

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, 27 апреля 2017 г.

Москва
Российский университет дружбы народов
2017

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, 2017. – 62 с.

ISBN 978-5-209-07902-6

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации.

УДК 617-089(063)
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-07902-6

© Коллектив авторов.
Отв. за вып. Н.В. Лебедев, 2017
© Российский университет
дружбы народов, 2017

Содержание

ВИНОГРАДОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ (1920-1986)	
Пауткин Ю.Ф.	6
КОМБИНИРОВАННАЯ СИСТЕМА ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА	
Агрба С.Б., Гайдукевич Е.К., Тотаева Д.К.	9
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА	
Петухова А.Г.	12
ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	
Горшунова Е.М., Цыганова Е.В., Калиниченко А.Ю.	14
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО- ПРОКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ НА БАЗЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	
Панамарева С.В.	16
ОСЛОЖНЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ	
Каприн И.А.	17
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ	
Литинский А.А., Бериша А., Соколов А.А., Гриднева Н.А., Мурадян М.А.	19
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ	
Литинский А.А., Гриднева Н.А., Мурадян М.А.	21

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАЦИОНАРЕ ОДНОГО ДНЯ	
Проскурина М.И., Борисова М.И., Пантелеева И.С.	23
ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ АНГИОДИСПЛАЗИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Навид М.Н., Шухтин Н.Ю., Титаров Д.Л., Путилов С.С., Шемятовский К.А.	25
РЕАКЦИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
Гевондян Н.М., Шемятовский К.А., Титаров Д.Л., Навид М.Н.	27
ПРИМЕНЕНИЕ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
Каляканова И.О.	29
ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	
Ротарь Д.	31
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ	
Соболев М.А., Накаде М. Ф., Мохан Р., Сторчай М. Н.	33
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
Садовникова Е.Ю.	37

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ НАУЧНЫЕ ОТКРЫТИЯ НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА	
Базанаев А. С.	42
КАПЛАН АРКАДИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ — ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ	
Прудникова М. В.	46
О ГАВРИИЛЕ ИЛИЗАРОВЕ И ЕГО СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ	
Крашилина Т.А.	51
ИСТОРИЯ КОСТНОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	
Тодорова И.П.	53
ВЫДАЮЩИЕСЯ ЖЕНЩИНЫ- ТРАВМАТОЛОГИ И ОРТОПЕДЫ	
Дранко А.В.	57
МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДО- ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Шахова Е.В.	61

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 стажировается 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, гепатикохоледохостомии и холедоходуностомии.

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

КОМБИНИРОВАННАЯ СИСТЕМА ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА

Агрба С.Б., Гайдукевич Е.К., Тотаева Д.К.

Кафедра факультетской хирургии Российского университета
дружбы народов, Москва

Руководитель — проф Н.В. Лебедев

Актуальность. В настоящее время у больных с перитонитом, для прогнозирования его исхода и определения лечебной тактике, широко используют различные системы количественного измерения индивидуального фактора риска. Наиболее часто используют системы МРІ (Мангеймский

индекс перитонита), АРАСНЕ II, MODS[9], SOFA, шкала индекса брюшной полости (ИБП).

Оценка прогностических способностей данных систем показала, что только шкалы АРАСНЕ II и МРІ вносят независимый вклад в прогноз исхода перитонита (отношение шансов 6,7 и 9,8 для АРАСНЕ II и МРІ соответственно).

Однако сопоставление литературных данных заставляет нас сомневаться в достоверности прогноза МРІ в исходе перитонита. Нами изучены показатели летальности при перитоните в зависимости от балла МРІ по данным восьми независимых исследований. При одних и тех же параметрах оценки смертельные исходы по данным различных авторов наступают с различной вероятностью, причем эта разница достигает 50%.

Такую разницу в результатах лечения больных с перитонитом невозможно объяснить оснащенностью и качеством лечения в различных клиниках, поскольку эти исследования проводили в крупных многопрофильных лечебных учреждениях мира. Вероятно, различия в уровне летальности в зависимости от показателя МРІ обусловлены различным распределением больных по причине перитонита. К сожалению, авторы в своих работах, как правило, не дают четкого распределения больных по основному диагнозу. Ведь ясно, что при одинаковом показателе МРІ, летальность в группе больных с острым деструктивным аппендицитом будет меньше чем, например, у больных с деструктивным панкреатитом в стадии гнойных осложнений или тромбозом мезентериальных сосудов. Таким образом, на наш взгляд, для оценки результатов лечения и проведения научных исследований МРІ можно использовать только у больных с одинаковой причиной развития перитонита. В этой связи, для повышения достоверности результата прогноза, необходимо учитывать угрожающую жизни органную дисфункцию.

Материал и методы исследования. Наши исследования у 200 больных с перитонитом показали, что наибольшее значение в исходе перитонита имеет выраженность синдрома системного воспалительного ответа (SIRS 3-4 - вероятность события $P(E)$ (0,75-1,0) и наличия органной недостаточности ($P(E) = 0,8$). Пол и возраст не были значимыми прогностическими факторами (вероятность события менее 0,1).

Полученные результаты. На основании выбора наиболее значимых факторов риска смерти, нами была разработана комбинированная система перитонита (КСП) включающего в себя как клинические, так и лабораторные параметры. В создании системы мы ориентировались на легко определяемые параметры, доступные практически в любом хирургическом стационаре. Причинами перитонита были деструктивные формы острого аппендицита, холецистита, перфоративная гастродуоденальная язва, перфорации тонкой и толстой кишки различного генеза, кишечная непроходимость.

В критерии КСП включили: наличие злокачественного образования (2 балла), распространенный перитонит (1 балл), длительность перитонита свыше 24 часов (1 балл), наличие калового экссудата (2 балла), содержание альбумина в сыворотке крови менее 21 г/л (3 балла), оценка по системе SIRS - SIRS 3 (4 балла), SIRS 4 (5 балла), сепсис (4 балла), септический шок (5 баллов), наличие органной недостаточности (4 балла). Наличие органной недостаточности определяли по qSOFA (упрощенная система SOFA). Органная недостаточность фиксируется 2 и более баллов по qSOFA. Под сепсисом понимали наличие инфекции в сочетании с органной недостаточностью (qSOFA 2 или 3).

Пороговое значение (вероятность летального исхода более 50%) КСП составляет 8 баллов. При баллах от 10 до 14 вероятность смерти 89%. При балле 15 и более вероятность

смерти абсолютна (100%). Чувствительность и специфичность КСП (93,3% и 99,7%) превышает аналогичные показатели МРІ и АРАСНЕ II соответственно. Нами был проведен сравнительный анализ шкал МРІ, SOFA, АРАСНЕ II и КСП с помощью кривой ошибок (ROC-analysis). Качество классификатора оценивали по значению площади под кривой каждой шкалы (Area under curve, AUC). Чем больше AUC (0,5-1), тем достовернее считается выбранная модель. КСП показала лучший результат (AUC=0,994) в сравнении с МРІ (AUC=0,904), АРАСНЕ II (AUC=0,903), SOFA (AUC=0,967) ($p<0,05$).

Выводы. 1. Комбинированная система прогноза перитонита (КСП) является специфической, легко определяемой системой прогнозирования смерти у больных с вторичным перитонитом.

2. Увеличение балла КСП связано с неблагоприятным прогнозом, что определяет тактику и методы лечения.

3. Чувствительность, специфичность и точность КСП анализируемые по ROC-кривой составили 93,3, 99,7 и 98,9 % соответственно, что превышает аналогичные показатели МРІ и АРАСНЕ II ($p<0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА

Петухова А.Г.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, г. Москва

Актуальность:

Легочный фиброз – это исход интерстициальных заболеваний легких или самостоятельный идиопатический процесс, характеризующийся уплотнением и сморщиванием легочной паренхимы с формированием «сотового легкого». При этом идиопатический легочный фиброз (ИЛФ)

характеризуется чрезвычайно неблагоприятным прогнозом – средняя продолжительность жизни пациентов от момента установления диагноза составляет от 2,5 до 3,5 лет. Терапия ИЛФ ограничивается применением глюкокортикостероидов и цитостатиков, которая потенциально эффективна лишь у 10-20% пациентов. Трансплантация легких является единственным радикальным методом лечения в терминальной стадии фиброза. Показаниями к трансплантации легких являются: диспноэ III-IV класса по NYHA, гипоксемия при физической нагрузке, снижение ЖЕЛ или ФЖЕЛ <60% от должного или их снижение на 10% в течение 6 месяцев наблюдения, снижение DL_{co}<39% должного или его снижение на 15% в течение 6 месяцев наблюдения.

Материал и методы:

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2011 года по март 2017 года выполнено 46 ортотопических трансплантаций легких, из них 10 операций – пациентам, страдающим легочным фиброзом. У 8 пациентов имелся диагноз ИЛФ, у 2 – фиброз легких вследствие экзогенного аллергического альвеолита. Прооперировано 4 мужчин, 6 женщин в возрасте от 26 лет до 61 года.

Результаты и обсуждения:

В послеоперационном периоде 7 пациентов умерли в периоде от 1 до 43 дней. В настоящий момент, 3 пациента живы, из них у одного с момента операции прошло 6,5 лет, у двух – 2,5 года.

Выявлена высокая летальность среди прооперированных пациентов с исходным диагнозом легочного фиброза, она составляет 70%. Для сравнения, из 15 прооперированных пациентов с диагнозом муковисцидоз, умер только 1 пациент в ранние сроки после операции.

По данным мирового опыта, результаты трансплантации легких у пациентов с легочным фиброзом хуже, чем у пациентов с иной патологией, что не

противоречит нашим результатам. Зарубежные трансплантологи выявили факторы риска ранней смерти после операции у данной категории пациентов, такие как легочная гипертензия, низкий или высокий индекс массы тела, ИВЛ до операции, ишемическая болезнь сердца и высокий PCO_2 во время операции. В нашей серии наблюдений данные факторы риска не влияли на летальность. К примеру, у выживших пациентов исходно имелась I-II степень легочной гипертензии, как и у умерших.

Заключение:

Таким образом, наша немногочисленная серия наблюдений свидетельствует о том, что выживаемость у пациентов с легочным фиброзом после трансплантации легких намного хуже, чем у пациентов с другими диагнозами. Однако быстрое прогрессирование заболевания, приводящее к летальному исходу в короткие сроки, подтверждает необходимость выполнения трансплантации. Потенциальная возможность улучшить качество жизни и продлить ее у пациентов с легочным фиброзом, является стимулом к изучению причин высокой летальности.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Горшунова Е.М., Цыганова Е.В., Калиниченко А.Ю.,
Научный руководитель - Халилов З.Б.
Российский университет дружбы народов. Москва

За период с 2011 по 2016 год лапароскопические вмешательства были выполнены 54 больным раком ободочной кишки. Было 25 мужчин и 29 женщин в возрасте от 35 до 89 лет (ср. возраст $71,7 \pm 1,4$ лет). Лечение больных проводилось на базе Центральной больницы г. Баку (Азербайджанская республика) и клинической базе кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО РУДН, ЦКБ РАН г. Москва (Россия).

Распределение больных по стадиям опухолевого процесса выявило 20,4% больных первой стадии по классификации TNM, 31,5% второй стадии, 31,4% третьей стадии и 16,7% четвертой стадии. Отдаленные метастазы были у 6 больных первой группы (11,1%), в том числе одиночные метастазы в печени у трех больных, множественные у двух, и еще у одной больной с первично-множественным метастазным раком восходящей кишки и шейки матки – метастазы в легкие. Сопутствующие заболевания были отмечены у 90,7% больных первой группы.

Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия была выполнена в 32 случаях, левосторонняя гемиколэктомия в 8 случаях и лапароскопическая резекция сигмовидной кишки в 14 случаях. В одном случае операция была дополнена герниопластикой, по поводу грыжи передней брюшной стенки.

Интраоперационное осложнение было у одной больной, у которой при попытке выполнения видеоэндоскопической правосторонней гемиколэктомии развилось внутрибрюшное кровотечение, что потребовало конверсии доступа. Еще в одном случае конверсия доступа была обусловлена большим размером опухоли и техническими сложностями при выполнении резекции кишки.

Послеоперационных осложнений не было, во всех случаях больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, летальных исходов не было.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ПРОКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ НА БАЗЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Панамарева С.В.

Калужский филиал ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза имени акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Калуга

Для обмена опытом и обсуждения новых, передовых тенденций в медицине на базе учреждений здравоохранения все чаще организуются научно-практические конференции. В связи с этим, большое значение приобретает качественная организация подобных мероприятий, одним из критериев которой является посещаемость [1,2].

Цель – выявить основные факторы, влияющие на посещаемость научно-практических конференций, организованных на базе медицинского учреждения.

Материал и методы. На базе Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» ежегодно устраиваются научно-практические мероприятия – общества офтальмологов, призванные сообщать врачам-офтальмологам Калужской области о современных тенденциях в сфере глазных болезней. Предварительно, за месяц до мероприятия формируется программа и рассылается порядка 60 приглашений профильным специалистам Калуги и Калужской области.

Результаты. На основании анализа данных пяти лет проведения обществ офтальмологов, выявлены наиболее привлекательные темы докладов, анонс которых позволяет повысить количество слушателей конференции на 40%. Таковыми являются приближенные к врачебной практике доклады, а также сообщения касающиеся трудностей с которыми сталкиваются практикующие врачи в процессе своей работы. Количество слушателей также возрастает в том случае, если мероприятие назначается на предвыходной или предпраздничный день (в среднем на 30%). Отмечено, что

статус и регалии докладчика незначительно повышают количество прибывших приглашенных (в среднем на 10%). Также установлено, что время года и погодные условия не влияют в значительной степени на посещаемость мероприятия (посещаемость повышается не более чем на 4%).

Заключение. В процессе анализа выявлены факторы, влияющие на посещаемость научно-практических конференций, организуемых медицинским учреждением для практикующих специалистов. Зная и учитывая эти факторы можно увеличить количество слушателей – показатель, который характеризует качество организации мероприятий. Однако следует отметить, что данный вопрос требует дальнейшего изучения для получения дополнительных, статистически достоверных критериев.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Каприн И.А.

ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный
Медицинский Университет им. И.М.Сеченова, Минздрава
РФ (Сеченовский Университет), кафедра хирургии ИПО.
Г.Москва

Цель: оптимизировать применение «открытых» операций у больных тяжелым острым панкреатитом.

Материалы и методы. В данном исследовании оценены результаты наблюдения за почти 7000 больных острым панкреатитом в течении 25 лет, из них 498 (7.1%) подвергнуты хирургическому лечению, 322 выполнено «открытое» оперативное вмешательство и 176 пунктирно-катетеризационное.

Из 322 больных, оперированных «открытым» способом 293 (91%) страдали различными видами инфицированного панкреонекроза и 29 (9%) стерильным, сопровождающимся полиорганной недостаточностью.

У 102 (31.6%) больных возникло 197 осложнений, которые потребовали либо потребуют в дальнейшем хирургического лечения. Среди этой группы больных умерло 35, что составило 34%.

В зависимости от времени возникновения осложнений выделены: интраоперационные осложнения, ранние послеоперационные осложнения (возникшие в течение 4 недель после первой операции) и («отсроченные» осложнения, возникшие в ближайшее время после операции, но требующие хирургического лечения в отдаленные сроки).

В данной статье анализу подвергались лишь, так называемые «хирургические» осложнения «открытой» секвестрэктомии.

Интраоперационные осложнения возникли в 12 случаях, ранних послеоперационных осложнений было 94 и отсроченных 91. В исследование не включены отсроченные осложнения, относящиеся к хирургии хронического панкреатита и послеоперационных вентральных грыж. Среди интраоперационных осложнений у 7 была травма селезенки, кровотечение из кисты поджелудочной железы при ее вскрытии у 3, кровотечение из селезеночной артерии 1 и кровотечение из ткани железы 1.

Из ранних послеоперационных осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите нам встретились аррозивные кровотечения (30.8%), панкреатические фистулы (19.1%), свищи полых органов - желудка (7.4%), двенадцатиперстной кишки (5.3%), тонкой кишки (3.2%), ободочной кишки (12.7%), цистодуоденальные фистулы (2.1%), флегмона желудка (2.1%), абсцессы (9.5%), а также спаечная тонкокишечная непроходимость (2.1%),

острый холецистит (1.06%), тромботические осложнения(3.2%), гнойный плеврит 1.06%).

Результаты. Большинству больных, 64, при первичной операции был выполнен двухподреберный доступ и послеоперационное ведение осуществлялось с помощью метода «открытого» живота, а другим 38, срединная лапаротомия с дополнительными доступами в правом или левом подреберье. Развитие осложнений не связано с видом хирургического доступа. В нашем исследовании 31.6% больных, перенесших панкреатнекрсеквестрэктомию, имели от 1 до 3 периоперационных осложнений, что послужило основанием выполнения 108 операций 102 больным, летальность при этом составила 34%.

Выводы. Важнейшими мерами профилактики осложнений являются адекватный доступ для дифференцировки тканей, ненасильственное удаление свободно лежащих секвестров, отказ от удаления некрозов острым путем, санационные релапаротомии п каждые 48-72 часа.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Литинский А.А, Бериша А., Соколов А.А.,
Гриднева Н.А., Мурадян М.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Иванов В.А.

Кафедра факультетской хирургии медицинского
института. Российского университета дружбы
народов. Москва.

Одним из основных заболеваний органов брюшной полости остается острый калькулёзный холецистит. Его

частота, по данным разных авторов, варьирует от 15% до 26%. Раннее выявление деструктивной формы острого калькулезного холецистита и возможности лечения с использованием миниинвазивных вмешательств (МИВ) под контролем УЗИ, у пациентов пожилого и старческого возрастов, является весьма актуальным, особенно при наличии у них, тяжелой сопутствующей патологии. УЗИ проводилось на аппаратах Toshiba Aplio MX, Toshiba Aplio 500. Осмотр проводился в положениях пациента на спине и левом боку, через переднюю брюшную стенку и через 7 – 8 межреберье справа.

В хирургическом отделении ГКБ № 64 с 2012 по 2017 гг наблюдалось 179 пациентов пожилого и старческого возрастов с острым калькулёзным холециститом. Среди этих пациентов мужчин было 67 (37,4%), женщин – 112 (62,5%). Возраст больных колебался от 50 до 94 лет, средний – $77,3 \pm 8,6$ лет.

Информативность УЗИ в диагностике острого калькулёзного холецистита составила: чувствительность – 98,8%; специфичность – 99,6%; и точность – 98,9%. При лечении этих пациентов, было проведено 180 МИВ под контролем УЗИ. Всем пациентам устанавливались транскутанные дренажи типа pig-tail 8 или 10 Fr. Все вмешательства проводились под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Показанием к пункционному лечению острого калькулёзного холецистита считали следующие критерии: увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенок с удвоением контура, наличия конкрементов в полости желчного пузыря, наличие перевезикального инфильтрата, а так же неоднородного содержимого в полости пузыря по данным УЗИ в сочетании с клинической картиной (боли, повышение температуры, тошнота и рвота, лейкоцитоз), пожилой и старческий возраст, а так же тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации.

Положительная динамика была отмечена у 152 (84,9%) пациентов, у 3 пациентов было выполнено повторное дренирование, характеризующееся купированием болевого синдрома, нормализацией лабораторных показателей. Отрицательная динамика (по данным УЗИ и лабораторных показателей) с последующей холецистэктомией наблюдалось у 43(24,1%) пациентов. Отрицательная динамика отмечалась как в отношении прогрессирования деструктивных изменений со стороны стенки желчного пузыря, так и со стороны декомпенсации сопутствующей патологии.

Эффективность МИВ и критериями окончания лечения пациентов с острым калькулёзным холециститом оценивали по следующим параметрам: уменьшение размеров желчного пузыря, уменьшение толщины его стенок по данным УЗИ, положительная динамика при фистулографии, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитоза, улучшение самочувствия пациента.

Данное исследование показало, что УЗИ является высокоинформативным методом диагностики острого калькулёзного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста, а МИВ под контролем УЗИ является высокоэффективной методикой лечения пациентов с острым калькулёзным холециститом у пациентов пожилого и старческого возрастов с тяжелой сопутствующей патологией.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Литинский А.А., Гриднева Н.А., Мурадян М.А.

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

Абсцессы печени и внеорганные жидкостные образования (ВЖО) брюшной полости или забрюшинного пространства могут возникать как осложнения после различных хирургических операций. Нередко эти осложнения становятся основным фактором, утяжеляющим состояние послеоперационных больных, удлиняющим сроки лечения, и зачастую являются основной причиной неблагоприятных исходов. Раннее выявление послеоперационных осложнений и возможности их лечения с использованием миниинвазивных вмешательств (МИВ) под контролем УЗИ является весьма актуальным.

В хирургических отделениях ГКБ № 64 с 2012 по 2017 гг. наблюдались 133 больных после операций. При УЗИ этих больных были выявлены: абсцессы печени у 26 (19,6%) пациентов и ВЖО брюшной полости или забрюшинного пространства у 107 (80,4%). Среди этих больных мужчин было 64 (48,1%), женщин – 69 (51,9%). Возраст больных колебался от 20 до 89 лет, средний – $55,4 \pm 16,8$ 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 - 95,8%; специфичность - 97,9% и точность - 97,5%;. При лечении больных с ВЖО и абсцессов печени было выполнено 142 МИВ под контролем УЗИ, при этом в 34 (25,6%) случае использована пункционная методика, в 90

(67,6%) – катетерная и в 9 (6,8%) 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 – 10 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 – 95,8%, - при ВЖО – 91,1%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СТАЦИОНАРЕ ОДНОГО ДНЯ

Проскурина М.И., Борисова М.И., Пантелеева И.С.
Руководитель — доц. М.А. Чинников
Российский университет дружбы народов. Москва.

Проанализированы результаты лечения 99 больных (34 мужчины и 65 женщин) острым калькулёзным холециститом в период с 2015 по 2016 гг. Всем пациентам выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). В работу

включены больные с давностью приступа не более 3 суток, без холедохолитиаза, признаков перипузырных осложнений, желтух в анамнезе или при поступлении.

Все больные разделены на 2 группы: 1 группа - 39 больных, которым ЛХЭ выполнена в стационаре одного дня (с выпиской до 23 часов); 2 группа - 60 больных, оперированных в хирургическом отделении стационара.

Для лечения в стационаре одного дня необходимы: письменное согласие пациента на лечение в стационаре краткосрочного пребывания, взрослый сопровождающий в течение суток после выписки; проживание в отдельной квартире или доме не далее 50 км от стационара; стационарный домашний телефон.

Средний возраст больных 1 группы составил $43,8 \pm 15,4$ г., больных 2 группы $53,7 \pm 15,2$ г. Сопутствующие заболевания имели 52 (86,7%) пациента 2 группы и 6 (15,4%) пациентов 1 группы. Значимых различий по классу риска анестезии по шкале ASA не выявлено ($2,2 \pm 0,5$ в 1 группе против $2,4 \pm 0,5$ во 2) По полу, возрасту и частоте сопутствующих заболеваний группы достоверно отличались. Больных 1 группы оперировали в день поступления, в течение 1-3 суток после выписки осуществляли патронаж.

Интраоперационное кровотечение отмечено у 1 больного (2,6%) 1 группы, что потребовало конверсии доступа в минилапаротомию. Такой подход позволил остаться в пределах малоинвазивной хирургии и выписать пациента в течение суток. Во 2 группе интраоперационное кровотечение из ложа желчного пузыря возникло у 1 больного (1,7%) - остановлено коагуляцией. Значимых отличий по частоте интраоперационных осложнений не было ($p > 0,05$). Средняя длительность операции составила $44,6 \pm 6,8$ мин в 1 группе и $58,7 \pm 31$ во второй. Деструктивные формы заболевания выявлены у 38,5% больных 1 группы и 41,7% - 2 группы. Дренаж из брюшной полости у больных 1 группы удаляли через 6 часов после операции при отсутствии по

нему отделяемого. Послеоперационных осложнений и летальных исходов в обеих группах не было. Средняя длительность лечения в 1 группе составила $21,3 \pm 1,4$ час, во 2 - $105,6 \pm 55,2$ часов ($4,4 \pm 2,3$ суток).

На основании полученных результатов выработаны критерии отбора пациентов и предложен алгоритм лечения больных острым калькулёзным холециститом в условиях стационара одного дня.

Лечение острого холецистита в условиях стационара одного дня сокращает длительность пребывания пациента в медучреждении, но проводится после тщательного отбора больных с обязательным патронажем после выписки и возможностью круглосуточной госпитализации при подозрении на развитие осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ АНГИОДИСПЛАЗИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Навид М.Н.¹, Шухтин Н.Ю.², Титаров Д.Л.¹, Путилов С.С.²,
Шемятовский К.А.¹

¹Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии
имени И.Д. Кирпатовского

²Больница Пущинского научного центра РАН, г.Пущино

Ангиодисплазия кишечника характеризует патологическое состояние, при котором имеются порочное развитие и строение сосудов кишечной стенки (Caldabini J.J., 1974). Актуальность проблемы диагностики и лечения ангиодисплазии кишечника различного происхождения диктуется упорным течением и тяжестью заболевания, трудностями топической диагностики, сложностью выбора лечебной тактики, обусловленных сочетанными поражениями органов и систем. (Munitiz Ruiz V., Garcia Perez B., Serrano Jimenez A. et al, 2004; А.А. Шептулин, 2000).

Приводим пример клинического наблюдения и хирургического лечения пациентки с генерализованной ангиодисплазией, осложненной кишечным кровотечением.

Пациентка Р., 83-х лет, поступила в хирургическое отделение БПНЦ РАН в 2016г. с жалобами на выраженную слабость, головокружение, стул с примесью темной крови через сутки от начала заболевания. В анамнезе у матери пациентки в последние годы ее жизни наблюдались кишечные кровотечения, источник которых не известен. При поступлении в клиническом анализе крови гемоглобин 82г/л. При ЭГДС выявлен антральный эрозивный гастрит, при ректоскопии в прямой кишке патологии не выявлено. Признаков рецидива кровотечения не наблюдалось. На 5-ые сутки лечения возник рецидив профузного кишечного кровотечения, попытки консервативного гемостаза не эффективны. В клиническом анализе крови гемоглобин 43г/л. Выполнена экстренная колоноскопия, при которой на стенках проксимальных отделов поперечно-ободочной кишки и в ее просвете большое количество темной крови и свежих сгустков, затрудняющих детальный осмотр слизистой. Пациентка экстренно оперирована. Выполнена срединная лапаротомия. В печени выявлены множественные округлые плотные просовидные образования, от 0,3 до 0,7см, фиолетового цвета. В обоих яичниках выявлены множественными узелковые плотные образования около 0,5см в диаметре фиолетового цвета. В просвете восходящей кишки кровь со сгустками. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием илео-трансверзоанастомоза, биопсия печени. При гистологическом исследовании толстой кишки в подслизистом слое и глубоких слоях слизистой выявлены множественные кровоизлияния, с пролиферацией расширенных сосудов с интонченными стенками. Морфологическое исследование ткани печени показало наличие в ней кавернозной ангиомы. В дальнейшем рецидивов кишечного кровотечения не наблюдалось.

Показатели периферической крови нормализовались: гемоглобин 112г/л. На 21-е сутки пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии из стационара.

Таким образом, в описанном случае редкой причиной кишечного кровотечения явилась наследственная генерализованная ангиодисплазия толстой кишки, сочетающаяся с гемангиоматозом печени и яичников по типу болезни Рандю-Ослера-Вебера. Профузные рецидивирующие кишечные кровотечения с выраженной анемизацией и ухудшением общего состояния пациентов должны быть показанием к хирургическому лечению и резекции соответствующего отдела кишечника с восстановлением функции измененного органа.

РЕАКЦИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Гевондян Н.М¹., Шемятовский К.А²., Титаров Д.Л².,
Навид М.Н².

¹ ФГБУН Институт биоорганической химии им. ак.
М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН,

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Целью настоящей работы является исследование состояния адаптивного иммунитета и его роли в процессах при имплантации полимерных сетчатых эндопротезов (ПСЭ). В работе использован новый подход к оценке состояния адаптивного иммунитета, основанный на определении протективной активности В-системы иммунитета с помощью технологий, разработанных в ИБХ РАН (Патент РФ № 2196333, 2191385). Данная методология позволяет учитывать

не только уровень антителогенеза, но и качество секретируемых антител.

Для сравнительного изучения влияния сетчатых эндопротезов на адаптивный иммунитет были использованы белые нелинейных крысы обоего пола ($n=30$) в возрасте 5 месяцев, весом 250 г. В зависимости от вида имплантируемого материала (полипропиленовый эндопротез PPLight, 36 г/м^2 , или титанизированный полипропиленовый эндопротез TiMesh, 36 г/м^2 , покрытый слоем титана 20 мкм) все животные были распределены на две равнозначные группы. Имплантацию эндопротезов размерами $1,5 \times 1,5 \text{ см}$ производили в мягкие ткани поясничной области. Материалом для иммунологических исследований являлась сыворотка венозной крови животных, забор которой осуществлялся до начала операции, а также на 7, 14 и 30-е сутки послеоперационного периода.

Результаты иммунологических исследований показали, что вне зависимости от имплантируемого сетчатого эндопротеза отмечается стереотипность активации пролиферативных процессов иммунной системы, направленных на повышение уровня иммуноглобулинов класса G. При этом выявлены достоверные различия в супрессирующем действии сетчатых эндопротезов на гуморальный иммунный ответ. Установлено, что полипропиленовые эндопротезы приводят к глубокой супрессии адаптивного иммунитета за счет усиленного биосинтеза функционально неактивных низкоавидных антител, не обладающих эффекторными свойствами. Пул таких антител ведет к образованию плохо фагоцитирующихся иммунных комплексов. Длительно циркулируя в кровяном русле они накапливаются в различных органах и тканях, вызывая активацию перекисных и иммунопатологических процессов.

В отличие от полипропиленовых, титанизированные полипропиленовые эндопротезы вызывают постепенное

снижение реактивности иммунной системы, что делает их более привлекательными на ранних этапах имплантации. Однако значительное снижение уровня функционально активных антител к тридцатым суткам послеоперационного наблюдения не оставляет надежды на сохранение стойкой клинико-иммунологической ремиссии.

Таким образом, на основании определения протективной активности В-системы иммунитета открывается возможность выбора ПСЭ и прогнозирования направленности адаптационных процессов организма при его имплантации в ткани.

Работа выполнена при финансовой поддержке Минобрнауки соглашение № 14.607.21.0085 от 05 ноября 2014 года.

ПРИМЕНЕНИЕ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Каляканова И.О.

ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов».
Москва

Применение сетчатых имплантатов в герниологии стало уже стандартом при оперативном лечении. Однако результаты лечения по-прежнему полностью не удовлетворяют хирургов. Количество рецидивов при применении сетчатого имплантата по данным разных авторов составляет от 5 до 15%. Также пациенты отмечают наличие хронической послеоперационной боли различной интенсивности, что мешает пациенту возвращению к активной жизни.

Самофиксирующийся имплантат ProGrip™ состоит из полипропиленовой мононити и оснащен рассасывающимися

крючками из полимолочной кислоты. За счет крючков из полимолочной кислоты происходит равномерная фиксация имплантата к тканям, не происходит сбаривания и смещения при размещении его в подапоневротическом пространстве.

Многочисленные исследования данного типа имплантата при паховых грыжах уже показали удовлетворительные результаты лечения со снижением числа рецидивов и снижением послеоперационной хронической боли. В связи с этим было предложено использовать данный тип сетки при послеоперационных вентральных грыжах, грыжах белой линии живота и пупочных грыжах, в том числе с диастазом прямых мышц живота. В настоящий момент во всем мире проведено всего 4 исследования с использованием самофиксирующейся сетки. В России исследование было начато одним из самых первых. Протасов А.В. с соавторами в 2011 году впервые опубликовал результаты использования сетки ProgridTM при послеоперационных вентральных грыжах.

Выводы по результатам исследования российских, американских, австралийских и нидерландских ученых совпадают. При сроках наблюдения в послеоперационный период от 3-х до 36 месяцев ни у кого из оперированных больных не возникло рецидива грыжи. Также все ученые отмечают низкую частоту послеоперационных осложнений, при которых не требуется удаление сетки. За счет отсутствия интеграции имплантата и необходимости в фиксации к тканям дополнительным шовным материалом пациенты не отмечали хроническую послеоперационную боль. В том числе сокращается время оперативного вмешательства и время пребывания пациентов в стационаре.

Данные исследований доказывают что имплантат, не требующий дополнительной фиксации к тканям, улучшает качество жизни пациентов и обеспечивает высокую клиническую эффективность.

Литература.

1. А.В. Протасов. Д.Ю. Богданов. Е.В. Полякова. А. В. Блохин. Результаты применения оригинального способа моделирования имплантата при хирургическом лечении вентральных грыж. – XII Конференция «Актуальные вопросы герниологии». – Москва, 2015. – Стр.103-104.

2. S.B. Hopson, L.E. Miller. Open ventral hernia repair using Progrid™ self-gripping mesh. – International Journal of Surgery. – Vol. 13, 2015. – P. 137- 140

3. B.J. Privett, M. Ghush Proposed technique for open repair of a small umbilical hernia and rectus diavarcation with self-gripping mesh. – Hernia. – № 4, 2016. – P. 527 - 530

4. J. Verhelst, B. de Goede, G.J. Kleinrensink, J. Jeekel, J.F. Lange, K.H.A. van Eeghem. Open Incisional hernia repair with a self-gripping retromuscular Parietex mesh: A retrospective cohort study. – International Journal of Surgery. – Vol. 13, 2015. – P. 184

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Ротарь Д.

Кафедра факультетской хирургии РУДН, Москва

Введение: На сегодняшний день острый аппендицит является наиболее распространенным заболеванием органов брюшной полости. В России он составляет 40-50 случаев на 10000 населения (Савельев В.С., 1991г.). Считается, что от 30-40% хирургических вмешательств на органах брюшной полости производится по поводу острого аппендицита. Заболеванию подвержены лица мужского и женского пола всех возрастов. Нередко наблюдаются атипичные формы острого аппендицита. Острый аппендицит в этих случаях протекает под «маской» других заболеваний. В этом заключается «коварство» аппендицита, который И.И. Греков образно назвал «хамелеоноподобным» заболеванием.

Цель исследования: целью нашей работы является ретроспективный анализ достоверности шкалы Альварадо, а также ультразвуковых методов исследования в ранней диагностике острого аппендицита

Материалы и методы исследования: У 100 больных с болями в правой подвздошной области проведен ретроспективный анализ результатов использования шкалы Альварадо в диагностике острого аппендицита. Из них 65 произведена аппендэктомия. Возраст больных колебался от 18 до 73 лет. 58 больным выполнена Лапароскопическая аппендэктомия, 6 больным диагностическая лапароскопия, конверсия, аппендэктомия. Всех больных оценивали по шкале Альварадо. В 3-х случаях отмечались осложнения (межпечельный абсцесс, серома).

Результаты исследования: Распределение 65 больных оперированных по поводу острого аппендицита в соответствии с набранными ими баллами по шкале Альварадо представлены в таблице. У 62 больных выявлены деструктивные формы аппендицита, 3 оперированы по поводу катарального аппендицита. При анализе формы аппендицита в зависимости от балла по шкале Альварадо выявлена высокая эффективность шкалы, поскольку 18 больных из 65, оперированных по поводу острого аппендицита, набрало менее 7 баллов из 10 возможных

По Альварадо при сумме баллов 3 и менее острый аппендицит маловероятен.

4-6 баллов — вероятность 32%

7- 8 баллов — вероятность 80%

9-10 — вероятность 100%.

При этом деструктивные формы у больных набравших менее 7 баллов встречались в 27,7 % случаев (у 18 больных из 65). Таким образом, при использовании только данной шкалы лишь у 47 (72,3%) больных можно с высокой вероятностью диагностировать деструктивную форму острого аппендицита.

Двум больным было выполнено Дренирование периаппендикулярного абсцесса. В 1 случае – набрано 5 баллов по шкале Альварато, во втором – 8 баллов.

24 больным не проводилось оперативного вмешательства. 18 больным выставлен диагноз «Функциональное нарушение кишечника» (в 11 случаях аппендицит был маловероятен, в 5 – вероятность составила 32% в 1 случае – 80% и в 1 случае – 100%). Четырем больным выставлен диагноз «Острый мезаденит» (согласно таблице Альварато – в 3-х случаях аппендицит был маловероятен, в одном составил 32%) Один больной выписан с диагнозом «Лихорадка неясного генеза» (по шкале Альварато набрано 7 баллов) и одной больной выставлен диагноз «Апоплексия правого яичника, болевая форма», набравшая 9 баллов по Шкале Альварато.

Исходя из полученных нами данных из 24 не оперированных у 20 больных вероятность аппендицита по шкале Альварато была мала. У 4-х больных вероятность аппендицита составила более 80%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Соболев М.А.², Накаде М. Ф.¹, Мохан Р.¹, Сторчай М. Н.¹

¹ Российский университет дружбы народов, г.Москва

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва

Введение. Синдром кишечной недостаточности (СКН) является частым осложнением в раннем послеоперационном периоде после абдоминальных операций, которое при

отсутствии лечения приводит к абдоминальному компартмент - синдрому, в конечном итоге к полиорганной недостаточности. СКН характеризуется нарушением моторной, секреторной, всасывающей и барьерной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые развиваются в результате расстройств функций органов брюшной полости, ведущим к выраженным водно-электролитным нарушениям. Распространенным методом диагностики является рентгенография с бариевым контрастированием, но, к сожалению, мало информативным и не позволяющим оценить состояние кишечной стенки, а так же невозможностью наблюдения в динамике. В связи с этим мы попытались адаптировать ультразвуковое исследование (УЗИ), в качестве диагностики СКН, который позволяет более детально оценить состояние кишечника.

Цель. Оценить изменения в структуре кишечной стенки, наличие и характер перистальтики у пациентов в раннем послеоперационном периоде после операций на органах брюшной полости с помощью рентгенографии и УЗИ для интенсивной терапии СКН.

Материалы и методы. Были обследованы 35 послеоперационных больных (средний возраст 62 ± 12.4) после обширных абдоминальных операций, таких как ушивание перфоративных язв, вызывающих перитонит, резекций ободочной кишки вследствие непроходимости, вызванной опухолями, гастрэктомий при наличии онкологического процесса. Сравнение между рентгенографией и УЗИ. Все пациенты были обследованы с помощью рентгенографии и УЗИ. Оценивались следующие параметры: диаметр просвета кишки, толщина кишечной стенки, характер перистальтики, количество содержимого в кишечнике, наличие свободной жидкости в брюшной полости, состояние кишечной микроциркуляции.

Результаты. Во время сравнения обоих диагностических методов наблюдались следующие результаты:

1. 13 (38%) пациентам не могла быть выполнена рентгенография из-за нестабильного состояния.

2. 22 (62%) пациентам проведено рентгенологическое обследование, а также УЗИ. В ходе анализа данных, полученных при использовании двух методов, было отмечено, УЗИ является более информативным (см. таблицу 1).

Таблица 1

Сравнение между рентгенографией и УЗ - исследованием ЖКТ у пациентов после обширных операций на органах брюшной полости в раннем послеоперационном периоде

	Рентгенография с бариевым контрастированием	УЗИ
Диаметр просвета кишечника	Визуализируется плохо	Визуализируется хорошо
Толщина кишечной стенки	Визуализируется очень плохо	Визуализируется хорошо
Характер перистальтики (Активный, замедленное, отсутствует)	Визуализировать невозможно	Визуализируется хорошо
Содержание ЖКТ	Визуализируется плохо	Визуализируется хорошо
Наличие свободной жидкости в брюшной полости	Визуализировать невозможно	Визуализируется хорошо
Кишечная микроциркуляция	Визуализировать невозможно	Визуализируется хорошо

	Рентгеновский метод может быть использован только для определения наличия или отсутствия энтеральной недостаточности	УЗ метод может использоваться для оценки стадии энтеральной недостаточности, состояния ЖКТ, которые могут использоваться в дальнейшей коррекции терапии и энтерального питания
--	--	--

У 12(34%) пациентов на рентгенограммах наблюдался пневматоз кишечника, у 10(28%) пациентов имелись уровни воздуха и жидкости, дающую ложную информацию для определения дальнейшей тактики лечения.

Используя рентгенологическое исследование, возможно оценить только наличие уровней воздуха и жидкости. Хотя при УЗ методе у 19(54%) пациентов отмечается диаметр просвета кишечника <4 см с неизменной перистальтикой, подтверждающий 1 стадию СКН. У 11(31%) пациентов диаметр просвета < 4см, слегка отечные стенки кишечника; замедленная перистальтика свидетельствуют о 2-й стадии СКН. У 5(14%) больных диаметр просвета > 4 см, толщина кишечной стенки > 4 мм с большим количеством застойного содержимого, что свидетельствует о 3-й стадии СКН.

Заключение. Подробная информация, полученная методом УЗИ, помогает определить стадии СКН и тактику лечения, которые трудно определить методом рентгенографии из-за недостаточной ее информативности. Рентгенография трудно выполнима в раннем послеоперационном периоде, в связи с необходимостью пациенту принимать вертикальное положение, употреблять

пероральное контрастное вещество, в то время как УЗИ не требует специальной подготовки. Наличие портативных УЗ - сканеров не требует транспортировки нестабильных пациентов в соответствующее отделение, и позволяет оценить состояние кишечной стенки, моторной функции в режиме реального времени. Таким образом, УЗИ должно использоваться как метод первого выбора в диагностике и в определении тактики лечения СКН.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Садовникова Е.Ю.

Научный руководитель : проф. Климов А.Е.

В мире наблюдается стойкая тенденция к увеличению частоты заболеваемости острым и хроническим панкреатитом. За последние 30 лет количество пациентов с этой патологией увеличилось более чем в два раза за аналогичный период времени. Исследования последних двух десятилетий показывают, что заболеваемость острым панкреатитом (ОП) колеблется в пределах от 14 до 75 случаев на 100.000 населения, а хроническим панкреатитом (ХП): в Европе составляет 25,0-26,4 случаев на 100 тыс. населения, в России — 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения.

Средний возраст пациентов с ОП и ХП колеблется от 35 до 50 лет. В развитых странах мира средний возраст больных с указанной патологией снизился с 50 до 39 лет; среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин; первичная инвалидизация больных достигает 15%. Общая летальность в мире от ОП с деструктивными формами по мнению ряда авторов составляет от 5% до 10% и достигает 20-30% у больных с тяжелой формой, включая летальность

после первичного установления диагноза ХП составляет до 20% в течение первых 10 лет и более 50% - через 20 лет, составляя в среднем 11,9%.

В настоящее время эндоскопические методики способствуют в лечении последствий ОП и ХП, обладая широким спектром возможностей: ЭПСТ, дилатация стриктур и эндопротезирование протоков, удаление холедохоцеле, литотрипсия и литоэкстракция конкрементов терминального отдела холедоха и ГПП. Перечисленные методы дают хорошие клинические результаты лечения в сравнении с проведением инвазивных оперативных вмешательств. Кроме восстановления пассажа панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку (ДПК) после проведенной эндоскопической ретроградной холедохопанкреатографии (ЭРХПГ) происходит восстановление порционного поступления панкреатического секрета с купированием болевого синдрома.

Адекватное восстановление пассажа панкреатического секрета в ДПК активизирует ПЖ в едином пищеварительном процессе, а вмешательства на большом дуоденальном сосочке позволяют достичь данной цели. После выполнения подобного рода вмешательств на протоковой системе ПЖ реабилитация больных заключается в многогранном, комплексном и длительном реабилитационном воздействии направленном на: профилактику обострения болезни; купирование обострения болезни; уменьшение последствий перенесенного воспаления в ПЖ; уменьшение инвалидизации и смертности данных больных.

Так же после выписки из стационаров пациенты в обязательном порядке обязаны проходить диспансерное наблюдение амбулаторно у терапевта и гастроэнтеролога с четким соблюдением преемственности между указанными специалистами, а при необходимости, и у хирурга. На амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации

больных с панкреатитами вторичная профилактика направлена на устранение факторов, способствующих рецидивированию и прогрессированию процесса в ПЖ. К таковым факторам реабилитации относится лечебное питание максимально щадящее поджелудочную железу путем исключения из рациона продуктов, стимулирующих ее секреторную активность и кислотообразование в желудке. Как правило, пациенты с панкреатитами плохо переносят жирную пищу, обладающую стимулирующим действием на активность органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) усиливающую. Нередко наблюдается непереносимость глюкозы и молока. Плохо переносятся даже незначительные дозы алкоголя, жареные и копченые продукты, острые блюда, крепкий кофе, свежеспеченные изделия из сдобного теста, холодные напитки, которые рекомендуется следуя принципам здорового питания исключить из рациона питания.

Диета у пациентов с заболеваниями ПЖ должна содержать повышенное количество белка - 120-140 г/сутки, 60% которого должно быть животного происхождения. Рекомендуется пониженное количество жиров (60-80 г/сутки), причем количество жира должно быть равномерно распределено на все приемы пищи в течение дня. Жиры в чистом виде из рациона исключаются полностью. Рацион должен содержать около 350г углеводов в сутки, большей частью за счет простых легкоусвояемых углеводов. Рекомендуемый суточный калораж 2500-2800 ккал на сутки для приема. Так же ограничивается в рационе поваренная соль (до 6 г в сутки).

Больным хроническим панкреатитом рекомендуется прием минеральных вод, наиболее эффективными являются хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-кальциевые воды малой и средней минерализации, а также радоновые воды. Высокоминерализованные, холодные воды противопоказаны, так как они могут вызвать спазм

панкреатических протоков, усилить моторную деятельность кишечника и спровоцировать приступ болей с обострением уже имеющегося заболевания .

Так же отдельное значение придается умеренному и упорядоченному образу жизни пациента. Рекомендуется разумное чередование трудовой деятельности с полноценным отдыхом. Расстройства нервной системы неблагоприятно влияют на функции органов пищеварения, в том числе на поджелудочную железу. Немаловажную роль в этом реабилитационном процессе способно оказать и санаторно-курортное лечение, которое сочетает в себе общеоздоровительные принципы и целенаправленную терапию.

Но, несмотря на принципы правильного питания и соблюдение пациентом режима труда и отдыха, большое значение имеет рациональная фармакотерапия , которая направлена на уменьшение или купирование болевого абдоминального синдрома и компенсацию функциональной панкреатической недостаточности .

В целом же, основные принципы консервативного лечения ХП следующие: снятие боли;

создание функционального покоя поджелудочной железе;

снижение ее секреторной активности;

коррекция пищеварительной недостаточности;

нормализация углеводного обмена;

нормализацию синдромов нарушенного пищеварения и всасывания .

Заместительная ферментная терапия считается обязательной для групп пациентов с ХП тяжелой и средней степенью течения заболевания .

Продолжительность реабилитации — весьма индивидуальна в связи с особенностями заболевания и его последствиями , а поэтому не может быть одинаковой для всех групп больных страдающих ХП.

Полная стабилизация процесса при ОП , завершение обострения и переход болезни в фазу ремиссии знаменуют собой окончание периода восстановительного лечения и хороший эффект последнего. Реабилитация продолжается до тех пор, пока не наступит объективное подтверждение ремиссии.

При ХП, в отличие от острого панкреатита, отсутствуют какие-либо общепринятые прогностические критерии. Прогноз жизни больного при ХП определяется возможным развитием осложнений, требующих хирургического вмешательства с высокой интра- и послеоперационной

летальностью. Прогноз в отношении качества жизни определяется развитием хронического болевого синдрома и тяжестью экстреторной и инкреторной недостаточности ПЖ в исходе заболевания .

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

НАУЧНЫЕ ОТКРЫТИЯ НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА

Базанаев А. С.

Кафедра травматологии и ортопедии (заведующий кафедрой
— Н.В. Загородний) Научный руководитель – М.А.

Абдулхабиров

Среди великих личностей в истории медицины достойное место занимает профессор Николай Иванович Пирогов. Его жизнь многогранна и в данной статье мне бы хотелось только перечислить его открытия в хирургии и анатомии без детализации, из-за ограниченности формата.

Подытожим в самых кратких чертах те фундаментальные нововведения, которыми военно-полевая хирургия обязана гению Пирогова.

Эфирный наркоз. Применен им впервые в мире на поле боя в Кавказской войне в ауле Салта.

Гипсовая повязка. Так же применен им впервые в большом масштабе в крымской и русско-турецкой войнах. Во время Великой - Отечественной войны советские и союзные хирурги активно использовали пироговские гипсовые повязки, благодаря чему спасли много раненных.

Сортировка раненых, введенный Пироговым, стала важнейшим принципом военно-полевой хирургии и по сей день, что повысило успешность проведения операций и послеоперационного ухода за ранеными. В Севастополе Н.И. Пирогов установил четыре группы раненых для сортировки при массовом поступлении раненых: а) смертельно раненые и безнадежные, которым нужен лишь последний уход и предсмертные утешения; б) раненые, требующие неотложную хирургическую помощь; в) раненые,

кому операция может быть отложена на следующий день или даже позднее; г) легко раненые, состояние которых допускает возвращение в часть после простой перевязки. Такая сортировка предотвратила беспорядок и неизбежный хаос, ибо, как говорил Пирогов, «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». «Я горжусь этой заслугой» (Н.И. Пирогов).

Рассредоточивание раненых и изоляция тяжело инфицированных в особые гангренозные отделения. Пирогов сделал это с первых дней своего приезда в Севастополь. В Западной Европе к этому пришли только после открытия Листером антисептики, а фактически начали применять лишь к концу Франко-прусской войны 1871 г. Стоит ли добавлять, что выделение рожистых и анаэробных отделений, а также изоляторов для столбнячных со времени Пирогова стало категорическим требованием почти в любой боевой и мирной обстановке.

Н.И. Пирогов вплотную подошел к разгадке причин нагноения в ранах. И если последнее слово в этом вопросе было произнесено Листером, то каждый читающий многочисленные пироговские главы в «Началах военно-полевой хирургии», посвящённые этой главнейшей теме, ясно видит, что как по концепции, так и по характеру лечебных мероприятий Н.И. Пирогов был очень близок к тому, чтобы этим решением вплести лучший цветок в венок своей бессмертной славы. «Я был одним из первых в начале 50-х годов и потом в 1863 г., - писал Пирогов, - восставших против господствовавшей в то время доктрины о травматической пиемии. Доктрина эта объясняла происхождение пиемии механической теорией засорения сосудов кусками размягченных тромбов; я же утверждал, основываясь на массе наблюдений, что пиемия, этот бич госпитальной хирургии с разными её спутниками (острогнойным отеком, злокачественной рожей, дифтеритом,

раком и т. п.), есть процесс брожения, развивающийся из вошедших в кровь или образовавшихся в крови ферментов, и желал госпиталям своего Пастера для точнейшего исследования этих ферментов. Блестящие успехи антисептического лечения ран и листеровской повязки подтвердили как нельзя лучше моё ученье». В своей автобиографии Н.И. Пирогов говорит: «Неподвижность повреждённой части, самой раны, антисептические средства при лечении раны, тщательная забота о свободном выходе ферментов, её заражающих, и методическое давление с возбуждением местной испарины, - вот главные основы, по моему мнению, благотворного действия листеровой повязки, которые были не раз уже давно испытаны мной в госпитальной практике, и если они не дали таких блестящих результатов, как эта повязка, то причиной тому было несовершенство техники и недостаток в приспособлении удобного материала. Открытое лечение ран, известное мне также давно из опытов над животными, я также испытывал при больших пластических операциях и при резекции суставов и костей, и при миотомиях и ущемленных грыжах, и потому несколько не удивляюсь результатам, заставившим о себе так много спорить современных хирургов».

Знаменитая пироговская остеопластическая ампутация голени стала родоначальницей всех остеопластических операций на конечностях и открыла собой абсолютно новую, блестящую главу ортопедической хирургии.

То же можно сказать и про подкожные тенотомии, которые замечательны не только по частным показаниям и практическому значению, выявленному в монографии о тенотомии ахиллова сухожилия.

Значительна роль открытий Н.И. Пирогова и в анатомии. Можно с уверенностью утверждать, что если бы Пирогов не обессмертил себя работами в клинической и военно-полевой хирургии, то он вошел бы все равно в первые ряды мировых ученых как анатом. Уже первая его

книга «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций», изданная в 1838 г. в Дерпте на латинском и немецком языках с роскошным атласом *in folio*, была не только премирована академической демидовской наградой, но создала ему всемирную славу. Сам великий Вельпо в Париже, лично не скрывал своего преклонения перед автором этого совершенно оригинального выдающегося анатомического исследования, создающего абсолютно новые принципы для отыскания артерий при операциях.

Вторая выдающаяся работа - это шесть выпусков прикладной анатомии и атлас распилов замороженных трупов, изданный тоже *in folio*. Здесь заново создается вся топографическая анатомия по разрезам в трех направлениях. Эти анатомические срезы, высеченные самим Пироговым, составляли ещё один замечательный атлас, сразу раскупленный без остатка в европейские библиотеки и стали предвестниками современных КТ и МРТ.

Все эти выдающиеся, ставшие классическими, анатомические работы Пирогова в то время имели огромное значение и их признавали другие выдающиеся анатомы и врачи тех лет .

Если ко всему этому добавить интенсивнейшую деятельность по преподаванию патологической анатомии, когда за 14 лет петербургского периода Николай Иванович произвел 11 000 аутопсий, в том числе 800 трупов погибших от азиатской холеры (за 6 недель 1848 г.). Назову еще отдельно изданный им атлас для судебных медиков, двух томов анналов его Дерптской клиники (за 1836-1837 и 1837-1838 гг.) и особенно «Отчеты» его петербургской клиники, книгу «О счастье в хирургии», а также его первую самостоятельную работу «*Num vinctura aortae*»-докторскую диссертацию, над которой Пирогов интенсивно проработал с 1829 по 1833 г. По новизне методики исследований как анатомических на трупах, так и вивисекций, проделанных над животными, работа Пирогова над перевязкой аорты была

тогда сочинением выдающимся и как таковое переведена и опубликована в одном из лучших немецких хирургических журналов (Греффе и Вальтера).

Таково простое перечисление главнейших научных работ Пирогова по хирургии. Моего изложения достаточно, чтобы составить себе некоторое представление о научном значении и мировых заслугах Пирогова. Теперь, через 71 год после его смерти, можно без увлечения и пристрастия давать объективную оценку его личности, общественной и педагогической деятельности, а главное определить его место как хирурга-клинициста и хирурга военно-полевого. Я не ошибусь, сказав, что Пирогов был самым выдающимся хирургом Европы, а как хирург военно-полевой Пирогов не имел себе равного на многие века».

КАПЛАН АРКАДИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ — ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Прудникова М. В.

Российский Университет Дружбы Народов. Москва.

Каплана Аркадия Владимировича по праву можно назвать основоположником советской травматологии. Он рассматривал вопросы травматизма, как явление социальное, расценивал проблему с эпидемиологических и философских позиций, а о переломах любой локализации и тяжести мог дать доскональную консультацию. Его труды о патологических переломах — это труды высококвалифицированного костного онколога.

Он один из первых показал, что кость — это не только орган опоры и движения, но и живая ткань, самым активным образом участвующая в обменных процессах и поддержании основных параметров гомеостаза.

Его жизненный путь был тернист и сложен. За его плечами – война и фронт. Он спас не одну сотню человеческих жизней. Среди его пациентов были: К.Г.Жуков, А.М.Василевский, К.К.Рокоссовский (торако-абдоминальное ранение), командарм А.И.Еременко, генерал Д.Д.Лелюшенко, первый комендант Берлина Н.Е.Берзарин, а после ВОВ тяжело травмированный, с множественными переломами генерал Белобородов.

Как уже отмечалось, впервые в нашей стране проф. Л. Зено с участием Б.А. Петрова и А.В. Каплана (1932) в НИИ скорой помощи им. Склифосовского был произведен открытый остеосинтез медиального перелома шейки бедренной кости. С этого времени А.В. Каплан и Б.А. Петров широко применяли и пропагандировали эту операцию при переломах шейки бедренной кости.

Среди его разработок – новая методика остеосинтеза при переломах шейки бедренной кости и создал оригинальный фиксатор, который не требовал специального направителя для трехлопастного гвоздя. Трехлопастный гвоздь Каплана имел в центре продольный канал, по которому насаживался на предварительно проведенную спицу-направитель. Операция упрощалась, возникало меньше осложнений. Гвоздь Каплана и способ остеосинтеза по А.В.Каплану стали темой его докторской диссертации. Работа была почти закончена еще перед войной. Накануне войны Каплан сдал в ученый совет 1-го Московского института свою докторскую диссертацию, в которой описывал опыт оперирования и лечения переломов шейки бедра. К большому удивлению, диссертация сохранилась. В начале 1946 года состоялась ее защита.

Даже во фронтовых условиях (1943 год) ему удалось написать книгу "Гипсовая повязка при лечении огнестрельных повреждений конечностей" о преимуществах глухих гипсовых повязок в условиях войны. Она была издана массовым тиражом и разослана во все госпитали.

При огнестрельных ранениях костей и суставов широко применялась глухая бесподкладочная лонгетно-круговая гипсовая повязка. Для сопоставления костных отломков и наложения повязки Аркадий Владимирович сконструировал легкий удобный походный ортопедический стол (операционный стол Каплана).

В период обороны Москвы в госпитале за сутки накладывалось 280-350 глухих гипсовых повязок и 350-450 гипсовых лонгет.

В соавторстве с Н.Е.Махсоном и В.М.Мельниковой он создал капитальный труд “Гнойная травматология костей и суставов”. Эта книга имела колоссальный успех у хирургов, травматологов и ортопедов. Она быстро стала библиографической редкостью. В ней четко доказана необходимость выделения новой специальности – гнойной травматологии.

В 40-е и последующие годы происходило совершенствование функциональных методов лечения переломов (Н.П. Новаченко, Ф.Б. Эльяшев). А.В. Каплан (1948) разработал метод двойного и тройного скелетного вытяжения при лечении трудно устранимых переломов костей.

Изучению репаративной регенерации было посвящено немало исследований, результаты которых свидетельствовали о многофазности процесса образования костного регенерата.

В 1948 г. А.В. Каплан опубликовал результаты многолетних исследований, показавших, что сращение переломов при точном сопоставлении отломков костей происходит путем первичного (прямого) заживления в отличие от вторичного (непрямого многофазного) заживления, которое имеет место при переломах со смещением отломков.

В 1948 г. была издана большим тиражом и переведена на венгерский, китайский и другие языки книга А. В. Каплана «Техника лечения переломов костей».

А.В. Каплан опубликовал книгу «Закрытые повреждения костей и суставов и сопутствующие повреждения внутренних органов» (1956, 1967, 1979).

А.В. Каплан и О.Н. Маркова (1967) разработали классификацию открытых переломов, позволяющую на основе объективных данных определить тяжесть травмы и прогнозировать риск развития раневой инфекции.

Проблемы открытых переломов освещены в монографиях В. Г. Вайнштейна и М. И. Литкина «Кожная пластика при первичной хирургической обработке открытых повреждений» (1965), А. В. Каплана и О. Н. Марковой «Открытые переломы длинных трубчатых костей, не осложненные и осложненные инфекцией» (1975), а также в трудах других авторов (И. Л. Крупко, А. А. Вишневский, С. С. Ткаченко, Г. Г. Абрамян, Г. М. Захарова и др.).

В период работы в ЦИТО Аркадий Владимирович активно сотрудничал с отделением костной патологии, руководимым проф. В.Я.Шлапоберским. Здесь зарождалось одно из направлений онкоортопедии. Один из его создателей – А.В.Каплан.

С 50-х годов в ЦИТО А. В. Каплан и соавт. разрабатывали проблему геронтологии в травматологии-ортопедии. Изучались возрастные изменения и заболевания пожилых людей, получивших травму, методы оценки их состояния, специфика лечения и прогнозирование его результатов, возрастные изменения опорно-двигательного аппарата: сенильный остеопороз, дегенеративные изменения суставов и позвоночника. В связи с этим необходимо было разработать щадящие методы лечения переломов, в том числе и переломов шейки бедренной кости, систему предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

В 1971 г. А.В. Каплан и В.Ф. Пожариский предложили классификацию политравмы (множественная и сочетанная травма опорно-двигательного аппарата) по основным

признакам — доминирующей по тяжести в клинической картине травме и локализации повреждения.

Он создал собственную школу травматологов, разработал 27 оригинальных операций и сделал 15 изобретений, опубликовал 450 научных работ, в том числе 18 монографий и руководств по военно-полевой хирургии и травматологии, на которых выросло не одно поколение специалистов.

А.В.Каплана называли “его величество Учитель”. Среди его учеников – 70 кандидатов и докторов наук. Его ученики работают во многих странах мира.

Не будет преувеличением сказать, что многие ведущие травматологи страны считают проф. А.В.Каплана учителем.

Те, кто серьезно собирается заниматься травматологией, обязательно столкнется с трудами А.В.Каплана и не раз вспомнит его добрым словом через голову амбициозных подражателей, имитаторов, научных чиновников и пустозвонов. Он никогда не жаловался на судьбу, не обвинял коллег в грехах и пороках. У него всегда было время для общения с молодежью, и он всегда находил эффективный выход из трудной ситуации.

Аркадий Владимирович был высокообразованным человеком. Он знал классическую и современную литературу, разбирался в живописи, любил классическую музыку. Это был человеком кристальной честности и порядочности. Многие пациенты и их родственники становились его близкими друзьями. Он был исключительно доброжелательным, доступным и принципиальным врачом. Он находил счастье в постоянном напряженном творчестве.

Последнюю монографию написал в возрасте 95 лет. "Жизнь прожить – не поле перейти..." Он написал последнюю книгу "Из жизни хирурга", вышедшую в свет уже после смерти автора. Ее должен прочитать каждый медик. Эпиграфом к одной из глав взяты слова А. П. Чехова:

"Профессия врача – подвиг, она требует самоотверженной чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически".

Эти слова являлись неизменным девизом и самого Аркадия Владимировича!

О ГАВРИИЛЕ ИЛИЗАРОВЕ И ЕГО СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

Крашилина Т.А.

Кафедра травматологии и ортопедии (заведующий кафедрой - Загородний Николай Васильевич.)

Научный руководитель – Абдулхабирова Магомед
Абдулхабирова

Сибирский город Курган стал во второй половине XX века и в начале XXI века Меккой не только для тысяч пациентов со всего мира с переломами костей и деформациями опорно – двигательной системы, но и для травматологов – ортопедов всех возрастов из многих стран мира. Миллионы излеченных пациентов по всему миру использовали и используют аппарат Илизарова. Во всех странах мира, во всех учебниках, а так же руководствах по травматологии и ортопедии написано о методиках Илизарова. Никто в мире до Г.А. Илизарова и после него из практикующих врачей не достиг при жизни подобной ему всемирной признательности. И, вряд ли, кому – либо в мировой истории из докторов удалось в провинциальном городке, в большой дали от столицы, создать научно – исследовательский институт мирового уровня по научным разработкам и практическим достижениям.

Новые эффективные способы лечения травм и заболеваний, разработанные Г.А. Илизаровым, позволили сократить сроки лечения и в некоторых случаях доказали преимущество перед существовавшими до этого времени в

практической и теоритической медицине традиционными методами лечения ортопедо – травматологических больных. В приемной Гавриила Абрамовича Илизарова всегда была огромная очередь пациентов, и он их принимал до 2 – 3 часов ночи, а утром он уже в операционной! Этот феномен психологами не изучен до сих пор. Влюбленность в профессию, преданность своему делу, жажда помочь страждущим, понимание своей значимости и ценности того, чем занимается он и его коллеги!?! Восторг от результатов – это, пожалуй, самое верное определение!

Гавриил Абрамович выбрал одну из самых сложных областей медицины – травматология и ортопедия, но оставался всегда верен своей профессии. Всю свою жизнь он посвятил исцелению людей: помог тысячам больных, вернул надежду уже отчаявшимся людям. Его имя известно всему миру. Илизаров – одинаково звучит на всех языках. О нем написаны десятки книг, сотни публикаций и периодической печати, как в нашей стране, так и за рубежом.

Почему его работы по ранее неизвестному управляемому костеобразованию и вращиванию кости, мышц, нервов и сосудов не были выдвинуты на Нобелевскую премию? Мне это не понятно. Утешает то, что врачи Курганской Мекки Ортопедии и Травматологии достойно продолжают звездную работу Гавриила Илизарова.

Подводя итоги можно сказать, что метод предложенным им открыл новые возможности в травматологии и ортопедии для лечения перелома костей и удлинения конечностей. Я не ошибусь, утверждая, что Илизаров Гавриил Абрамович был выдающимся врачом и ученым прошлого столетия.

Публиковать с выступлением.

ИСТОРИЯ КОСТНОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Тодорова И.П.

Кафедра травматологии и ортопедии (заведующий кафедрой -
Загородний Николай Васильевич.)

Научный руководитель – Абдулхабиров М.А.

Еще в глубокой древности производились попытки пересадки костной ткани человеку. В нашей стране научно обоснованные пластические пересадки кости были начаты со времен трудов Н. И. Пирогова, который в 1852 г. произвел ампутацию стопы, пересадив на резецированную суставную поверхность большеберцовой кости задний отдел пяточной кости вместе с мягкими тканями, что положил начало трансплантации кости на питающей ножке. С развитием костнопластической хирургии врачи перешли от сохранения надкостницы к сбережению в лоскуте костной ткани, а потом — и к свободной пересадке кости. В 60-х годах появились экспериментальные исследования L. Oilier о свободной пересадке костной ткани, в которых утверждалось, что рост пересаженной кости обусловлен прежде всего наличием надкостницы. Впрочем, вскоре оказалось, что может приживать трансплантат и без надкостницы.

В 1870 году А.И. Байков установил костеобразовательную способность костного мозга, что было подтверждено учениками и сотрудниками М. М. Руднева. На основании проведенных опытов Космоновским (1869, 1871, 1873), связанных с пересадкой черепных костей, был сделан вывод: «Все опыты, вместе взятые, говорят, по-видимому, в пользу того, что вытрепаннированный на своде черепа кусок кости может быть обратно приживлен». Под руководством выдающегося русского хирурга Н. В. Склифосовского, в 1880г М. Ф. Руднев выполнив экспериментальную работу «О реплантации и трансплантации цельных трубчатых костей и костных

кусков». Он первый обратил внимание и указал, что остающиеся в ране некротизирующиеся трансплантаты вызывают и усиливают процесс костеобразования в тканях, способных превращаться в кость. Новым этапом развития учения о костной пластике были экспериментальные исследования И. В. Радзимовского (1881), проведенные на животных, в ходе которых он установил, что кость, пересаженная с надкостницей, всегда омертвеает. Отсюда следовала принципиальная установка: безразлично, что пересаживать - собственную кость или чужую, живую или мертвую, покрытую надкостницей или лишенную ее.

Следует отметить приоритет отечественных хирургов в гетеротрансплантации костной ткани для пластики коленного сустава. Первый случай пересадки кости от животного человеку был осуществлен в начале 1883 г. А., И. Шмидтом. Он пересадил старику в возрасте 71 года с ложным суставом надколенника из-за ее давнего перелома три куса кости из большеберцовой кости молодой собаки. Позднее гетеротрансплантацию костей использовали и другие русские хирурги, хотя, впрочем, она не получила широкого распространения.

Р.Р.Вреден с 1922 г. начал применять обширные резекции пораженных отделов длинных трубчатых костей и замещал их одним или двумя костными аутооттрансплантатами, используя для этого гребень большеберцовой кости или малоберцовую кость. Использование аутогенной кости ограничено ввиду ее трудной доступности и травматизации пациента при дополнительной операции, несмотря на то, что по биологическим свойствам она является лучшей. Все это уже давно заставило врачей пытаться пересаживать кости от трупов.

Большинство хирургов в то время скептически относились к возможности пересадки в клинике трупных тканей и органов. Их волновало: достаточно ли стерильны ткани и сохраняют ли жизнеспособность. В.Н.Шамов и М.Х.Костюков в 1927 г установили, что при сохранении трупов при температуре 1 и 0 градусов по Реомюру ткани остаются стерильными в течение нескольких суток.

Первые банки консервирования тканей в нашей стране организованы в Ленинграде и Москве в ЦИТО Н.Н.Приоровым и М.И.Пановой в 1956 г. В начале 1958 г. в ЦИТО первые четыре пересадки консервированных холодом суставных концов костей у больных с опухолями костей произвел С.Т.Зацепин: у 2 больных с энхондромами пястных костей и у 2 — с хондросаркомой и сосудистой опухолью суставного конца лопатки. При выполнении этих операций С.Т.Зацепин использовал две оригинальные, разработанные им методики соединения костей, не требующие металлических фиксаторов типа «русский замок», «русский замок с секретом». В 1958 г. А.С.Имамалиев также начал пересаживать в клинике суставные концы длинных трубчатых костей (дистальный конец лучевой, суставные концы бедренной, большеберцовой, плечевой костей, всего 26 операций).

Методы пересадки костей постоянно совершенствовались. В настоящее время используются новейшие отечественные и зарубежные методики оперативного лечения пациентов с онкологической патологией костей конечностей.

В 1932 г В. Д. Чаплин предложил метод внутренней и наружной фиксации костных отломков (интра-экстрамедуллярный метод). Как подчеркивает автор, этот метод создает надежную фиксацию и наилучшие условия регенерации кости, в том числе дает хорошие результаты не только при ложном суставе, но и при дефекте кости, иногда значительном.

На 2-м Украинском съезде ортопедов-травматологов (1939) М. И. Куслик и Г. Л., Эдельштейн выступили за комбинированное применение ауто- и гетеротрансплантатов. В военные годы многие хирурги при лечении псевдоартрозов, возникавших после огнестрельных переломов костей голени, с успехом применяли передвижной (скользящий) аутотрансплантат из отломков. В 1969 в монографии «гомотрансплантация костной ткани у детей» М.В.Волков впервые описал методику гомотрансплантации костей по типу «вязанка хвороста» и рассмотрел стадии рассасывания и замещения трансплантатов костью реципиента. Сегодня одним из перспективных направлений является создание искусственной кости. Ученые довольно давно занимаются этой проблемой, и первое сообщение о применении кальций-фосфор-керамик для замещения дефектов костной ткани относится к 1920 году (Т.Аlbee). На данный момент проводятся широкие исследования в разработке новых оперативных методов замещения костных повреждений, и сейчас в основе искусственной кости используют синтетический гидроксиапатит. Он по фазовому составу идентичен основной минеральной составляющей кости – биологическому гидроксиапатиту. В дальнейшем ученые ставят перед собой задачу воспроизвести такие же нановолокна, что наблюдаются в настоящих костях.

ВЫДАЮЩИЕСЯ ЖЕНЩИНЫ-ТРАВМАТОЛОГИ И ОРТОПЕДЫ

Дранко А.В.

Кафедры травматологии и ортопедии - д.м.н., профессор

Николай Васильевич Загородний.

Преподаватель- доцент Магомед Абдулхабинович

Абдулхабиров

I. Введение

Травматология и ортопедия, как раздел медицины, является интересным сочетанием применения как терапевтического, так и хирургического лечения. Несколькими словами эту науку можно описать, как комплекс силы и легкости, мощи и хрупкости.

Интересно будет вспомнить эмблему ортопедии: дерево, которое изогнулось под воздействием внешних факторов, но надежно удерживается ровной и прямой подпоркой, чтобы выправиться и не упасть под давлением среды.

Не эта – ли картинка и является доказательством бережной заботы ко всем людям, исходящей от всех травматологов? Они готовы дать опору и надежду тем, кто, казалось бы, обречен «упасть» и лечение проходит под чутким взором врачей, готовых мгновенно дать надежду. Как мать учит ребенка ходить, так и врачи травматологи-ортопеды уверенной рукой направляют своих пациентов на путь выздоровления.

Такой взгляд на «мужскую», по стереотипам, профессию, дает нам возможность красочно описать тех женщин, которые решили стать травматологами и добились огромных успехов на этой стезе. Женщин, которые и поныне продолжают совершенствовать травматологию и ортопедию. Женщин, которые своей чуткостью дополняют эту профессию и делают её ещё более человеческой.

II. Блистательные советские женщины - травматологи и ортопеды во времена СССР.

1. Валентина Валентиновна Гориневская. Полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедры ЦИУ врачей, руководитель кафедры военно - полевой хирургии, заслуженный деятель науки РСФСР. В 1932 году Гориневская стала первой заведующей травматологическим отделением в НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, возглавляя его до 1939 года. Одновременно возглавляла кафедру травматологии в Центральном институте усовершенствования врачей и преподавала травматологию в московских институтах. В 1936 году она описала симптом перелома некоторых костей, который назвали «Симптомом Гориневской» Награждена орденом Красного Знамени и орденом Красной Звезды.

2. Елена Кирилловна Никифорова. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР. Трудилась в РНИИТО им. Р.Р. Вредена, ЦИТО им. Н.Н. Приорова. Автор книги "Профилактика и лечение деформаций опорно-двигательного аппарата на почве полиомиелита" (1973).

3. Зоя Сергеевна Миронова. Основатель спортивной травматологии в СССР. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Государственной премии СССР. В 1952—1983 годах — заведующая отделением спортивной, балетной и цирковой травмы ЦИТО. Главный врач сборной СССР на всех Олимпийских играх 1956—1980 годов. Автор более 200 научных работ, в том числе 11 монографий.

4. Галина Ивановна Лаврищева. Доктор медицинских наук, дважды лауреат Государственных премий за цикл работ по теоретическому обоснованию оптимальных условий репаративной регенерации опорных органов и тканей, профессор. Много лет руководила лабораторией научно-исследовательского института травматологии и

ортопедии имени Н.Н. Приорова. Автор книги «Морфологические и клинические аспекты репаративной регенерации опорных органов и тканей»

5. Зоя Петровна Лубегина . Доктор медицинских наук, дважды лауреат Государственных премий, профессор. возглавила в 1959 г. Свердловский межобластной центр по борьбе с полиомиелитом (Уральский институт травматологии и ортопедии имени В.Д. Чаклина) Заслуженный деятель науки РСФСР. Много лет являлась членом научного совета по травматологии и ортопедии АМН СССР, членом ученого совета Минздрава России, членом правления Всесоюзного общества травматологов-ортопедов, членом редакционного совета журнала «Ортопедия, травматология и протезирование»

III. Женщины – травматологи и ортопеды в современном мире.

На данный момент статистика по России такова:

- в Москве и Московской области 49 женщин выбрали своей профессией травматологию и ортопедию;
- в Санкт-Петербурге – 12;
- в остальных регионах нашей страны - около 220± человек.

Эти данные были составлены лишь на основании открытых источников учтенных докторов с многолетним стажем нашей страны. При этом незатронутой цифрой остается количество врачей – ординаторов, молодых интернов и даже просто студенток, увлеченных травматологией еще на этапе своего обучения в институтах.

Чтобы дополнить эту информацию и сделать наш взгляд на столь «не женскую» профессию более открытым и ясным, предлагаю обзор работы некоторых врачей, которые на данное время активно трудятся во благо науки.

1. Юлия Михайловна Чернякова (Гомельский государственный медицинский институт). Доктор медицинских наук, доцент

В 2007 г. стала стипендиатом Президента Республики Беларусь среди талантливых молодых ученых. В 2008 г. - лауреатом премии SICOT (международного общества ортопедов и травматологов) (предложила использовать для лечения остеоартрита сыворотку крови самого пациента.). С 2009 г. является членом SICOT. В 2015 г. защитила докторскую диссертационную работу.

Является автором более 80 печатных работ, в том числе 28 патентов на изобретения.

Основные научно-практические интересы: патофизиология суставов, репаративная медицина, диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов.

2. Александра Рустамовна Закирова (Российский Университет Дружбы Народов). Доцент кафедры травматологии и ортопедии, Кандидат медицинских наук, член Ассоциации травматологов-ортопедов Москвы (АТОМ), член Международного общества артроскопии, хирургии коленного сустава и ортопедической спортивной медицины (ISAKOS). Официальный член Международной Ассоциации хирургов травматологов-ортопедов (SICOT)

В 2010 г. успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Артроскопическое лечение хрящевых дефектов коленного сустава». Автор более 50 научных публикаций

Занимается научной работой по направлениям: общая травматология и ортопедия, артроскопическая хирургия коленного и плечевого суставов, лечение деформаций конечностей и последствий травм опорно-двигательного аппарата, лечение хрящевых дефектов коленного сустава, в том числе с применением современных клеточных технологий.

Желаю выступить с докладом

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шахова Е.В.

Российский университет дружбы народов. Москва

Деонтология-совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников. Предметом изучения деонтологии являются вопросы: взаимоотношения медицинского работника с пациентом и его родственниками, с другими сотрудниками; снижения воздействия неблагоприятных факторов медицинской деятельности; устранения последствий, связанных с качественно неполноценным медицинским обслуживанием.

Несоблюдение деонтологических принципов при работе с пациентами может привести к развитию у них болезненных ощущений, складывающихся в конечном итоге в самостоятельную картину ятрогенных заболеваний, которые, помимо прочего обусловлены и связаны с изменением психики пациента в связи с неблагоприятным воздействием поведения медицинских работников; дефектами в уходе за пациентами; бездействием, т.е. неоказанием медицинской помощи по тем или иным причинам.

Для правильной подготовки больного к операции следует руководствоваться правилами хирургической деонтологии: диагноз заболевания должен сообщать больному только врач или заведующий отделением в форме, наиболее доступной для больного и понятной ему; родственников больного нужно ставить в известность о необходимости операции, особенно если она сопряжена со значительным риском и опасностью; обращение к больному должно быть максимально предупредительным и тактичным: следует обращаться к нему по имени и отчеству, избегая безличного обращения "больной"; в присутствии больных

все медицинские работники должны общаться друг с другом без излишней фамильярности; как правило, у больного, ожидающего операции, восприятие обострено, поэтому следует избегать резких и недоброжелательных высказываний в его присутствии. Больной очень чувствителен к взглядам, жестам, настроению, даже к оттенкам интонации голоса медицинской сестры, поэтому она должна проявлять сочувствие в искренней форме, что вселяет в больного бодрость и уверенность в успехе лечения; умение, такт, выдержка, терпение и доброжелательность - обязательные качества любой медицинской сестры, фельдшера, поэтому при выполнении различных процедур, особенно при оказании экстренной помощи, особенно в палате в присутствии других больных, медицинская сестра должна действовать спокойно и уверенно, чтобы не вызвать у окружающих тревоги, беспокойства и нервозности; хранение историй болезни и данных лабораторных, инструментальных исследований должно быть поставлено таким образом, чтобы полностью исключить доступ к ним родственников или случайных лиц; в кругу родных, знакомых медицинская сестра не имеет права разглашать диагнозы тех больных, которые находятся в отделении, запрещается информировать посторонних лиц об осложнениях или неудачном течении послеоперационного периода.

Необходимо учитывать различия характеров больных и соответственно влиять на психическое состояние каждого пациента. Индивидуальным подходом к больному должен овладеть каждый медицинский работник.

При правильном проведении лечебных и восстановительных мероприятий при неукоснительном соблюдении всех принципов деонтологии получается не только излечить пациента, но и вернуть ему прежний психологический облик, веру в себя и свои силы, а также способствовать формированию у больного мнения о всемогуществе медицины.

Научное издание

ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

Издание подготовлено в авторской редакции

Подписано в печать 28.03.2017 г. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 3,72. Тираж 80 экз. Заказ 419.

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