнейших проблем абдоминальной хирургии и интенсивной терапии: летальность достигает 25–30 %. В ранней фазе заболевания основную угрозу представляет полиорганная недостаточность, причём дыхательные расстройства не только возникают чаще других, но и сохраняются дольше. По данным литературы, гипоксемия нередко становится самым ранним признаком тяжелого течения, появляясь за 12–24 часа до поражения почек или системы кровообращения. Международные руководства обращают внимание хирургов и реаниматологов на необходимость раннего выявления дыхательной недостаточности, однако конкретные алгоритмы респираторной поддержки, выбора метода обезболивания и контроля внутрибрюшного давления (ВБД) до сих пор остаются предметом дискуссий. Это определило цель нашего исследования.

Материал и методы

В работе проанализированы данные 75 пациентов с ОТП, лечившихся в отделении реанимации (ретроспективная часть), а также проведено проспективное наблюдение за группой больных, включённых по единому протоколу. Критерием отбора служил верифицированный диагноз тяжелого панкреатита с наличием органной дисфункции. У всех пациентов оценивали газовый состав крови, тип дыхательной недостаточности (гипоксемический, гиперкапнический, смешанный) и клинические параметры. Транспульмональное давление определяли с помощью безбаллонного метода, что позволило точнее настраивать респираторную поддержку. Внутрибрюшное давление измеряли стандартным способом. Анализировали динамику ВБД, эффективность консервативных мер при абдоминальном компартмент-синдроме (АКС), а также различные схемы анальгезии, включая эпидуральную блокаду. Статистический анализ выполнен с использованием непараметрических критериев.

Результаты

У 35–55 % пациентов развилась острая дыхательная недостаточность, причём в 60–70 % случаев её первые признаки появились в течение первых 24–48 часов от момента поступления, нередко раньше, чем нарушения функции почек или гемодинамики. Средняя продолжительность дыхательной недостаточности составила 9,2

дня, в то время как почечная недостаточность купировалась в среднем за 4,1 дня, а сердечно-сосудистая – за 3,8 дня. У всех больных с гипоксемией на рентгенограммах и при ультразвуковом исследовании выявлялись плевральный выпот, ателектазы и признаки интерстициального отека, причём УЗИ-симптомы ОРДС появлялись на 6–12 часов раньше рентгенологических изменений. Применение протокола с ранним назначением высокопоточной оксигенации и своевременным переходом на инвазивную вентиляцию позволило уменьшить частоту прогрессирования дыхательной недостаточности. У 11 % пациентов отмечен рефрактерный болевой синдром (боль по ВАШ не снижалась до 6 баллов и менее после двух последовательных схем системной анальгезии). Всем им выполнена эпидуральная катетеризация на уровне Th8–Th10: в среднем через 45 минут боль уменьшилась до 3 баллов и менее, а потребность в опиоидах за первые сутки снизилась на 85 %. Консервативная терапия АКС оказалась успешной у большинства больных, однако 12 пациентам потребовалась декомпрессивная лапаротомия из-за стойкого повышения ВБД выше 20 мм рт.ст. на фоне ухудшения органных функций.

Обсуждение

Наши данные подтверждают, что дыхательная недостаточность является ведущим звеном полиорганного поражения при ОТП и требует активного вмешательства уже в самые ранние сроки. При этом важно различать типы дыхательных нарушений: при гипоксемическом варианте основой лечения служит защитная вентиляция легких с контролем транспульмонального давления, тогда как при гиперкапническом – на первый план выходят адекватное обезболивание и снижение внутрибрюшного давления. Мы показали, что эпидуральная блокада не только эффективно устраняет боль, но и позволяет сократить дозу системных опиоидов, что снижает риск гиперкапнии и угнетения дыхательного центра. Кроме того, инфузионная терапия требует строгого баланса: избыточное введение жидкости усиливает отек легких, повышает ВБД и ухудшает вентиляцию. Предложенный нами алгоритм, основанный на мониторинге ВБД, типа дыхательной недостаточности и динамики оксигенации, помогает своевременно корректировать тактику и определять показания к хирургической декомпрессии.

Выводы

1. Раннее выявление и коррекция дыхательной недостаточности, особенно с использованием безбаллонного метода измерения транспульмонального давления, являются важными факторами улучшения исходов при остром тяжелом панкреатите.

2. Применение мультимодальной анальгезии с включением эпидуральной блокады при рефрактерной боли значительно уменьшает опиоидную нагрузку, способствует нормализации вентиляции и может служить альтернативой эскалации системной анальгезии.

3. Динамическая оценка ВБД и респираторного статуса по разработанному протоколу позволяет оптимизировать инфузионную терапию и своевременно решать вопрос о декомпрессии брюшной полости, что следует учитывать в повседневной практике хирургов и реаниматологов.

---

509. Сравнение ближайших и отдаленных результатов анатомических лапароскопических и открытых резекций печени у пациентов с множественными метастазами колоректального рака

Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Калганов А.А., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Соловьев Н.О., Хегай В.Е.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

В исследование включены 334 пациентов, перенесших ОРП и ЛРП по поводу метастазов КРР с 2014 по 2025 годы. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общая (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) в обеих группах. Критериями исключения из исследования являлись: наличие реконструкции желчных протоков и магистральных сосудов, радиочастотная абляция, резекция 3 и более смежных сегментов печени, число очагов менее 3 (< 75 процентиля по выборке). В зависимости от количества очагов пациенты разделены на две группы: группа 1 – 3-5 очагов, группа 2 – 6 и более очагов.

Результаты. В исследование включено 118 пациентов с метастазами колоректального рака которым выполнены мультисегментарные резекции печени.

В группе 1 - 32 ЛРП и 41 ОРП, подгруппы оперативного доступа были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, неоадъювантной химиотерапии, уровню РЭА, количеству метастазов, размеру наибольшего очага, числу синхронных и билобарных метастазов, по сложности резекции печени по шкале IWATE и объему оперативного вмешательства, по числу операций на печени в анамнезе, числу симультанных вмешательств и РЧА. У ЛРП отмечены недостоверные преимущества по числу оперативных вмешательств на органах брюшной полости в анамнезе (p=0.068), а также по ASA статусу (p=0.092). ЛРП были связаны с большим временем операции (p=0.016), и меньшей продолжительностью пребывания в стационаре (p=0.033) при отсутствии различий в других показателях. Различия в ОС и DFS отсутствовали, однако отмечена тенденция к улучшению DFS у ЛРП (p=0.517, p=0.075).

В группе 2 – 6 ЛРП (2 пациента 6 очагов, 2 – 8, 2 – 10) и 24 ОРП, подгруппы были сопоставимы по основным демографическим показателям и объему операции. ЛРП были связаны с большим временем операции (p=0.054), при отсутствии различий в других послеоперационных показателях. Различия в OC и DFS отсутствовали (p=0.554, p=0.510).

Заключение. Мультисегментарные ЛРП при КРМ демонстрируют меньшее время стационарного лечения при условии ограниченного опухолевого поражения печени (5 очагов). Наличие операций в анамнезе и тяжелый соматический статус пациента могут быть ограничениями мультисегментарных ЛРП

---

510. Совершенствование хирургического лечения пациентов с гнойным заболеванием пальцев кисти и стопы.

Овчинников П.Д. (1,2), Измайлов А.Г (2), Измайлов С.Г. (3), Доброквашин С.В. (2), Тимофеев Е.П. (4), Волков Д.Е. (2), Горбачева О.В. (5).

1) Республика Татарстан, г. Казань, ул. Гагарина д. 121.
2) Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49
3) г. Нижний Новгород, ул. Октябрьской революции, д. 66а
4) г. Нижний Новгород, ул. Минина, 24
5) г. Казань, ул. Чехова, 1а

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 16» 420039
2) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 420012
3) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 7 Ленинского района г. Нижнего Новгорода им. Е. Л. Берёзова» 603011.
4) ФГБОУ ВО «Нижегородский государственный технический университет им. Р.Е. Алексеева». 603155
5) МСЧ ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет, 420043.

Актуальность

В современной хирургической практике ампутации пальцев кисти и стопы остаются достаточно частыми вмешательствами, выполняемыми при различных патологических заболеваниях: включая травмы, гнойные заболевания пальцев конечностей, остеомиелит и диабет стопу. Традиционные методы ампутации, включая использование пилы Джигли, имеют ряд существенных недостатков. Среди них - недостаточная фиксация фаланги, высокая травматизация окружающих тканей, риск отклонения плоскости распила, а также необходимость привлечения дополнительных инструментов.

Представленное исследование посвящено анализу эффективности новых инструментально-оперативных технологий, в частности применению усовершенствованного устройства (фалангофиксатора), при ампутации пальцев кисти и стопы.

Материалы и методы исследования:

В исследование включены 65 пациентов, разделенные на две группы:

1.основная группа (30 человек), у которых применялся усовершенствованный фалангофиксатор;

2. группа клинического сравнения (35 человек), оперированных традиционным способом. Проведен сравнительный анализ клинических исходов, частоты осложнений и длительности госпитализации. Группы были сопоставимы по основным клиническим параметрам.

Технические особенности усовершенствованного фалангофиксатора.

Фалангофиксатор представляет собой устройство цилиндрической формы с направляющими прорезями для точного позиционирования пилы.

Конструкция обеспечивает 4 основных пункта:

1. надежную стабилизацию фаланги;

2. строгое направление распила;

3. уменьшение механического повреждения мягких тканей и кости;

4. сокращение времени операции.

Дополнительные элементы конструкции позволяют контролировать процесс распила и минимизировать риск интраоперационных осложнений.

Применение усовершенствованного фалангофиксатора продемонстрировало значимые преимущества по сравнению с традиционной техникой:

1. снижение частоты гнойных осложнений (нагноение, остеомиелит);

2. уменьшение числа повторных операций;

3. отсутствие ряда тяжелых осложнений (флегмона,

гнойные свищи);

4. сокращение среднего койко-дня (25,7 вместо 35,7);

5. улучшение отдаленных функциональных результатов.

Кроме того, в основной группе отмечено значительное снижение частоты формирования патологических костных разрастаний (остеофитов и экзостозов). В послеоперационном периоде всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование мягких тканей в области раны на наличие жидкостных образований.

Заключение.

Внедрение усовершенствованного устройства в клиническую практику позволяет:

1. Повысить безопасность операции;

2. Снизить частоту послеоперационных осложнений. В основной группе нагноение было у 4 пациентов (13,3%) в группе клинического сравнения у 9 (25,7%), гнойных свищей в основной группе не отмечено, в группе клинического сравнения у 3 (8,5%) пациентов. Использование усовершенствованного фалангофиксатора является перспективным направлением в развитии хирургических технологий ампутации пальцев кисти и стопы.

---

511. Патогенез и динамика развития острой функциональной почечной недостаточности при ущемленных грыжах брюшной стенки.

Полунин С.В. (1), Переходов С.Н. (2), Милюков В.Е. (3)

Москва

1) ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко МО РФ,
2) Российский университет медицины МЗ России,
3) РНИМУ им.Н.И.Пирогова МЗ России

Актуальность. Ущемлённые грыжи брюшной стенки, при ущемлении в грыжевом мешке петли тонкой кишки и ее брыжейки, представляют собой типичный вариант странгуляционной острой тонкокишечной непроходимости, показатель летальности при которой продолжает оставаться на высоком уровне и по данным литературы составляет 5,1-65,7%, достигая с развитием перитонита и СПОН 80-90%. Исследования последних лет показали, что любая ургентная патология в хирургии приводит к функциональным нарушениям почек, может развиваться острое повреждение почек. Частота последней при острой тонкокишечной непроходимости, по данным литературы, составляет от 9,5 до 60,2 % и приводит к летальному исходу в 45 – 100 % случаев.

Данные современной литературы о морфологических изменениях в почках при острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости противоречивы, а при ущемленной грыже практически не представлены как в отечественной, так и зарубежной медицинской литературе. Из запросов клиники вытекает необходимость экспериментального анализа стадийности, характера и масштаба морфологических изменений в почечных тельцах в динамике развития острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости при ущемлении вентральной грыжи.

Материалы и методы. На основе собственных наблюдений (ретроспективного анализа историй болезни пациентов, поступивших в ГКБ №67 в течение 5 лет с ущемлением кишечной стенки в вентральной грыже), установлено, что более 95% пациентов с ущемленными грыжами поступают и оперируются на протяжении первых 24 часов от развития ущемления.

Нами выполнено экспериментальное исследование на 58 беспородных собаках с соблюдением «Правил проведения работ с экспериментальными животными». На 10 интактных животных, служивших первым контролем, выполнено изучение морфологии почечных телец в норме. С учетом важности определения морфофункциональных изменений в почках на протяжении первых 24 часов развития заболевания, у животных второй группы (40 животных) выполнено моделирование острой тонкокишечной непроходимости на сроках наблюдения 3, 6, 12 и 24 часа. Контрольную группу составили 8 животных, у которых выполнено изучение морфологии стенки тонкой кишки и почечных телец через 3, 6, 12 и 24 часа после выполненной лапаротомии без вмешательства на сосудах и органах брюшной полости.

Результаты. В ходе эксперимента были изучены макроскопические нарушения в приводящей петле странгулированного участка тонкой кишки, морфологическое и морфометрическое исследование микрососудов стенок тонкой кишки, а также макроскопические изменения почек и морфологические изменения почечных телец, изучены качественная и количественная перестройка всех звеньев гемомикроциркуляторного русла (ГМЦР) стенки тонкой кишки и почечных телец, а так же их адаптивные механизмы в динамике развития острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости.

Обсуждение. Кровеносное русло является единой системной структурой в организме, которая при острой тонкокишечной непроходимости реагирует равнонаправленно в тонкой кишке и почках.

Установлена значительная прямая корреляционная связь между морфологическими изменениями в почечных тельцах и сосудах подслизистой основы приводящей петли тонкой кишки при острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости. По стадии морфологических изменений в гемомикроциркуляторном русле подслизи-

стой основы приводящей петли резецированной тонкой кишки можно объективно судить о стадии морфологических изменений в почечных тельцах.

Выводы. В лечении острой тонкокишечной непроходимости, формируемой при ущемленных абдоминальных грыжах, кроме своевременного проведения оперативного вмешательства необходима ранняя нефротропная терапия, направленная на предотвращение развития почечных осложнений.

На основе патоморфологического исследования ГМЦР подслизистой основы резецированной приводящей петли при оперативном устранении острой тонкокишечной непроходимости целесообразно выносить в диагноз стадию морфологических изменений в почках.

Рекомендации. При установлении временных параметров развития патологии фактор времени может использоваться в качестве объективного критерия неинвазивного метода определения уровня развития острого повреждения почек и основой формирования профилактической и лечебной тактики у данной категории пациентов.

---

512. Анализ оказания медицинской помощи пациентам с дивертикулярной болезнью кишечника в условиях хирургического отделения БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» г. Воронеж

Скоробогатов С.А., Сажнев Д.И., Горлунов А.В., Чужакова Ю.В., Степанова Е.В., Арустамян А.А.

Воронеж

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

Актуальность. В настоящее время достаточно сложной остается проблема оказания помощи пациентам с дивертикулярной болезнью кишечника. По-прежнему сохраняются сложности как во время диагностического этапа, так и лечебной тактики при данной нозологии. Материал и методы. Проведен анализ лечения пациентов с дивертикулярной болезнью кишечника в хирургическом отделении за период 2023-2025гг. Из 135 пациентов женщин было 92 (68,1%), мужчин – 43 (31,9%). Средний возраст больных составил 66,24±14,33 лет. Пациенты были госпитализированы в стационар спустя 3,37±2,99 дней. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 8,25±6,03 койко-дней. Дивертикулярная болезнь кишечника в анамнезе была у 48 (35,6%) пациентов. Дополнительные инструментальные методы исследования (рентгенография, УЗИ и КТ/МРТ брюшной полости) проведены 84 (62,2%) пациентам. Результаты и их обсуждение. По локализации дивертикулов преобладала толстая кишка – у 111 (82,2%) пациентов, тонкая кишка – у 5 (3,7%) больных и у 19 (14,1%) человек их расположение не установлено. При определении распространенности воспалительного процесса применяли классификацию Hinchey E.J. (1978). Распределение пациентов оказалось следующим: I стадия зафиксирована у 28 (20,7%) пациентов; II ст. оказалась у 9 (6,7%) больных; III ст. установлена у 17 (12,6%) человек; IV ст. отмечена у 2 (1,5%) пациентов. В большинстве случаев стадийность заболевания по Hinchey не была констатирована – 79 (58,5%) пациентов. За 2023-2025гг. оперативное лечение выполнено 37 (27,4%) пациентам. В большинстве случаев – 13 (35,1%) больным проведена лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки с выведением сигмостомы. По характеру выпота в брюшной полости у оперированных пациентов получены следующие данные: серозный – у 11 (29,7%) пациентов, гнойный – у 12 (32,4%) больных, гнойно-фибринозный – у 9 (24,3%) человек, каловый – в 2 (5,4%) случаях. Мангеймский индекс перитонита ≥29 баллов отмечен у 8 (21,6%) пациентов. Послеоперационные осложнения зафиксированы в 7 (18,9%) случаях. При этом у 2 (28,6%) пациентов выявлена несостоятельность дистальной культи сигмовидной кишки с формированием абсцесса. Повторные оперативные вмешательства потребовались 8 (21,6%) больным. У 4 (50%) пациентов это были запланированные релапаротомии после ранее наложенных лапаростом. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались: гипертоническая болезнь в 69 (51,1%) случаях, ишемическая болезнь сердца у 55 (40,7%) пациентов, сахарный диабет – 15 (11,1%) человек и онкологические болезни у 10 (7,4%) больных. Установлено, что лишь 11 (8,1%) пациентов не имели сопутствующую патологию. Среди всех пациентов с дивертикулярной болезнью кишечника в стационаре за 2023-2025гг. умерло 16 (11,8%) человек. Отмечен рост летальных случаев с 2023г. (5 пациентов) до 2025г. (8 пациентов). Средний возраст составил 73,31±10,14 лет. С длительностью заболевания более 24 часов до поступления в больницу было 12 (75%) пациентов. Ни у кого из них в анамнезе не было данной патологии. 15 (93,7%) пациентов были оперированы. III-IVст. по Hinchey отмечены у 11 (68,7%) умерших больных. При этом у большинства была тяжелая сопутствующая патология. Выводы. Пациенты с дивертикулярной болезнью кишечника составляют достаточно сложный контингент стационара. Увеличение уровня летальности в течение анализируемого периода обусловлено поздней обращаемостью, наличием выраженной сопутствующей патологии и преобладающей долей пациентов старшей возрастной группы. Рекомендации. Оказание медицинской помощи на основании клинических рекомендаций должно способствовать улучшению результатов проведенного лечения. Своевременное направление пациентов в специализированное колопроктологическое отделение для решения вопроса о плановом оперативном лечении должно осуществляться после первого эпизода обострения дивертикулярной

болезни. Малоинвазивные методики должны рассматриваться в качестве основных при хирургическом лечении пациентов на I-II стадии заболевания (по Hinchey).

---

513. Прогнозирование хирургической сложности робот-ассистированных операций при раке прямой кишки: разработка и внутренняя валидация модели

Тхазеплова Л.А., Данилова М.А., Алиев В.А., Данилов М.А.

Москва

Московский Клинический Научный Центр им. А.С. Логинова

Актуальность.

Несмотря на широкое внедрение робот-ассистированных технологий в хирургическое лечение рака прямой кишки, предоперационная оценка ожидаемой технической сложности вмешательства остается недостаточно стандартизированной. Сложность операции определяется совокупностью факторов, включающих анатомические особенности малого таза, конституциональные характеристики пациента, параметры опухолевого процесса и объем планируемого вмешательства. При этом существующие инструменты прогнозирования, разработанные преимущественно для лапароскопической хирургии, не учитывают специфические особенности роботического доступа. В связи с этим актуальной является разработка специализированной модели, позволяющей до операции стратифицировать пациентов по риску технически сложного робот-ассистированного вмешательства.

Цель.

Разработать и провести внутреннюю валидацию прогностической модели технической сложности робот-ассистированных резекций прямой кишки с учетом клинических, опухолевых и МРТ-пельвиметрических параметров.

Материалы и методы.

Проведено одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование, включившее 150 пациентов, оперированных в МКНЦ им. А.С. Логинова в 2023–2025 гг. Первичной конечной точкой являлась технически сложная операция, определенная как композитный показатель, включавший продолжительность вмешательства выше 75-го процентиля, конверсию доступа и развитие послеоперационных осложнений IIIa степени и выше по классификации Clavien–Dindo. Перечень потенциальных предикторов был сформирован на основании данных литературы и результатов экспертного опроса 12 колоректальных хирургов. В анализ включались клинические и онкологические характеристики, а также параметры МРТ-пельвиметрии: размеры входа в таз, межостистое расстояние, глубина таза и сакральный угол. Для оценки связи факторов с конечной точкой использовали однофакторный и многофакторный логистический регрессионный анализ. На основании полученных данных была построена прогностическая модель с оценкой ее дискриминационной способности по площади под ROC-кривой.

Результаты.

Технически сложные операции зарегистрированы у 51 из 150 пациентов, что составило 34%. По результатам многофакторного анализа независимыми предикторами технической сложности оказались низкое расположение опухоли относительно анального края (p

---

514. Осложнения бужирования пищевода в раннем постожоговом периоде и роль низкоинтенсивного лазерного излучения в их профилактике

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Мадрахимов Ш.Н., Авалбаев Ж.М., Худойшукуров С.А

Ташкент

ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»

Актуальность. Бужирование является основным методом лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода (ПРСП), однако его проведение сопряжено с риском осложнений, профилактика которых остается актуальной задачей хирургии пищевода.

Цель исследования: провести сравнительный анализ частоты и структуры осложнений бужирования пищевода у больных с ПРСП в раннем постожоговом периоде при изолированном бужировании и в сочетании с внутрипросветным низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ).

Материал и методы. В исследование включены 123 больных с ПРСП. Группа сравнения (ГС) – 56 больных, получавших традиционное бужирование; основная группа (ОГ) – 67 больных, у которых бужирование сочеталось с внутрипросветной лазеротерапией (длина волны 1,06-1,46 мкм, мощность 100-150 мВт).

Результаты и обсуждение. Осложнения зафиксированы у 19 (15,4%) больных в целом: в ГС – у 12 (21,4%), в ОГ – у 7 (10,5%). Кровотечение возникло у 6 (10,7%) в ГС и 4 (6,0%)

в ОГ; непроникающие повреждения – у 5 (8,9%) и 3 (4,5%) соответственно. Ятрогенное проникающее повреждение стенки пищевода наблюдалось исключительно в ГС у 1 (1,8%) больного; в ОГ данное осложнение не зафиксировано ни в одном случае. Различия в частоте осложнений между группами не достигли уровня статистической значимости (χ^2=2,816; p=0,093), что обусловлено относительно небольшим числом осложнений в обеих группах. Тем не менее общая частота осложнений в ОГ снизилась более чем в 2 раза по сравнению с ГС. Вывод: сочетанное применение бужирования с внутрипросветным НИЛИ сопровождается выраженной клинической тенденцией к снижению частоты осложнений в раннем постожоговом периоде, несмотря на отсутствие статистической значимости различий ввиду малого числа событий.

---

515. Опыт хирургического лечения пациентов с колоректальным раком и коморбидной ишемической болезнью сердца

Стойко Ю.М., Максименков А.В., Осипов А.В., Виноградов А.В., Ботов А.В.

Москва

НМХЦ им. Н.И. Пирогова

Введение. Рост продолжительности жизни закономерно увеличивает долю онкологических больных с коморбидными заболеваниями. Среди них ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место и нередко определяет как выбор хирургической тактики, так и исходы оперативных вмешательств при колоректальном раке (КРР). Однако единых подходов к стратификации рисков и этапности лечения таких пациентов до сих пор нет, что делает анализ реальной клинической практики особенно востребованным. Цель работы. Оценить, насколько наличие верифицированной ИБС определяет объем плановых операций при колоректальном раке, включая анализ частоты осложнений, летальности, объёма вмешательства. Материал и методы. В ретроспективное исследование включено 457 больных, оперированных в 2022–2024 гг. по поводу рака толстой и прямой кишки (0–IV стадии). В зависимости от статуса коронарного анамнеза сформированы две группы: основная (n=285) – с подтверждённой ИБС, контрольная (n=172) – без неё. Конечными точками служили частота послеоперационных осложнений, летальность, а также необходимость наложения кишечной стомы. Статистическая обработка включала непараметрические критерии, χ^2, точный тест Фишера и логистическую регрессию. Результаты. Пациенты с ИБС были достоверно старше (медиана 69 против 59 лет), имели более высокие баллы по шкалам Charlson (6 vs 4) и ASA (рных исходов – развитие инфаркта миокарда в послеоперационном периоде и ковид-пневмония. Заключение. Наличие ИБС у пациентов с колоректальным раком ассоциируется с более высокой частотой осложнений, преимущественно сердечно-сосудистого генеза, и определяет более консервативную хирургическую стратегию – отказ от первичного анастомоза при левосторонних локализациях, более частое использование лапаротомного доступа. Вместе с тем при организации лечения в многопрофильном центре пациентов с КРР, страдающих ИБС, летальность сопоставима с популяцией без ИБС. Наиболее рациональным представляется первоочередное выполнение чрескожной коронарной реваскуляризации с последующей отсроченной (до 30 дней) операцией по поводу рака.

---

516. Обоснование раннего применения систем лечения ран отрицательным давлением при обширных огнестрельных дефектах мягких тканей

Исинов А.Э. (1), Симонова М.С. (2), Османов О.Г. (3), Овчаров О.М. (4)

1) Подольск,
2) Санкт-Петербург,
3) Нижний Новгород,
4) Москва

1) ФГКУ «1586 ВКГ» Минобороны России, г. Подольск
2) Филиал №14 ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург
3) 63 Отдельный медицинский батальон 47 Танковой дивизии, г. Нижний Новгород
4) Военно-медицинское управление Московского военного округа Минобороны России, г. Москва

Актуальность. Оказание хирургической помощи пострадавшим с огнестрельными ранениями является одним из актуальных вопросов военно-полевой и общей хирургии. Увеличение степени травматического воздействия на мягкие ткани сопровождается их обширными повреждениями, что способствует росту инфекционных осложнений, прогрессированию некротических изменений раневого процесса. Тактика лечения таких пациентов требует этапного подхода с выполнением повторных хирургических обработок, приводящих к увеличению размеров раневой поверхности и дополнительным рискам развития инфекционных и послеоперационных осложнений. Указанные трудности обуславливают необходимость оптимизации методов хирургического лечения огнестрельных повреждений мягких тканей на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи, в том числе путем сокращения сроков выполнения хирургической

обработки и раннего применения методов лечения ран с помощью локального отрицательного давления с целью ускорения подготовки к окончательному закрытию раневого дефекта на этапе специализированной медицинской помощи.

Цель исследования – обосновать раннее применение технологий лечения ран отрицательным давлением с целью сокращения сроков лечения пострадавших с обширными огнестрельными дефектами мягких тканей.

Материал и методы. Проведен сравнительный ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 356 пациентов, проходивших обследование и лечение на передовом этапе квалифицированной медицинской помощи группировки «Запад» с декабря 2025 г. по май 2026 г. В исследование включены пострадавшие с огнестрельными ранениями и дефектами мягких тканей различной локализации, исключая ранения лица, волосистой части головы, половых органов. Хирургическое лечение всем пациентам осуществлялось в соответствии с указаниями по военно-полевой хирургии (2024 г.) и клиническими рекомендациями. Большинство пациентов (248/69,8%) доставлены спустя 3–5 суток от момента получения ранения после реализации первого этапа хирургической помощи, в рамках которого выполняли первичную хирургическую обработку ран. С целью ускорения их заживления, подготовки к окончательному закрытию и улучшения результатов лечения у 75 (21,1%) пострадавших применяли вакуумные системы (NPWT-системы) – аппараты «ВИТ-мини» с ёмкостью для сбора экссудата на 200 мл, «ВИТ-Мобил» с ёмкостью для сбора экссудата на 700 мл, в зависимости от обширности зоны поражения, а также степени выраженности инфекционных и некротических изменений раневого процесса. На следующем специализированном этапе медицинской помощи всем пациентам выполняли окончательное закрытие ран путем их ушивания, дерматотензии или пластического замещения.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ STATISTICA for Windows 7,0. и Microsoft Excel (Microsoft Office 2013). Осуществляли определение числовых характеристик исследуемых показателей и традиционных показателей описательной статистики, таких как число наблюдений, максимальное и минимальное значение признака, среднее арифметическое, стандартное отклонение и относительная величина. Достоверность различий переменных в выборках оценивали по t-критериям Стьюдента и Фишера (достоверным считали различие при ркссудата, снижения бактериальной нагрузки, активной стимуляции процессов регенерации и ангиогенеза, а также эффективно проводимая консервативная терапия.

Заключение. Таким образом, очередной важный этап оптимизации лечения огнестрельной раны с учетом реализации патогенетически обоснованного подхода с применением вакуумной терапии локальным отрицательным давлением обширных дефектов мягких тканей на этапе квалифицированной медицинской помощи позволяет сократить сроки и этапность их хирургического лечения, предупредить развитие инфекционных осложнений, улучшить результаты реконструктивно-восстановительного лечения на последующих этапах медицинской эвакуации.

---

517. Таксономический профиль микробиома огнестрельной раны на основе данных 16S секвенирования

Деев Р.В. (1), Онницев И.Е. (2), Гладышев Н.С. (1), Золкин А.Г. (1), Шахпазян Н.К. (1), Беседин В.Д. (2)

Москва

1) ГНЦ РФ ФГБНУ «РНЦХ им. Б.В. Петровского»
2) ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации

Известно, что огнестрельные раны характеризуются первичным микробным загрязнением и последующим инфицированием в связи с особенностями формирования этого особого вида ран. Значительную часть спектра микроорганизмов в ране после повреждения составляют представители прокариот из внешней среды, находящиеся на первичных и вторичных ранящих снарядах. На этапах медицинской эвакуации к первоначальному спектру

Цель работы:

Определение состава микробных сообществ минно-взрывной раны по данным секвенирования гена 16S-РНК .

Материалы и методы

Проведено секвенирование регионов V1-V2 и V3-V4 гена 16S-РНК 23 раневых экссудатов из раневой поверхности на 1-5 сутки после минно-взрывного ранения, полученных от пациентов, находившихся на момент взятия образцов в передовых госпиталях Министерства обороны Российской Федерации.

Результаты и обсуждение

В спектре выявленных таксонов преобладали Acinetobacter и Pseudomonas, а также отмечалось наличие бактерий рода Burkholderia, Staphylococcus, Escherichia-Shigella, Klebsiella/Raoultella, представителей семейства Enterobacteriaceae и в отдельных случаях

Rhodococcus. Такой состав указывает на полимикробный характер раневого процесса на ранних сроках течения раневого процесса и высокую вероятность участия в нём бактерий, способных формировать биоплёнки, поддерживать хроническое воспаление и замедлять заживление. 16S-РНК секвенирование позволило определить не только классические для госпиталей микроорганизмы, но и некоторых оппортунистических возбудителей, встречающихся в иных условиях в почве, воде, листьях и корневых клубеньках растений – Burkholderia-Paraburkholderia и Rhodococcus.

Выводы

Микробиом огнестрельной раны характеризуется как полимикробное сообщество, в котором преобладают неферментирующие грамотрицательные бактерии и энтеробактерии. 16S рРНК-секвенирование, в отличие от бактериологических посевов, позволяет оценить состав раневой микробиоты и выявить ведущий патоген, даже если инфекция вызвана редким оппортунистическим патогеном.

---

518. Непосредственные и отдаленные результаты лечения повреждений внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии

Мовсисян М.О. (1,2), Новожилов А.В. (1,2), Григорьев С.Е. (1,2)

Иркутск

1) ГБУЗ Иркутская областная больница.
2) Иркутский государственный медицинский университет.

Актуальность. Холецистэктомия остается одним из наиболее часто выполняемым оперативным вмешательством как в мире. Возникающие осложнения не имеют тенденции к снижению. Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при холецистэктомии грозное осложнение, которое может привести к инвалидизации пациента, а в некоторых наблюдениях и к летальному исходу. Частота травм структур гепатодуоденальной связки, по данным разных авторов, составляет 0,06 – 3,9%.

Материалы и методы. Всего в исследование включено 55 пациентов с повреждением внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии в период с 2000 по 2025 гг. Данные представлены в виде медианы с 25%-75% квартилям. Оценка значимости различий определена с помощью критерия U (Манна-Уитни) и критерия Хи-квадрат.

Результаты. При лапароскопической холецистэктомии повреждение ВЖП было в 30 (54,5%) наблюдениях, при открытой у 24 (43,6%) пациентов, при мини-доступе у 1 (1,8%). В 7 наблюдениях лапароскопия закончилась конверсией доступа. Попытка восстановления желчеоттока по месту первичной операции была у 8 (14,5%) пациентов. Лишь в 15 (27,3%) наблюдениях травма желчных протоков выявлена интраоперационно, в остальных – в различные сроки послеоперационного периода. При госпитализации в клинику, состояние 36(65,5%) пациентов, оценивалось как средней тяжести, в 17(30,9%) – тяжелое. При распределении пациентов по классификации Strasberg в 34(61,8%) наблюдениях имелась потеря части гепатикохоледоха (типы E1-E4), в 12(21,8%) - краевое повреждение гепатикохоледоха (тип D). В 5 (9,1%) наблюдениях выявлено сочетанное повреждение ВЖП и сосудов гепатодуоденальной связки. Для восстановления желчеоттока 38 (69,1%) пациентам выполнялась реконструктивная операция. Восстановительные вмешательства проведены в 10 (18,2%) наблюдениях. Также применялись и эндоскопические методы лечения и диагностики. Послеоперационные осложнения выявлены у 13 (23,6%): 9 (69,2%) – при реконструктивных, 2 (3,6%) при восстановительных. Отдаленные результаты прослежены у 31 (56%) пациентов, в сроки от нескольких месяцев до 7 лет и более. Хорошее и отличное качество жизни у 14 (45%) пациентов, удовлетворительное у 17 (55%). В 1 наблюдении выявлен гепатиколитиаз. У 1 пациентки стриктура гепатикоеюноанастомоза, которая потребовала реконструкции.

Обсуждение. Ежегодно в иркутской области наблюдается 5- 6 случаев повреждений ВЖП при холецистэктомии. Анализ клинических наблюдений позволил выявить ряд допущенных схожих тактических и технических ошибок. Попытки повторных операций по месту первичных, во всех случаях усугубили состояние пациента и ухудшили условия для выполнения адекватной реконструктивно-восстановительной операции в специализированном центре.

Выводы. Ключевым вопросом является профилактика повреждений ВЖП при холецистэктомии. Для этого предложено широкое применение «критического взгляда безопасности», достижение которого лежит в основе разработанного в ИОКБ медицинского технологического стандарта (МТС) лапароскопической холецистэктомии. Для хирургов районных и городских больниц регулярно проводятся двухнедельные курсы по выполнению холецистэктомии и достижению «критического взгляда безопасности». Разработан алгоритм действий хирурга при интра- и послеоперационном выявлении повреждения ВЖП.

Реконструктивная операция в объеме гепатикоеюностомии на отключенной по Roux петле тонкой кишки, является оптимальным вариантом при повреждениях с потерей части протока.

Разработанный в ИОКБ совместно с ИГМУ способ формирования гепатикоеюноанастомоза (Патент № 2804730) широко внедрен в клиническую практику.

Рекомендации.

1. Одним из главных факторов профилактики повреждения трубчатых структур гепатодуоденальной связки является соблюдение принципов «критического взгляда безопасности».

2. Максимальный объем повторных вмешательств по месту холецистэктомии должен ограничиваться санацией, дренированием брюшной полости.

3. Пациенты, перенесшие реконструктивно-восстановительную операцию по поводу повреждения структур печеночно-двенадцатиперстной связки должны пожизненно находиться под наблюдением, так как стриктура анастомоза может возникнуть в любом сроке послеоперационного периода.

---

519. Влияние эластичной компрессии с давлением 23-32 мм рт.ст. на веноспецифические симптомы и отек у пациентов с варикозным расширением вен

Петриков А.С. (1,2), Простов И.И. (3), Оганесян М.Г. (3), Куринной А.В. (4), Вагнер Д.О. (5), Мастренеков В.А. (5), Ракова К.А. (6)

Ростов-на-Дону

1) РКБ ФГБУЗ «ЮОМЦ ФМБА России»
2) ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» на ст. Ростов-Главный
3) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4) МЦ «Гален»
5) ГАУ РО ОКДЦ
6) ООО «МЦ Юнона»

Актуальность: в НКР Минздрава РФ «Варикозное расширение вен нижних конечностей» (2024) для уменьшения симптомов у пациентов с ХЗВ классов С2–С6 по CEAP компрессия рекомендована в качестве первой линии консервативной терапии. Однако, ключевым условием эффективности при назначении КИ крайне важен правильный подбор размера изделия с учетом антропометрических параметров пациента. На практике ошибки в измерениях и несоответствующий размер снижают терапевтический эффект и могут дискредитировать этот метод.

Материалы и методы: в открытое проспективное наблюдательное рандомизированное клиническое исследование «ОРТО» с 1.04.25 по 15.02.2026 гг. в параллельных группах согласно критериям включения и исключения после подписания информированного согласия было включено 165 пациентов с ВРВ н\к классов С2S-С4S по CEAP. Исследование одобрено независимым локальным этическим комитетом (протокол №2 от 5.03.2025) и зарегистрировано в реестре клинических исследований Ассоциации флебологов России (CVD.032.01.16082025).

В основную группу (ОГ) включено 85 пациентов (28 м. и 57 ж., ср. воз. 44,1±3,2 л.) которым назначена компрессионная терапия (КТ) с давлением на уровне лодыжки 23-32 мм.рт.ст. (чулки или гольфы «ОРТО»; Малтри) путем индивидуального подбора размера изделия. В основной группе чулки были назначены 51 пациенту (11 м и 40 ж), а гольфы - 34 больным (17 м и 17 ж). Время непрерывного ношение трикотажа составило не менее 8 часов в день. В группу сравнения (ГС) включено 80 пациентов (15 м. и 65 ж., ср. воз. 39,0±3,1 л.) которым лечение не применялось. В группах флеботоники и топические средства не назначались.

Основной исход (первичная конечная точка) исследования: динамика выраженности суммы веноспецифических симптомов у пациентов с ВБНК между 1 и 2 визитами по 10 бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Дополнительные исходы (вторичные конечные точки) исследования: выраженность каждого веноспецифического симптома у пациентов с ВБНК между 1 и 2 визитами 10 бальной ВАШ; оценка тяжести ХЗВ по клинической шкале Venous Clinical Severity Score (VCSS); динамика среднего значения минимальной и максимальной окружности голени в области лодыжки и в проксимальной трети между визитами в см.; комплаентность пациентов к назначенной КТ в течение одного месяца; частота встречаемости и характер нежелательных побочных реакций от- ношения компрессионных изделий (КИ) в течение 1 месяца, развитие ВТЭО и большого, любого кровотечения между визитами; удовлетворённость пациента и врача ношением КИ в течение месяца.

Анализируемые группы были сопоставимы по основным клиническим признакам: полу, возрасту, росту, ИМТ, стадии и длительности заболевания, ключевым факторам риска и сопутствующей патологии, что позволило провести сравнительный анализ изучаемых признаков в анализируемых группах. Статистический анализ проведен при помощи специализированного программного обеспечения «Statistica 10», StatSoft Inc. по стандартным общепринятым методикам.

Полученные результаты и обсуждение: В ОГ среднее значение всех веноспецифических симптомов исходно составило 33,7±1,8 баллов, а в группе сравнения – 30,8±1,1 балла (рИ не менее 8 часов в сутки в течение одного месяца.

---

520. Применение искусственного интеллекта в определении хирургической тактики у пациентов с грыжами передней брюшной стенки

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Кузнецова М.П., Пушкарев Б.С., Паршаков А.А., Домрачев А.А.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им.академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Введение. Выбор способа герниопластики у пациентов с грыжами передней брюшной стенки остается одной из наиболее сложных задач абдоминальной хирургии. На решение влияют локализация и размеры дефекта, наличие рецидива, соматический статус, выраженность птоза, особенности тканей брюшной стенки и риск повышения внутрибрюшного давления. Даже при наличии клинических рекомендаций в реальной практике сохраняется вариативность тактики. В этой связи искусственный интеллект представляет интерес как средство стандартизации и индивидуализации хирургического выбора.

Цель исследования. Оценить возможности нейросетевой модели в прогнозировании оптимальной хирургической тактики у пациентов с грыжами передней брюшной стенки.

Материал и методы. Использована ретроспективная верифицированная база данных 1461 пациента с грыжами передней брюшной стенки. Для каждого наблюдения сформирован вектор из 265 признаков, включавших локализацию и размеры грыжевого дефекта, первичный или рецидивный характер грыжи, послеоперационные вентральные грыжи W1-W3, распространение дефекта на одну или несколько анатомических областей, наличие степени ожирения, степени птоза передней брюшной стенки, хронической обструктивной болезни легких, а также уровень внутрибрюшного давления при контрольной аппроксимации краев дефекта. Дополнительно учитывали объем грыжевого мешка по отношению к объему брюшной полости. Пациентов классифицировали в группы выбора операции и имплантата: при малых и средних первичных грыжах, послеоперационных грыжах W1-W2, отсутствии рецидива и внутрибрюшном давлении менее 18 мм рт. ст. модель ориентировалась на менее травматичные варианты; при крупных первичных грыжах, послеоперационных вентральных грыжах W3, многозональных и рецидивных дефектах, ожирении III степени, выраженном птозе, ХОБЛ и внутрибрюшном давлении 18 мм рт. ст. и выше - на более прочные варианты реконструкции; при объеме грыжевого мешка менее 15% от объема брюшной полости - на sublay или IPOM, при потере домена 15% и более - на TAR. Экспертная разметка рекомендуемого вмешательства выполнялась в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Совпадение фактически выполненной операции с экспертной оценкой составило 62,2%. Для машинного прогнозирования использована нейронная сеть с одним скрытым слоем из 100 нейронов; в скрытом слое применялась функция активации tanh, в выходном - softmax.

Результаты. После обучения нейросетевая модель достигла точности 92% при воспроизведении экспертного выбора хирургической тактики. Полученный результат свидетельствует, что искусственный интеллект способен учитывать многопараметрический характер клинической ситуации и ранжировать варианты герниопластики с учетом хирургически значимых признаков пациента. Практическая ценность модели состоит в возможности сузить перечень допустимых вмешательств, повысить воспроизводимость решений хирурга и приблизить тактику к современным рекомендациям. По сравнению с более ранними подходами на основе мягких вычислений нейросетевой анализ продемонстрировал более высокую прогностическую ценность, что связано с обработкой большого числа взаимосвязанных признаков без грубого упрощения клинической картины.

Заключение. Искусственный интеллект является перспективным направлением в герниологии. Нейросетевая модель, обученная на базе 1461 пациента, продемонстрировала 92% точность прогнозирования хирургической тактики и может использоваться как инструмент поддержки принятия решений при выборе способа герниопластики. Для практикующего хирурга это означает возможность более стандартизированного, воспроизводимого и клинически обоснованного выбора лечения.

---

521. Комплексная система профилактики несостоятельности колоректального анастомоза при передней резекции прямой кишки

Демин П.П., Иванов Ю.В., Анюшин И.Л., Разбирин Д.В., Смирнов А.В., Величко Е.А., Давидович Д.Л.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. В настоящее время частота развития несостоятельности КРА, сформированных с помощью сшивающих аппаратов, составляет 1,5 - 15,2%, а летальность достигает 4,7% и зависит от общесоматического статуса пациента, тяжесть сопутствующей патологии, расположения опухоли, проведение химио- или лучевой терапии в предоперационном периоде, а также комплекса пред- и интраоперационных профилактических мер: механическая очистка кишечника (МОК), пероральная

антибактериальная терапия (АБ), установка трансанального дренажа, формирование превентивной стомы. Отсутствие четких критериев выбора способа профилактики развития НКА на основе предоперационной оценки статуса пациента на этапе планирования является основной причиной развития осложнения.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с раком прямой кишки путем совершенствования системы превентивных мер развития несостоятельности КРА.

Материалы и методы. В основу исследования легли результаты хирургического лечения 575 пациентов с колоректальным раком (мужчин -305, женщин - 270), проходивших обследование и лечение в хирургическом отделении ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в период с 2006 по 2025 гг., которым выполнена резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата. Подготовка пациентов к оперативному лечению была следующей: механическая очистка кишечника и пероральная антибактериальная терапия (ципрофлоксацин и метронидазол по схеме). При наличии у пациентов высокого риска развития НКА пациентам дополнительно в качестве профилактической меры устанавливался оригинальный трансанальный дренаж или формировалась превентивная илео- и трансверзостома.

Результаты. Несостоятельность КРА в послеоперационном периоде развилась у 4% (23 человек). В процессе исследования установлены факторы, оказывающие влияние на развитие несостоятельности колоректального анастомоза (курение, сахарный диабет, предоперационная химио- или лучевая терапия, низкое расположение КРА (до 5 см от ануса), интраоперационная кровопотеря более 100 мл, продолжительность операции более 180 минут), предоперационная оценка которых позволит прогнозировать вероятность ее развития. У всех пациентов высокого риска с 2024 года используется ICG-навигация. Дополнительная установка трансанального дренажа у 108 пациентов (18,8%) пациентов или формирование превентивной стомы у 251 (43,7%) пациентов позволила в группе пациентов высокого риска (на основе оценки факторов развития несостоятельности КРА) предупредить развитие несостоятельности либо снизить тяжесть течения в случае развития осложнения.

Выводы. Комплексный подход в совершенствовании системы профилактики несостоятельности колоректальных анастомозов у пациентов с раком прямой кишки, заключающийся в прогнозировании риска развития несостоятельности с разработкой конкретных мер профилактики (ICG-навигация, трансанальный дренаж, илео- или трансверзостома, подготовка кишечника, пероральная антибиотикопрофилактика) позволит улучшить результаты лечения пациентов с опухолью прямой кишки после выполнения ее передней резекции.

---

522. Некоторые хирургические аспекты применения гипербарической оксигенации

Иванников А.И. (1), Чвикалов Е.С. (2)

Воронеж

1) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
2) ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА»

Актуальность. Применение гипербарического кислорода при ведении пациентов с обширными повреждениями мягких тканей различной этиологии все чаще встречается в научных публикациях многих авторов. Это обусловлено современными требованиями к лечению: интенсификация по времени нахождения в стационаре, стремление к оптимальному восстановлению функции и достижению высокого эстетического эффекта.

Научный поиск имеет свой исток в лабораторных исследованиях для подтверждения выдвинутой научной гипотезы, а в последующем, в случае успеха эксперимента на биологической модели (лабораторные животные) – перенос в клинику. Наши исследования строились на фундаментальных научных представлениях о действии гипербарического кислорода и поиске оптимальных режимов воздействия.

Оптимизация режимов воздействия ГБО (гипербарической оксигенации) при различных патологических процессах является актуальной задачей и в настоящее время.

Материал и методы. Изучалось влияние ГБО на скорость и качество заживления послеоперационной раны у лабораторных животных после полостной операции.

Полученные результаты. После оценки результатов исследований было установлено, что при использовании гипербарического кислорода процесс заживления послеоперационной раны происходит быстрее и качество формирующегося послеоперационного рубца отличается в лучшую сторону. А именно, быстрее уменьшается отечность вблизи послеоперационного рубца, реже наблюдались воспалительные реакции инфекционного генеза, быстрее рассасываются микрокровоизлияния, наблюдается быстрая васкуляризация, формируется эластичный послеоперационный рубец.

Результаты проведенных исследований показали, что оптимальным режимом был режим 3 ата (703,6 кПа), время изопрессии 50 минут. Это максимально допустимые режимы воздействия гипероксического кислорода. Далее – так называемый «токсический» эффект.

Обсуждение. В данной публикации мы сделали акцент на региональном эффекте от воздействия гипербарического кислорода, не вдаваясь в общебиологические принципы благоприятных эффектов на общее течение послеоперационного периода и их механизмы.

Как известно, послеоперационные ткани оказываются в состоянии гипоксии вследствие развития локальной гемодинамической гипоксии по причине нарушения сосудистого русла и отека мягких тканей, который также уменьшает снабжение тканей кислородом, препятствует лимфотоку. Регионарный крово и лимфостаз затрудняют процесс заживления и реабилитации. Гипербарическая оксигенация позволяет нивелировать неблагопрятные эффекты от этих патологических процессов.

Выводы и рекомендации. Гипербарическая оксигенация обоснованно занимает прочные позиции среди методов лечения в неврологии, травматологии, токсикологии, эстетической медицине, сосудистой хирургии, дерматологии, хирургии ввиду явных положительных эффектов на характер течения патологических процессов и результаты лечения.

Результаты проведенных лабораторных экспериментов, базирующихся на фундаментальных патофизиологических учениях о механизмах воздействия гипербарического кислорода, нуждаются в клинической верификации для дальнейшего включения в стандарты лечения пациентов с обширными дефектами мягких тканей и костей.

---

523. Эндоскопический гемостаз клеем Glubran и синтетические аналоги соматостатина при желудочных кровотечениях у пациентов с тяжёлой портальной гипертензионной гастропатией.

Щеголев А.А. (1,2), Павлычев А.В. (1), Аль-Сабунчи О.А. (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Актуальность. Портальная гипертензионная гастропатия (ПГГ) — закономерное следствие портальной гипертензии при циррозе печени: застойная эктазия подслизистых сосудов делает слизистую желудка мозаичной и склонной к кровоточивости. Выраженность изменений растёт по мере прогрессирования портальной гипертензии и печёночной недостаточности. Как правило, кровопотеря носит хронический скрытый характер и оборачивается железодефицитной анемией, но не исключён и острый эпизод, напрямую угрожающий жизни: при нём летальность составляет порядка 12,5%. Сам цирроз с его осложнениями остаётся одной из ведущих причин смерти взрослых. Отягощает картину частое сочетание ПГГ с варикозом вен желудка и пищевода: разрыв желудочных вариксов даёт до 3–30% эпизодов и около 10% всех кровотечений портального генеза при летальности 45–55%. Мы стремились понять, даёт ли выигрыш сочетание эндоскопического воздействия и лекарственной терапии при первичной остановке желудочной геморрагии у больных ПГГ и в снижении риска её повтора.

Материал и методы. Работа построена как сопоставление двух когорт, подобранных по полу, возрасту и степени ПГГ. В неё вошли 82 пациента, поступивших в хирургическую клинику ГКБ им. Ф.И. Иноземцева по поводу желудочно-кишечного кровотечения на фоне цирроза печени с портальной гипертензией; экстренная ЭГДС во всех случаях указала на тяжёлую ПГГ как источник. Возрастной показатель в среднем равнялся 46,4±15,8 года, а мужчины преобладали над женщинами в соотношении 2,3:1 (57:25). Основную группу образовали 49 пациентов. При продолжающемся кровотечении (10 наблюдений) выполняли эндоскопическую аппликацию цианоакрилатного клея Glubran; лишь в начале набора материала с этой же целью использовали систему EndoClot. Быстрая полимеризация Glubran (N-бутил-2-цианоакрилата с метакрилоксисульфоланом) в контакте с кровью формирует прочную плёнку и мгновенно обтурирует дефект и, в отличие от гистоакрила, не требует разведения липиодолом. Прочим 39 больным основной группы для профилактики проводили аргоноплазменную коагуляцию желудочной слизистой. Сразу после ЭГДС вводили октреотид: болюсно 100 мкг внутривенно, следом двое суток инфузионно по 25 мкг/ч и ещё трое суток подкожно по 100 мкг трёхкратно в день. Контрольную группу (33 больных) вели тем же эндоскопическим способом, но медикаментозно ограничивались стандартным гемостатическим набором.

Полученные результаты. Повторное кровотечение в основной группе развилось лишь у 5 пациентов (10,2%). Четверым из них, у кого вновь кровила ПГГ, помогла дополнительная инъекция Glubran; у пятого кровоточили варикозные вены пищевода, что потребовало сначала баллонной тампонады зондом-обтуратором, а затем эндоскопического лигирования. Остальные 44 больных перенесли лечение без рецидива. Умерли 6 пациентов — общая летальность 12,2%. Контрольная группа показала худший профиль: рецидивы здесь встречались в 2,7 раза чаще (9 пациентов, 27,3%), причём у 5 из них кровь повторно остановить эндоскопически не удалось и понадобилась экстренная операция; летальность достигла 24,2% (8 умерших).

Обсуждение. Присоединение медикаментозной поддержки к эндоскопическому гемостазу уменьшило частоту рецидивов в 2,7 раза (10,2% против 27,3%) и вдвое сократило летальность (12,2% против 24,2%) против базовой терапии. Эффект Glubran объясняется стремительной полимеризацией клея с обтурацией сосуда и устойчивым первичным гемостазом, а раннее введение аналога соматостатина снижает портальный кровоток и

закрепляет результат. Зафиксированная частота повторов согласуется с литературой, где рецидив после цианоакрилатной обтурации оценивается в 5–10%.

Выводы и рекомендации. Эндоскопический гемостаз клеем Glubran в связке с синтетическими аналогами соматостатина показал себя действенной тактикой при кровотечении на почве тяжёлой ПГГ, заметно снижая как долю повторных геморрагий, так и летальность. Такую комбинацию оправданно считать методом выбора при остановке кровотечения и предупреждении его возврата у этой категории больных.

---

525. К 100-летию со дня рождения профессора Н.И. Атясова, основоположника системы активного хирургического лечения тяжелообожженных и внутрикостных вливаний

Беляев А.Н., Костин С.В., Бояркин Е.В.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

13 июля 2026 году исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося отечественного хирурга, учёного-экспериментатора и клинициста, профессора Николая Ивановича Атясова.

Научное наследие Н.И. Атясова составляет около 800 опубликованных работ, опубликовано 25 монографий, имеет 40 патентов на изобретения, 25 монографий. За выдающиеся заслуги имя Н.И. Атясова присвоено Нижегородскому ожоговому центру и кафедре общей хирургии Медицинского института МГУ имени Н.П. Огарёва. Его именем названа одна из улиц г. Саранска.

Николай Иванович Атясов родился 13 июля 1926 года в селе Узюково Ново-Буянского района Куйбышевской (ныне Самарской) области. После окончания средней школы он поступил в Горьковский медицинский институт, который окончил в 1951 году.

В 1957 году им была защищена кандидатская диссертация на тему «Внутрикостная анестезия в амбулаторной хирургии», которая в 1958 году была издана в виде монографии, посвящённой внутрикостной анестезии. В 1966 им была защищена докторская диссертация на тему «Внутрикостный путь вливаний в травматологии и ортопедии»

После защиты докторской диссертации Н.И. Атясов бы назначен заместителем директора по научной работе и заведующим, организованным им ожоговым центром, который в 1967 году, за внедренные инновационные технологии в комбустиологии, получил статус Всероссийского ожогового центра. В 1973 году Н.И. Атясов был приглашен руководством Мордовского университета в Мордовию на должность заведующего кафедрой общей хирургии и анестезиологии медицинского факультета.

Выдающимися достижением Н.И. Атясова является разработка комплекса лечебных мероприятий, получивших название «Система активного хирургического лечения тяжелообожжённых». Система Атясова позволила в предельно сжатые сроки восстанавливать утраченный кожный покров, предотвращая развитие необратимых изменений в организме, и добиваться выздоровления пациентов с ожогами 50–60% поверхности тела.

Возглавляя Всероссийский ожоговый центр в Горьком, Н.И. Атясов принял активное участие в организации 35 ожоговых центров в различных регионах страны, способствуя становлению комбустиологической службы в масштабах всего Советского Союза. В 1996 году Нижегородскому ожоговому центру было присвоено его имя.

Параллельно с разработкой системы лечения ожогов Н.И. Атясов на протяжении более чем 20 лет (с 1952 года) проводил пионерские исследования по внутрикостному пути введения лекарственных растворов. После разработки Атясовым метода безболезненных внутрикостных вливаний, он нашел широкое применение в различных разделах медицины.

Капитальная монография «Внутрикостный путь введений в хирургической, анестезиологической и реаниматологической практике» (1970) стала основополагающим трудом в этой области.

Н.И. Атясов был не только активным участником научной жизни страны, но и успешно представлял отечественную медицину за рубежом. Его индивидуальные и коллективные работы опубликованы в трудах международных съездов и конгрессов в 23 странах дальнего зарубежья. Н.И. Атясовым создана крупная научная школа, в рамках которой подготовлено более 100 кандидатов и докторов медицинских наук. Н.И. Атясов являлся членом международных организаций «Медицина катастроф» (Лондон, 1989), «Раны» (Тель-Авив, 1994), «Пластическая хирургия» (Хиети, Италия, 1995), членом Российских проблемных комиссий «Научные основы реаниматологии» и «Ожоговая болезнь». За выдающиеся научные достижения и практический вклад он был избран почётным членом 17 российских и региональных научных обществ хирургов, травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов и гематологов-трансфузиологов.

Заключение.

Научное наследие профессора Н.И. Атясова продолжает жить в работах его учеников и последователей, развивающих разработанные им методы в современных клинических условиях. Созданная им система активного

хирургического лечения ожогов, методология внутрикостных инфузий и системный подход к лечению критических состояний стали неотъемлемой частью повседневной клинической практики. Его вклад в комбустиологию, реаниматологию и экстремальную медицину остаётся неоценимым для отечественного здравоохранения.

---

526. Органосохраняющий подход в лечении запущенных форм ахалазии кардии. Опыт малоинвазиных оперативных вмешательств с применением современных технологий.

Ерин С.А. (1), Гололобова У.Р. (1,2), Гололобов Г.Ю. (1,2), Галлямов Э.А. (2)

Москва

1) ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ»
2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение. Согласно данным мировой литературы на 2026 г., ежегодная заболеваемость ахалазией кардии составляет в среднем 1 на 100000 человек, в то время как большинство случаев диагностируются на этапе формирования патологических изгибов пищевода и мегаэзофагуса, что соответствует 3-4 стадии заболевания согласно отечественной рентгенологической классификации Б.В. Петровского (1962) или «end-stage» ахалазии согласно формулировке в зарубежной литературе. Среди известных способов лечения терминальной стадии ахалазии кардии именно хирургический метод остается наиболее перспективным, однако оперативный объем является предметом широкой научной дискуссии. По мнению ряда авторов, радикальные вмешательства в объеме резекции пищевода или эзофагэктомии представляются единственным возможным вариантом, однако данный подход ассоциирован с высоким риском послеоперационных осложнений (19-50%), особенно у пациентов пожилого возраста и др., а также вероятностью летального исхода (до 3,8%). Органосохраняющая методика кардиомиотомии по Геллеру с формированием антирефлюксного механизма также имеет место в мировом опыте, являясь менее инвазивной и обеспечивая длительный стойкий безрецидивный период с оптимальными клиническими результатами. Цель настоящего исследования состоит в оценке результатов лечения пациентов с терминальной стадией ахалазии кардии посредством органосохраняющего подхода, анализе периоперационных параметров и динамики показателей качества жизни в отдаленном периоде.

Материалы и методы. В рамках проспективного исследования (период 2019-2026 гг.) из выборки 125 пациентов с ахалазией кардии группу исследования составили 85 (100,0%) больных с запущенной формой заболевания, в т.ч. первичных и рецидивных форм. По данным рентгенологической классификации, 73 (85,9%) случаев соответствовали III стадии ахалазии кардии, 12 (14,1%) случаев – IV стадии. Средний возраст пациентов составил 45,55 лет, средний ИМТ – 25,24 кг/м2, средний индекс ASA (American Society of Anesthesiologists) – 2,36. Для исключения псевдоахалазии, кардиоэзофагеального рака, и других изменений со стороны просвета пищевода, использовали диагностическую ЭГДС. Оценка показателей качества жизни, согласно специализированной анкете, продемонстрировала средний балл Eckardt 10,6.

Результаты. Всем участникам исследования выполнена лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией согласно запатентованной авторской методике (37 из них – с гидропрепаровкой подслизистого слоя пищевода, 8 – робот-ассистированных). Интраоперационные осложнения в виде перфорации слизистой оболочки пищевода выявлены у 9 (10,6%) пациентов (до внедрения этапа гидропрепаровки), в виде вскрытия плевры – у 2 (2,4%), все устранены интраоперационно. Средняя продолжительность оперативного пособия составляет 134,7 мин, кровопотеря – 53,3 мл, длительность госпитализации – 6 к/д с учетом контрольной Rg-скопии перед возобновлением перорального питания и оценкой нутритивного статуса перед выпиской (в т.ч. исключение послеоперационной дисфагии). Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo ⍰ IIIb зафиксированы у 1 (1,2%) пациента – перитонит в исходе прорезывания шва на слизистой оболочке пищевода, потребовавший релапароскопии. Динамика показателей качества жизни через 6 мес. после лечения составляет: сред. Eckardt – 1.8 (дополнительно сред. GERD-Q = 2.0). По данным на 2026 г., среди пациентов, оперированных по указанной методике, клинических рецидивов, ухудшения состояния, потребовавшего ревизионного вмешательства, не зафиксировано.

Выводы. На основании анализа можно судить об эффективности и безопасности техники лапароскопической кардиомиотомии по Геллеру с формированием антирефлюксного механизма при терминальных формах ахалазии кардии, с учетом выраженного улучшения качества жизни пациентов и длительного стойкого безрецидивного периода (>5 лет на момент исследования). Полученные результаты дают основание рассматривать органосохраняющий подход для пациентов данной группы единственно первостепенным.

---

528. Оптимизация течения раневого процесса при заживлении кожных ран

Полькина И.С., Беляев А.Н., Костин С.В., Бояркин Е.В.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Поиск немедикаментозных методов, ускоряющих репаративные процессы в ране, остается актуальной задачей хирургии. Отрицательные аэроионы (ОАИ) обладают противовоспалительным и антигипоксическим потенциалом, однако их влияние на ключевые фазы раневого процесса и механические свойства формирующегося рубца изучено недостаточно.

Эксперимент проведен на 80 половозрелых самцах крыс линии Wistar (180–220 г), разделенных на 4 серии. Моделировали два типа ран: эксцизионные (n=40, циркулярная полнослойная рана) и инцизионные (n=40, линейная рана). В контрольных сериях (n=20 в каждой) применяли только стандартные перевязки (Повидон-Йод 10%). В опытных сериях (n=20 в каждой) дополнительно ежедневно воздействовали ОАИ (дозировка 3 млн ионов/см³, экспозиция 60 мин, 14 суток). Оценивали планиметрические показатели (процент уменьшения площади и скорость заживления), сроки фаз раневого процесса. На 14-е сутки проводили тензометрию рубца (динамометр АЦД/1Р-0,1/1И-2) и гистологическое исследование (микроскоп Olympus BX51).

Применение ОАИ привело к достоверному ускорению регенерации. При эксцизионных ранах площадь поражения в опытной серии на 7-е сутки сократилась на 59,4±11,2% (контроль — 24,3±9,5%), а к 14-м суткам достигла 95,7±8,3% (контроль — 74,5±11,7%, ркспозицией 60 минут, что создает предпосылки для внедрения методики в клиническую практику лечения трофических и послеоперационных кожных ран.

---

529. Новый подход к оценке репаративных процессов в ожоговой ране

Кчибеков Э.А. (1), Мельникова К.Ю. (1,2), Абдулаев Р.А. (1), Кчибекова М.Э. (1)

Астрахань

1) ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России
2) ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница Астрахань

Актуальность. В большинстве случаев уровень зрелости грануляционной ткани в результате ожоговых повреждений оценивается на основании визуального обследования, но такой подход не всегда позволяет получить достоверные данные, так как носит субъективный характер. Поэтому необходимость разработки точных показателей, объективно отражающих состояние ткани при ожоговой травме, остается востребованной на сегодняшний день. Материалы и методы. Был проведен анализ 178 мазков-отпечатков с раневых участков у 47 больных с глубокими ожогами III (IIIb-IV) степени. Также были рассмотрены 143 биохимические пробы с последующим изучением общего белка и фибриногена раневого отделяемого (ИФА) в динамике. Оценка цитологической картины осуществлялась при помощи цитограмм по методу М.Ф. Камаева: дегенеративно-воспалительный (ДВ), воспалительно-регенеративный (ВР) и регенеративный (Р). Область повреждения кожной поверхности варьировалась от 1% до 90%. Возрастная категория включала пациентов от 21 до 85 лет. Исследование проводилось на базе ожогового отделения ЦТО ГБУЗ АО АМОКБ г. Астрахани. Программа SPSS Statistic версия 27 была задействована выполнения статистического анализа. Результаты. В течении первых трех дней после получения ожоговой травмы все пациенты поступали с дегенеративно-воспалительными изменениями (32 случая), что соответствовало фазе альтерации. Затем клеточный состав был представлен Р типом цитограмм – в 2 случаях, ВР типом – в 3 случаях, ДВ типом – в 42 случаях, это приходилось на 5-7 сутки с момента получения травмы и начала фазы пролиферации. Уже на 15-17-е сутки Р тип цитограмм был выявлен в 5 раневых мазках-отпечатках, число ран с ВР типом увеличилось до 25, а ДВ тип встретился лишь в 17 случаях, что свидетельствует о позитивной динамике. К началу фазы эпителизации, а именно на 20-22-е сутки, можно было увидеть следующие данные: в 24 случаях встретился ВР тип, Р тип цитограмм был представлен в 9 случаях и лишь 14 ран были представлены ДВ типом. Таким образом, при анализе частоты встречаемости различных цитограмм в динамике выявлены статистически значимые изменения, сопровождающиеся благоприятной тенденцией в виде усиления процессов регенерации (р

---

531. Применение дозированной тканевой дермотензии при закрытии раневых дефектов конечностей различной этиологии

Мирошниченко В.О. (1), Горшенин Т.Л. (1), Биниенко М.А. (1), Измайлов С.Г. (2)

1) Санкт-Петербург
2) Нижний Новгород

1) СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
2) ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 им. Е.Л. Березова»

Актуальность.

Значительная тенденция к увеличению числа пациентов с обширными раневыми дефектами мягких тканей конечностей, как последствия минно-взрывных ранений, ангиогенных катастроф, ожогов, отморожений и гнойно-некротических инфекций повышает актуальность применения метода тканевой дермотензии.

Цель исследования.

Оценить клиническую эффективность дозированной тканевой дермотензии при закрытии раневых дефектов конечностей в сравнении с традиционными реконструктивными методами.

Материалы и методы.

Проведено одноцентровое сравнительное клиническое исследование с анализом результатов лечения 75 пациентов мужского пола. В основную группу вошли 40 пациентов, у которых для закрытия раневых дефектов применяли тканевую дермотензию. Контрольную группу составили 35 пациентов, которым выполняли традиционные реконструктивные вмешательства (наложение вторичных швов, свободная аутодермопластика кожным трансплантатом, местная кожная пластика и их комбинации). Средний возраст пациентов основной группы составил 32,5±10,2 года, контрольной — 30,2±7,9 года (p=0,276).

Сроки поступления в стационар после начала заболевания составляли 22,5±9,5 суток. В основной группе постфасциотомные раны наблюдались у 12 пациентов, раневые дефекты после гнойно-некротических заболеваний — у 28. В контрольной группе постфасциотомные дефекты имелись у 18 пациентов, гнойно-некротические — у 17.

Раневые дефекты локализовались в пределах диафизарного длинника верхних и нижних конечностей. Раневые дефекты находились во второй фазе раневого процесса, глубина повреждения достигала мышечного слоя. Средняя площадь раны составляла 80±30 см² в основной группе и 90±25 см² в контрольной, (p=0,120). Ширина дефекта составляла соответственно 6±2 см и 6,5±2 см и не более 15 % окружности в каждой из третей диафизарного длинника конечностей.

Подготовка раневого ложа в обеих группах включала хирургическую обработку, NPWT в сочетании с ультразвуковой кавитацией и применения современных перевязочных материалов. В основной группе этапная тканевая дермотензия применена у 25 пациентов, острая — у 15. Для сближения краев использовали разработанное устройство для тканевой дермотензии, состоящее из двху застёжек и соединительной ленты, выполненную с возможностью проведения через застёжки и изменения расстояния между ними, с пазом для размещения спицы Киршнера или шовного материала, отжимной фиксирующей пластиной для обратного хода. Количество применяемых устройств зависело от длинника раны и варьировалось в количестве от 3 до 8.

Степень натяжения контролировался клинически, тензиометрией, тепловизионным исследованием и УЗ-допплерографией. При острой дермотензии края раны сопоставляли одномоментно с последующим наложением первичных швов, продолжительность фиксации устройства составляла от 1 до 3 суток. Продолжительность лечения составляла от 4 до 10 суток, скорость сближения краев — 0,5–2 см в сутки. Динамику состояния раневого ложа оценивали по шкале Bates–Jensen. Исходная оценка составляла 38±5,5 балла в основной группе и 36±3,5 балла в контрольной (p=0,062).

Результаты.

Срок окончательного сопоставления краев раны в основной группе составил 6,5±3,5 суток, в контрольной, закрытие дефекта или сопоставление краев — 9,5±4,5 суток (p=0,002). Перед окончательным сопоставлением краев ран оценка по шкале Bates–Jensen снизилась до 20±2,5 балла в основной группе и до 15±4,5 балла в контрольной (p

532. Профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных с внепечёночной портальной гипертензией при миелопролиферативных новообразованиях

Федорченко С.В. (1), Манукьян Г.В. (1), Лебезев В.М. (1), Жигалова С.Б. (1), Фандеев Е.Е. (1), Гурьева А.Р. (1), Малов С.Л. (1), Мусин Р.А. (2), Мазанова Д.Н. (1), Киценко Е.А. (1)

Москва

1) ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского,
2) ГКБ им. Ерамишанцева А.К.

Актуальность. Пациенты с внепечёночной портальной гипертензией (ВПГ), возникшей на фоне миелопролиферативных новообразований (МПН), относятся к группе высокого риска развития жизнеугрожающих геморрагических осложнений из варикозных вен пищевода и желудка. Выбор оптимальной тактики первичной и вторичной профилактики у данной категории больных остаётся актуальной клинической задачей.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2025 гг. под нашим наблюдением находились 84 пациента с ВПГ вследствие МПН. Активное профилактическое вмешательство было выполнено 81 пациенту. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) применялось исключительно при изолированном варикозном расширении вен пищевода либо в сочетании с незначительными (1–2 степени) варикозами желудка и выполнено 47 пациентам (56,0%). Из них 30 пациентам (35,7% от общей группы) ЭЛ проведено в качестве основного метода (у 22 — однократно, у 8 — два сеанса), а 17 пациентам (20,2%) — в комбинации с другими вмешательствами. Рентген-эндоваскулярные вмешательства (РЭВ) выполнены 22 пациентам (26,2%), из них у 15 (17,9%) — реканализация вен портальной системы (9 — как монотерапия). При этом 11 пациентам (13,1%) после РЭВ потребовалось дополнительное оперативное лечение. Открытые операции (портосистемное шунтирование) выполнены 12 пациентам (14,3%) в экстренном порядке, когда применение малоинвазивных методов было невозможно.

Результаты. Контрольные эндоскопические и ангиографические исследования проводились через 3–6 месяцев. К положительным результатам относили полную эрадикацию варикозных вен либо значительное уменьшение их диаметра. В группе ЭЛ (n = 30 как монотерапия) положительный результат достигнут у 23 пациентов (76,7%). В группе РЭВ (n = 22) устойчивый положительный эффект после первого вмешательства отмечен у 9 пациентов (40,9%). В группе открытых операций (n = 12) положительный результат в отдалённые сроки достигнут у 6 пациентов (50,0%).

Выводы и рекомендации. Полученные данные подтверждают целесообразность дифференцированного подхода к профилактике кровотечений у пациентов с ВПГ на фоне МПН. Эндоскопическое лигирование является высокоэффективным методом первого выбора при преимущественной локализации варикозных вен в пищеводе. Рентген-эндоваскулярные вмешательства демонстрируют значимый положительный эффект, однако в ряде случаев требуют повторных процедур для достижения устойчивого результата. Открытые операции сохраняют свою роль как «спасательный» метод в экстренных ситуациях, обеспечивая надёжный гемостаз.

---

533. Эмболизация ветвей воротной вены при двухэтапных обширных резекциях печени

Кислицин Д.П., Биногеров А.М., Колмачевский Н.А., Чернов А.А., Букирь В.В., Власова В.Е., Сухарева А.С., Заботкин С.О., Пьянкин А.Б., Скоробогатов М.М.

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Цель: оценить эффективность предоперационной рентгенэндоваскулярной эмболизации ветвей воротной вены в лечении опухолей печени, при которых требуется проведение обширных резекций.

Актуальность. Эмболизация воротной вены (PVE) в настоящее время считается стандартом лечения для увеличения объема неадекватного будущего остатка печени (FRL) и снижения риска пострезекционной печеночной недостаточности (PHLF). Степень гипертрофии, полученной после PVE, является переменной и зависит от множества факторов. До 20% пациентов не проходят запланированную операцию либо из-за недостаточного роста FRL, либо из-за прогрессирования опухоли после процедуры PVE (обычно до операции требуется 6-8 недель).

Материал и методы. В период с 2016 по 2025 годы было выполнено 248 резекций печени, из них 36- в объеме расширенной гемигепатэктомии. Двухэтапные резекции планировали 17-ти пациентам, им была выполнена эмболизация правой ветви воротной вены (+SIV у 14 пациентов). Двум пациентам в дальнейшем было отказано в резекции, вследствие прогрессирования опухолевого процесса и отсутствия прироста необходимого объема ремнанта, 15-ти (87%) была выполнена обширная резекция. Доступ к эмболизируемому портальному руслу выполняли в трех случаях - антеградно, через притоки v. ileocolica в поперечной лапаротомной ране правой фланковой области под общей анестезией, в 14 случаях-

чрескожный пункционный ретроградный доступ под местной анестезией. Резекция печени проводилась через Me (25%-75%) = 33 (26-35) дней после рентгенэндоваскулярной эмболизации.

Результаты. Прирост FRL составил Me (25%- 75%) = 7% (4-12%). Осложнений в процессе проведения рентгенэндоваскулярной эмболизации ветвей воротной вены не наблюдалось. Осложнения после обширных резекций печени (C-D >II) без предварительной эмболизации составили-8(38,1%), при двухэтапных резекциях-6(40%), p=0,91.Госпитальная летальность в группе без предварительной эмболизации составила 4,8%, при двухэтапных резекциях-13,3%, p=0,72.Причиной летальных исходов явились сепсис и острый тромбоз воротной вены при гепатопанкреатодуоденальной резекции.

Обсуждение. PVE- важный метод, который может дать пациентам с неадекватным FRL возможность резекции и потенциального лечения заболеваний печени. Если резекция требует более обширного хирургического вмешательства, такого как резекция поджелудочной железы, для безопасного восстановления может потребоваться большее значение FLR.

Выводы: 1. Рентгенэндоваскулярная эмболизация ветвей воротной вены позволяет эффективно проводить двухэтапные обширные резекции печени.

2. Эмболизация ветвей воротной вены перед обширной резекцией печени не увеличивает послеоперационные осложнения.

---

534. Результаты лечения больных с ожоговой травмой

Дамбаев Г.Ц. (2), Саганов В.П. (1,2), Бабаев В.П. (1), Абед Аль Муним Х.М. (1,2), Монгуш А.В. (2), Содномов Ч.В. (1)

Улан-Удэ

1) ГАУЗ РК БСМП им. В. В. Ангапова,
2) Бурятский государственный университет им. Доржи Банзарова

Материал и методы. В отделение гнойной хирургии ГАУЗ РК БСМП им В.В. Ангапова в период с 2023г по 2025г госпитализировано 345 пациентов с ожогами (химические, термические), из них 25 пациентов с ожогами 30% площади тела и выше, 29 пациентов из них с летальном исходом. Основная причина смерти является синдром полиогранной дисфункции.

Обсуждение. Проведен анализ результатов лечения ожогов у 345 пациентов, получивших терапию в отделении гнойной хирургии ГАУЗ РК БСМП имени В.В. Ангапова г. Улан-Удэ с 2023 по 2025годы.

Результаты и их обсуждение. В 2023 году число госпитализации ожоговых больных составило 115 пациентов из них 76 (66%) с ожогами 2-3 степени. В 2024 году была 101 госпитализация, 63 (61%) из них с ожогами 2-3 степени. В 2025 году было 129 госпитализаций, 40 (49%) из них 76 (66%) с ожогами 2-3 степени. Госпитализировано за период 2023-2025 годы 298 пациентов с ожоговой травмой, из них 199 (66,7%) пациентов мужского пола и женщин 94 (33.3%). В 2023 году из 115 пациентов 77 (67 %) были мужчины, женщин было 33 (33%). В 2024 году из 101 пациента, 69 (68 %) были мужчины, женщин было 33 (32%). В 2025 году - из 129 пациентов 85 (66 %) были мужчины, женщин было 43 (34%).

В 2023 году выполнена 55 (47%) оперативных вмешательств (некрэктомия, расширенная перевязка, аутодермопластика перфорированным трансплантатом) ожоговым больным из них 11 (20%) аутодермомпластика. В 2024 году выполнена 49 (48%) оперативных вмешательств (некрэктомия, расширенная перевязка) ожоговым больным, из них 9 (18%) - аутодермопластика. В 2025 году выполнено 42 (51%) оперативных вмешательств (некрэктомия, расширенная перевязка) ожоговым больным, из них 10 (23%) - аутодермопластика.

За исследуемый период с 2023 по 2025 годы уровень летальности в отделении гнойной хирургии из-за ожоговых травм составил 8,4%. В 2023 году уровень смертности составил 9,5%. В 2024 году уровень смертности составил 8,9%, в результате комплексного лечения и к 2025 году уровень смертности снизился до 6,9 %.

Выводы: 1. У пациентов с обширными ожоговыми травмами прогноз выздоровления остается сомнительным.

2. Главной причиной смерти от ожоговой травмы были значительные ожоги кожи и поражения дыхательных путей, инфицированные осложнения, развитие процессов формирования пневмонии и сепсиса.

---

535. Мини-инвазивная реваскуляризация миокарда: опыт робот-ассистированного коронарного шунтирования

Шевченко Ю.Л., Катков А.А., Федотов П.А.

Москва

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России

Актуальность. Внедрение роботизированных хирургических комплексов открыло качественно новый этап развития малоинвазивной коронарной хирургии, обеспечив существенное снижение операционной травмы и сокращение сроков реабилитации. Первое в России и Восточной Европе робот-ассистированное маммаро-коронарное шунтирование (МКШ) выполнено в ноябре 2010 года. В настоящее время функциональные возможности роботической платформы значительно расширены: наряду с реваскуляризацией при изолированном поражении передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) проводятся гибридные вмешательства у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарного русла.

Материал и методы. Группу больных ишемической болезнью сердца (ИБС) составили лица с гемодинамически значимым изолированным проксимальным поражением ПМЖА. средний возраст составил 58±7,2 года. Всем больным выполняли робот-ассистированное МКШ на работающем сердце без применения искусственного кровообращения. В условиях однолёгочной вентиляции в левую плевральную полость устанавливали четыре торакопорта (в III, V, VII межреберьях и субкостально по срединно-ключичной линии) с инсуффляцией углекислого газа (карбокситоракс) под давлением 8–10 мм рт. ст. Первым этапом производили скелетирование левой внутренней грудной артерии (ЛВГА) на протяжении от I до VI межреберья. Далее выполняли перикардотомию над зоной ПМЖА, стабилизировали миокард в целевой зоне формирования анастомоза и пережимали коронарную артерию дистальнее и проксимальнее этого участка. Анастомоз ЛВГА с ПМЖА формировали непрерывным обвивным швом монофиламентной нитью длиной 7см 7/0 с иглой 9,3мм 1/2.

Результаты. У всех 15 больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Электрокардиографический мониторинг в динамике не выявил признаков острой ишемии миокарда; уровень тропонина I не превышал 0,2 нг/мл, что свидетельствует об отсутствии периоперационного повреждения миокарда. Объём периоперационной кровопотери оказался статистически значимо ниже, чем при традиционных вмешательствах (192±61 мл против 345±116 мл; p

---

536. Результаты комплексного лечения пациентов с пищеводом Барретта

Гололобов Г.Ю. (1,2), Нуржауов Н.М. (2), Дунаев Т.С. (1), Хусаинова И.Р. (2), Гадлевский Г.С. (1), Галлямов Э.А. (1)

Москва

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы», 127015, г. Москва, Писцовая улица, 10, корп. 2, Российская Федерация.
2) ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119146, Москва, Большая Пироговская ул., д. 19, стр. 1, Российская Федерация.

Актуальность. Пищевод Барретта – это метаплазия плоского эпителия дистального отдела пищевода, общепризнанно являющаяся облигатным предраковым заболеванием и достоверно известным предшественником в развитии аденокарциномы пищевода. Существующие подходы к лечению ПБ разнонаправлены. Медикаментозная терапия ингибиторами протонной помпы позволяет контролировать симптомы гастро-эзофагеального рефлюкса, но не приводит к регрессу метаплазии. Эндоскопические методы, такие как радиочастотная абляция и аргон-плазменная коагуляция, эффективны для устранения метапластического эпителия, но не влияют на причину рефлюкса, что потенциально ведет к рецидивам пищевода Барретта.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность двухэтапного комплексного лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), осложнённой пищеводом Барретта, включающего лапароскопическую фундопликацию по типу «short floppy» Nissen и последующую аргон-плазменную коагуляцию (АПК).

Материалы и методы. В рамках предоперационной диагностики верификация ПБ проводилась посредством эзофагогастродуоденоскопии с биопсией, а также для повышения точности диагностики выполнялась хромоэзофагоскопия и узкоспектральная эндоскопия в режиме NBI (Narrow Band Imaging). Помимо этого, с целью объективизации диагноза и оценки анатомии зоны кардио-эзофагеального перехода всем пациентам выполнялось рентгеноскопическое исследование пищевода и желудка с пероральным контрастированием в 3-х положениях (стоя, лежа и с опущенным на 30° головным концом). Всем пациентам (n=26, 100%) в качестве первого этапа комплексного лечения выполнялась лапароскопическая фундопликация по типу «short floppy» Nissen, далее через 1 месяц проводился второй этап – эндоскопическая АПК,

после чего в срок через 1 месяц осуществлялся контроль состояния слизистой оболочки нижней трети пищевода – диагностическая ЭГДС с биопсией и с последующим сеансом АПК при необходимости до полного исчезновения признаков метаплазии.

Результаты. Среднее время лапароскопической фундопликации — 124,7 мин, а АПК – 8 мин. Средняя кровопотеря при лапароскопической фундопликации — 34,6 мл. Осложнений по шкале Clavien-Dindo≥III степени не зарегистрировано. Полная эрадикация метаплазии достигнута у 24 (92%). У 2 (8%) пациентов диагностирован рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, в связи с чем пациентам выполнено повторное антирефлюксное вмешательство с последующим курсом АПК. Качество жизни значительно улучшилось: средний показатель GERD-Q снизился с 12,1 до 2,2, GERD-HRQL — с 26,12 до 4,34, GSRS - с 44,26 до 17,1.

Заключение: Комплексный подход демонстрирует высокую эффективность и безопасность, позволяя устранить как причину ГЭРБ, так и метаплазию, что может снизить риск развития аденокарциномы пищевода. Необходимы дальнейшие исследования с большей выборкой и длительным наблюдением.

---

537. Транскатетерная артериальная эмболизация с блеомицин-липиодольной эмульсией в лечении гигантских и симптомных гемангиом печени

Поликарпов А.А., Альшин Т.Р., Моисеенко А.В., Гранов Д.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава РФ

Цель: оценить безопасность и эффективность транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЭ) с применением блеомицин-липиодольной эмульсии у пациентов с гигантскими (≥5 см) и симптомными гемангиомами печени

Введение: гемангиомы печени—наиболее частые доброкачественные опухоли, встречающиеся у 20% населения. При размерах >5 см они могут проявляться болевым синдромом, ранним насыщением, компрессией органов, а также нести риск жизнеугрожающих осложнений: спонтанный разрыв (летальность 60–80%) и синдром Казабаха–Мерритта (летальность до 37%). Хирургическое лечение (резекция/энуклеация) сопряжено с высокой кровопотерей и длительной реабилитацией, что обосновывает поиск малоинвазивных альтернатив. ТАЭ с блеомицин-липиодольной эмульсией основана на синергетическом эффекте механической эмболизации и химического склерозирования эндотелия сосудов опухоли.

Материалы и методы: в клинике с 2025 год пролечено 15 пациентов (средний возраст 46,3±9,1 года, 11 женщин, 4 мужчин) с симптомными гемангиомами печени. Размеры образований — от 5,5 до 12,4 см (медиана 8,7 см). У 11 (73,3%) отмечался болевой синдром, у 3 (20%) — раннее насыщение, у 1 (6,7%) — синдром Казабаха–Мерритта (тромбоцитопения 70%)—у 7 (46,7%). Полное или значительное разрешение симптомов—у 14 из 15 (93,3%). У пациента с синдромом Казабаха–Мерритта через 2 недели нормализовались тромбоциты (с 78 до 156×10^9/л) и фибриноген (с 1,2 до 2,8 г/л), через 2 месяца VRR составила 63%. Осложнения: постэмболизационный синдром (боль, лихорадка до 38°C, транзиторное повышение трансаминаз) у 7 (46,7%) купирован консервативно за 2–4 дня. Серьёзных осложнений (Clavien–Dindo >III), включая диссекцию печёночной артерии, билиарные стриктуры, острую печёночную недостаточность, не было. Послеоперационной летальности не зарегистрировано. Средняя госпитализация—4,2±1,1 дня, что существенно меньше, чем при хирургическом лечении.

Заключение: ТАЭ с блеомицин-липиодольной эмульсией у пациентов с гигантскими и симптомными гемангиомами печени—технически выполнимое, безопасное и эффективное вмешательство. Суперселективная катетеризация и концепция «неполной эмболизации с лекарственной ретенцией» позволили достичь 100% технического и 86,7% клинического успеха в ранние сроки. Метод продемонстрировал минимальную травматичность (госпитализация 4,2 дня), низкую частоту серьёзных осложнений и отсутствие летальности. ТАЭ с блеомицином эффективно устраняет симптомы, предотвращает разрыв и коагулопатию, максимально сохраняя паренхиму печени. Метод может рассматриваться как операция выбора у пациентов с высоким хирургическим риском при условии достаточного опыта интервенционной команды. Дальнейшее наблюдение подтвердит долгосрочную устойчивость результатов.

---

538. Опыт внедрения и применения персонализированной лечебной тактики при пиогенных абсцессах печени

Амарантов Д.Г., Мустафина В.Н., Годовалов А.П., Хлынова А.С., Афанасьева Н.В.

Пермь

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

Актуальность. Пиогенный абсцесс печени (ПАП) остаётся тяжёлым жизнеугрожающим заболеванием с высокой летальностью, несмотря на современные достижения диагностики и лечения. До сих пор отсутствуют единые клинические рекомендации по выбору оптимальной лечебной тактики. Это определяет высокую актуальность данной проблемы. Цель исследования. Оценить результаты внедрения и использования персонализированной тактики лечения ПАП.

Материалы и методы. В ГКБ №1 г. Пермь в период с 2012-2025 г. проведено лечение 178 пациентов с ПАП. Пациенты были разделены на две группы: II группа (2012–2017 г., n=46) и I группа (2018–2025 г., n=132). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим проявлениям и локализации абсцессов. В обеих группах преобладали мужчины, среди всех исследуемых было 117 (65,7%) мужчин и 61 (34,3%) женщина. Средний возраст пациентов составил 60,5±12,04. Наиболее частыми симптомами являлись лихорадка, боль в правом подреберье и общая слабость. В обеих группах преобладала локализация ПАП в правой доле печени.

Результаты. На основании анализа данных литературы и собственного клинического опыта лечения пациентов II группы была разработана и внедрена оптимизированная тактика лечения ПАП, которую мы применили в лечении пациентов I группы. При наличии перитонита выполняли лапаротомию. При отсутствии признаков перитонита абсцессы диаметром до 2 см лечили консервативно с проведением антибактериальной терапии и динамическим ультразвуковым контролем. При диаметре более 2 см методом выбора являлось чрескожное чреспечёночное дренирование (ЧЧД) под ультразвуковой навигацией. Выбор типа дренажа осуществляли в зависимости от размеров полости абсцесса. При диаметре полости 2–4 см применяли прямой стилет-катетер, при диаметре более 4 см — катетер типа pig tail. При невозможности безопасного пункционного доступа или необходимости одновременного выполнения симультанных операций на органах брюшной полости применяли лапароскопическое либо открытое хирургическое вмешательство. Послеоперационное ведение включало антибактериальную терапию и динамический ультразвуковой контроль. В I группе нам удалось добиться выздоровления 90,9% (120 пациентов), выполнив ЧЧД, тогда как во II группе у 21,7% (10 пациентов) (p

---

539. Оказании помощи раненым с комбинированной травмой структурами гражданского здравоохранения

Ли А.В. (1), Сачков А.В. (2), Борисов В.С. (2), Пидченко Н.Е. (2), Меньшиков Д.О. (1), Цирихов Д.С. (1), Омокаев Б.В. (1), Карапетов Н.К. (1), Шапилов А.К. (1)

Москва

1) ГБУЗ Московский медицинский клинический центр «Вороновское» ДЗМ, г. Москва
2) ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Применение всех типов вооружений, в том числе инновационных, боевые действия в разные сезоны, разнообразие обстоятельств травмы, особенности экипировки и средств защиты, эвакуации на большие расстояния, готовность и достаточность сил и средств эвакуации создают чрезвычайно разнообразную картину течения последствий боевой травмы. Отечественное здравоохранение опирается на многолетний исторический опыт, который заключается во взаимодействии гражданских и военных медицинских структур. Своевременный анализ такого взаимодействия необходим для внесения корректив в систему помощи раненым.

Цель. Провести анализ организации взаимодействия различных структур здравоохранения в лечении раненых с термической травмой.

Материал и методы. Система здравоохранения г. Москвы активно включилась в лечение раненых. С 2024 по 2025 гг в медицинских учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы, силами врачей ММКЦ «Вороновское» и Ожогового центра НИИ СП им. Н.В. Склифосовского оказана помощь 392 раненым с комбинированной боевой травмой, включающей термическую и ингаляционную травму. В текущих условиях гражданские комбустиологи оказывают помощь раненым в разные периоды после травмы: в ранний период (1-3 сутки) - доставка раненых санавиацией напрямую в больницу ДЗМ; сроки после травмы 1-3 недели - перевод раненых из госпиталей после стабилизации состояния в многопрофильное отделение больницы ДЗМ; в сроки 3-5 недель для выполнения операций по восстановления кожного покрова. Прием раненых в ранний период самый сложный: поступающие прошли минимальное обследование, диагноз предварительный и неполный, анамнез скудный, состояние крайне тяжелое, ИВЛ, отсутствие сознания. Возможности многопрофильного лечебного учреждения ДЗМ позволяют стабилизировать состояние, провести комплексное обследование для уточнения диагноза, определить тактику лечения, в том числе хирургического, с позиций тактики Damage control.

Результаты. Основными проблемами мы считаем отсутствие достаточной информации о характере помощи, оказанной на этапе, предшествовавшем госпитализации в течение 1-3 суток. Кроме того, некоторые действия на этапе эвакуации являются неверными. Например, необоснованные некротомные разрезы, которые проведены до мышц и костей, без адекватного гемостаза, в несоответствующих необходимости областях тела; наложение «порочных» жгутов, приводящих к активному венозному кровотечению; эвакуация либо без предварительного лечения шока, либо без описания объема и состава противошоковой терапии; скудный анамнез, не позволяющий оценить значение кровопотери или переохлаждения; отсутствие информации о профилактике столбняка и т.д. Необходимо усиление взаимодействия военного и гражданского здравоохранения, материально-технической базы. Отдельного внимания требует кадровая политика. Совершенно необходима возможность формирования профильных групп мотивированных специалистов, отобранных руководителями проектов, из максимально возможного пула гражданских врачей. Врачи «ЧС», хирурги и травматологи, реаниматологи и анестезиологи должны в индивидуальном порядке пройти собеседование и контроль компетенций.

Выводы. Привлечение гражданских специалистов к лечению раненых с термической и комбинированной боевой травмой оказалось своевременным и эффективным. Пластичность и адаптивность систем гражданской и военной медицины в условиях современных войн должны быть предметом постоянного внимания специалистов, что позволит значительно улучшить результаты лечения, снизить число инвалидизаций и летальных исходов, а политическое значение такого взаимодействия определено государственной концепцией, согласно которой результатом нашей работы должно стать формирование медицинской элиты, как управленческой, так и практической.

---

540. Принципы лечения ожоговых больных с комбинированной травмой

Ли А.В. (1), Пидченко Н.Е. (2), Сачков А.В. (2), Борисов В.С. (2),Меньшиков Д.О. (1), Цирихов Д.С., Омокаев Б.В. (1), Карапетов Н.К. (1), Шапилов А.К. (1)

Москва

1) ГБУЗ Московский медицинский клинический центр «Вороновское» ДЗМ, г. Москва
2) ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, г. Москва

Актуальность. В современных условиях лечение пострадавших с комбинированной боевой травмой, включающей в себя термическое поражение является особенно актуальным. В структуре травматизма, связанного с боевой травмой, отмечена высокая доля комбинации ожоговых поражений с механическими видами травм, что накладывает свои особенности при оказании комбустиологической помощи пострадавшим.

Цель. Представить опыт хирургического лечения раненых с тяжелой термической травмой, в том числе при комбинации с другими видами травм.

Материал и методы. В 2024-2025 гг. в лечебном учреждении, подведомственном Департаменту здравоохранения г. Москвы, проведено лечение 392 раненых с различными видами травм, требующими, среди прочего, устранения дефектов кожи. Все раненые – мужчины в возрасте 21-60 лет. Выполнено 566 хирургических обработок ран, 196 операций некрэктомии, 7 некротомий, 247 - иссечений грануляций, 412 -аутодермопластик, 7 комбинированных кожных пластик. В ряде случаев требовались множественные этапные некрэктомии и операции аутодермопластики, иссечение грануляционной ткани, деформирующих рубцов, терапия повязками с отрицательным давлением, ампутации и реампутации. Всего выполнено различного вида 1435 хирургических вмешательств.

Результаты. Пациенты распределялись по площади ожоговых ран на группы: 0 – 10 % п.т. (269 раненых), 10 - 30% п.т. (86 раненых), 30 - 80% п.т. (37 раненых). Максимальная общая площадь ожогов составила 83%. У 102 пациентов (26%) ожоги комбинировались с другими видами травмы: огнестрельными и минно-взрывными ранами и переломами, отморожениями. Операции некрэктомии были проведены в срок от 7 до 31 суток после ожога и составили 13% вмешательств. Этот процент значительно ниже, чем у пациентов гражданского профиля и связан с более значительной площадью ожогов и наличием комбинированной травмы. Максимальная площадь одномоментно выполненных некрэктомий составила 10-15% п.т. Период между некрэктомиями составлял от 7 до 14 суток. В 26 (13,3%) случаях выполнена 1, в 75 (38,3%) случаях – 2

и более некрэктомий. Аутодермопластик выполнено 412, приживление 99,8%. Максимальная площадь одномоментной пластики составила 20% п.т. Аутодермопластик, одномоментных с некрэктомией, выполнено 13 (3,2%). В 361 (87,6%) случае использовали перфорированные аутодермотрансплантаты, в 7 (1,7%) случаях применили прием «возврата» перфорированного лоскута на донорскую рану. Лоскуты без перфорации применяли для пластики кожи лица, ушных раковин, кистей, пальцев, области суставов в 51 (12,4%) случаях. Грануляционную ткань следует сохранять над сухожилиями, суставами, костями. На лице, пальцах и кистях - нежелательно. Мы удаляем грануляции, иссекаем рубцовый край раны с помощью скальпеля, дискового дерматома, кюретки на глубину от 0,2 до 2 мм (в зависимости от толщины грануляционной ткани), проводим гемостаз и немедленную одномоментную аутодермопластику. Таких вмешательств было 272 (66%), приживление трансплантатов полное во всех случаях.

Выводы. Тяжесть состояния раненых с ожогами, как части комбинированной боевой травмы, требует применения хирургической «минимально достаточной» тактики, аналогичной тактике «контроля повреждений». Проведение отсроченных и этапных некрэктомий и пластических операций предпочтительнее одномоментных и одноэтапных хирургических вмешательств.

---

541. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов с морбидным ожирением до и после метаболической хирургии

Магомедов С.М., Мутаева К.М.

Махачкала

АНО ВО «Научно-клинический центр им. Башларова» Городская клиническая больница №3

Актуальность.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — частое коморбидное состояние при морбидном ожирении: из за повышенной массы тела растёт внутрибрюшное давление, нарушается работа нижнего пищеводного сфинктера, учащаются рефлюксы. Это ведёт к эзофагиту, снижению качества жизни и необходимости постоянной лекарственной терапии. Метаболические операции не только уменьшают вес, но и меняют патофизиологию ГЭРБ. Важно оценивать вероятность развития ГЭРБ и качества жизни пациентов после метаболической хирургии для совершенствования тактики лечения.

Цель.

Оценить изменение выраженности симптомов ГЭРБ у пациентов с морбидным ожирением в разные сроки после бариатрических операций и проанализировать трансформацию качества жизни.

Материалы и методы.

Проведён проспективное исследование 99 пациентов с морбидным ожирением, перенёсших метаболическую хирургию. Изучали данные анкетирования (GERD-Q): симптомы ГЭРБ (изжога, регургитация, дисфагия, ощущение кома в горле, внепищеводные проявления), показатели качества жизни, поведенческие факторы риска. Качество жизни оценивали по опроснику SF-36, статистическую обработку выполняли методами описательного анализа. Сроки наблюдения: до 3 месяцев — 42,5 % пациентов, 3–6 месяцев — 23,5 %, 6–9 месяцев — 15,1 %, 9–12 месяцев — 10,4 %, более года — 8,5 %.

Результаты.

Преобладающим вмешательством была рукавная гастрэктомия (80,2 %), в 19,8 % случаев выполняли минигастрошунтирование.

Стоит отметить, что пациентам с исходно выраженным рефлюкс-эзофагитом преимущественно выполнялось минигастрошунтирование, в двух наблюдениях дополненная крурорафией.

После метаболической хирургии в целом отмечено положительная динамика симптомов ГЭРБ по сравнению с исходными показателями: Симптом изжоги: купирована у 60 %, эпизодически беспокоила — у 28 %, постоянная сохранялась сохранялась — у 12 %

До операции регургитация наблюдалась у 57,6%, после операции показатели снизились до 5,6 % случаях (отсутствовала у 80,2 %, периодическая — у 14,2 %, беспокоила — у 5,6 %). Умеренная дисфагия наблюдалась у 10 пациентов (10,4%) ; а нарушения сна из за рефлюкса: снизилась с 16,5 (до операции) до 1,9 %.

Негативное влияние ГЭРБ на жизнь признали 14,2 % пациентов, 67,9 % отметили отсутствие влияния, 19,8 % — временное. При этом 81,1 % перестали принимать ИПП или антациды (продолжали — 10,4 %, эпизодически — 8,5 %).

Поведенческие факторы: не курили 98,1 %; алкоголь не употребляли 95,3 %; интервал «ужин сон» 2–3 часа соблюдали 82 %. Диету строго соблюдали 33 %, частично — 60,4 %. Удовлетворённость состоянием ЖКТ: полная — 63,2 %, частичная — 34 %, неудовлетворённость — 2,8 %.

Улучшение симптомов ГЭРБ отметили 73,6 %, без изменений — 22,6 %, ухудшение — 3,8 %. Сон улучшился у 54,7 %.

Обсуждение.

Метаболическая хирургия благоприятно влияет на течение ГЭРБ: симптоматика снижается, растёт удовлетворённость жизнью. Однако 18,9 % пациентов по прежнему нуждаются в медикаментах — это может указывать на сохранение отдельных патофизиологических механизмов либо развитие новых функциональных нарушений. Частичное соблюдение диеты (60,4 %) также влияет на результаты. Улучшение сна более чем у половины больных свидетельствует об общем повышении качества самочувствия.

Выводы.

Улучшение симптомов ГЭРБ отмечено у 73,6 % пациентов. Метаболическая хирургия эффективно снижает проявления ГЭРБ и улучшает качество жизни пациентов с морбидным ожирением — уменьшается частота изжоги и регургитации, снижается влияние болезни на повседневную активность, большинство больных отказываются от медикаментов. При этом у части пациентов симптомы сохраняются или появляются новые жалобы, поэтому необходим индивидуальный долгосрочный мониторинг. Комплексный подход (операция, наблюдение, диетотерапия, при необходимости —фармакотерапия) позволяет стабилизировать состояние.

---

542. Прогнозирование перитонита при огнестрельных торакоабдоминальных ранениях в современном вооруженном конфликте

Чуприна А.П. (1), Казаков А.Д. (2), Кузнецов И.М. (3), Кучеренко А.Д. (3)

1) Москва,
2) Ростов-на-Дону,
3) Санкт-Петербург

1) Филиал Военно-медицинской академии в г. Москве,
2) ФГКУ «1602 ВКГ»,
3) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Частота перитонита у пациентов с огнестрельными торакоабдоминальными ранениями (ТАР) в вооруженных конфликтах достигает 42,3%. При этом летальность вследствие прогрессирования данного осложнения с развитием абдоминального сепсиса и септического шока может достигать 50-67,5%. Развитие и прогрессирование перитонита рассматривается как один из основных механизмов танатогенеза в данной группе пациентов. Учитывая особенности структуры повреждений внутрибрюшных органов, тяжесть состояния пациентов, оказание помощи большинству раненых включает в многоэтапное хирургическое лечение с формированием лапаростомы и выполнением программных санаций брюшной полости. Однако, при незначительных повреждениях у пациентов в отсутствии значимых гемодинамических нарушений «неоправданное» формирование лапаростомы ведет к необходимости повторных вмешательств и как следствие увеличению риска осложнений. С учетом изложенного разработка дифференцированного подхода к выбору тактики многоэтапного хирургического лечения является актуальным вопросом у пациентов с огнестрельными ТАР.

Цель. Проанализировать факторы риска и разработать способ прогнозирования развития перитонита при огнестрельных ТАР.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов оказания медицинской помощи 265 пациентам, получившим огнестрельные торакоабдоминальные ранения. Все раненые были мужчинами в возрасте от 19 до 61 года. Средний возраст – 35,81 +/- 9,49 лет. Для обработки и статистического анализа полученных результатов использовали стандартный пакет StatSoftStatistica. Для построения математической модели прогноза развития перитонита у пациентов с огнестрельными торакоабдоминальными ранениями применялся метод пошаговой логистической регрессии.

Результаты. Клиническая картина и макроскопические признаки перитонита выявлены только 10,3% раненых на передовых этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ). При этом несмотря на выполнение ранней лапаротомии, программных санаций, устранение источника инфекции, у некоторых пациентов перитонит прогрессировал и диагностирован на этапе эвакуационного госпиталя (ЭГ) уже у 23,4% раненых.

При статистическом анализе установлено, что возраст (p=0,96), срок доставки до этапа КХП (p=0,99), локализация входной раны (p>0,05) не влияют на развитие перитонита. К факторам, достоверно повышающим риск, перитонита относятся: вид ранящего снаряда (пулевое ранение) (p=0,008), наличие повреждения тонкой кишки (p

---

543. Возможности УЗИ в комплексной диагностике острого аппендицита

Черных А.В., Якушева Н.В., Судаков Д.В.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Острый аппендицит (ОА) – одна из наиболее часто встречающихся хирургических патологий органов брюшной полости (ОБП), способная в кратчайшие сроки привести к развитию осложнений, включая перитонит и даже к смерти пациента. В связи с его непредсказуемым и часто быстропрогрессирующим течением, важное значение приобретает его качественная и наиболее ранняя диагностика. Современные УЗИ-аппараты обладают высокой визуализацией и позволяют выделить, как прямые, так и косвенные признаки ОА, изучение роли которых в комплексной диагностике ОА и стало целью данной работы.

В исследование вошло 150 пациентов, мужчин (n=64) и женщин (n=86), разделенные на 3 группы по 50 человек: 1-поступающие в многопрофильный стационар (МС) с предварительным диагнозом ОА, который затем подтверждался; 2-поступающие в МС с предварительным диагнозом «Острый живот», у которых впоследствии был установлен ОА; 3-поступающие в МС с предварительным диагнозом «Острый живот», у которых впоследствии диагноз ОА не подтверждался, а было диагностировано иное острое или хроническое (в фазе обострения) заболевание ОБП.

Проводился подробный анализ жалоб пациентов, с уточнением локализации боли, и положением червеобразного отростка (ЧО) (1 и 2 группы), выявленным во время аппендэктомии; изучались показатели ОАК и БХ крови, анализировались прямые и косвенные УЗИ-признаки ОА.

Было установлено, что болевой синдром присутствовал в 100% случаях во всех 3 группах. Среди пациентов 1 и 2 групп выявлялась более выраженная болезненность по шкале ВАШ (5,87±0,87 и 6,04±0,95 соответственно) нежели в 3 группе (4,69±0,71). Отмечалось, что пациенты 1 и 2 групп в более короткий срок обращались за медицинской помощью, в отличии от больных 3 группы (1-1,34±0,58; 2-1,49±0,83; 3-4,26±1,62). Наиболее часто встречающимися симптомами (помимо боли) стали в 1 группе: общая слабость-74%, повышение температуры тела (t C)66%, диарея (включая однократный стул)-38%, тошнота-36%, рвота (даже однократная)-28%; 2: общая слабость-70%, повышение температуры t C-58%, тошнота-40%, рвота-24%, диарея-18%; 3: общая слабость-66%, метеоризм-56%, тошнота-52%, рвота-34%, повышение t C-32%.

Локализовалась боль у пациентов 1 группы в основном в области гипогастрия справа-84%, во 2 группе: в области гипогастрия справа-58%, мезогастрия справа-16%, надлобковой областью-14% и т.д.; в 3 группе-в основном в области эпигастрия-44%, мезогастрия слева-28%, правого подреберья – 18% и т.д. В 1 группе наиболее часто встречалось классическое расположение ЧО-86%; во 2 группе наблюдались: классическое-62%, восходящее-18%, нисходящее-12% и т.д.

Анализ основных показателей ОАК и БХ крови показал у пациентов 1 и 2 групп увеличение СОЭ и лейкоцитоз, при практически неизменных иных показателях, в то время как среди пациентов 3 группы показатели СОЭ и лейкоцитоза не имели столь выраженного роста, однако отмечалось повышение амилазы, АЛАТа, АСАТа, глюкозы и т.д. либо сочетанное повышение ряда показателей.

Прямые УЗИ признаки ОА отмечались только в 1 и 2 группах: симптом «мишени» - 90% и 88% (здесь и далее 1 и 2 группы соответственно); увеличение максимального наружного диаметра более 6 мм-56% и 58%; утолщение стенки более 2 мм-48% и 56%; наличие копролитов в просвете-36% и 40%; гиперваскуляризация стенки при цветной допплеровской ультрасонографии-28% и 26%.

Среди же косвенных признаков отмечали: наличие свободной жидкости в правой подвздошной области-82%, 86%, 4% (1,2 и 3 группы соответственно-здесь и далее); жидкость в просвете ЧО – 44%, 50%, 6%; утолщение периаппендикулярной клетчатки-40%, 42%, 2%; признаки воспаления слепой кишки-32%, 26%, 6%; увеличение мезентериальных лимфоузлов-54%, 46%, 48%.

Полученные данные подтверждают эффективность УЗИ в комплексной диагностике ОА, а также важное диагностическое значение ряда «прямых» УЗИ признаков при ОА. Полученные данные могут помочь улучшить диагностику ОА, ускорить постановку диагноза, что положительно скажется на качестве лечения и последующем исходе заболевания.

---

544. Лапароскопическая V-образная фундопликация в хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Магомедов С.М., Гаджиева П.Г.

Махачкала

Научно-клинический центр имени БашлароваГородская клиническая больница №3

Актуальность. Лапароскопическая фундопликация является стандартом хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), однако в ряде случаев ее применение сопровождается развитием послеоперационной дисфагии и рецидивом заболевания. Сохранение указанных проблем определяет необ-

ходимость совершенствования существующих методик и разработки новых вариантов антирефлюксных операций.

Материалы и методы. Разработан способ фундопликации (патент № 2026110017), который объединил преимущества двух стандартных методик (Nissen и Toupet), заключающийся в формировании симметричной фундопликационной манжеты из передней и задней стенок фундального отдела желудка, охватывающей пищевод в виде буквы «V». Данный эффект достигается путем сужения манжеты сверху вниз, составляя при этом в верхней части 270^{o}, а в нижней части 360^{o}. Такая конструкция создает клапанный механизм, при котором градиент давления способствует не раскрытию кардии, а его дополнительной компрессии при повышении внутрижелудочного давления.

В исследование включено 64 пациента в возрасте от 25 до 70 лет (89% женщин, 11% мужчины) с верифицированной ГПОД I-III типов, рефрактерным к консервативной терапии рефлюкс-эзофагитом. Всем больным в период с ноября 2023 г. по ноябрь 2025 г. выполнена пластика ГПОД с крурорафией и парциальной V-образной фундопликацией. Эффективность хирургического вмешательства оценивали по непосредственным и отдаленным результатам лечения, частоте рецидивов заболевания, функциональным исходам, а также показателям качества жизни с использованием опросника GERD-HRQL.

Полученные результаты. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения удовлетворительные. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средний срок госпитализации составил 2±1 койко-дня. В раннем послеоперационном периоде, через 1 месяц на контрольной явке с рентгеноскопией пищевода и желудка, а также в течение последующего наблюдения до 24 месяцев признаков рецидива ГПОД, рефлюкс-эзофагита и дисфагии не выявлено. По данным опросника GERD-HRQL средний балл снизился с 36±5,1 баллов до 8±2,3 баллов.

Обсуждение. Преимуществами предлагаемой модификации являются: снижение случаев рефлюкс-эзофагита, улучшение непосредственных и отдаленных результатов оперативного вмешательства в послеоперационном периоде, ранняя активизация пациентов, раннее начало энтерального питания, улучшение функциональных результатов и качества жизни пациента.

Выводы и рекомендации. Разработанная V-образная фундопликация сочетает преимущества операций Nissen и Toupet, минимизируя их основные недостатки. Данный способ рекомендуется к внедрению в клиническую практику.

---

545. Эволюция ревизионной антирефлюксной хирургии: от собственных до сторонних рецидивов

Гололобов Г.Ю. (1,2), Ерин С.А. (2), Галлямов Э.А. (1), Нуржауов Н.М. (2), Сницарь А.В. (2)

Москва

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы», 127015, г. Москва, Писцовая улица, 10, корп. 2, Российская Федерация.
2) ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119146, Москва, Большая Пироговская ул., д. 19, стр. 1, Российская Федерация.

Актуальность. Антирефлюксные операции являются золотым стандартом лечения осложненных форм ГЭРБ и больших ГПОД, однако частота рецидивов остается высокой, достигая в отдельных когортах 17-20%, а количество осложнений при повторных вмешательствах превышает 23%. Основная проблема заключается в отсутствии унифицированного подхода к ревизионным операциям и несистематизированных причинах неудач первичных вмешательств, что диктует необходимость разработки стратифицированной хирургической тактики. Цель работы заключается в анализе причин возникновения рецидива заболевания у пациентов двух групп: собственные и сторонние рецидивы, а также в разработке хирургических приемов для успешной рефундопликациий с оценкой отдаленных результатов и качества жизни после вмешательств.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ лечения 87 пациентов с рецидивом ГЭРБ и ГПОД на различных базах кафедры общей хирургии Сеченовского Университета, оперированных в период с 2021 по 2024 год. Исследование включало ретроспективный этап 39 пациентов (23 собственный рецидив, 16 сторонний рецидив) для выявления ошибок и проспективный этап из 48 пациентов (19 собственных рецидивов, 29 сторонних рецидивов) для апробации разработанного алгоритма. Для диагностики заболевания применялись стандартные клинические, инструментальные (ЭГДС, рентгенография), анкетные методы (GERD-HRQL, GSRS) и статистическая обработка. Анализ причин рецидива заболевания осуществлялся интраоперационно, при использовании алгоритма.

Результаты. Всем пациентам выполнена лапароскопическое ревизионное антирефлюксное вмешательство (патент на изобретение № 2835442). У 51 (58,6%), 9 из который являются собственными рецидивами, 42 сто-

ронними, выявлены технические ошибки первичной операции, которые являлись предикторами рецидива заболевания. У 36 (41,4%) пациентов (33 собственных и 3 сторонних) технических ошибок первичной операции выявлено не было, в связи с чем решено, что данный рецидив произошел из-за естественных причин. Анализ показал, что наиболее частыми предикторами рецидива являются: отсутствие мобилизации абдоминального отдела пищевода (37,9%), использование тела желудка для манжеты вместо дна (37,9%), отсутствие крурорафии (25,3%), сохранение старого грыжевого мешка (19,5%) и гиперфункция манжеты (12,6%). Наличие этих факторов статистически значимо коррелирует с ранним рецидивом (в среднем 13,2 месяца против 29,8 в группе сравнения, p=0,03). При оценке качества жизни зарегистрировано статистически достоверное улучшение всех шкал качества жизни: GERDQ (с 11,0 до 1,85), GERD-HRQL (с 25,05 до 4,58), GSRS (с 43,68 до 16,8). 74 (85,1%) пациентов полностью отказались от приема ингибиторов протонной помпы и прокинетиков, что свидетельствует о высокой эффективности предложенной стратегии.

Выводы. Основные причины рецидивов носят технический характер и связаны с нарушением ключевых этапов первичной операции. Не все рецидивы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы связаны с ошибками первичной операции, отсутствие предикторов рецидива и чрезмерное повышение внутрибрюшного давления в анамнезе являются «естественным» рецидивом заболевания. Стандартизация первичной операции необходима для снижения количества рецидивов заболевания.

---

546. Результаты лечения осложненных форм желчнокаменной болезни

Сницарь А.В., Александров К.Р., Нуржауов Н.М., Дьяченко А.В., Гололобова У.Р., Хусаимов И.Р.

Москва

«ГБУЗ ГКБ №24 ДЗМ»

Введение: Острый калькулезный холецистит (ОКХ) является частым осложнением желчнокаменной болезни (10-20% случаев), занимая лидирующие позиции среди острой хирургической патологии. При неосложненных формах стандартом лечения является лапароскопическая холецистэктомия в первые 48-72 часа. Осложненные формы ОКХ (7,1-20% пациентов) требуют вариабельного подхода к лечению, зависящего от состояния пациента и ресурсов клиники. Цель исследования: Оценить результаты лечения пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью, на основании анализа клинической базы пациентов, которым проводилось этапное оперативное лечение.

Материалы и методы: Проведен проспективный анализ данных 42 пациентов, которым в 2025-2026 году в «ГБУЗ ГКБ №24 ДЗМ» выполнялось оперативное лечение по поводу осложненной желчнокаменной болезни включающее эндоскопическое вмешательство и лапароскопическую холецистэктомию. Оценивались демографические данные, коморбидность (ASA), показания к вмешательству, объем процедуры, частота осложнений, длительность госпитализации и исходы. Исследование охватило пациентов со средним возрастом 64,5 лет, женского пола 26 (62%) пациентов, мужского 6 (38%) пациентов. Основными показаниями к транспапиллярным вмешательствам были: холедохолитиаз - 42 (100%) вмешательства, билиарный панкреатит 14 (33%) вмешательств и холангит – 4 (10%) вмешательства. Для постановки диагноза использовались следующие методы исследования: КТ, эндо-УЗИ, МРХПГ, данные ультразвуковой диагностики, биохимического анализа крови.

Результаты: Тяжесть состояния пациентов составила: ASA II – 20 (48%) пациентов, ASA III – 18 (42%), ASA IV – 4 (10%). 40 (95%) пациентам выполнена литоэкстракция, у двух пациентов литоэкстракция оказалась безуспешна, стент в общий желчный проток установлен 38 (90%) пациентам, стентирование ГПП проводилось 14 (33%) пациентам при билиарном панкреатите. Общая частота осложнений составила 4 (10%). 2 (5%) пациента ≥III и 2 (5%) пациента

---

547. Диагностика и хирургическая тактика при осложнениях дивертикулярной болезни толстой кишки в условиях неотложной хирургической клиники.

Абдульянов А.В. (1,2), Минабутдинов Р.М. (1), Рахимзянов И.Ф. (1,2)

Казань

1) МСЧ КФУ,
2) ИФМиБ КФУ, кафедра хирургических болезней постдипломного образования

Актуальность. Осложнённые формы дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки остаются одной из сложных проблем экстренной колоректальной хирургии. Современный подход основан на персонализированном выборе диагностического алгоритма и лечения с учётом клинического состояния пациента, распространённости воспалительного процесса, данных компьютерной томографии (КТ) и операционного риска.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 275 пациентов с осложнёнными формами ДБ, находившихся на лечении в 2018–2025 гг. Средний возраст составил 64,0±11,3 года; женщин — 174 (63,3%), мужчин — 101 (36,7%). Коморбидная патология выявлена у 196 (71,3%) пациентов. Консервативная терапия проведена 161 (58,5%) больному, хирургическое лечение выполнено 114 (41,5%) пациентам, всего произведено 129 оперативных вмешательств. Диагностический алгоритм включал клиническое обследование, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование, КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или внутрипросветным контрастированием толстой кишки. По показаниям ирригографию с водорастворимым контрастом при подозрении на перфорацию или стеноз.

Результаты. Острый дивертикулит диагностирован у 252 (91,6%) пациентов. Перикалический инфильтрат выявлен у 78 (28,4%) больных. Перфоративный дивертикулит включал перикалическую флегмону — 23 (8,4%), абсцесс — 44 (16,0%), распространённый гнойный перитонит — 32 (11,6%), распространённый каловый перитонит — 31 (11,3%) наблюдение. Представленные категории не являлись взаимоисключающими, поскольку при прогрессировании заболевания часть пациентов переходила в последующие стадии. Клиническая оценка распространённости процесса проводилась с использованием стадийного подхода, соответствующего классификации Hinchey. Чувствительность КТ составила 93,8%, ультразвукового исследования — 62,2–65%.

Среди первичных операций наиболее часто выполняли резекцию сигмовидной кишки с формированием десцендостомы — 51 (44,7%), лапароскопическое дренирование брюшной полости — 21 (18,4%), дренирование абсцессов под ультразвуковым контролем — 12 (10,5%), левостороннюю гемиколэктомию или субтотальную колэктомию — 9 (7,9%). Повторные вмешательства потребовались 15 пациентам: релапаротомия выполнена в 8 случаях, лапаротомия после лапароскопического вмешательства — у 3, после дренирования под ультразвуковым контролем — у 4. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 27,2% пациентов; наиболее часто наблюдались нагноение послеоперационной раны, серома, третичный перитонит, тромбоэмболические и колостомические осложнения, спаечная кишечная непроходимость. Общая летальность составила 7,6%.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают ведущую роль КТ в диагностике осложнённых форм ДБ и выборе лечебной тактики. Комплексное применение КТ, ирригографии с водорастворимым контрастом повышает точность оценки распространённости процесса и способствует выбору оптимального объёма вмешательства. Использование малоинвазивных технологий при локализованных осложнениях позволяет сократить необходимость экстренных резекционных операций. Объём хирургического вмешательства должен определяться распространённостью воспалительного процесса, тяжестью состояния пациента и эффективностью предшествующего лечения.

Выводы. Персонализированный подход к лечению осложнённых форм ДБ позволяет рационально сочетать консервативные, малоинвазивные и хирургические методы. КТ с внутривенным и/или внутрипросветным контрастированием является основным методом определения хирургической тактики. Ирригография с водорастворимым контрастом ценный дополнительный метод в сложных диагностических ситуациях. При локализованных осложнениях необходимо использовать органосохраняющие и малоинвазивные технологии, тогда как объём экстренного хирургического вмешательства должен определяться распространённостью воспалительного процесса и тяжестью состояния пациента.

---

548. Результаты хирургического лечения пациентов с долихоколон

Магомедов С.М., Гаджиева П.Г.

Махачкала

Научно-клинический центр имени БашлароваГородская клиническая больница №3

Актуальность. В настоящее время не существует общепринятого точного определения долихоколона и единого подхода к его трактовке: рассматривается ли он как вариант нормы, аномалия развития или приобретенное состояние, что затрудняет разработку единых клинических рекомендаций. Кроме того, отсутствие четкой взаимосвязи между анатомическими изменениями и клинической симптоматикой, а также единых критериев отбора пациентов для хирургического лечения обусловливает необходимость совершенствования диагностического алгоритма и оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 32 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет (90,6% женщин, 9,4% мужчины) с долихоколон в стадии субкомпенсации и декомпенсации, значимо снижающее качество жизни. Сегментарная резекция (резекция сигмовидной кишки) выполнена 4 пациентам, субтотальная колэктомия с аппендэктомией, разворотом кишки на 180° и формированием асцендоректального анастомоза 28 пациентам. Эффективность различных объемов оперативного вмешательства оценивали по непосредственным и отдаленным результатам лечения, частоте рецидивов заболевания, функциональным исходам по данным опросника GSRS.

Полученные результаты. После сегментарной резекции во всех случаях отмечен рецидив заболевания, потребовавший повторного хирургического вмешательства. После субтотальной колэктомии рецидивов заболевания в период наблюдения не зарегистрировано, отмечено восстановление самостоятельного кишечного транзита и улучшение функциональных результатов, а по данным опросника GSRS средний балл снизился с 49±3,4 баллов до 22±2,6 баллов.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ограниченный объем оперативного вмешательства не обеспечивает устранения всех патологически измененных отделов толстой кишки, что обусловливает высокий риск рецидива заболевания. В свою очередь, субтотальная колэктомия позволяет удалить патологический субстрат, восстановить адекватный кишечный транзит и снизить вероятность повторного развития клинических проявлений, что подтверждается улучшением показателей опросников.

Выводы и рекомендации. Выбор объема хирургического вмешательства при долихоколоне должен определяться распространенностью морфофункциональных изменений толстой кишки, а не только локализацией ее удлинения. Субтотальная колэктомия обеспечивает лучшие непосредственные и отдаленные результаты лечения по сравнению с сегментарной резекцией и может рассматриваться как предпочтительный метод хирургического лечения данной категории пациентов.

---

549. Использование авторского комплекса дополненной реальности V10.24/71.50 при лапароскопической холецистэктомии.

Бронштейн Г.П. (1,2), Хоптяр М.С. (1), Самсонян Э.Х. (1,2), Алишихов Ш.А. (1,2)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
2) Больница Центросоюза РФ

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в последние десятилетия утвердилась как «золотой стандарт» лечения симптомной желчнокаменной болезни. Однако даже при широкой распространённости методики сохраняется риск интраоперационных осложнений, главным образом ятрогенных повреждений желчных протоков. Таким образом, несмотря на всю отработанность техники, проблема безопасности ЛХЭ остаётся актуальной. На этом фоне заслуживает внимания применение новых цифровых технологий — дополненной реальности (AR) — для улучшения интраоперационной навигации.

Материал и методы. В исследование включены 42 пациента, которым в период с марта 2024 по сентябрь 2025 г. выполнена плановая ЛХЭ с применением системы дополненной реальности V10.24/71.50 . Критериями включения служили ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, отсутствие противопоказаний к выполнению оперативного вмешательства, добровольно высказанное согласие пациента на операцию и участие в исследовании. . Всем пациентам выполнялась ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости с маркированием кожи водостойким красителем в точке проекции желчного пузыря.

Затем пациентам выполнялась магнитно-резонансная томография с холангиопанкреатографией (МРХПГ).

Перед проведением МРТ в проекции желчного пузыря временно помещалась капсула с жирорастворимым витамином, фиксируемая пластырем. После выполнения МРТ капсула удалялась, оставляя на коже метку, совпадающую с ее прежним расположением. На основании серии МРТ-изображений с помощью специализированного программного модуля строилась трехмерная модель, включающая контуры печени, желчного пузыря, магистральных желчных протоков, а также виртуальный маркер – отображение той самой капсулы с витамином. Полученная 3D-модель загружалась в систему программы дополненной реальности V10.24/71.50. Трёхмерная модель выводилась на монитор и накладывалась на потоковое эндоскопическое видео в реальном времени с использованием алгоритмов анализа изображения.

Полученные результаты. Во всех наблюдениях достигнуто корректное совмещение трёхмерной модели с изображением операционного поля без технических сбоев; среднее расхождение контуров не превышало 3 мм. В 42 случаях (100%) холецистэктомия завершена полностью лапароскопически. Средняя длительность операции составила 64,3±18,6 мин, интраоперационная кровопотеря — 58±45 мл. Перфорация желчного пузыря, повреждение желчных протоков, конверсия в открытую операцию и гемотрансфузии не зарегистрированы — 0 (0%). Подпечёночный дренаж установлен в 5 случаях (11,9%). Послеоперационный период у всех пациентов протекал благополучно. Средняя продолжительность госпитализации составила 3,2±1,1 суток. Боль по ВАШ на 1-е сутки составила 2,7±1,3 балла. Через 30 дней жалоб пациентов на эпизодические диспептические явления, стриктур желчных протоков, скопления жидкости в брюшной полости/абсцесса не выявлено — 0 (0%). Все пациенты к этому сроку вернулись к обычной активности.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют принципиальную возможность интеграции технологии дополненной реальности в стандартную ЛХЭ. Наложение виртуальной модели протоков давало хирургу дополни-

тельную информацию и повышало уровень безопасности при работе в опасной зоне. AR-навигация не приводит к клинически значимому удлинению операции. Дополненная реальность не привела к увеличению болей или другим неблагоприятным эффектам.

Выводы и рекомендации. Применение технологии дополненной реальности при ЛХЭ продемонстрировало техническую осуществимость и безопасность метода. Разработанный комплекс V10.24/71.50 позволил отображать трёхмерные модели органов и скрытых структур непосредственно на эндоскопическом изображении без помех для работы хирурга.

---

550. Профилактика осложнений мультивисцеральных тазовых резекций в реальной клинической практике.

Лядов В.К., Москаленко А.Н., Гарипов М.Р., Невров А.С.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы» ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Актуальность:

Неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями органов малого таза, составляющих 24% в общей структуре онкологической заболеваемости, и доля местно-распространенных форм, достигающая 30%, обусловливают приоритет хирургического лечения, включая мультивисцеральные тазовые резекции (МВТР). Однако эти вмешательства сопряжены с частотой послеоперационных осложнений, варьирующей от 35 до 75%, и летальностью до 7%. Протоколы ускоренного выздоровления (ERAS) широко представлены в научной литературе как эффективный метод профилактики осложнений. В настоящей работе отражены результаты реализации подобного протокола в реальной клинической практике многопрофильного городского стационара.

Материалы и методы:

В период с декабря 2018 по декабрь 2025 года в отделении онкологии №4 ГКБ им С.С. Юдина ДЗМ было выполнено 207 мультивисцеральных тазовых резекций по поводу распространённых и рецидивных опухолей органов малого таза. Среди оперированных больных рак сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода диагностирован у 30 (14,5%) пациентов, прямой кишки — у 31 (15%), вульвы — у 4 (1,9%), шейки матки — у 44 (21,3%), эндометрия — у 27 (13%), яичников — у 71 (34,3%). На момент госпитализации осложнения опухолевого процесса имели место в 95 (46%) случаях, ожирение зафиксировано у 68 (33%) больных. Лапароскопический доступ использован в 51 (24,6%) операции. Стратификацию вмешательств проводили на основании классификации местно-распространённых опухолей малого таза, предложенной И.П. Костюком. Периоперационное ведение пациентов осуществлялось согласно разработанному нашим коллективом протоколу ускоренного выздоровления, а так же концепции менеджмента крови.

Результаты:

Медиана длительности вмешательств составила 333 минуты (63–810), объём кровопотери — 200 мл (0–330). Послеоперационные осложнения развились у 108 (52,1%) пациентов: лёгкие (Clavien-Dindo I–II) отмечены в 58 (53,8% от общего числа осложнений) наблюдениях, тяжёлые (III–IV) — в 47 (43,5%). Летальность составила 2,7% (3 случая). Периоперационная трансфузия компонентов крови потребовалась 13 (6,3%) больным. Отрицательный край резекции (R0) достигнут в 194 (93,7%) случаях. Медиана послеоперационного койко-дня равнялась 12 (4–85) суткам.

Вывод:

Сочетание использования протокола ускоренного выздоровления и так же концепции менеджмента крови позволяет повысить безопасность выполнения мультивисцеральных тазовых резекций по поводу местно-распространенных опухолей органов малого таза.

---

552. Хирургическое лечение аденоматозного полипозного синдрома у детей

Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В.

Москва

ФНКЦ детей и подростков ФМБА России

Актуальность

Аденоматозный полипозный синдром (АПС) – редкое аутосомно-доминантное заболевание с практически неизбежным развитием колоректального рака без лечения. Локализация патогенного варианта в гене APC определяет тяжесть фенотипа и влияет на выбор сроков и объёма профилактической операции. У детей особенности течения и предикторы ранней малигнизации изучены недостаточно, а колоректальный рак до 18 лет считается казуистикой, что лежит в основе отсроченной хирургии.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы данные 100 пациентов детского возраста с АПС. Локализацию патогенных вариантов APC классифицировали по регионам кодонов согласно европейским рекомендациям (EHTG–ESCP, 2024) с выделением тяжёлого региона 1250–1464, а также классического и аттенуированного вариантов. Для анализа генетико-фенотипической корреляции сформирован набор из 69 пациентов с классифицируемым генотипом (33 тяжёлый, 35 классический).

Результаты

Семейный анамнез прослежен у 87%, генетическое тестирование выполнено у 81%. Медиана возраста манифестации — 12 лет, первой колоноскопии — 13 лет, операции — 15,5 года; до 18 лет оперированы 43%, преобладала лапароскопическая колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара. Тяжёлый генотип в сравнении с классическим достоверно ассоциирован с «ковровым покрытием» аденомами слизистой толстой кишки (70% против 17%; ОШ 10,1; ДИ: 3,0–33,5; p=0,0001) и числом полипов более 100 (90% против 45%; ОШ 9,9; ДИ: 2,7–37,4; p=0,0002). По частоте полипоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта, синдрома Гарднера и медиане возраста манифестации групповых различий не выявлено. Колоректальный рак до 18 лет развился у 6 пациентов начиная с 9-летнего возраста; во всех случаях с доступными данными число полипов превышало 100.

Обсуждение

Полученные данные показывают, что локализация мутации APC в регионе 1250–1464 ассоциирована с более тяжёлым фенотипом уже в детском возрасте, что обосновывает более настороженную тактику и раннее рассмотрение вопроса о хирургическом вмешательстве у таких пациентов. Наличие случаев колоректального рака до 18 лет, сопровождавшихся «тяжелым» полипозом, свидетельствует о возможности ранней малигнизации и необходимости индивидуализации сроков вмешательства.

Выводы

У детей тяжёлый генотип заболевания сопряжён с ковровым покрытием слизистой оболочки толстой кишки. Колоректальный рак до 18 лет отмечен у 6% с установленным диагнозом, что превышает данные, описанные в мировой литературе и также ассоциирован с большим числом аденом толстой кишки.

---

553. Эволюция структуры и распространенности нейроэндокринных опухолей. 10-летний опыт МКНЦ им. А.С. Логинова

Фейдоров И.Ю., Салимгереева Д.А., Коняхина А.А., Малкина Н.А., Петрова А.Л., Круглова О.В.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность: За последнее десятилетие отмечается неуклонный рост выявляемости нейроэндокринных опухолей (НЭО), что обусловлено широким внедрением методов диагностики высокого разрешения. В настоящей работе на основе данных регистра МКНЦ им. А.С. Логинова проанализированы структура и распространенность НЭО.

Материалы и методы: Проанализированы данные регистра НЭО МКНЦ им. А.С. Логинова за 2016–2025 гг. Критерием включения в исследование послужило динамическое наблюдение за пациентами в течение более 12 месяцев с момента установления диагноза.

Результаты: В структуре регистра НЭО желудочно-кишечного тракта стабильно доминируют, составляя 78,9% всех наблюдений. Отмечается перераспределение долей внутри этой группы за счет статистически значимого роста выявляемости НЭО желудка: с 24,4% (77/316) в 2020 г. до 30,9% (374/1209) в 2025 г. (p=0,027). На этом фоне удельный вес НЭО поджелудочной железы снизился с 38,9% (123/316) до 34,3% (415/1209) (p=0,145), а НЭО тонкой кишки - с 10,4% (33/316) до 8,7% (105/1209) (p=0,390), однако эти изменения не достигли статистической значимости. Также не продемонстрировали значимой динамики показатели НЭО двенадцатиперстной кишки: 3,5% в 2020 г. против 5,0% (p=0,266). Доля НЭО прямой кишки осталась неизменной - 2,2% (7/316 в 2020 г. и 27/1209 в 2025 г., (p=1,000). Карциноиды аппендикса составили менее 1% в общей структуре. Доля бронхолегочных и тимусных НЭО суммарно составила 7,1%, при этом частота НЭО легких оставалась стабильной: 6,6% (21/316) в 2020 г. и 7,1% (86/1209) в 2025 г. (p=0,868). Удельный вес феохромоцитом и параганглиом существенно не изменился: 6,3% (20/316) против 5,3% (64/1209) (p=0,551). Отмечен рост доли опухолей с клинически доброкачественным течением (НЭО желудка 1-го типа, нефункционирующие НЭО поджелудочной железы без динамики роста) - с 38,3% до 40,8%.

Выводы: Рост доли НЭО желудочно-кишечного тракта в структуре регистра происходит преимущественно за счет увеличения числа верифицированных опухолей желудка (в первую очередь 1-го типа). Более 30% НЭО в ходе динамического наблюдения характеризуются клинически доброкачественным течением. Данный факт обосновывает необходимость оптимизации действующих клинических рекомендаций и разработки дифференцирован-

ных протоколов мониторинга для этой группы пациентов.

---

554. Профилактическая трансартериальная эмболизация в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений: за и против

Щеголев А.А. (1), Громов Д.Г. (1,2), Кальченко Е.А. (1,3)

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
2) ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»
3) ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента Российской Федерации

Актуальность: в этиологии артериальных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта преобладает язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Несмотря на доступность эндоскопического гемостаза, ежегодно в РФ от осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки умирают примерно 6000 человек, причём значительная доля летальных исходов связана с рецидивами кровотечений. Ключевую роль в профилактике рецидива кровотечения играет превентивная транскатетерная артериальная эмболизация (ПТАЭ) – эндоваскулярная окклюзия целевых артерий, выполняемая даже при успешном эндогемостазе у пациентов с высоким риском повторного кровотечения. Впервые о применении ПТАЭ в хирургической практике заговорили в конце 2000-х годов, но доказательства её эффективности были получены спустя почти 20 лет. В реальной практике ПТАЭ применяется очень редко: в 2023 году из 15 298 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями эмболизация выполнена лишь 1130 (7,4%).

Цель работы: повысить эффективность лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями за счёт применения профилактической транскатетерной эмболизации целевых артерий желудка и двенадцатиперстной кишки

Материалы и методы: в исследование было включено 180 пациентов в возрасте от 22 до 97 лет (средний 56,0 ± 13,7 лет) с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, проходивших лечение с 2015 по 2023 гг.; мужчины и женщины распределились в соотношении 1:1. В группу профилактической транскатетерной эмболизации вошли 87 пациентов, в группу эндогемостаза 93 пациента. В основной группе язва желудка локализована у 50 пациентов, язва ДПК у 37; в группе сравнения - у 50 и 43 соответственно (p = 0,250). При ПТАЭ целевыми артериями были: ГДА - 37 пациентов, ЛЖА - 50. В качестве эмболизата использовались микроэмболы (n = 41), частицы ПВА (n = 6), микроспирали (n = 30), комбинация материалов (n = 4).

Полученные результаты: выживаемость пациентов составила 98,8% в группе ПТАЭ и 97,8% в группе сравнения на госпитальном этапе. Технический успех ПТАЭ составил 93,1% (n = 81). На госпитальном этапе в группе ПТАЭ отмечено статистически значимое уменьшение размера язвенного дефекта с 17,65 ± 0,97 до 14,55 ± 0,66 мм (p = 0,004). В группе эндогемостаза размер язвенного дефекта уменьшился с 16,4 ± 1,16 до 15,05 ± 1,26 мм (p = 0,217). Выполнен анализ повторных кровотечений в ближайшем и отдалённом периодах. На госпитальном этапе частота рецидива ЯГДК составила 2,3% в группе ПТАЭ и 5,4% в группе контроля (p = 0,286). Через 3 года рецидив в группе ПТАЭ регистрировался в 2,5 раза реже (8% против 20,4%; p = 0,0028) и не требовал хирургического вмешательства.

Обсуждение: в проведённом исследовании показано, что ПТАЭ, в дополнении к эндогемостазу, обеспечивает выраженную положительную динамику заживления язвенного дефекта уже на госпитальном этапе и значимо снижает частоту отдалённых рецидивов кровотечения. Анализ неблагоприятных прогностических факторов ПТАЭ, выявил, что мужской пол, язвенный дефект желудка и аномальные варианты ангиоархитектоники чревного ствола относятся к факторам риска ангиографических неудач.

Выводы и рекомендации: получена сопоставимая частота рецидивов и показателей летальности на госпитальном этапе, однако через 3 года после индексной госпитализации частота рецидивов в группе ПТАЭ снижается в 2,5 раза (8% и 20,4%, p = 0,0028). Смена артериального доступа наблюдалась у 14% (n = 12) пациентов. ПТАЭ показана пациентам с кровотечениями Forrest I-IIab, при язве задней стенки желудка более 30 мм и более 20 мм при язве луковицы ДПК. У больных с язвами ДПК в качестве дополнительных целевых артерий следует рассмотреть нижние панкреатодуоденальные.

В качестве артериального доступа предпочтителен радиальный при остром угле отхождения чревного ствола от брюшной аорты, феморальный - при тупом или прямом угле отхождения. В качестве эмболизата в подавляющем большинстве применяют микросферы и/или частицы ПВА для язв желудка, микроспирали - для язв ДПК.

---

555. Нейроэндокринные опухоли двенадцатиперстной кишки. Данные регистра МКНЦ им. А.С. Логинова

Салимгереева Д.А., Фейдоров И.Ю., Коняхина А.А., Петрова А.Л., Малкина Н.А., Круглова О.В.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение: Нейроэндокринные опухоли двенадцатиперстной кишки (НЭО ДПК) относятся к орфанным гастроэнтеропанкреатическим новообразованиям и составляют 5–8% в структуре их общей популяции.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ данных госпитального регистра НЭО МКНЦ им. А.С. Логинова. Из общего пула пациентов (N=1204) в исследование включено 55 (4,6%) случаев верифицированных НЭО ДПК.

Результаты: При разделении по локализации в отделе ДПК преобладало поражение луковицы - 63,6% (n=35); доля локализованных в области большого дуоденального сосочка (БДС) составила 25,5% (n=14), в иных отделах - 10,9% (n=6). Медиана возраста пациентов на момент верификации диагноза при локализации в луковице составила 64,8 года, в области БДС - 50,7 года, в других отделах - 58,6 года. Статистически значимых гендерных различий между исследуемыми группами не зарегистрировано. При анализе степени злокачественности Grade среди опухолей луковицы ДПК доминировали высокодифференцированные формы: G1 - 65,7%(n=23), G2 - 28,6% (n=10), G3 - 2,8% (n=1), Gx - 2,8% (n=1); преобладание пула опухолей G1 соответствовало характеру статистической тенденции (p=0,089). В проекции БДС распределение Grade было следующим: G1 - 28,6% (n=4), G2 - 42,8% (n=6), G3 - 7,1% (n=1), Gx - 21,4% (n=3). При локализации в других отделах кишки верифицированы формы G1 - 66,7% (n=4) и G2 - 33,3% (n=2). Сопутствующий хронический атрофический гастрит верифицирован у 68,6% (n=24) из 35 пациентов с НЭО луковицы ДПК, отсутствовал у 17,1% (n=6), в 14,3% (n=5) случаев морфологическая оценка слизистой оболочки желудка не проводилась. При внелуковичных локализациях сопутствующий атрофический процесс в желудке выявлен лишь в 25,0% наблюдений (n=5) из 20, что продемонстрировало статистически значимо меньшую частоту ассоциированности по сравнению с изолированным поражением луковицы (p=0,0002, точный критерий Фишера).

Выводы: 1. Наиболее частой локализацией НЭО двенадцатиперстной кишки является ее луковица (р

---

556. Вторичный перитонит и абдоминальный сепсис: ориентиры для выбора хирургической стратегии

Щеголев А.А. (1,2), Товмасян Р.С. (1,2), Маркаров А.Э. (2), Чевокин А.Ю. (1,2), Васильев М.В. (2,1)

Москва

1) Российский национальный исследовательский университет имени Н.И. Пирогова
2) Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева ДЗ г. Москвы

Актуальность. За последние два десятилетия произошла значительная эволюция хирургической стратегии при тяжёлых формах вторичного перитонита и абдоминального сепсиса. Причём, эта переоценка заключается в своеобразной «поляризации» подходов к хирургическому лечению этой сложнейшей категории больных. С одной стороны, это стремительно возросшие возможности лапароскопических операций в тех случаях, где это возможно, в том числе с возможностью программных релапароскопий. С другой стороны, это различные варианты вакуум-ассистированных лапаростом, как другой сверхагрессивный полюс хирургического лечения перитонита в случаях выраженной дилатации кишечных петель, повышенного внутрибрюшного давления и невозможности одномоментного хирургического контроля источника перитонита. В таких условиях практическому хирургу зачастую приходится принимать непростые решения для выбора хирургической стратегии и отвечать на несколько ключевых вопросов:

1. Можно ли в полной мере контролировать источник перитонита при однократном хирургическом вмешательстве?

2. Каким способом выполнить адекватную декомпрессию кишечника?

3. Возможно ли закрытие живота без угрозы развития абдоминального компартмент-синдрома и непосредственной угрозы для жизни пациента?

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 102 больных вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом (АС), в лечении которых использовалась методика вакуум-ассистированных лапаростом (ВАЛС). Все пациенты находились на лечении в университетской хирургической клинике РНИМУ имени Н. И. Пирогова на базе городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева города Москвы с 2016 по 2025 год. Критерием включения был факт использования в лечении перитонита ВАЛС, критерием исключения — летальный исход в течение 48 часов от начала лечения. У всех больных диагностирован сепсис по критериям Сепсис-3, у значительного количества пациентов (84%) – септический шок. Больные были рандомизированы по полу, возрасту

и степени органной недостаточности по шкале SOFA.

Результаты.

Показания к наложению ВАЛС и выбору стратегии «открытого живота» были следующие:

1. Невозможность закрытия живота каким-либо способом из-за выраженного натяжения тканей и высокой вероятности абдоминального компартмент-синдрома (I группа) – 42 больных (41,2 %)

2. Недостаточный контроль источника перитонита и необходимость «second look» операции (II группа) – 12 больных (11,8%)

3. Септический шок и сокращённая лапаротомия в рамках концепции «damage control» (III группа) – 22 больных (21,5%)

4. Тотальная флегмона лапаротомной раны (IV группа) – 14 больных (13,7%)

5. Распространённый гнойно-фибринозный перитонит со склонностью к фрагментации и формированию внутрибрюшных абсцессов (V группа) – 12 больных (11,8%)

Оказалось, что наиболее частой причиной наложения ВАЛС при вторичном перитоните и абдоминальном сепсисе была внутрибрюшная гипертензия и невозможность технически закрыть живот каким-либо способом (I группа), на втором месте - необходимость «damage control» при септическом шоке и нестабильности гемодинамики (II группа). Частота остальных причин распределилась примерно поровну на уровне 11-13%. Более того хронологически во второй половине исследования (последние 4 года) доля показаний I группы ощутимо возросла. Также было отмечено, у этой категории больных (внутрибрюшная гипертензия) актуальнейшей задачей было решение о способе внутрипросветной декомпрессии кишечника.

Обсуждение результатов: выявленные данные свидетельствуют о наличии тенденции к росту использования ВАЛС при вторичном перитоните и абдоминальном сепсисе как способе снижения внутрибрюшной гипертензии и возможности временного закрытия живота при отсутствии технической невозможности другого способа завершения операции.

---

557. Первый опыт формирования анастомоза Kono-S у детей с болезнью Крона

Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В.

Москва

ФНКЦ детей и подростков ФМБА России

Актуальность. Илеоцекальная резекция остаётся одним из основных хирургических вмешательств при осложнённой болезни Крона (БК) у детей, однако частота послеоперационного рецидива в зоне анастомоза сохраняется высокой. Анастомоз «конец-в-конец» по методике Kono-S, разработанный для снижения частоты рецидива в области анастомоза, продемонстрировал эффективность у взрослых, тогда как в детской популяции данные ограничены единичными зарубежными сериями. В отечественной детской колопроктологии подобный опыт ранее не описан.

Цель. Оценить техническую воспроизводимость и непосредственные результаты формирования анастомоза Kono-S у детей с терминальным илеитом при БК на основании первого собственного опыта.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 4 пациента (все — девочки, возраст 8–17 лет), оперированные с июня 2025 г. по апрель 2026 г. по поводу осложнённой БК с поражением илеоцекальной зоны (терминальный илеит). Показанием к операции у всех послужили стриктурирующая и/или свищевая форма заболевания и неэффективность консервативной, в том числе многокомпонентной генно-инженерной биологической терапии. Всем выполнена лапароскопически-ассистированная илеоцекальная резекция с формированием двурядного ручного тонко-толстокишечного илеоасцендоанастомоза по Kono-S.

Результаты. Протяжённость резекции терминального отдела подвздошной кишки составила от 3 до 25 см, толстой кишки — от 5 до 12 см. У одной пациентки в связи с распространённым свищевым процессом одномоментно выполнены разобщение межкишечных свищей и ликвидация наружного кишечного свища; у одной — интраоперационная оценка перфузии анастомоза и границ поражения с применением флуоресценции индоцианина зелёного (ICG). Несостоятельности анастомоза и иных хирургических осложнений не отмечено ни в одном наблюдении. Самостоятельный стул восстанавливался на 1–4-е сутки; все пациентки выписаны в стабильном/удовлетворительном состоянии.

Заключение. Первый собственный опыт свидетельствует о технической воспроизводимости формирования анастомоза Kono-S у детей с терминальным илеитом при БК, в том числе при осложнённых стриктурирующих и свищевых формах. Отсутствие несостоятельности анастомоза и хирургических осложнений в представленной серии позволяет рассматривать методику как перспективную

опцию профилактики анастомозного рецидива. Необходимы накопление опыта и оценка отдалённых, в том числе эндоскопических, результатов.

---

558. Клиническая структура и результаты лечения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями

Молодой Е.Г., Призенцов А.А., Чирков А.Е.

Гомель, Республика Беларусь

1) ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница номер 3»
2) УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) остаются одной из наиболее сложных и актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии. Несмотря на совершенствование методов консервативной терапии и внедрение новых эндоскопических технологий, летальность при данной патологии остается стабильно высокой, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидными заболеваниями. «Золотым стандартом» диагностики и лечения ЖКК является экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), позволяющая не только верифицировать источник кровотечения, но и выполнить эндоскопический гемостаз.

В современной научной литературе активно обсуждаются вопросы сравнительной эффективности различных методов гемостаза. Однако многие работы ограничиваются описательной статистикой без применения критериев для проверки значимости различий. В связи с этим целью настоящего исследования стало не только изучение структуры ЖКК, но и статистическое обоснование наблюдаемых закономерностей с использованием параметрических и непараметрических методов.

Целью является изучение этиологическую структуры острых желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), оценить эффективность различных методов эндоскопического гемостаза и провести сравнительный статистический анализ полученных данных.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 103 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) в период с 2019 по 2025 год. Критерием включения являлось наличие верифицированного желудочно-кишечного кровотечения.

Помимо данных индивидуальных карт, анализировались сводные статистические отчеты эндоскопических отделений «Гомельская городская клиническая больница №3» (ГГКБ №3) за период 2021–2025 гг. Изучались частота встречаемости различной патологии верхних отделов ЖКТ, динамика количества ЖКК, структура нозологий по результатам патоморфологических исследований, а также частота и виды эндоскопических вмешательств.

Общая структура эндоскопической патологии. Анализ 2491 эндоскопических исследований позволил выявить структуру заболеваемости верхних отделов ЖКТ Наиболее частой находкой являлись гастропатии (различные формы) — 1205 случаев (48.4%). Дуоденопатии составили 304 случая (12.2%). Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы диагностирована в 141 случае (5.7%). Доля язвенной болезни в общей структуре составила 5.4% (язва желудка — 80 случаев, 3.2%; язва ДПК — 55 случаев, 2.2%).

Динамика желудочно-кишечных кровотечений за 2023–2025 гг. За анализируемый период (2023–2025 гг.) отмечена тенденция к росту числа диагностированных ЖКК

В 2025 году зафиксировано максимальное количество случаев — 86, что в 1.87 раза выше показателя 2023 года (46 случаев). Также увеличилось количество выполненных эндоскопических гемостазов: с 22 в 2023 году до 38 в 2025 году. Наибольший прирост отмечен в использовании метода клипирования (с 15 до 29 процедур).

Так же по данным среди 103 пациентов преобладали лица мужского пола – 78 мужчин (75,7%) и 25 женщин (24,3%). Средний возраст мужчин составил 55,6±15,3 года, женщин – 70,1±18,2 года, что подтверждает тенденцию к более поздней манифестации тяжелых ЖКК у женщин.

Локализация источника кровотечения:

1. Язва желудка диагностирована у 57 пациентов (55,3%).

2. Язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 38 пациентов (36,9%).

3. Пептические язвы гастроэнтероанастомоза (ГЭА) – у 3 пациентов (2,9%).

4. Язва Делафуа – у 2 пациентов (1,9%).

5. Синдром Меллори-Вейсса – у 1 пациента (1,0%).

6. Острый геморрагический гастрит/эрозии – у 2 пациентов (1,9%).

Основной причиной язвообразования у пациентов с хроническими язвами (48,5%) являлась Helicobacter pylori-ассоциированная инфекция. Среди острых язв преобладал прием НПВС и антикоагулянтов (34,0%). У 11,7% пациентов этиологию установить не удалось (идиопатические язвы). Коморбидный фон был отягощен у 82% пациентов. Наиболее частой сопутствующей патологией являлись: ИБС (57%), артериальная гипертензия (76%), сердечная

недостаточность (44%), сахарный диабет 2 типа (18%). Средний индекс коморбидности Чарлсона составил 5,7 ± 1,2 балла, что характеризует исследуемую группу как тяжелую.

Эндоскопическая картина и гемостаз. По классификации Forrest кровотечения распределились следующим образом:

Forrest Ia (струйное) – 3,9% (4 чел.);

Forrest Ib (просачивание) – 14,6% (15 чел.);

Forrest IIa (тромбированный сосуд) – 23,3% (24 чел.);

Forrest IIb (фиксированный сгусток) – 34,0% (35 чел.);

Forrest IIc (гематин на дне) – 18,4% (19 чел.);

Forrest III (чистое дно) – 5,8% (6 чел.).

Эндоскопический гемостаз был выполнен в 91 случае (88,3%).

Комбинированный метод (орошение + инъекции) – 45% (41 чел.)

Клипирование – 34% (31 чел.).

Моно-инъекционный метод – 21% (19 чел.).

Согласно данным отчетов, в 2024 году в ГГКБ №3 было выполнено 35 процедур эндоскопического гемостаза, из них 17 – клипированием. В 2023 году зафиксировано 22 процедуры гемостаза (15 клипирований). Это свидетельствует о возрастающей роли механического гемостаза как наиболее надежного метода остановки кровотечения.

Рецидив кровотечения отмечен у 11 пациентов (10,7%). У 6 пациентов рецидив произошел в первые сутки, у 5 – на 2-3 сутки. Факторами риска рецидива явились: Forrest IIa-IIb (7 случаев), прием антикоагулянтов (5 случаев) и размер язвы более 2,0 см (8 случаев). Послеоперационная летальность (в стационаре) составила 2,9% (3 пациента). Причинами смерти стали декомпенсация сопутствующей патологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность) у 2 пациентов и повторное профузное кровотечение на фоне ДВС-синдрома у 1 пациента.

Влияние метода гемостаза на длительность госпитализации.Средний койко-день в группе пациентов, которым выполнялось клипирование (в моно- или комбинированном режиме), составил 11,4±4,2 дня. В группе без клипирования (инъекционный гемостаз или орошение) – 14,1±5,8 дня. Разница составила 2,7 дня, однако при применении t-критерия Стьюдента различия не достигли статистической значимости (t=1,78; p=0,08). Вероятно, это связано с гетерогенностью групп по тяжести исходного состояния и наличию сопутствующей патологии, что требует либо увеличения выборки, либо применения многофакторного регрессионного анализа.

---

559. Ультразвуковой катетерный тромболизис для лечения пациентов с тромбоэмболией легочных артерий

Папоян С.А. (2,1,3), Тавлуева Е.В. (2), Щеголев А.А. (2,1), Маркаров А.Э. (2), Пантелей Е.А. (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинскийуниверситет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия
2) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы«Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департаментаздравоохранения города Москвы», Москва, Россия
3) ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения имедицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»,Москва, Россия

Цель. Изучить эффективность и безопасность управляемого ультразвукового катетерного тромболизиса у пациентов с ТЭЛА, оценить отдаленные результаты данного метода лечения.

Материалы и методы. В отделении сосудистой хирургии ГКБ им. Ф.И.Иноземцева за период с 01.07.25 по 01.03.26 ультразвуковой катетерный тромболизис с использованием EKOS был выполнен 15-ти пациентам (возраст от 24 лет до 81 года) с ТЭЛА. Из них мужчин – 40%, женщин - 60%. У 14-ти пациентов (93,3%) ТЭЛА являлась осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей (2 пациента имели в анамнезе переломы костей н\к), у 1 пациента (6,6%) верифицировать источник не удалось. 8 пациентов (53,3%) имели хроническую сердечную недостаточность 1-2 стадии, ФК II-III по NYHA, гипертоническую болезнь – 11 пациентов (73,3%) и 1 пациент (6,6%) - инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии. Индекс PESI имел значения от 54 до 129 баллов, из них высокий риск был у 6 пациентов и очень высокий у 1 пациента. В ходе исследования проводились сравнения показателей эхокардиографии (СДЛА, ПЖ/ЛЖ), КТ-ОГК с контрастированием (Miller, Qanadli) до и после проведения ультразвукового катетерного тромболизиса, а также клинических показателей и 30-дневная выживаемость.

Устройство EKOS представлено инфузионным катетером и ультразвуковым сердечником. Всем пациентам через катетеры, установленные в легочных артериях (в левую и правую легочные артерии) вводился препарат Алтеплаза по схеме 1 мг болюс в каждый катетер, далее по 1мг\час в течение 7 часов.

Результаты. Применение ультразвукового катетерного тромболизиса эффективно снизило соотношение ПЖ/ЛЖ в среднем на 22% через 48 часов и на 37% через 30 дней, что свидетельствует о регрессе перегрузки правого желудочка, уменьшило легочную гипертензию на 30,5%. Индекс Миллера в среднем снизился на 30%. Отмечено быстрое клиническое улучшение состояния пациентов: перестала беспокоить одышка в покое и при минимальных физических нагрузках, показатели сатурации выросли на 5,43%. 30-ти дневная выживаемость составила 86,7% (13 из 15 пациентов): 1-ый пациент скончался через сутки после проведения тромболизиса от рецидива ТЭЛА, имел сопутствующие патологии: Гипертоническая болезнь III ст. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Сахарный диабет 2 типа. Морбидное ожирение 3 степени. 2-ой пациент скончался через 30 дней после проведения тромболизиса, от острой левожелудочковой недостаточности, ИБС ПИКС, также в анамнезе имел: Инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии, отек мозга. Рак предстательной железы. Ни у одного пациента не возникло внутричерепного кровоизлияния и серьезных кровотечений.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности ультразвукового катетерного тромболизиса при ТЭЛА. Локальное введение тромболитического препарата непосредственно в область тромбоэмболии обеспечивает быстрое восстановление перфузии лёгочного русла и позволяет снизить его системную концентрацию, тем самым уменьшая риск геморрагических осложнений. Отмеченная высокая выживаемость и положительная динамика у большинства пациентов подтверждают целесообразность применения данного метода.

Выводы. Ультразвуковой катетерный тромболизис является эффективным и относительно безопасным методом лечения ТЭЛА. Метод позволяет достичь быстрого восстановления перфузии лёгочной артерии при снижении риска системных осложнений, что делает его перспективным направлением в современной эндоваскулярной терапии ТЭЛА.

---

560. Использование пенополиуретановых покрытий в терапии инфицированных ран: экспериментальное исследование

Григорьян А.Ю. (1), Итинсон А.А. (2), Бежин А.И. (1), Суковатых Б.С. (1), Мишина Е.С. (1), Жиляева Л.В. (1), Денисов А.А. (1)

Курск

1) Курский государственный медицинский университет
2) Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова

Несмотря на прогресс в разработке перевязочных материалов и методов местного лечения, вопросы оптимизации раневого процесса, сокращения сроков заживления и профилактики осложнений сохраняют высокую актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируются сотни миллионов случаев ран различного генеза. Лечение ран под повязкой является основным методом на сегодняшний день в связи с его дешевизной и простотой применения.

Цель исследования: изучение в сравнительном аспекте ранозаживляющих свойств «Скинолакс», «Скинолакс+» и «Скиногель» на модели инфицированной раны у крыс.

Материалы и методы. «Скинолакс» представляет собой двухкомпонентную массу, которая при смешивании образует мелкопористое эластичное покрытие. «Скинолакс+» дополнительно содержит антисептик полигексаметиленгуанидин (ПГМГ). «Скиногель» - гель с ПГМГ.

Эксперимент in vivo выполнен на 78 белых крысах породы «Вистар». Животные были разделены на 3 группы исследования по 24 крысы. В группе «Скинолакс» на рану наносили ППУ «Скинолакс». В группе «Скинолакс+» на рану наносили ППУ «Скинолакс+». В группе «Скиногель» на рану наносили 1 мл «Скиногель», поверх которого наносили «Скинолакс». Однократно на 1-е сутки для подтверждения факта формирования инфицированной раны было выведено 6 крыс.

Моделирование инфицированной раны: на спине иссекали кожу с клетчаткой, в рану вводили тампон, содержащий 1 млрд. на 1 мл микробных тел S. aureus 592. Через 3 суток у животных формировалась инфицированная рана. Животных выводили из эксперимента на 1, 3, 5, 10 сутки. Смену повязки осуществляли на тех же сроках.

Гистологическое изучение препаратов ран производили после выведения подопытного животного из эксперимента. Изготавливали срезы кожи и окрашивали гематоксилином и эозином.

Полученные результаты. В группе «Скинолакс» на 3 сутки эксперимента раневой дефект, практически весь заполненн некротическими массами. С края раны

определяется нарастание эпителия. В центре раны в нижележащих слоях, определяется незрелая грануляционная ткань с выраженной полиморфноклеточной инфильтрацией. В группе «Скинолакс+» - место дефекта наполовину заполнено некротическими массами. Большую часть дефекта занимает незрелая грануляционная ткань с умеренно выраженной полиморфноклеточной инфильтрацией. По краям также отмечается рост тонкого слоя новообразованного эпидермиса. В группе «Скиногель» - в верхней части раневого дефекта отмечается наличие аморфной, бесструктурной массы, которые приникают на половину дефекта. Под ними наблюдается активный коллагеногенез, инфильтрация не выражена. В поле зрения преобладают клетки фибропластического дифферона и малочисленные лимфоциты. На 5 сутки при применении «Скинолакс» дефект примерно на половину заполнен грануляционной тканью с преобладанием клеточного компонента (макрофаги, плазмоциты и фибробласты). В группе «Скинолакс+» клеточный компонент продолжает преобладать над волокнистым, значительного нарастания эпидермиса не определяется. В группе «Скиногель» верхняя часть дефекта заполнена клеточными элементами, которые инфильтрируют прилежащий эпидермис и проникают на одну треть в грануляционную ткань. В нижней трети коллагеновые волокна начинают утолщаться и созревать. На 10 сутки в группе «Скинолакс» происходит нарастание эпидермиса на половину раны. Под ним располагается зрелая рубцовая ткань. В группе «Скинолакс+» отмечаются биоптаты, в которых полностью происходит регенерация кожного дефекта с образованием соединительнотканного рубца, покрытый эпидермисом. В группе «Скиногель» - в толще дефекта рана заполняется зрелой тканью с небольшим количеством сосудов, однако полного покрытия эпидермиса не определяется.

Выводы. Модификация «Скинолакс» путем добавления антисептика ПГМГ («Скинолакс+») является наиболее перспективной методикой. Она обеспечивает не только надежный контроль над раневой инфекцией, но и максимально полное и быстрое восстановление целостности кожного покрова в инфицированной ране по сравнению с базовой формой и гелеобразным аналогом.

---

561. Эндоскопические полностенные резекции при новообразованиях желудочно-кишечного тракта

Вербовский А.Н., Сетдикова Г.Р., Федоренко А.А., Шаповалов А.В., Семенков А.В., Вакурова Е.С.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Актуальность. Эндоскопическая полностенная резекция (Endoscopic Full-Thickness Resection, EFTR) является современным методом малоинвазивного лечения новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), включая субэпителиальные опухоли, исходящие из мышечного слоя, а также отдельные эпителиальные новообразования, не поддающиеся удалению стандартными эндоскопическими методами резекции.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов выполнения EFTR открытого типа в верхних отделах ЖКТ. В период с 2019 по 2026 год в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского выполнено 17 EFTR по поводу сложных новообразований верхних отделов ЖКТ у 17 пациентов. Средний возраст пациентов составил 59,7 года (41–79 лет). Средний размер новообразований - 31,1 мм (10–120 мм). Из них 14 (82,4%) новообразований исходили из мышечного слоя, 2 (11,8%) — из подслизистого слоя и 1 (5,9%) — из слизистой оболочки. По локализации опухоли распределились следующим образом: желудок — 13 (76,5%) случаев, двенадцатиперстная кишка — 3 (17,6%), пищевод — 1 (5,9%).

Результаты. Средняя продолжительность вмешательства составила 138,4 (50-320) минут. Технический успех, резекция единым блоком (en bloc) и R0-резекция достигнуты во всех 17 (100%) случаях. Для закрытия полнослойных дефектов использовались следующие методы: клипсы TTSC в сочетании с петлей Endoloop — 6 (35,3%) случаев, клипсы OTSC — 5 (29,4%), клипсы TTSC в сочетании с петлей Endoloop и прядью большого сальника — 2 (11,8%) случая. Послеоперационных осложнений, необходимости экстренных хирургических вмешательств и летальных исходов не зарегистрировано. При микроскопическом исследовании в преобладающем большинстве случаев образования представлены ГИСО – 10 (58,8%), лейомиома – 2 (11,8%), и по 1 (5,9%) случаю эктопия поджелудочной железы, аденомой двенадцатиперстной кишки, гемангиома, КФО, нейроэндокринная опухоль. Средняя продолжительность госпитализации составила 6,4 (4-10) койко-дня. При динамическом наблюдении рецидивов удаленных новообразований не выявлено.

Выводы. Эндоскопическая полностенная резекция является эффективным и безопасным методом удаления

сложных новообразований верхних отделов ЖКТ. Метод обеспечивает достижение R0-резекции и позволяет избежать хирургического лечения у большинства пациентов даже при локализации опухоли в технически сложных анатомических зонах.

---

562. Прогнозирование перитонита при огнестрельных торакоабдоминальных ранениях в современном вооруженном конфликте

Чуприна А.П. (1), Казаков А.Д. (2), Кузнецов И.М. (3), Кучеренко А.Д. (3)

1) Москва,
2) Ростов-на-Дону,
3) Санкт-Петербург

1) Филиал Военно-медицинской академии в г. Москве,
2) ФГКУ «1602 ВКГ»,
3) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Частота перитонита у пациентов с огнестрельными торакоабдоминальными ранениями (ТАР) в вооруженных конфликтах достигает 42,3%. При этом летальность вследствие прогрессирования данного осложнения с развитием абдоминального сепсиса и септического шока может достигать 50-67,5%. Развитие и прогрессирование перитонита рассматривается как один из основных механизмов танатогенеза в данной группе пациентов. Учитывая особенности структуры повреждений внутрибрюшных органов, тяжесть состояния пациентов, оказание помощи большинству раненых включает в многоэтапное хирургическое лечение с формированием лапаростомы и выполнением программных санаций брюшной полости. Однако, при незначительных повреждениях у пациентов в отсутствии значимых гемодинамических нарушений «неоправданное» формирование лапаростомы ведет к необходимости повторных вмешательств и как следствие увеличению риска осложнений. С учетом изложенного разработка дифференцированного подхода к выбору тактики многоэтапного хирургического лечения является актуальным вопросом у пациентов с огнестрельными ТАР.

Цель. Проанализировать факторы риска и разработать способ прогнозирования развития перитонита при огнестрельных ТАР.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов оказания медицинской помощи 265 пациентам, получившим огнестрельные торакоабдоминальные ранения. Все раненые были мужчинами в возрасте от 19 до 61 года. Средний возраст – 35,81□9,49 лет. Для обработки и статистического анализа полученных результатов использовали стандартный пакет StatSoftStatistica. Для построения математической модели прогноза развития перитонита у пациентов с огнестрельными торакоабдоминальными ранениями применялся метод пошаговой логистической регрессии.

Результаты. Клиническая картина и макроскопические признаки перитонита выявлены только 10,3% раненых на передовых этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ). При этом несмотря на выполнение ранней лапаротомии, программных санаций, устранение источника инфекции, у некоторых пациентов перитонит прогрессировал и диагностирован на этапе эвакуационного госпиталя (ЭГ) уже у 23,4% раненых.

При статистическом анализе установлено, что возраст (p=0,96), срок доставки до этапа КХП (p=0,99), локализация входной раны (p>0,05) не влияют на развитие перитонита. К факторам, достоверно повышающим риск, перитонита относятся: вид ранящего снаряда (пулевое ранение) (p=0,008), наличие повреждения тонкой кишки (p

---

563. Сравнительная оценка непосредственных результатов различных вариантов ортотопической деривации мочи после радикальной цистэктомии

Исламов К.Р., Гатауллин И.Г.

Казань

1) Казанская государственная медицинская академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
2) Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора М.З. Сигала»

Актуальность.

Ортотопическая деривация мочи считается наиболее физиологичным способом реконструкции нижних мочевых путей после радикальной цистэктомии. Несмотря на широкое применение различных вариантов кишечных необладдеров, выбор оптимальной методики остается предметом дискуссий. Различия в конструкции

резервуара и технике реконструкции могут оказывать влияние на течение раннего послеоперационного периода, частоту осложнений и продолжительность госпитализации.

Материал и методы.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 154 пациентов с раком мочевого пузыря, перенесших радикальную цистэктомию с ортотопической деривацией мочи. Выполнено сравнение четырех вариантов реконструкции: необладдеров Studer (n=79), Hautmann (n=14), Mansoura-pouch (n=14) и оригинальной методики формирования ортотопического тонкокишечного необладдера (n=47). Анализировали длительность послеоперационной госпитализации, частоту ранних осложнений, количество осложнений на одного пациента, а также структуру осложнений по классификации Clavien–Dindo.

Полученные результаты.

Наиболее благоприятные непосредственные результаты получены при использовании оригинальной методики. Средняя продолжительность госпитализации составила 16,0±4,1 суток против 23,9±10,4 суток после формирования необладдера по Studer (ри удовлетворительных функциональных и онкологических результатов. Методика может быть рекомендована для применения у пациентов, соответствующих критериям выполнения ортотопической деривации мочи.

---

564. Исторические этапы хирургического лечения рака молочной железы

Вологдин А.А.

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Актуальность темы. Рак молочной кишки (РМЖ) является одной из самых актуальных проблем современной онкологии. Заболеваемость и смертность от рака молочной железы (РМЖ) у женщин в последнее десятилетие продолжают расти во всех странах мира. В структуре онкологической заболеваемости в России РМЖ в 2024 году занимает одно из ведущих мест, составляет 12,2% (рост на 0,6% по сравнению с 2014г.) от всех локализаций. Распространенность РМЖ на 100 тыс. населения России в 2024 году выросла и составила 563,5, по сравнению с 2014 годом – 410,3. В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости РМЖ, в 2024 году впервые диагностировано и зарегистрировано 85039 случаев по сравнению с 2014 годом – 65678, летальность на 1-м году в 2024 году составила - 4,3% (снижение на 3% по сравнению с 2014г.), общая летальность - 2,3% (снижение на 5,6% по сравнению с 2014г.). Всего на учете в 2024 году состоит 824445 больных РМЖ.

Материал и методы исследования. Термин «мастэктомия», означающий удаление одной или обеих молочных желез (МЖ), пришел к нам из глубины веков и до сих пор используется в современной медицине. Эволюция оперативной техники, лежащей в основе мастэктомии, происходила на протяжении сотен лет и продолжает происходить в настоящее время на фоне развития и совершенствования диагностики, совершенствования хирургической техники, морфологической диагностики, методик лучевой терапии, лекарственной противоопухолевой терапии и других областей медицины.

История хирургического лечения РМЖ насчитывает более 3000 лет. За это время сменилась не одна научная эпоха, было сделано множество научных открытий в области медицины и естествознания, изменивших жизнь человечества. История и эволюция лечения РМЖ - это трудный, полный противоречий путь, преодолевший многие препятствия, имеющий несколько периодов.

Основные этапы в хирургическом лечении РМЖ можно представить следующим образом:

I период - зарождение лечения РМЖ (1600 г. до н.э. до 1895г.). Применение методов прижигания (описан в древнеегипетском папирусе Эдвина Смита, 1600 г. до н.э.), отжигания (древнегреческий врач Гален, 168 г. н.э.), надрезов и прижигания молочной железы (греческий врач Леонидис, I век н.э.), применение не научных методов лечения РМЖ в виде периодических кровопусканий, применение пиявок, слабительных и рвотных средств для «очищения» организма;

II период — становление оперативного лечения РМЖ (1895-1947гг.). Революцией в хирургическом лечении РМЖ стала операция, предложенная в 1895г. американским хирургом из госпиталя им. Джонса Гопкинса W. Halsted и немного позднее американским хирургом W. Meyer, предусматривающая удаление в едином блоке МЖ, большой и малой грудной мышц, подмышечно-подключично-подлопаточной клетчатки. Эта операция вошла в историю хирургии и онкологии как радикальная мастэктомия по Холстеду — Мейеру, более 100 лет была основным методом в хирургическом лечении РМЖ. W. Halsted также предложил «центробежную» теорию, которая описывала лимфогенное метастазирование рака;

III период — развитие оперативного лечения РМЖ (1948-1964гг.). В 1948 году D. Patey и W. Dyson (хирурги Мидлсекской больницы в Лондоне) предложили модифицированный вариант радикальной мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы и удалением малой грудной мышцы, что технически упрощало удаление трех уровней лимфатических узлов. Результаты

данного вмешательства при сравнении с операцией по Холстеду — Мейеру показали схожие клинические результаты. Однако был выявлен ряд преимуществ: хорошее заживление раны, меньшее количество послеоперационных осложнений, лучшие косметические результаты, отсутствие мягкотканого дефекта в подключичной области, отсутствие визуализации ребер в связи с уменьшением покровных тканей;

IV период — совершенствование оперативного лечения РМЖ (1965-1993гг.). В 1965 году J. Madden предложил в ходе оперативного вмешательства сохранять обе грудные мышцы и удалять лимфатические узлы 1-го и 2-го уровня вместе с МЖ. В РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН была разработана модифицированная радикальная мастэктомия (РМЭ), подразумевающая удаление МЖ, удаление клетчатки I–III уровней. С 1990-х годов модифицированный вариант данной операции стал стандартом при лечении рака МЖ независимо от стадии заболевания. В 1970–1980-е годы U. Veronesi предложил вариант органосохраняющей операции, состоящей из квадрантэктомии с подмышечной лимфодиссекцией трех уровней с проведением лучевой терапии (ЛТ). Данное сочетание способствовало получению лучших косметических результатов без нарушения радикализма лечения. В ходе нескольких крупных исследований был отмечен факт того, что квандрантэктомия с ЛТ — разумная альтернатива РМЭ и гарантирует такие же результаты, как и при выполнении РМЭ. В России впервые радикальные резекции начали проводить в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (1990) с последующей ЛТ на молочную железу и зоны регионарного метастазирования;

V период — научно-обоснованный: современный период (с 1994г. по настоящее время). Развитие «системной» теории, описанной B. Fisher, сменило вектор хирургического лечения в сторону более консервативного подхода. Теория описывала присутствие отдаленных метастазов еще до клинического обнаружения опухоли в большинстве случаев, что делало бессмысленным увеличение объема хирургического вмешательства. Появилось новое понятие в хирургическом лечении РМЖ - органосохраняющие (консервативные) методики операций: секторальные резекции, туморэктомия (лампэктомия) с маркировкой ложа удаленной опухоли, со срочным цитологическим и гистологическим исследованием краёв резекции и последующей ЛТ на ложе удаленной опухоли; выполнения подкожной или кожесохраняющей мастэктомии с одномоментной или отсроченной реконструкцией молочной железы с подмышечной лимфаденэктомией при III стадии РМЖ, разрабатываются методики комбинированного и комплексного лечения РМЖ в зависимости от стадии, морфогенеза опухоли, ряда прогностических факторов. Сегодня радикальные резекции (термин, принятый в Российской Федерации) по праву являются альтернативным радикальной мастэктомии вариантом операций практически при всех стадиях РМЖ. Началась эра локального хирургического иссечения опухоли, в 1998 г. B. Fisher предложил туморэктомию (лампэктомию) – удаление опухоли МЖ, отступив на 1 см от пальпируемой опухоли из дугообразного или поперечного разреза без удаления кожи, фасции и мышцы. В настоящее время туморэктомия показана при 0-I стадиях РМЖ с последующей ЛТ. В начале 90-х годов стала разрабатываться концепция биопсии «сторожевого» лимфатического узла который является первым на пути лимфооттока от молочной железы. В случае метастатического поражения «сторожевого» (сигнального) лимфатического узла выполняется лимфодиссекция в полном объеме, в случае отсутствия в нем раковых клеток лимфодиссекция не выполняется. В 1994г. A.E. Giuliano, предложил методику, заключавшаяся в окраске и биопсии сигнального лимфоузла. Это свело к минимуму неоправданные лимфодиссекции и, как следствие, – их осложнения. Лампэктомия в сочетании с биопсией сигнального лимфоузла и ЛТ стала стандартом в лечении раннего РМЖ, при необходимости дополняемой системным лечением: гормонотерапией, химиотерапией и таргетной терапией. В последние годы XX века и в нулевые годы XXI века постепенно произошла смена парадигмы хирургического компонента лечения РМЖ минимум по двум направлениям. Первый – дополнение органосберегающих операций коррекцией имевшихся до вмешательства дефектов (онкопластические операции) за счет перегруппировки местных тканей. Этот подход, включая эстетические результаты, показал преимущества онкопластических операций. Он способствовал более эффективному контролю краев опухоли и высокой степени удовлетворенности пациенток. Другим направлением в развитии хирургии РМЖ стало совершенствование техники мастэктомии в сочетании с реконструкцией молочной железы. Вариантов выполнения реконструкции предложено огромное количество. Как на один из возможных, следует указать на кожесберегающую РМЭ, которая подразумевает восстановление, как формы, так и контуров органа, максимально приближенных к дооперационному уровню. Выполняют ее с использованием как собственных тканей, так и эндопротезов. При этом следует отметить, что мастэктомия не отвергнута как оперативный подход в связи с большим количеством больных РМЖ, которым противопоказано органосохраняющее лечение, или при операбельном рецидиве после ранее выполненной резекции молочной железы. В качестве точек дальнейшего прогресса хирургического лечения РМЖ можно назвать использование интраоперационной ЛТ и расширение показаний для органосохраняющих операций при неоадъювантной терапии.

Результаты. Таким образом, история лечения РМЖ прошла долгий и сложный путь от «отжигания» МЖ с опухолью до органосохраняющих хирургических вмешательств (резекции молочной железы, лампэктомии) с биопсией «сторожевого» лимфатического узла и последующего решения о проведении лимфодиссекции, выполнения онкопластических операций, разработкой комбинированных и комплексным методов лечения

с использованием противоопухолевой лекарственной и лучевой терапии, что значительно позволило увеличить безрецидивную и общую выживаемость этой сложной категории онкологических больных.

Обсуждение. В хирургическом лечении РМЖ определены пять исторических периодов. РМЖ – это наглядный пример того, как менялись наши представления о том, что вызывает рак и как его лечить на протяжении веков. В течении более 3000 лет исторического развития хирургического лечения РМЖ происходило постепенное накопление знаний о течении опухолевого процесса, морфологии опухоли, особенностях метастазирования, проводилась разработка техники, показаний, противопоказаний к мастэктомии, резекции молочной железы, лампэктомии, онкопластических операций, включение в схемы лечения лекарственной терапии в различных режимах, лучевой терапии, что привело к формированию современной концепции комбинированного и комплексного лечения РМЖ. В последние годы происходит пересмотр стратегии оперативного лечения РМЖ в сторону эстетической хирургии. В настоящее время помимо лечебных задач большое значение приобретает достижение оптимального эстетического результата. Мастэктомия, как метод хирургического лечения, будет и дальше адаптироваться к меняющемуся представлению о природе и оптимальных методах лечения рака молочной железы. В наши дни РМЖ характеризуется высокой пятилетней выживаемостью и эффективными вариантами лечения благодаря многолетним исследованиям новых лекарств, новых операций и новых подходов к диагностике, и пониманию РМЖ.

Выводы. В лечении рака молочной железы определены пять исторических этапов.

Рекомендации: Ввести в научный оборот исторические этапы хирургического лечения РМЖ.

---

565. Способ формирования ручного поперечного антирефлюксного гастроэнтероанастомоза при гастрошунтировании

Дмитриев А.В., Попов И.Б., Матвеев И.А.

Тюмень

ГБУЗ ТО «ОКБ№1»

Существенными недостатками известного способа мини-гастрошунтирования (mini-gastric bypass\MGB) и (Carbajo and Caballero), является вероятность билиопанкреатического рефлюкса из тонкой кишки в малую часть желудка с развитием рефлюкс-гастрита и эзофагита, определяющая возможность ульцерогенного и канцерогенного эффекта, а также необходимость выполнения таких оперативных приемов, как: наложение циркулярного аппаратного анастомоза (с помощью циркулярного степлера диаметром 25 мм) и наложение ручного однорядного или двурядного анастомоза, который требует введение наковальни в желудочную культю эндоскопическим или трансгастральным способом, последующим вводом степлера в тощую кишку через энтеротомию. При этом наложение циркулярного аппаратного анастомоза производят с помощью циркулярного степлера диаметром 25 мм, а наложение ручного однорядного или двурядного анастомоза выполняют методом конец в бок непрерывным швом, без наложения антирефлюксной шпоры, причем кишку рассекают в продольном направлении с пересечением циркулярных мышц, а наложение анастомоза линейным сшивающим аппаратом кассетой 45 или 60 мм выполняют гастротомией и энтеротомией, в которые вводят бранши линейного аппарата на 30 мм и прошивают степлером. Рабочий дефект ушивают вручную непрерывными швами одно- или двурядными. Кроме того, в известном способе наложения анастомозов недостатком является постоянное зияние их просвета, при котором наблюдается беспрерывная эвакуация желудочного содержимого в отводящую, а также в приводящую петлю тонкой кишки. Такая беспрерывная эвакуация желудочного содержимого в отводящую, а также в приводящую петлю тонкой кишки происходит под воздействием силы тяжести желудочного содержимого, то есть желудочного гидростатического давления. Кроме того, во время прохождения перистальтической волны по приводящей петле кишки через зону сформированного продольного гастроэнтероанастомоза происходит заброс желчи и панкреатических ферментов в культю желудка, что приводит к воспалению слизистой оболочки культи желудка, такое отсутствие барьерной функции продольного гастроэнтероанастомоза, и к развитию демпинг-синдрома, рефлюкс-гастрита, образованию эрозий и язв. Такое нарушение эвакуаторной способности приводящей петли обусловлено перегибами и деформацией желудочно-кишечного анастомоза, поскольку после приема пищи через соустье, которое обычно шире диаметра тонкой кишки, желудочное содержимое проваливается в количестве, превышающем возможность транспортировки тонкой кишки пищевых масс, что приводит к тампонаде кишки содержимым и избыточный выход пищевых масс через продольный анастомоз тонкой кишки с желудком, что также связано с зиянием просвета такого соустья. Это может проявляться при продольном рассечении кишечной стенки и сшивании ее с культей желудка в таком положении, которое полностью исключает возможность перистальтики в зоне анастомоза. Чем шире анастомоз, тем на большем протяжении разрушена непрерывность циркулярной мускулатуры тонкой кишки, тем значительнее степень нарушения перистальтики. Таким образом, анастомозы дают хорошие результаты, но часто осложняются дуоденостазом, демпинг синдромом

и другими осложнениями.

Сформированный описанный нами поперечный гастроэнтероанастомоз лишен недостатков, поскольку стенка тонкой кишки при формировании предложенного гастроэнтероанастомоза рассекается поперечно, не пересекая и не повреждая при этом циркулярные мышцы, что повышает надежность и упрощает сформированный ручной поперечный антирефлюксный гастроэнтероанастамоз при гастрошунтировании, а также обеспечивает создание биологической герметичности и функциональности сформированного ручного поперечного антирефлюксного гастроэнтероанастамоза при гастрошунтировании. А наложенная «шпора», исключает заброс содержимого в приводящую петлю кишки.

Технологические приемы, предполагаемого изобретения способны обеспечить достижение усматриваемого заявителем технического результата, а именно: повышение надежности и простоты, создание биологической герметичности и функциональности сформированного ручного поперечного антирефлюксного гастроэнтероанастамоза при гастрошунтировании, а также точной топической диагностики.

Применение предполагаемого изобретения обеспечивает формирование ручного поперечного антирефлюксного гастроэнтэроанастомоза после лапароскопического гастрошунтирования.

В докладе представлен опыт лечения 350 пациентов данным методом.

Хирургические операции, выполненные с применением заявленного способа формирования ручного поперечного антирефлюксного гастроэнтероанастамоза при гастрошунтировании, не зафиксировали ни одного случая несостоятельности швов, что подтвердили примеры конкретного выполнения.

---

566. Сравнительная морфологическая оценка воздействия эрбиевого, неодимового и александритового лазеров на атеросклеротическую бляшку ex vivo

Добровольский Н.Л. (1), Пикиреня И.И. (1), Ермоченко В.А. (2), Рубахов К.О. (1)

Минск

1) ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»,
2) УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»

Актуальность. Проблема лазерной ангиопластики – достижение селективной деструкции атеросклеротической бляшки (АСБ) с минимизацией риска перфорации и термического повреждения стенки сосуда. Применение непрерывного лазерного излучения лимитировано неизбирательным термическим повреждением из-за превышения времени термической релаксации сосудистых структур. Импульсные режимы генерации предоставляют возможность модуляции фотомеханического (ударно-волнового) компонента абляции, потенциально минимизируя зону термического повреждения.

Сопоставление эрбиевого, неодимового и александритового лазеров мотивировано их принципиально разными механизмами взаимодействия с тканью, прямое сравнительное морфологическое исследование их воздействия на АСБ человека ex vivo ранее не проводилось.

Цель. Изучить морфологические эффекты воздействия импульсных лазеров (эрбиевый, неодимовый, александритовый) на атеросклеротическую бляшку ex vivo, определить режим, обеспечивающий оптимальный баланс между деструкцией бляшки и сохранностью подлежащих структур.

Материалы и методы. Исследование выполнено ex vivo на фрагментах (3×3 см) аутопсийной аорты с макроскопически выраженными АСБ. Каждый режим лазерного воздействия включал 5 фрагментов.

Использовали: 1) Er:YAG-лазер 2,94 мкм, 4 Гц, 3,54 / 8,77 / 14,1 Дж/см²; 2) неодимовый лазер Nd:YAP/QSw с KTP-насадкой, 4 Гц, 7,07 / 35,4 / 64,2 Дж/см²; 3) александритовый лазер 755 нм, 3 Гц, 0,77 / 1,05 / 1,77 Дж/см² 4) отдельная серия – перед воздействием александритовым лазером проводили предварительную аппликацию 0,5% раствора индоцианина зеленого (30 минут, затем промывка 0,9% раствором NaCl). Данный фотосенсибилизатор, согласно данным литературы, избирательно накапливается в липидном ядре и кальцинированном матриксе АСБ, обеспечивая селективное усиление поглощения излучения с λ = 750 нм в патологической ткани и минимизируя воздействие на интактную медию.

Продолжительность обработки каждого образца составляла 7 минут методом равномерного линейного сканирования. Гистологический анализ (фиксация 10% формалином, парафиновая проводка, окраска гематоксилин-эозин) со световой микроскопией оценивал состояние ядра, покрышки, интимы, медии и мышечных пучков.

Проводился описательный статистический анализ.

Результаты. Er:YAG-воздействие во всех режимах плотности энергии вызывало поверхностные изменения интиы (гомогенизация, гофрирование). Существенной деструкции ядра бляшки и повреждения медии не отмечено.

Неодимовый лазер при 7,07 Дж/см² вызывал повреждение ядра бляшки и покрышки, но в части препаратов - вовлечение медии. При 35,4 и 64,2 Дж/см² деструкция бляшки усиливалась, выявлялись разволокнение и надрывы мышечных пучков медии.

Александритовый лазер при 0,77 Дж/см² дезорганизовывал ядро бляшки при минимальном вовлечении подлежащих структур. Повышение плотности энергии до 1,05 и 1,77 Дж/см² усиливало разрушение бляшки, но увеличивался риск разволокнения медии. Добавление индоцианина зеленого усиливало повреждение ядра и покрышки бляшки, но уже при минимальном режиме отмечалось повреждение глубже лежащих структур; при 1,77 Дж/см² - выраженная деструкция бляшки, разволокнение медии, местами дефекты мышечной оболочки. Макроскопического уменьшения объёма бляшки не получено что, вероятно, связано с внутритканевым характером микродеструкции и отсутствием механизма эвакуации детрита в модели ex vivo.

Заключение. Наиболее благоприятное морфологическое соотношение «эффективность / безопасность» показал александритовый лазер (0,77 Дж/см², без индоцианина зеленого). Er:YAG-лазер пригоден для поверхностной обработки. Неодимовый лазер и александритовый лазер на высоких энергиях вызывают деструкцию бляшки, но ценой снижения селективности за счет вовлечения медии. Индоцианин зеленый в использованном протоколе не обеспечивал селективной хромофор-опосредованной абляции. Результаты обосновывают дальнейшую оптимизацию воздействия излучением александритовым лазером.

---

570. Клинико-функциональные результаты применения инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза при ликвидации одноствольной илеостомы

Зурнаджьянц В.А. (1), Дадаев И.С. (2), Кчибеков Э.А. (1)

Астрахань

1) ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ, г. Астрахань, Россия
2) Государственное бюджетное учреждение республики Дагестан «Городская клиническая больница»

Цель работы. Провести оценку клинической и функциональной эффективности применения разработанного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза при восстановлении непрерывности кишечника у пациентов с функционирующими одноствольными илеостомами.

Материалы и методы. Проспективное сравнительное исследование охватило 63 больных с функционирующими одноствольными илеостомами, прооперированных. Средний возраст пациентов — 70 лет, соотношение полов сопоставимо. В зависимости от применённой хирургической техники сформированы три группы наблюдения: группа 1 (n=32) — авторский инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз с оригинальным способом ушивания постстомальной раны (патенты РФ №2793389 и №2821346); группа 2 (n=23) — ручной двухрядный анастомоз «бок в бок»; группа 3 (n=8) — механический анастомоз с использованием линейного сшивающего аппарата. Сравнительный анализ включал длительность вмешательства, структуру ранних и поздних осложнений, продолжительность стационарного лечения, экономические показатели, частоту синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) (водородный дыхательный тест с лактулозой) и динамику качества жизни по опроснику SF-36 через 12 месяцев.

Результаты. Средняя продолжительность операции в основной группе составила 76,8±5,9 мин против 85,1±11,4 и 98,0±8,4 мин в группах сравнения (p

---

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Российская Академия Наук

МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА

РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ

Боткинская
Больница
Москва 1910
Московский многопрофильный
научно-клинический центр
имени С.П. Боткина

ФГБУ
«НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России

РМАНПО