

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»  
Кафедра факультетской хирургии

---

# **ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ,  
ТРАВМАТОЛОГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ**

*Материалы  
конференции молодых учёных*

*Москва, 28 апреля 2016 г.*

Москва  
Российский университет дружбы народов  
2016

УДК 617-089(063)  
ББК 53/57  
В49

Утверждено  
РИС Ученого совета  
Российского университета  
дружбы народов

Ответственный за выпуск –  
доктор медицинских наук, профессор *Н.В. Лебедев*

В49 **Виноградовские чтения. Актуальные проблемы хирургии, травматологии, анестезиологии и реаниматологии** : материалы конференции молодых учёных. Москва, 28 апреля 2016 г. / отв. за вып. Н. В. Лебедев. – Москва : РУДН, 2016. – 46 с.

ISBN 978-5-209-07190-7

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации.

УДК 617-089(063)  
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-07190-7

© Коллектив авторов.  
Отв. за вып. Н.В. Лебедев, 2016  
© Российский университет дружбы народов,  
Издательство, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВИНОГРАДОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ (1920-1986)</b> Ю.Ф. Пауткин .....	7
<b>ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ</b> А.П. Даниел, К.С. Гаджан, М.Ю. Персов.....	11
<b>ЛЕЧЕНИЕ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ И ХРОНИЧЕСКОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА</b> В.В. Меньшиков, А.А. Эпштейн, А.А. Залян, Е.А. Беляк, А.П. Призов .....	13
<b>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</b> З.Б. Халилов, И.С. Пантелеева, Е.В. Цыганова, М.И. Борисова, А.А. Ферзаули .....	15
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ</b> К.А. Сапрыкина .....	17
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА ДИНАМИЧЕСКОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ</b> И.М. Щербаков, Д.А. Зюзин, И.А. Кузькин.....	19

<b>ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ-РЕГУЛЯТОРОВ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО БИОГЕНЕЗА И ПРОТЕОЛИЗА В СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АЭРОБНЫХ И СИЛОВЫХ УПРАЖНЕНИЙ</b>	
Е.М. Леднев, Т.Ф. Вепхвадзе.....	20
<b>ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА</b>	
Куирога Фелипез Марсело.....	22
<b>ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ШКАЛА АЛЬВАРАДО</b>	
Нганду Давид.....	26
<b>НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА</b>	
В.С. Богданов, В.С. Заречина.....	28
<b>ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНОЙ ТРАВМОЙ: КРИТЕРИИ ОБЪЕКТИВНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ</b>	
А.С.Абилемец .....	31
<b>ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
А.В. Дынников, П.Ю. Соколова.....	32
<b>ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И БОЛЬШОМ СОСОЧКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b>	
Е.Ю. Садовникова, М.Ю. Персов.....	35

<b>АНАЛИЗ ДОСТОВЕРНОСТИ ШКАЛЫ МАНГЕЙМСКОГО ИНДЕКСА ПЕРИТОНИТА В ОЦЕНКЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА</b>	
Е.К. Гайдукевич.....	37
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ</b>	
Р.Р. Туганов, А.П. Даниел.....	39
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ</b>	
А.С. Джугурян, Е.Ж. Покровский.....	41
<b>ОБЪЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ ЭНЕРГОПОТРЕБНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</b>	
О.Л. Бессолицына, Д.Б. Шанджугсинг.....	43
<b>КОНТРОЛЬ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БЛОКА ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ</b>	
В.А. Васильева, Р. Мохан, Г.Р. Махмутова, Е.А. Иваненко .....	44
<b>ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ</b>	
И.О. Корпачев, Ф.Я.Канестри, Е.Н.Кондращенко.....	46
<b>ЛЕЧЕБНАЯ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</b>	
И.А. Шарина .....	47

<b>РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮТАМИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b>	
М.Ф. Накаде, М.Н. Сторчай, Р. Мохан .....	<b>49</b>
<b>РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ</b>	
А.А. Литинский .....	<b>50</b>

**ВИНОГРАДОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ  
(1920-1986)**

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой хирургии с 1963 по 1986 гг.

Владимир Владимирович Виноградов родился 24 января 1920 г. в семье известного ученого и врача, академика АМН СССР В.Н. Виноградова. В 1941 г. он окончил сокращенный в связи с войной курс 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. До 1945 г. работает в Центральном институте переливания крови, принимая активное участие в организации службы переливания крови в Советской Армии. С 1942 по 1945 г. В.В. Виноградов находится в действующей армии, выполняет работу по заготовке крови, испытывает различные кровезаменители, занимается организацией армейской станции переливания крови, изучает проблему травматического шока. За работу во фронтовых условиях он был награжден орденом Красной Звезды и медалями.

В 1947 г. В.В. Виноградов досрочно заканчивает аспирантуру и защищает кандидатскую диссертацию на тему «Опыт переливания сыворотки при шоковых состояниях», в которой обобщен опыт, приобретенный им на фронте.

С 1947 г. В.В. Виноградов работает в факультетской хирургической клинике им. С.И. Спасокукоцкого 2-го медицинского института под руководством академика А.Н. Бакулева, где последовательно занимает должности ординатора, ассистента, доцента. В 1957 г. успешно защищает докторскую диссертацию «Опухоли и кисты поджелудочной железы».

В 1959 г. В.В. Виноградов стажировался в Италии и Франции, где в клиниках Вольдони, Дольотти, Мале-Ги специализируется по хирургии печени, желчных путей, поджелудочной железы.

С 1960 г. он работает старшим научным сотрудником Института хирургии им. А.В. Вишневского и одновременно является научным руководителем хирургического отделения Центральной больницы Минздрава РСФСР.

С 1963 г. до последнего дня жизни В.В. Виноградов возглавлял созданную им кафедру хирургии в Университете дружбы народов.

Владимир Владимирович Виноградов был одним из ведущих хирургов СССР, занимающихся проблемой хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы. Поэтому основной научной тематикой кафедры стало совершенствование методов диагностики и хирургической техники при лечении заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы. Под его руководством были разработаны и внедрены в клиническую практику различные методики лечения этих органов.

- чреспеченочной холангиографии;
- операционной диагностики патологических изменений желчных протоков (холангиографии, манометрии, кинезиметрии, фиброхоледоскопии);
- эндоскопической холангиографии; лапароскопической диагностики заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы;
- ангиографического исследования (целиакографии) для выявления заболеваний поджелудочной железы;
- были начаты попытки использования ультразвукового исследования (одномерного) для выявления камней в желчном пузыре;
- одновременно разрабатывались методики операций на желчных протоках и начато лечение больных со стриктурами желчных протоков воспалительной этиологии.

Накопленный на кафедре клинический материал позволил выработать лечебную тактику при холедохолитиазе, стенозе БДС, дать оценку операциям

холедохотомии, папиллосфинктеротомии, гепатикохоледохотомии и холедоходуонотомии.

Одним из направлений научной работы кафедры стала разработка тактики лечения больных с механической желтухой как доброкачественной, так и злокачественной этиологии. Накопленный большой клинический материал позволил сформулировать основные рекомендации по лечению этих больных для практической медицины.

Много внимания было уделено вопросам диагностики и тактики лечения заболеваний поджелудочной железы. Так, для лечения острого панкреатита была проведена большая работа по внедрению в клиническую практику метода местной желудочной гипотермии, а для диагностики опухолевых процессов в ткани поджелудочной железы была разработана методика контрастирования ее сосудов – целиакография.

Под руководством профессора В.В.Виноградова на кафедре было защищено 3 диссертации на соискание доктора медицинских наук и 18 – на соискание кандидата медицинских наук.

Кафедра развивала широкие связи с зарубежными хирургами. Ее гостями были хирурги из Италии, Франции и Юго-Восточной Азии.

В.В. Виноградова отличали яркий талант ученого-хирурга и педагога, широкая эрудиция, сочетавшееся с умением выделить главное звено в решении научных проблем, целеустремленность, трудолюбие и постоянное стремление направить научную деятельность на решение задач практической хирургии.

Труды В.В. Виноградова оказали значительное влияние на развитие хирургии органов гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зоны в СССР и получили широкое признание за рубежом.

Сегодня многие ученики и последователи В.В. Виноградова успешно работают во многих областях России,

в странах СНГ, а также более чем в 100 странах дальнего зарубежья, воплощая в жизнь и развивая его идеи. Под его руководством защищено более 40 кандидатских и 20 докторских диссертаций. Он неоднократно награждался медалями ВДНХ СССР. В 1977 г. ему присвоено звание заслуженного деятеля науки Узбекской ССР.

Много сил и энергии отдавал В.В. Виноградов деятельности в общественных организациях хирургов. В течение многих лет он был членом правления Всесоюзного общества гастроэнтерологов и председателем ревизионной комиссии хирургического общества России и Москвы. Выражением уважения зарубежных хирургов и признание вклада Владимира Владимировича в развитие хирургии является избрание его действительным членом Международного общества хирургов, членом-корреспондентом Международного общества хирургов-гастроэнтерологов, почетным членом Общества хирургов Лигурии (Италия).

Профессор Ю.Ф. Пауткин

## **ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

А.П. Даниел, К.С. Гаджан, М.Ю. Персов  
Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Целью нашего исследования явилось изучение непосредственных причин летальности при остром деструктивном панкреатите.

Исследование было проведено в отделениях хирургии и реанимации ГКБ 64 г. Москвы. В исследование вошли 75 пациентов: 45 мужчин и 30 женщин возрастной группы от 21 до 90 лет, которые были госпитализированы в 2014 – 2015 г.

Из 75 пациентов с острым деструктивным панкреатитом 18 (24%) пациентов скончались, 57 (76 %) выписаны.

Распределение больных по возрастным группам было в целом равномерным по количеству, за исключением возраста группы наиболее молодых пациентов в возрасте 21-30 лет.

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице №1

Наибольшее количество пациентов 43 (57.3 %) из 75 пациентов поступили в тяжелом состоянии.

Большинству пациентов 69 (93%) были выполнены различные оперативные вмешательства: лапароскопия с дренированием брюшной полости 55 (66%), лапаротомия дренирования сальниковой сумки 13 (16%), ЭРХПГ, ЭПСТ со стентированием холедоха 15 (18%).

В основном (61 пациентов) выполнялись интраабдоминальные вмешательства, доля которых суммарно составляет 82%.

В ходе детального изучения историй болезней, анамнеза выявлено что 46% (34) пациентов страдали из-за хронической алкогольной интоксикации, 28% (21) пациентов имел билиарный генез заболевания, 25% (19) - из-за

нарушения диеты и в 1.3% (1) случае выявлена опухоль поджелудочной железы.

Летальный исход зарегистрирован у 18 пациентов (24 %), из них в первые 9 суток стационарного лечения погибли 10 пациентов (55.5 %), позднее 9 суток скончались 6 больные (43.5 %).

Сроки наступления смерти представлены на диаграмме №4

На основании изучения историй болезни, лабораторных показателей, результатов аутопсий выявлено причины что во всех случаях смерть наступил в результате развития выраженной эндогенной интоксикации генез которой был различен. Распределение умерших пациентов по полу в зависимости от причинной эндогенной интоксикации представлено в таблице №2.

**Таблица №2**

	<b>Причины</b>	<b>Мужчин</b>	<b>Женщин</b>
Эндогенная интоксикация	Панкреатогенный шок	3	2
	Поздние гнойно-септические осложнения	3	5
	СПОН	5	0
	Всего	11	7

\* Синдром полиорганной недостаточности

Согласно полученным результатам, основной причиной, приведшей к смерти больных явилась панкреатогенная интоксикация, выявленная у всех 18 пациентов, генез которой различен.

С учетом вышеизложенного одним из основных направлений снижения летальности при остром

деструктивном панкреатите представляется проблема уменьшения уровня эндогенной интоксикации у данной категории больных.

**ЛЕЧЕНИЕ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ  
И ХРОНИЧЕСКОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ  
НЕСТАБИЛЬНОСТИ  
ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА**

В.В. Меньшиков, А.А. Эпштейн,  
А.А. Залян, Е.А. Беляк, А.П. Призов  
(руководители: проф., д.м.н. Ф.Л. Лазко,  
к.м.н. М.А. Абдулхабиров)

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН

Повреждения и заболевания голеностопного сустава является актуальной проблемой в современной травматологии и ортопедии. В Великобритании на травмы голеностопного сустава приходится 10% от всех обращений за медицинской помощью, выявляется 300 000 случаев в год (800 в день). Наиболее частой причиной обращения является нестабильность в голеностопном суставе. Эта травма чаще происходит у молодых и активных людей.

Острая травма в сочетании с переломом наружной лодыжки у 71% больных приводит к развитию хронической латеральной нестабильности голеностопного сустава, у 19%-21% пациентов, хроническая нестабильность развивается после острой травмы, не связанной с переломом лодыжек.(Van Bergen, van Dijk 2014г).

Голеностопный сустав имеет статические и динамические факторы стабилизации. Вследствие острой травмы происходит повреждение комплекса передней таранно-малоберцовой, пяточно-малоберцовой связки,

капсулы, что приводит к хронической латеральной нестабильности.

Рентгенологические методы нацелены на изучение костных структур, таких как наружная и внутренняя лодыжки, передний и задний край большеберцовой и таранной кости. Для этого применяется передняя, боковая, дополнительная боковая проекция в положении стопы в эквинусе, компьютерная томография (для исключения костных дефектов) в том числе и 3D, МРТ для исключения повреждения наружного связочного аппарата.

Лечение хронической нестабильности голеностопного сустава включает неанатомическое восстановление и анатомическое восстановление: При возможности, операцией выбора должна быть операция Брострома, т.е. анатомическое восстановление. Результаты неанатомической реконструкции хуже, так как уменьшается объем движений, меняется кинематика походки. (Постнов Ю.Г., Голубев В.Г.).

Импрессия таранной кости возникает в результате избыточной компрессии, вследствие контакта с плотной кортикальной большеберцовой и малоберцовой костью. Как следствие, возникает нарушение конгруэнтности суставных поверхностей голеностопного сустава, приводящей к нестабильности.

В качестве оперативного лечения используется замещение дефекта таранной кости имплантом HemiCAP, который используется для предотвращения боли и образования кисты.

Наличие остеохондрального дефекта, повреждение передней таранно-малоберцовой и пяточно-малоберцовой связки, а также другие факторы (состояние мягких тканей, возраст, степень активности) определяют тактику лечения пациентов с хронической латеральной нестабильностью голеностопного сустава.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**З.Б. Халилов, И.С. Пантелеева, Е.В. Цыганова,  
М.И. Борисова, А.А. Ферзаули**

**Российский университет дружбы народов. Центральная  
клиническая больница Российской Академии наук. Москва**

**Цель:** изучить особенности рака толстой кишки у пациентов пожилого и старческого возраста, проанализировать ранние послеоперационные осложнения у больных старше 60 лет, оперированных лапароскопическим методом.

**Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов старше 60 лет, с диагнозом рак толстой кишки, за период с 2012 по 2013 гг. Общее число пациентов 17, из них 7 пожилого и 10 старческого возраста. Средний возраст оперированных пациентов составил  $77 \pm 5,6$  лет. Мужчин было – 7, женщин – 10.

У 6 (35,3%) больных диагностирована III стадия заболевания, у 3 (17,6%) – IIА, частота других стадий рака толстой кишки не превышала 12% по каждой стадии. Двум (11,8%) больным с IV стадией заболевания была выполнена циторедуктивная операция.

По локализации опухоли рак сигмовидной кишки выявлен у 4 (23,5%) больных, рак ректо-сигмоидного отдела слепой кишки у 4 (23,5%), рак слепой кишки у 3 (17,7%), поперечно-ободочной кишки у 3 (17,7%), рак восходящего отдела ободочной кишки, селезеночного изгиба и средней трети прямой кишки – по 1 (6%) больному.

У всех больных выявлены 2 и более сопутствующих заболевания. Наиболее часто выявляли ГБ (у 80% больных) и стенокардию напряжения (у 45%). Постинфарктный

кардиосклероз выявлен у 4 (23,5%) больных, нарушения сердечного ритма – у 4 (23,5%), анемия – у 4 (23,5%), ХОБЛ – у 3 (17,6%) пациентов.

**Результаты.** Всем больным выполнены лапароскопически – ассистированные операции: правосторонняя гемиколэктомия – 7, передняя резекция прямой кишки – 5, резекция сигмы – 4, левосторонняя гемиколэктомия. У 1 больного (6%) выполнена конверсия доступа в связи с вовлечением брыжеечных сосудов в опухолевый конгломерат. Средняя продолжительность операции составила  $187 \pm 46$  мин.

У 1 больного на 2-е сут. после операции диагностирован тромбоз глубоких вен голени, вылечен консервативно. 1 больной на 4-е сутки после операции повторно оперирован по поводу несостоятельности илиотрансверзоанастомоза, распространённого фибринозного перитонита. Частота ранних послеоперационных осложнений составила 11,8%. Длительность послеоперационного периода  $10,3 \pm 4,7$  суток.

Послеоперационная летальность составила 11,8%. 1 больной 73 лет с несостоятельностью илиотрансверзоанастомоза умер на 12 сутки от нарастающей сердечно-лёгочной недостаточности. 1 больной 67 лет с тяжелой формой сахарного диабета 2 типа умер на 8-е сутки после резекции сигмы от нарастающих явлений полиорганной недостаточности.

**Вывод:** выполнение лапароскопических операций при раке толстой кишки у больных старше 60 лет возможно при тщательном отборе пациентов, компенсации сопутствующих заболеваний и интраоперационном мониторинге состояния пациента.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
ПОСЛЕ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСТЕОСИНТЕЗА  
НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО  
ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

К.А. Сапрыкина

Факультет фундаментальной медицины Московского  
государственного университета имени М.В.Ломоносова,  
кафедра общей и специализированной хирургии, г. Москва

В последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа переломов проксимального отдела бедренной кости. Летальность среди этих больных по данным ВОЗ составляет 12–15 %. Это связано с тем, что переломы вертельной и подвертельной области у пациентов пожилого возраста отягощены тяжелой сопутствующей патологией. Оперативное лечение таких переломов позволило значительно сократить летальность и стало методом выбора. Однако у части пациентов, оперированных по поводу вертельных и подвертельных переломов проксимального отдела бедренной кости (тип АО А1), спустя 9-12 месяцев после операции появляются жалобы на хромоту в оперированной конечности.

Клиническая база исследования представлена данными 90 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, которым был произведен динамический интрамедуллярный остеосинтез штифтом TargonPF. Проведенные через 9-12 месяцев после операции обследования выявили наличие жалоб на хромоту и боли при ходьбе у 64 пациентов. При более детальном обследовании был выявлен положительный симптом Тренделенбурга. В зависимости от выраженности симптома Тренделенбурга пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа — отрицательный симптом Тренделенбурга — 20 пациентов, 2 группа — положительный без функциональных проявлений — 27 пациентов, 3 — выраженный положительный с

функциональными проявлениями — 43 пациента. Наличие жалоб на боли при ходьбе и хромоту коррелирует с клинически выявляемым положительным симптомом Тренделенбурга в 93,2% случаев. Был проведен детальный анализ рентгенограмм, показавший укорочение шейки бедренной кости через 12 месяцев после операции, и анализ качества физического функционирования при помощи опросника SF 36. Для 1 группы среднее укорочение шейки бедренной кости составило 0,53 см, среднее количество баллов — 28,05. Для 2 группы среднее укорочение шейки бедренной кости составило 0,632 см, среднее количество баллов — 26,84. Для 3 группы среднее укорочение шейки бедренной кости составило 1,078 см, среднее количество баллов — 21,368. Было сделано предположение о связи развития хромоты и положительного симптома Тренделенбурга с укорочением шейки бедренной кости. Развитие положительного симптома Тренделенбурга могло быть обусловлено изменением положения точки прикрепления средней ягодичной мышцы к верхушке большого вертела бедренной кости в связи с изменением топографо-анатомических соотношений.

Коэффициент корреляции Спирмана между значениями абсолютного укорочения длины шейки бедренной кости и количеством баллов согласно опроснику SF 36 составил - 0,957 ( $p=0,0010$ ), следовательно, существует достоверная связь между этими двумя показателями. На основании этих данных можно сделать вывод о том, что чем больше укорачивается шейка бедренной кости, тем большие физические отклонения наблюдаются у пациента.

Полученные данные свидетельствуют о частом возникновении симптома Тренделенбурга как проявления заживления переломов проксимального отдела бедра после динамического интрамедуллярного остеосинтеза. В связи с этим необходимо поставить вопрос об оптимизации конструкции динамических фиксаторов и разработке

специализированных программ реабилитации для этих пациентов, так как полный отказ от динамического остеосинтеза повлечет за собой неизбежное значительное ухудшение результатов лечения переломов проксимального отдела бедренной кости.

### **ПРЕИМУЩЕСТВА ДИНАМИЧЕСКОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

И.М. Щербаков, Д.А. Зюзин, И.А. Кузькин  
Московский государственный университет имени  
М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины,  
кафедра общей и специализированной хирургии

Цель исследования: определить свойства динамического фиксатора в процессе консолидации перелома.

Объект и методика исследования: в настоящем исследовании проводилось изучение объемной модели чрезвертельного перелома бедренной кости, фиксированного динамическим фиксатором TargonPF, с использованием метода конечных элементов. Измеряемыми параметрами являлись величина и направление смещения элементов системы, величина давления в зоне контакта отломков и распределение напряжений von Mises в области металлофиксаторов в зависимости от погружения динамического винта относительно втулки фиксатора.

Результаты: совокупность полученных данных показала, что в процессе сращения перелома и укорочения оси шейки бедренной кости на 10 мм стабильность системы «кость-металлофиксатор» возрастает, на что указывает уменьшение деформации системы под нагрузкой на 16,8%, уменьшение напряжения в элементах фиксатора на 20,2% и снижение давления в зоне контакта отломков на 19,8%. Это

приводит к уменьшению «паразитной» подвижности системы в процессе динамизации и создает оптимальные условия для консолидации перелома (под «паразитной» подвижностью мы понимаем подвижность отломков и элементов металлофиксатора, нарушающих процесс сращения, в случае чрезвычайных переломов типа 31-A1.1 по классификации АО/ASIF это прежде всего угловые смещения отломков).

Вывод: применение математического моделирования с использованием метода конечных элементов позволило объективно обосновать использование динамического фиксатора как метода, позволяющего добиться анатомических предпосылок для восстановления функции, снизить риск несращения перелома и избежать повторных операций.

**ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ-РЕГУЛЯТОРОВ  
МИТОХОНДРИАЛЬНОГО БИОГЕНЕЗА  
И ПРОТЕОЛИЗА В СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЕ ЧЕЛОВЕКА  
ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ  
АЭРОБНЫХ И СИЛОВЫХ УПРАЖНЕНИЙ**

Е.М. Леднев, Т.Ф. Вепхвадзе

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, ФГБУН ГНЦ РФ – Институт медико-биологических проблем РАН. Г. Москва.

Научные руководители: Дубров В.Э., д.м.н., проф.; Попов Д.В., к.б.н., с.н.с.

Аэробные нагрузки увеличивают окислительные возможности мускулатуры и положительно влияют на сердечно-сосудистую систему и углеводно-жировой обмен. В связи с этим подобные нагрузки распространены в физической культуре, спорте и реабилитации пациентов с разной патологией. Уже однократная аэробная нагрузка

приводит к росту экспрессии генов, ассоциированных с митохондриальным биогенезом – *PGC-1 $\alpha$* , *TFAM*, *TFB1M* и *TFB2M*. Вместе с тем такая нагрузка вызывает активацию транскрипционного фактора FOXO1, отвечающего за увеличение экспрессии генов мышечных E3 лигаз *MuRF*, *MAFbx*, что может привести к уменьшению размеров мышечных волокон и силы. В свою очередь силовые нагрузки стимулируют синтез и ингибируют протеолиз мышечных белков. В нашей работе была исследована возможность модуляции эффектов однократной аэробной нагрузки с помощью коротких высокоинтенсивных силовых упражнений, выполняемых сразу после аэробного упражнения.

9 спортсменов-любителей (19-30 лет), тренирующих аэробные возможности организма, выполнили работу за 70 мин на велоэргометре (90% ПАНО). Через 10 мин после аэробной нагрузки одной ногой выполнялись силовые упражнения – разгибания ноги в коленном суставе (75% МПС, 12x5 раз, отдых между повторами 4 мин). До аэробной нагрузки, через 40 мин, 5 ч и 22 ч после нее брались биоптаты из *m. vastus lateralis* обеих ног. Из мышечных проб выделяли РНК и анализировали экспрессию генов, ассоциированных с митохондриальным биогенезом (*PGC-1 $\alpha$* , *TFAM*, *TFB2M*), протеолизом (*MAFbx*, *MuRF*), синтезом белка (*IGF-1E $\alpha$* ) и референсных генов (*GAPDH*, *RPLP0*) методом ПЦР в реальном времени.

Уровень экспрессии *PGC-1 $\alpha$*  – ключевого регулятора митохондриального биогенеза – на 5 ч восстановления увеличился сопоставимо в мышцах обеих ног. Уровень экспрессии *TFAM* (гена-мишени белка PGC-1 $\alpha$ ) вырос на 5 ч и 22 ч после аэробной нагрузки и не изменился после комбинированной нагрузки. Уровень экспрессии *TFB2M* не изменился в мышцах обеих ног. Уровень экспрессии гена *MuRF* увеличился в 2,5 раза к 40 мин восстановления после аэробной нагрузки. Использование дополнительной силовой

нагрузки подавило этот эффект. Уровень экспрессии гена *MAFbx* после аэробной нагрузки не изменился, а после комбинированной понизился. Уровень экспрессии регулятора миогенеза гена *IGF-1Eα* не изменился в мышцах обеих ног.

Полученные результаты подтверждают предположение, что добавление коротких высокоинтенсивных силовых нагрузок к аэробным позволяет на уровне транскрипции ингибировать активацию катаболизма мышечных белков, индуцированного аэробной нагрузкой. При этом комбинированные нагрузки снижают экспрессию некоторых генов, ответственных за регуляцию митохондриального биогенеза, в сравнении с аэробными упражнениями.

## **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА**

Куирога Фелипез Марсело

Кафедра факультетской хирургии РУДН, Москва  
(куратор – профессор Ю.Ф. Пауткин)

### **Актуальность проблемы.**

Активное внимание к проблеме лечения больных с острой непроходимостью кишечника определяется частотой данной патологии, которая в настоящее время наблюдается у 6-9% urgentных больных.

В среднем летальность среди больных, оперированных по поводу острой непроходимости кишечника, составляет около 15%

**Материалы исследования:** нами проанализированы результаты лечения 77 больных, поступивших в ГКБ №64 с острой непроходимостью кишечника за период с июня 2015г по январь 2016г, которым применялась принятая в больнице лечебная тактика.

Среди 77 больных мужчин было 42 (54,5%), женщин – 35(45,5%). Возраст поступивших больных колебался от 19

лет до 80 лет. При этом 75% больных были в возрасте старше 65 лет.

Тонкокишечная непроходимость различного генеза (спаечный процесс, заворот кишки, инвагинация, фитобезоар) имела место у 45 (58,4%) больных, толстокишечная (опухолевая) непроходимость выявлена в 32(41,6%) случаях

Все больные были оперированы. Им были выполнены различные виды оперативных вмешательств, соответственно характеру патологического процесса.

В послеоперационном периоде умерло 7 пациентов. Летальность составила 9,1%. Причинами ее стали прогрессирующая опухолевая интоксикация, а также развившиеся нарушения функции сердечнососудистой и легочной систем. При этом все умершие больные были в возрасте от 58 до 80 лет.

**Лечебная тактика** при острой кишечной непроходимости, принятая в ГКБ №64, заключалась в следующем.

При установленном диагнозе **странгуляционной** и **смешанной** форм непроходимости кишечника и отсутствии у больного признаков нарушения функции жизненно важных органов и электролитных нарушений – **экстренная операция** (во время операции корректируют электролитные нарушения, устраняют причину непроходимости, при раздутых петлях кишечника – назоинтестинальный зонд). В послеоперационном периоде продолжают инфузионную терапию.

Если при указанных формах тонкокишечной непроходимости у больного выявлены признаки нарушения функции жизненно важных органов, есть расстройства водно-солевого обмена, а с момента заболевания прошло не более 6 ч, его госпитализируют в ОИТ для подготовки к операции, которая включает в себя инфузионную терапию для компенсации водно-электролитных нарушений,

обязательное промывание желудка, интубацию зондом тонкой кишки, катетеризацию мочевого пузыря, лабораторное исследование крови.

*Общее время подготовки больного к операции не более 1-2 часов.*

Если установлен диагноз **спаечной** тонкокишечной непроходимости с четкой клинической картиной заболевания и у больного нет выраженных признаков нарушения функции жизненно важных органов, а с момента начала заболевания прошло 12 и более часов, больного *подают в операционную* (во время операции проводят коррекцию электролитных нарушений, ликвидируют причину непроходимости, в тонкую кишку устанавливают постоянный зонд).

Если установлен диагноз **спаечной** тонкокишечной непроходимости, а клиническая картина заболевания нечеткая, с момента заболевания прошло не более 6-8 ч, и у больного нет выраженных признаков нарушения функций жизненно важных органов – *больного госпитализируют в общее хирургическое отделение*, где необходимо: выполнить лабораторное исследование крови, дать жидкий барий (лучше холодный водный раствор контрастного препарата), сделать паранефральную новокаиновую блокаду, провести инфузионную терапию, выполнить стимуляцию функции кишечника, сделать очистительную клизму.

В случае использования контрастного раствора через 6 ч, а жидкого бария – через 12 ч от момента контрастирования кишки, необходимо сделать обзорную рентгенограмму брюшной полости для контроля прохождения контрастной взвеси по ходу кишки.

*При получении эффекта от лечения* (отхождение из кишки большого количества кала и газа, исчезновение болей в животе, уменьшение вздутия живота, прекращение рвоты) – **консервативная терапия**, *при отсутствии эффекта от лечения* – **операция**, направленная на устранение механического препятствия.

При четкой клинической картине **полной обтурационной непроходимости**, когда с момента появления ее симптомов прошло более 24 ч, но у больного нет перитонеальных симптомов, его госпитализируют в ОИТ, где проводят коррекцию электролитных нарушений, восстанавливают функцию жизненно важных органов. При этом обязательно промывают желудок, вводят постоянный зонд в тонкую кишку, катетеризируют мочевой пузырь. Одновременно исследуют показатели крови и контролируют динамику электролитных нарушений.

*Общее время подготовки такого больного к операции составляет 3-4 часа.*

В тех случаях, когда имеется подозрение на наличие толстокишечной непроходимости, но четкой картины полной обтурации кишки нет, больного госпитализируют в общее хирургическое отделение, где ему делают очистительную *сифонную* клизму, после чего направляют в рентгеновский кабинет для выполнения ирригоскопии (при наличии эндоскопического отделения больному выполняют колоноскопию).

При подтверждении отсутствия полной обтурации кишки – консервативная терапия с динамическим наблюдением за клинической картиной.

Если на протяжении 24 ч положительной динамики в клинической картине нет – срочная операция. Объем оперативного вмешательства определяет локализация опухолевого процесса.

**Заключение.** Учитывая, что у 77 больных, поступивших в ГКБ №64 с различными видами острой кишечной непроходимости, послеоперационная летальности составила 9,1%, что ниже средней послеоперационной летальности по России (около 15%), можно утверждать, что разработанная в больнице при данном патологическом процессе лечебная тактика может быть рекомендована для внедрения в клиническую практику.

## **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ШКАЛА АЛЬВАРАДО**

Нганду Давид

Кафедра факультетской хирургии РУДН, Москва  
(Руководитель - д.м.н., профессор Н.В. Лебедев)

**Введение:** Острый аппендицит — вторая по частоте причина госпитализации в хирургический стационар по неотложным показаниям и первая — по количеству выполняемых неотложных операций. Социальная значимость проблемы острого аппендицита обусловлена его высокой распространенностью. Своевременное оказание квалифицированной помощи является ключевым моментом в восстановлению работоспособности и возвращению больного к полноценной жизни. В настоящее время в клинической практике многие хирурги используют шкалу Альварадо, которая по их мнению помогает в диагностике острого аппендицита и выбору оптимальной тактики лечения. Однако в последние годы к результатам шкалы Альварадо дополняют результаты полученные при дополнительных методах исследования, при частности УЗИ, КТ и МРТ.

**Цель исследования:** Цель нашей работы заключается в ретроспективный анализ результатов лечения больных поступивших в клинику с диагнозом острый аппендицит с прицелом на частоту «ненужных аппендэктомии», и возможные послеоперационные осложнения.

А также изучить достоверность шкалы Альварадо в диагностике острого аппендицита.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведен ретроспективный анализ результатов диагностики 164 больных, поступивших в ГКБ №64 в период первого полугодия 2015 года, из них 98 были оперированы по поводу острого аппендицита, а остальных 66 были выписаны из больницы после того как диагноз острого аппендицита не подтверждался.

Результаты исследования: Как видно из таблице, аппендэктомия была выполнена по поводу деструктивной формы острого аппендицита у основной массы больных (92 или 93,8%). А при анализе формы аппендицита в зависимости от шкала Альварадо очевидно, что шкала мало информативная в диагностике острого аппендицита, так как в результате работы, мы отмечаем, что 56% больных набрали менее чем 7 баллов. Таким образом, основывая тактики хирурга только на результаты шкалы Альварадо, лишь только 33 % больных можно было диагностировать с деструктивной формой острого аппендицита.

Лапароскопическая аппендэктомия является рекомендуемым способом минимального инвазивного выполнения аппендэтомии для хирургических стационаров, имеющих соответствующие техническое оснащение и подготовленных хирургов, и при отсутствии у пациентов противопоказания. За период первого полугодия у 89% больных была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Послеоперационные осложнения не наблюдали. Средняя продолжительность койко - дня: 9,85

Таблица  
Соответствие баллов шкалы Альварадо формам острого аппендицита.

Балл Альварадо	Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный	Всего
от 1 до 4	4	21	3	28 (28%)
от 5 до 6	1	24	7	32 (33%)
от 7 до 8		27	4	31 (32%)
от 9 до 10	1	3	3	7 (7%)
Всего	6	75	17	98

Послеоперационные осложнения наблюдались в одном случаев (1,01%) - инфильтрат послеоперационного рубца.

Средняя продолжительность койко - дня: 5

Из 66 больных, у которых острый аппендицит был отвергнут 73% (48 больных) набрали меньше 5 баллов по шкале Альварато, делая возможно исключить наличие острого аппендицита, и только лишь 27 % из этих нуждались в наблюдении для исключения наличия деструктивного аппендицита.

#### **Выводы**

Результаты шкалы Альварато отдельно не достаточны для диагностики с высокой точностью острого аппендицита, дополнительные инструментальные методы диагностики необходимые для точной диагностики.

Лапароскопическая аппендэктомия остается методом выбора при остром аппендиците когда стационар имеет техническое оснащение и подготовленных специалистов.

Обосновано проведение динамическое клиническое наблюдение пациентов и лабораторный мониторинг при подозрением на острый аппендицит.

### **НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

В.С. Богданов, В.С. Заречина

Кафедра факультетской хирургии РУДН, Москва  
(руководитель – д.м.н., профессор Н.В. Лебедев)

**Введение:** острый аппендицит является наиболее часто встречающимся острым хирургическим заболеванием. В настоящее время в диагностике острого аппендицита за рубежом используют шкалу Альварато, которая, по мнению её создателя и некоторых авторов (Alvarado A. (1986), Tan WJ (2015) Venkateshwar P. (2015)) помогает в диагностике данного заболевания и выбору оптимальной тактики лечения. В последние годы, как дополнение к клиническому осмотру, всё большее распространение получают более современные

методы диагностики данного заболевания – УЗИ и КТ (Tan WJ, Acharyya S (2015), J Roentgenol. (2015).

**Цель исследования:** выяснить целесообразность использования шкалы Альварато и, как дополнение к клинической диагностике, УЗИ для дифференциальной диагностики различных форм острого аппендицита..

**Материалы и методы исследования:** нами проведен ретроспективный анализ результатов диагностики 195 больных, перенёсших аппендэктомия в клинике факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ №64 в 2015 году.

**Результаты исследования:** По поводу острого аппендицита было прооперировано 195 больных. Распределение больных по шкале Альварато в зависимости от формы острого аппендицита представлено в таблице 1.

**Таблица 1.**

Распределение форм острого аппендицита в зависимости от баллов по шкале Альварато (в скобках % от всех больных с данным баллом)

Балл Альварато	Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный	Всего
от 1 до 4	6 (16%)	29 (76%)	3 (8%)	38 (19%)
от 5 до 6	3 (4%)	64 (87%)	7 (9%)	74 (38%)
от 7 до 8	4 (6%)	48 (75%)	12 (19%)	64 (33%)
от 9 до 10	0 (0%)	17 (89%)	2 (11%)	19 (10%)
Всего	13 (7%)	158 (81%)	24 (12%)	195

У большей части пациентов (182 или 93%) аппендэктомия была выполнена по поводу деструктивных форм острого аппендицита. Аппендэктомия при катаральной форме аппендицита произведена 13 (7%) больным.

Лапараскопическая аппендэктомия была произведена 181 пациенту (93%), открытая – 14 пациентам (7%).

За 2015 год, УЗИ было проведено в 135 (66%) случаев, из них в 51 случае (38%) не было никаких признаков патологии червеобразного отростка, в 31 случае (23%) были

выявлены косвенные признаки (парез кишечника, пневматоз кишечника, наличие жидкости в правой подвздошной области или малом тазу) и в 52 случаях (39%) визуализировался червеобразный отросток. В таблице 2, которая приведена ниже, формы острого аппендицита расположены в зависимости от баллов по шкале Альварадо с учётом результатов УЗИ.

При составлении таблицы результаты УЗИ учитывали следующим образом: нет патологии – 0 баллов, косвенные признаки (описаны выше) – 1 балл, визуализированный червеобразный отросток – 2 балла. В ходе исследования связи между ультразвуковыми признаками аппендицита и его формой выявлено не было. При использовании УЗИ распределение по разным формам острого аппендицита остаётся таким же – 9 (7%) катаральный, 104 (81%) флегмонозный, 16 (12%) гангренозный.

Таблица 2

Распределение форм острого аппендицита в зависимости от баллов по шкале Альварадо с учётом результатов УЗИ (в скобках % от всех больных с данным баллом)

Балл Альварадо	Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный	Всего
от 1 до 4	2 (11%)	16 (84%)	1 (5%)	19 (15%)
от 5 до 6	2 (6%)	27 (87%)	2 (6%)	31 (24%)
от 7 до 8	3 (8%)	28 (70%)	9 (23%)	40 (31%)
Больше 9	2 (5%)	33 (85%)	4 (10%)	39 (30%)
Всего	9 (7%)	104 (81%)	16 (12%)	195

#### **Выводы:**

УЗИ при дифференциальной диагностике различных форм острого аппендицита малоинформативна.

Использование УЗИ не позволяет снизить частоту операций по поводу катарального аппендицита.

## **ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНОЙ ТРАВМОЙ: КРИТЕРИИ ОБЪЕКТИВНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ**

А.С.Абилемец

Научный руководитель: д.м.н., доцент Коробушкин Г.В.  
ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский  
медицинский университет имени Н.И. Пирогова, г. Москва

**Актуальность:** Нестабильные переломы костей таза значительно влияют на тяжесть состояния пациента с сочетанной травмой. Тяжелые изменения показателей гомеостаза у этих пациентов не позволяют произвести окончательный остеосинтез переломов костей таза, из-за чего мы вынуждены прибегать к протоколу этапного лечения (DCO). Выбор критериев для определения оптимального времени перехода на этап окончательной фиксации переломов костей таза составляет серьезную проблему нынешней хирургии таза.

**Цель исследования:** Оптимизировать протокол этапного лечения пациентов с тяжелыми повреждениями костей таза типа В, С по классификации Tile, путем определения критериев оптимального времени перехода на окончательный остеосинтез костей таза.

**Материалы и методы:** Широта выбора параметров ограничена возможностью их практического применения. Наличие вазопрессорной поддержки, оценка диуреза, уровня тромбоцитов, лейкоцитов, таких показателей, как АЧТВ, BE, рН, СОЭ являются доступными критериями оценки тяжести состояния больного. Был проведен ретроспективный анализ лечения 67 пациентов с сочетанной травмой, которые имели нестабильные переломы костей таза, типа В и С по классификации Tile. При поступлении повреждения оценены 4-5 баллов по шкале R-AIS. Основная группа- 45 пациентов,

были пролечены по этапному алгоритму, переход на окончательный остеосинтез происходил после выявления предложенных нами критериев стабилизации гомеостаза. Контрольная группа- 22 пациента, при помощи этапного алгоритма, но выбор времени для перехода на окончательный остеосинтез проводился по классическим методикам.

**Результаты и их обсуждение:** Частота тромбоза в основной группе составила 22,8%, по сравнению с контрольной группой- 45,8%; пневмонии в основной группе - 5% (11,8% в контрольной группе); нагноение послеоперационных ран в основной группе составило 7,8% (17,2% по сравнению с контрольной группой) ( $p < 0.05$ ). Летальность в основной группе составила 10,7% по сравнению с контрольной группой- 21,7% ( $p < 0.05$ ). Отдаленные результаты по шкале Majeed: в структуре основной группы было выявлено увеличение отличных результатов на 29% и отсутствие неудовлетворительных результатов по сравнению с контрольной группой.

**Выводы:** Применение критериев для выбора оптимального времени окончательного остеосинтеза переломов костей таза, позволяет соблюсти баланс между хорошим функциональным статусом, уменьшением гипостатических осложнений и уменьшением показателей интра- и послеоперационных осложнений, которые могут привести к летальному исходу.

## **ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

А.В. Дынников, П.Ю. Соколова  
Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Цель исследования: применение различных видов склерооблитерации для лечения пациентов с рецидивами варикозной болезни вен.

В исследование вошли 85 пациентов с рецидивом варикозной болезни после оперативного вмешательства.

Минимальный срок обращения к врачу-флебологу после первой операции составил 3 месяца, максимальный 16 лет. Средний срок после первой операции составил 4,1 лет.

Результаты: эхо-контролируемая склеротерапия несостоятельных перфорантных вен голени и бедра проведена у 28 пациентов. В среднем за одну процедуру склеротерапии препарат удавалось ввести в просвет от 1 до 4-ех вен перфорантов, диаметр которых не превышал 4 мм. В 1-ом случаях во время процедуры не удалось провести облитерацию перфорантных вен в зоне Коккета. На сроках до 2-х лет реканализация выявлена у 2 (8,7%) пациентов.

Методом эхо-контролируемой склеротерапии проведено лечение 18 пациентов с варикозно-трансформированными притоками культи большой подкожной вены, не пересеченных во время первой операции. Непосредственный клинический успех верифицирован при помощи ультразвукового дуплексного ангиосканирования сосудов нижних конечностей через 5-10 дней после процедуры в 100% случаев. Результаты отслежены в течение 2 лет, хорошие результаты достигнуты у 15 (83,34%) пациентов

Методом эхо-контролируемой склеротерапии проведено лечение 3 пациентов с рецидивами варикозной болезни, где причиной рецидива являлись трансформации малой

подкожной вены. Клинический успех достигнут в 100% наблюдений.

Инъекционная Foam-Form склерооблитерация расширенных притоков магистральных подкожных вен выполнена у 36 больных. Рецидивов на сроках до 2-х лет не наблюдалось. Клинический эффект достигнут в 100% случаев.

После проведения флебосклерозирующего Foam-Form лечения осложнения наблюдались у 5 (13,1%) пациентов: образование длительно сохранявшегося (более полугода) участка гиперпигментации кожи у 1 (2,73%) пациента, флебиты подкожных вен у 4 (11,1%) пациентов.

Хорошие результаты получены у 80 (93,1%) пациентов, удовлетворительные у 2 (2,32%) больных. Рецидив варикозной болезни в отдаленных сроках до 2-х лет составил 2,35%

Выводы:

применение различных видов эндоваскулярной облитерации является очень эффективным методом лечения пациентов с рецидивами варикозной болезни вен. Применение амбулаторных технологий склерозирования вен нижних конечностей благоприятно переносится больными и не требует госпитализации в профильное отделение.

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ  
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И БОЛЬШОМ СОСОЧКЕ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА  
РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИТА  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Е.Ю. Садовникова, М.Ю. Персов  
Кафедра факультетской хирургии РУДН, Москва  
(Заведующей кафедрой - д.м.н, проф. А.Е.Климов)

Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ), опухолевыми и воспалительными заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны, вызывающих непроходимость внепеченочных желчных протоков за последние годы резко возросла во всем мире. Среди этих заболеваний важное место занимают патологические изменения в области большого дуоденального сосочка (БДС). (И.Х. Аминов , 2015; А.Ю. Аккуратова, 2008 и др.)

Так же по данным статистических исследований последних лет желчнокаменной болезнью страдает почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. ЖКБ встречается в 6-29% всех аутопсий. В Москве четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеет желчные камни. О распространённости первичного склерозирующего холангита в мире точно не известно. Но по данным литературы распространённость заболевания в США составляет около 6,3 случаев на 100 000 населения. (И.Н. Балдин, 2014 , И.Х. Аминов , 2015 и др.)

Из литературных источников следует что проблема лечения желчекаменной болезни и ее осложнений, а так же лечения других заболеваний гепатобиллиарной зоны остается актуальной в хирургической гастроэнтерологии . Широкая распространенность данных заболеваний , высокая частота развития осложнений по данным последнего десятилетия показали, что общее количество ранних осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ)

составляет 0,8 - 20 % с летальностью в 1,5-2 % , а так же неудовлетворительные результаты их лечения , особенно хирургической коррекции рубцовостенозирующих и обтурирующих поражений большого дуоденального соска и терминального отдела холедоха , определяют необходимость дальнейшего совершенствования диагностики и способов лечения данных патологий. ( Е.Ю. Похабова, 2012;А.Г. Шулешова,2008 )

Сейчас широкое распространение получили методы эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ) с вмешательством на большом дуоденальном сосочке (БДС) с последующей ревизией общего желчного и печёночного протоков при заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Ссылаясь на данные многих авторов ЭРХПГ является весьма ценным диагностическим методом при желтухах неясного генеза или при наличии камней в магистральных желчных протоках .Достоверность этого метода исследования достигает 97,5% ,являясь быстрым и сравнительно безопасным методом. (В.А. Ратников, 2002;S o t o J . A . ,2000 и др.)

ЭРХПГ особенно эффективно при поражениях дистального отдела холедоха, наличии ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, а также при хроническом панкреатите . Кроме диагностики ЭРХПГ дает возможность проводить множество хирургических манипуляций.

Однако вместе с тем ЭРХПГ , несет в себе и опасность развития , нередко серьезных осложнений. Процент осложнений варьирует от 4,0 % до 4,95 % ,а в группе ЭПСТ достигает 9,8 % с летальностью после ЭРХПГ не более 0,2–0,3%.(К.Р. Юсиф-Заде , 2015;И.Л. Меньшикова 2013)

Наиболее частыми осложнениями возникающими после ЭРХПГ и ЭПСТ являются по данным мультицентровых исследований : острый панкреатит (ОП ) -в 2,5 % случаев с летальность до 0,5 % , холангит — в 1,3%, кровотечение —

от 1,7 %, перфорацию ДПК — в 1,3%. (Г.А.Погосян 2014 и др)

Так же в ряде случаев встречаются осложнения в виде проксимальный или дистальной миграция стентов.(11,25)

Однако, одним из самых тяжелых и часто встречающихся осложнений, является развитие острого постманипуляционного панкреатита. Высокая частота развития острого панкреатит после ЭРХПГ, а также отсутствие эффективных методов профилактики его развития определяет актуальность изучения и разработки новых методов подхода к данной проблеме, повышающих безопасность и эффективность методов эндоскопического лечения .(Bedogni G., 1985)

**АНАЛИЗ ДОСТОВЕРНОСТИ ШКАЛЫ  
МАНГЕЙМСКОГО ИНДЕКСА ПЕРИТОНИТА  
В ОЦЕНКЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО  
ИСХОДА**

Е.К. Гайдукевич

Российский университет дружбы народов  
Москва

Для определения тяжести состояния и исхода перитонита, существуют различные общеклинические шкалы и системы, наиболее распространенным и общепринятым является Мангеймский индекс перитонита – Mannheim peritonitis index (MPI). Значение MPI зависит от таких параметров как – возраст пациента, пол, наличия органной недостаточности, наличие злокачественного новообразования, длительности перитонита, распространенности перитонита, поражения толстой кишки, типа перитонеального экссудата. Значения MPI могут находиться в пределах от 0 до 47 баллов. Данный индекс предусматривает три степени тяжести заболевания. При

индексе менее 20 баллов летальность составляет 0%, от 20 до 30 баллов – 29%, более 30 баллов – летальность составляет порядка 100%.

В нашем исследовании проведена попытка оценки достоверности Мангеймского индекса перитонита в плане развития летальных исходов.

*Материалы и методы:*

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ №64. Для исследования в случайном порядке были отобраны 122 пациента с перитонитом, которые были оперированы в ГКБ №64 в период с января 2015 по январь 2016г.

Возраст больных варьировался от 19 до 91 года. Средний возраст составил  $53,1 \pm 20,5$ . Среди пациентов женщин было 66 (54,1%), мужчин 56 (45,9%). Всем больным интраоперационно был посчитан МРІ и определен прогноз летальности.

*Результаты и выводы:*

Больных с первой степенью тяжести перитонита (менее 20 баллов МРІ) было 71, что составляет 58,4%. В данной группе, согласно МРІ, летальных исходов быть не должно. У нас же зафиксирован один летальный исход у пациентки 76 лет с опухолью подвздошной кишки T4N1M0 с прорастанием в стенку слепой кишки, осложнившейся развитием обтурационной тонкокишечной непроходимости с отграниченным серозным перитонитом. Летальность составила 1,4%.

Вторую группу составили 41 пациент, набравшие от 20 до 30 баллов. Должная летальность при второй степени тяжести перитонита согласно МРІ составляет не более 29%. В ходе нашего исследования зафиксировано 9 летальных исходов. К смертельным исходам привели такие заболевания, как острое нарушение мезентериального кровообращения, перфоративная язва пилорического отдела желудка и острый флегмонозный калькулезный холецистит. По результатам

нашего исследования, при второй степени тяжести перитонита летальность составила 22,2%.

Третью группу составили 10 пациентов с баллами МРІ более 30. Среди этих пациентов скончались 6 – летальность составляет 60%. Прогнозируемая летальность в этой группе около 100%.

По результатам, полученным в данной работе, можно сделать вывод о довольно высокой точности МРІ в плане оценки вероятности летального исхода. Так в группах с легкой и средней тяжестью перитонита ожидаемая летальность была практически равна реальной, смерть больной в первой группе обусловлена не тяжестью перитонита, а тяжестью основного заболевания – раком толстой кишки 4 стадии. В группе же больных с тяжелым перитонитом (балл МРІ выше 30) летальность пациентов несколько ниже ожидаемой, что можно объяснить развитием фармакологической промышленности (антибиотики, препараты для нутритивной поддержки и т.д.) и внедрением новых методов лечения, таких как экстракорпоральная дезинтоксикация.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ**

Р.Р. Туганов, А.П. Даниел

Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Целью нашего исследования явилось изучение анализа результатов лечения больных с ущемленными грыжами.

Исследование было проведено на кафедре факультетской хирургии РУДН в отделениях хирургии и реанимации ГКБ №64 г. Москвы. В исследование вошли 25 пациентов, которые были оперированы в экстренном порядке по поводу ущемленных вентральных грыж в 2014г.

*Распределение больных по полу и возрасту*

Возраст (лет)	Пол	
	мужской	женский
31-40	1	1
41-50	3	3
51-60	2	3
61-70	0	2
>71	0	10
Всего	6	19

*Результаты и выводы:*

У всех больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений, ранних рецидивов не было. Все больные были выписаны в срок до 15 дней, осложнений со стороны послеоперационной раны завиксировано не было.

Срок наблюдения за больными в послеоперационном периоде составил от 1,5 лет до 2 лет. У 15 (60%) больных была выполнена пластика грыжевых ворот с использованием сетчатого имплантата. У 10 (40%) больных для пластики грыжевых ворот использовались собственные ткани, и была выполнена натяжная пластика.

При опросе и послеоперационном обследовании больных было выявлено 2 рецидива грыженосительства. Оба рецидива были выявлены у больных оперированных без использования сетчатых протезов.

Учитывая полученные отдаленные результаты, можно говорить о необходимости использования сетчатых имплантов при пластике передней брюшной стенки даже в случае операции по поводу ущемленной грыжи.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ  
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА САНАЦИИ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ  
ПЕРИТОНИТЕ**

А.С. Джугурян, Е.Ж. Покровский  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская  
академия» МЗ РФ. Иваново

Вторичный перитонит остается одной из распространенных и трудноразрешимых патологий абдоминальной хирургии. Его доля в общей структуре осложнений после операций на органах брюшной полости составляет от 19,7 до 44% (Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков и др. 2008). Смертность при этой патологии остается очень высокой и достигает 5,3–19,5% (М. Perez Fontan, A. Rodriguez-Carmona et al. 2005)

Хирургическое вмешательство до настоящего времени остается ключевым методом лечения тяжелого вторичного перитонита. В настоящее время активно внедряются малоинвазивные (видеолапароскопические) методы санации брюшной полости, которые привели к появлению и новых специфических осложнений. В связи с этим нами предпринята попытка сравнительного анализа гнойных осложнений этапных санаций брюшной полости.

Материалы и методы. Нами было произведено обследование 63 больных, проходивших лечение по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости, осложненной вторичным распространенным перитонитом. Тяжесть состояния больных оценивали по шкалам SOFA, и показателем ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу. Первая группа, состояла из 31 больного, подвергшихся этапной санационной релапаротомии. Вторую группу составили 32 пациента, которым этапный лаваж был проведен с помощью видеолапароскопической техники. Исходный статус больных

(стадия тяжелого сепсиса перитонита и коррелирующее состояние основных органов и систем) позволял говорить о сопоставимости групп. В ходе работы анализировали развитие гнойных осложнений.

Результаты исследования. После этапной традиционной санации брюшной полости осложнения локального характера диагностированы у всех больных. Чаще наблюдалось нагноение раны (70,9%) и инфильтраты – (22,6%). У пациентов с эндовидеоскопической санацией данные осложнения отмечены только в 20,9% случаях. Внутривентральные абсцессы отмечены в 3,2% при применении санационной релапаротомии и 9,1% – видеолaparоскопического этапного лаважа. Из специфических локальных осложнений при лапароскопической санации необходимо отметить развитие абсцессов троакарной раны (20,9%) и в 36,5% наблюдений троакарные грыжи в зоне доступа по Хассану.

Выводы. У больных распространенным перитонитом в стадии тяжелого сепсиса возможно проведение этапного перитонеального лаважа с помощью эндовидеохирургической методики, так эффективность процедуры сопоставима с традиционной релапаротомией. Однако в случае выявленных при лапароскопическом исследовании трудностей с санацией межпетельного пространства тонкой кишки, необходимо выполнять релапаротомию, что профилактирует развитие межпетельных абсцессов.

При видеолaparоскопической санации брюшной полости по поводу распространенного гнойного перитонита в 20,9% наблюдений отмечаются абсцессы троакарной раны. В 36,5% наблюдений в зоне доступа по Хассану развиваются троакарные грыжи. Это можно отнести к специфическим осложнениям видеолaparоскопической санации, требующим последующей коррекции.

## **ОБЪЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ ЭНЕРГОПОТРЕБНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

О.Л. Бессолицына, Д.Б. Шанджугсинг  
Российский Университет Дружбы Народов, г. Москва  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии  
Научный руководитель:  
д.м.н. М.В. Петрова

Известно, что в мире от инсульта страдает около 6 миллионов человек. На долю ишемического инсульта приходится 85% случаев. Метаболическая терапия, осуществляемая в острый период, является мощным превентивным фактором по отношению к прогнозу и повторным инсультам. В работах отечественных и зарубежных авторов, посвященных лечению больных с ОНМК описываются широкий комплекс терапевтических и хирургических направлений, включая проведение нутритивной поддержки, так как явные признаки трофической недостаточности в той или иной степени наблюдаются среди больных с ОНМК в процессе лечения, и составляют от 18 до 56%. Однако, при разработке схем лечения во многих учреждениях нутриционная составляющая не достаточно рассматривается.

**Цель работы.** Определить реальные энергопотребности и белковые потери больных с ишемическим инсультом, а также наметить пути их коррекции.

**Материал и методы.** В исследование включены 20 пациентов с ОНМК, находящихся на ИВЛ, средний возраст которых составил  $75,4 \pm 6,7$  лет. Основное заболевание- ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, Уровень сознания ( $7,3 \pm 0,8$  б по ш. Глазго). Коморбидности: АГ – 100%, ИБС – 100%, СД – 55%. Энергопотребности пациентов измерялись 2 методами: расчетным методом, с помощью уравнения Хариса – Бенедикта (Х-Б) и методом непрямой калориметрии (НК)

аппаратом Engström Carestation, измерялся азотистый баланс. Энергопотребности больных измерялись на 1,7,15,25 и 30 день пребывания в ОРИТ.

**Результаты.** Измеренные потребности методом НК достоверно меньше чем расчетным методом по формуле X-Б, что свидетельствует о реальной опасности гипералиментации. У больных с ОНМК имеет место значительная суточная потеря азота (18 – 22 гр. Азота), почти такая же как у больных с переломами и ожогами. При правильном назначении НТ, основанной на данных НК и компенсации потерь азота наблюдается положительная динамика азотистого баланса к 8 -12 дню, что способствует повышению выживаемости больных.

**Вывод:** Таким образом персонифицированная НТ основанная на компенсации не только энергетических, но и белковых потерь, существенно улучшает результаты лечения больных ишемическим инсультом, находящихся на ИВЛ.

### **КОНТРОЛЬ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БЛОКА ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

В.А. Васильева, Р. Мохан, Г.Р. Махмутова, Е.А. Иваненко  
Российский Университет Дружбы Народов, Россия, ГKB 64,  
г. Москва.

Лапароскопические хирургические вмешательства нуждаются в глубокой миорелаксации до самого их завершения. Но фармакокинетика современных миорелаксантов такова, что к концу операций средней продолжительности пациент не успевает полностью восстановить нейро-мышечную проводимость (НМП). Классическими тестами определить остаточный уровень НМБ не представляется возможным, поэтому для его оценки

предложено использовать монитор (TOF-Watch) нейромышечной проводимости

**Цель работы:** определить время, необходимое для полного восстановления НМП при применении цисатракурия безилата при плановых лапароскопических холецистэктомиях (ЛХЭ), проводимых под комбинированной эндотрахеальной анестезией.

**Материал и метод.** Всего обследовано 47 пациентов (44 женщины, 3 мужчины), в возрасте от 28 до 69 лет. Средний индекс массы тела  $25,7 \pm 3,35$  кг/м<sup>2</sup>. Контроль степени НМБ проводился аппаратом TOF-WatchSX в режиме TOF. Мониторинг НМП начинался сразу же после седации больного, до ввода миорелаксанта, и прекращался после получения TOF 85-90% и более. Интубация трахеи проводилась после введения интубационной дозы цисатракурия безилата 0,15 мг/кг, далее болюсная поддерживающая доза – 0,03 мг/кг вводилась при получении 2 ответов при непрерывной (с интервалом 15 секунд) четырехрядной стимуляции. Отмечалось значение TOF, достигнутое на конец операции, а так же время от конца операции (ЛХЭ) до получения TOF 85-90%. Декураризация во всех случаях не применялась.

**Результаты.** Средняя продолжительность ЛХЭ составила  $55 \pm 20$  мин. Из 47 больных, только у одного пациента на конец операции показатель TOF составил 85%, и он был экстубирован сразу по завершению оперативного вмешательства. К окончанию операции 0 – 2 ответа на мониторе TOF-WatchSX имело 33% больных, 3 – 4 ответа у 4% больных, 13%-24% TOF у 13% больных, 25% - 49% TOF у 16% больных, 50% – 75% TOF – у 15% больных. То есть 33% больных находились в глубоком нейро-мышечном блоке (0 – 2 ответа. Таким образом, среднее время от конца операции (ЛХЭ) до экстубации (TOF 85-90%) составило  $30 \pm 15$  мин, что равнялось продолжительности оперативного вмешательства.

**Вывод.** С помощью монитора TOF-Watch SX можно определить остаточный уровень НМБ и определить время, безопасное для экстубации трахеи.

### **ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

И.О. Корпачев, Ф.Я. Канестри, Е.Н. Кондрашенко  
Российский Университет Дружбы Народов, ГКБ 64 г. Москва

Летальность от острого деструктивного панкреатита составляет 78%. Возникновение острой почечной недостаточности как осложнения течения острого деструктивного панкреатита ухудшает прогноз на выздоровление.

**Цель:** Изучить частоту возникновения компенсированной и декомпенсированной острой почечной недостаточности (ОПН) при остром деструктивном панкреатите.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ проводился по 73 архивным историям болезни (ГКБ 64 г. Москвы) за 2015 год. У всех пациентов – основное заболевание: Острый деструктивный панкреатит, острая почечная недостаточность. Возраст от 27 до 78 лет. Проводился анализ гемодинамики: ЧДД, ЧСС лабораторных данных: общий анализ крови, биохимический анализ крови, креатинин, АМК, натрий, калий, КЩС, исследование фракционной экскреции натрия с мочой для дифференцировки преренальной и ренальной острой почечной недостаточности, суточный диурез. Были созданы 2 группы: 1я- с благоприятным исходом и выписанные из стационара (14 историй болезни); 2я- умершие больные (59 историй болезни). Проводился статистический анализ по полученным показателям. Всем больным проведены:

антибактериальная, антиферментная терапия, гемодиализ, коррекция гемодинамических показателей, респираторная терапия, лечение шока и полиорганной недостаточности, нутритивная поддержка, экстракорпоральная детоксикация.

**Результаты:** в 1й группе: отношение креатинина мочи к креатинину сыворотки крови: 43-45; креатинин-180-230 мкмоль/л. (снижение от исходного в 1.5-2 раза), отношение АМК к креатинину-23/1, натрий-17 мэкв/л, калий-46 мэкв/л; компенсированный метаболический ацидоз. Во 2й группе: отношение креатинина мочи к креатинину сыворотки крови: 17-19; креатинин-460-550 мкмоль/л. (повышение от исходного в 2-2.5 раза), отношение АМК к креатинину-16/1, натрий-54 мэкв/л, калий-21 мэкв/л., декомпенсированный метаболический ацидоз.

**Вывод:** Частота развития компенсированной острой почечной недостаточности у больных с острым деструктивным панкреатитом колеблется около 19% случаев, в то время как декомпенсированной около 81% случаев, усугубляя течение заболевания и ухудшая прогноз.

## **ЛЕЧЕБНАЯ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

И.А. Шарина

Российский Университет Дружбы Народов, Россия,  
г. Москва.

Краниocereбральная гипотермия- метод гипотермии с преимущественным охлаждением головного мозга. Особенностями данной методики гипотермии является возможность применения у пациентов в сознании, что позволяет динамически оценивать неврологический статус пациентов.

**Цель:** изучить влияние краниocereбральной гипотермии на степень неврологического дефицита, показатели летальности, мозговой кровотока.

**Материалы и Методы:** Исследование было выполнено на базе неврологического отделения для больных с НМК с палатами РИТ с 2012 по 2015 годы. Критерии включения: ишемический инсульт сроками до 72 часов.

Для индукции гипотермии применялся аппарат терапевтической гипотермии АТГ-1. Мозговой кровотока оценивался доплеровским УЗ аппаратом "Ангиодин ПК". Все пациенты находились в ОРИТ, оценивались гемодинамические показатели, температура, тяжесть инсульта определяли по шкале NIHSS.

В исследование было включено 115 пациентов с ишемическим инсультом: 85 пациентов: средний возраст  $68 \pm 12,2$  лет, мужчин- 41, женщин- 27, с острым ИИ, которым была проведена краниocereбральная гипотермия в сочетании со стандартной терапией ИИ; контрольная группа ( 30 пациентов): средний возраст  $68,8 \pm 12,3$  лет, мужчин -14, женщин -16.

**Результаты:** Было отмечено статистически значимое снижение неврологического дефицита на 35,2% в основной группе, в контрольной группе уровень неврологического дефицита статистически значимо не снизился. Отмечено увеличение средней скорости мозгового кровотока на 61% в основной группе. Гемодинамические показатели статистически значимо не изменялись. Температура в наружном слуховом проходе снизилась с  $37,2 \pm 0,72^\circ\text{C}$  до  $34,7 \pm 0,82^\circ\text{C}$ . У пациентов с повышенным ВЧД отмечено его снижение. Отмечено сокращение показателя летальности в группе гипотермии на 18%.

**Выводы:** Краниocereбральная гипотермия снижает степень неврологического дефицита у пациентов с ишемическим инсультом. Уменьшает показатель летальности у больных с ишемическим инсультом.

## **РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮТАМИНА В ПРОВИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

М.Ф. Накаде, М.Н. Сторчай, Р. Мохан  
Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Синдром кишечной недостаточности (СКН) – частое осложнение ближайшего послеоперационного периода в абдоминальной хирургии. Раннее внутрикишечное введение корригирующих растворов, нутриентов и питательных смесей рассматриваются как важный фактор патогенетической профилактики и лечения СКН. Аминокислота Глутамин-незаменимый субстрат для синтеза белков и нуклеотидов для большинства быстро делящихся клеток, в том числе для энтероцитов и клеток поджелудочной железы.

**Цель работы:** Оценить эффективность применения энтерального введения глутамина для профилактики синдрома кишечной недостаточности у больных в послеоперационном периоде в абдоминальной хирургии.

**Материал и методы:** В исследование включены 30 больных, оперированных на органах ЖКТ. 1 группа: 15 больных: через 6-10 часов после оперативного вмешательства введен глутамин в виде интестамина 500,0 мл в назогастральный зонд или назоинтестинальный капилляр, в течение 16-20 часов. 2 группа – 15 больных: через 6-10 часов после оперативного вмешательства вводили кристаллоиды, в виде р. Три соль 800,0 мл, в назогастральный зонд или назоинтестинальный капилляр, в течение 16-20 часов. Проводился контроль перистальтики аускультативно, УЗИ кишечника для оценки состояния кишечной стенки, двигательной активности кишечника в реальном времени и динамики структурных изменений (отека) в стенке тонкой кишки, а также характера перистальтики.

**Результаты:** Группа 1- полное клиническое восстановление перистальтики кишечника произошло у всех

больных через  $29,8 \pm 4,02$  часов после окончания операции до появления перистальтики (аускультативно и по УЗИ). Отмечена нормализация внутрибрюшного давления. Сброс по зонду после введения интестамина был минимальным. В группе 2- восстановление перистальтики кишечника произошло у 13 из 15 больных через  $40,06 \pm 5,17$  часов. У 2 больных в связи с нарастанием послеоперационной кишечной недостаточности, отсутствия эффекта от консервативного лечения проведена хирургическая операция.

**Выводы:** 1. Глутамин является безопасным и эффективным средством для профилактики кишечной недостаточности. 2. Энтеральное введение глутамина предотвращает развитие атрофии кишечника, стимулирует моторику.

## **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

А.А. Литинский

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.А. Иванов  
Кафедра факультетской хирургии медицинского института  
Российского университета дружбы народов. Москва.

Абсцессы печени и внеорганные жидкостные образования (ВЖО) брюшной полости или забрюшинного пространства часто возникают как осложнения после различных хирургических операций. Раннее выявление послеоперационных осложнений и возможности их лечения с использованием миниинвазивных вмешательств (МИВ) под контролем УЗИ является весьма актуальным.

В хирургических отделениях ГКБ № 24 с 2012 по 2015 гг. и в ГКБ № 64 с 2009 по 2015 гг. наблюдались 165 больных после операций. При УЗИ этих больных были выявлены: абсцессы печени у 27 (16,4%) пациентов и ВЖО брюшной

полости или забрюшинного пространства у 138 (83,6%). Среди этих больных мужчин было 69 (41,8%), женщин – 96 (58,2%). Возраст больных колебался от 36 до 86 лет, средний –  $63,8 \pm 9,7$  лет.

Информативность УЗИ в диагностике ВЖО брюшной полости или забрюшинного пространства составила: чувствительность – 93,1%; специфичность - 91,7%; и точность - 92,9%, - в диагностике абсцессов печени - чувствительность – ...%; специфичность - 95,1%; и точность - 94,2%.. При лечении больных с ВЖО и абсцессами печени было выполнено 185 МИВ под контролем УЗИ, при этом в 34 (18,4%) случае использована пункционная методика, в 142 (76,7%) – катетерная и в 15 (8,1%) наблюдениях сочеталось применение пункционной методики с последующим дренированием. Показанием к пункционному лечению ВЖО считали наличие полости объемом до 50 мл по данным УЗИ без клинических признаков инфицирования. Подозрение на гнойный процесс или предполагаемый объем жидкости более 50 мл были поводом для катетерного дренирования.

Эффективность МИВ и критериями окончания лечения больных с абсцессами печени и с ВЖО оценивали по следующим параметрам: значительное сокращение объема полости по данным УЗИ, КТ или фистулографии, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитоза, улучшение самочувствия больного. изменение характера отделяемого с гнойного на серозный, сокращение его суточного объема до 5 мл.

Данное исследование показало, что УЗИ является высокоинформативным методом диагностики послеоперационных осложнений, а МИВ под контролем УЗИ является высокоэффективной методикой лечения больных с абсцессами печени и с ВЖО брюшной полости или забрюшинного пространства, эффективность лечения при абсцессах печени составила – 96,7%, - при ВЖО – 93,6%.

*Научное издание*

# **ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ,  
ТРАВМАТОЛОГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ**

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Н.А. Ясько*

Подписано в печать 28.03.2016 г. Формат 60×84/16.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.  
Усл. печ. л. 3,02. Тираж 70 экз. Заказ 372.

---

Российский университет дружбы народов  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

---

Типография РУДН  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41