

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

---

# **ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

**Материалы  
конференции молодых учёных**

*Москва, 23 апреля 2015 г.*

Москва  
Российский университет дружбы народов  
2015

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** : материалы конференции молодых учёных. Москва, 23 апреля 2015 г. / отв. за вып. Н. В. Лебедев. – Москва : РУДН, 2015. – 34 с.

ISBN 978-5-209-06419-0

Работы представлены в авторской редакции, орфографии и пунктуации

УДК 617-089(063)  
ББК 53/57

ISBN 978-5-209-06419-0

© Коллектив авторов.  
Отв. за вып. Н.В. Лебедев, 2015  
© Российский университет дружбы народов,  
Издательство, 2015

## Содержание

|   |    |
|---|----|
| Профессор Ю.Ф. Пауткин<br>ВИНОГРАДОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ<br>(1920-1986) .....   | 5  |
| Е.В. Хабарова, А.В. Юрасов<br>ГИГАНТСКАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ГРЫЖА<br>ПРАВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ.....  | 9  |
| Л.Р. Алвендова, И.С. Пантелеева, М.А. Чиников<br>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ<br>В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ.....   | 11 |
| В.С. Богданов., В.С. Заречина<br>ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.....   | 13 |
| М.Ф. Лазко, А.А. Копылов, П.П.Савицкий<br>РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЙ<br>КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ<br>БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ<br>МЕДИАЛЬНОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО<br>СУСТАВА И ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГОЛЕНИ.... | 15 |
| Д.А. Алулема Харамильо, Г.Р. Махмутова,<br>М.Н. Вамбулва, Е.Н. Кондрашенко<br>ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И<br>ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА В ГОРОДСКОЙ<br>МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ.....   | 17 |
| М.А. Бунтина, Д.В. Чебоксаров, Е.Н. Кондрашенко<br>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ<br>НЕИНВАЗИВНОГО ТЕРМОМОНИТОРИНГА<br>ГОЛОВНОГО МОЗГА МЕТОДОМ<br>РАДИОТЕРМОКАРТИРОВАНИЯ.....  | 19 |
| И.О. Корпачев, Ф.Я. Канестри, В. Нурдаев, В. А. Мороз<br>ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ<br>С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....  | 21 |

|  |    |
|--|----|
| Е.Ю.Садовникова , А.В. Дынников<br>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ<br>ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА<br>С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ.....   | 23 |
| Р. Мохан, Ш.Д. Бихарри, О.Л. Бессолицына,<br>А.С. Степанова, М.М. Туранский<br>ОТЛУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ ОТ<br>АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ<br>ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПАРАМЕТРОВ<br>НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ.....                                      | 25 |
| Ш.Д., Бихарри Р. Мохан, О.Л. Бессолицына,<br>И.В. Омельчук, О.Л. Лисовиченко<br>ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА<br>НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА НУТРИТИВНОМ<br>СТАТУСЕ И В КОРРЕКЦИИ<br>ГИПЕРКАТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА<br>У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ..... | 27 |
| А.С. Ворошилов<br>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ<br>ПЕРЕЛОМАХ ГОЛОВКИ И ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ<br>КОСТИ.....   | 28 |
| А.А. Литинский , Е.Ю. Садовникова,<br>И.С. Кайсина, К.А. Труфанова<br>МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА<br>ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО<br>ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ.....  | 30 |
| Е.К. Гайдукевич, В.С.Попов<br>ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ<br>СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ<br>У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА<br>ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ.....   | 32 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Накопленный на кафедре клинический материал позволил выработать лечебную тактику при холедохолитиазе, стенозе БДС, дать оценку операциям холедохотомии, папиллосфинктеротомии, гепатикохоледохостомии и холедоходуоностомии.

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



## **ГИГАНТСКАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ГРЫЖА ПРАВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ**

**Хабарова Е.В.<sup>2</sup>, Юрасов А.В.<sup>1,2</sup>**

1. Негосударственное частное учреждение здравоохранения  
«Научный клинический центр ОАО «РЖД»
2. Кафедра общей и специализированной хирургии  
Факультета фундаментальной медицины Московского  
государственного университета имени М.В.Ломоносова.  
Москва

Травматические повреждения диафрагмы выявляются в 0,8-6,5% случаев закрытой торакоабдоминальной травмы и часто остаются незамеченными. Среди всех пациентов, больные с правосторонней локализацией грыжевого дефекта составляют лишь 11-14%. Важность своевременной диагностики и планового оперативного лечения данного заболевания обусловлена функциональными нарушениями работы органов, выходящих в грыжу и высоким риском развития осложнений, при развитии последних летальность достигает 30—50%.

Цель данного сообщения - продемонстрировать случай успешного хирургического лечения больного с гигантской правосторонней посттравматической грыжей диафрагмы. Особенностью данного случая стала дислокация в плевральную полость, помимо желудка, печеночного изгиба ободочной кишки и петель тонкой кишки, практически всей печени (кроме 2 и 3 сегментов) с оттеснением ткани легкого до уровня IV межреберья.

Больной З., 36 лет, госпитализирован в клинику для обследования и необходимого лечения по поводу подозрения на релаксацию правого купола диафрагмы. В 2007 г перенес автодорожную травму. При поступлении жалоб не предъявлял, при компьютерной томографии определялась транслокация обеих долей печени в правую плевральную

полость с разворотом зоны ворот печени в верхне-латеральную сторону, отмечалось также наличие в плевральной полости печеночного изгиба ободочной кишки и антрального отдела желудка. Показатели функции внешнего дыхания в пределах нормальных величин. Показанием к операции послужил повышенный риск ущемления транслоцированных органов брюшной полости в дефекте диафрагмы, гнойных воспалительных явлений в компрессированной доле правого легкого и развития фиброза. В качестве доступа была выбрана верхнесрединная лапаротомия. При мануальной ревизии в грыжевой полости легкое не спаяно с диафрагмальной поверхностью печени. Печень мануально низведена в брюшную полость, дефект диафрагмы ушит отдельными швами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 8-е сутки после операции. При контрольной компьютерной томографии диафрагма нормально расположена, в правом легком без очаговых и инфильтративных изменений, со стороны органов брюшной полости без патологии. При исследовании функции внешнего дыхания отмечено увеличение объема форсированного выдоха с 90% до 105%, жизненной емкости легких с 92% до 96%.

Несмотря на отсутствие жалоб и удовлетворительное самочувствие - через неделю больным отмечено существенное улучшение свободы дыхания. Анализируя течение болезни, данные исследований и интраоперационные находки, сделан вывод о постепенном формировании грыжи, поскольку одномоментный разрыв диафрагмы с описанным массивным перемещением печени вряд ли остался бы незамеченным и наверняка сопровождался бы тяжелыми функциональными нарушениями. Исходя из этого механизма, а также отсутствия воспалительных изменений в легком, мы с высокой долей вероятности предполагали, что сращений между диафрагмальной поверхностью печени и висцеральной плеврой не будет и предпочли выбрать

верхнесрединную лапаротомию, как универсальный доступ к органам брюшной полости, в том числе к печени. Торакотомия, торакофренолапаротомия и другие варианты лапаротомного доступа в качестве первичного были отвергнуты в связи с существенной травматичностью и отсутствием преимуществ, низведение печени лапароскопическими инструментами (ретракторы, зажимы) технически было бы невыполнимо из-за массивности перемещаемого органа через относительно узкие грыжевые ворота и привело бы к травме печени.

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ**

Алвендова Л.Р., Пантелеева И.С., Чиников М.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии  
Российского университета дружбы народов. Москва.

Цель работы: оценка возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у больных с хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара краткосрочного пребывания.

Материал и методы. Работа основана на оценке результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара одного дня (до 23 часов), пролеченных в ЦКБ РАН (клиническая база кафедры) за период ноябрь 2014 – февраль 2015 г. В исследование включены 53 больных, в том числе 46 женщин и 7 мужчин. В I группу вошли 11 больных, которых лечили в условиях стационара одного дня. Во II группу вошли 42 больных, которых лечили по общепринятой методике. Средний возраст больных I группы составил  $39,3 \pm 5$  лет, II –  $40,6 \pm 7$  лет. Группы были сопоставимы по возрасту, срокам заболевания, частоте сопутствующих заболеваний. В исследование не вошли больные с

механической желтухой в анамнезе, с бессимптомным холедохолитиазом, плохой визуализацией элементов шейки желчного пузыря при УЗИ и риском анестезии  $\geq 3$  МНОАР. Всем больным ЛХЭ выполнялась по стандартной 4-портовой методике под эндотрахеальным наркозом.

Результаты. Среднее время операции в I группе составило  $41 \pm 9$  мин., во II группе -  $37 \pm 11$  мин. Значимых различий по данному показателю не выявлено. Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у 1 (2,4%) больного II группы диагностирован инфильтрат в проекции параумбиликальной троакарной раны, который вылечен консервативно. Больных I группы выписывали при отсутствии тошноты, рвоты, достаточном купировании болевого синдрома пероральными ненаркотическими анальгетиками, восстановлении способности самообслуживания. 1 (9%) пациент I группы был выписан на 2-е сутки после операции в связи с сохраняющейся тошнотой. Длительность послеоперационного периода у 10 больных I группы составила  $21 \pm 1,5$  час, II группы -  $75 \pm 2$  часов. Всех больных I группы (патронаж) первые 3 суток после операции контролировали по телефону, по показаниям осуществляли патронаж на дому.

Выводы. У больных хроническим калькулёзным холециститом выполнение ЛХЭ возможно в условиях стационара одного дня при тщательном отборе пациентов.

## **ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

В.С. Богданов., В.С. Заречина

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

**Введение:** острый аппендицит является наиболее часто встречающимся острым хирургическим заболеванием. В настоящее время в диагностике острого аппендицита за рубежом используют шкалу Альварадо, которая, по мнению её создателя и некоторых авторов, помогает в диагностике данного заболевания и выбору оптимальной тактики лечения. Однако, в последние годы, всё большее распространение получают более современные методы диагностики данного заболевания – УЗИ и КТ. В нашей стране данные методы исследования применяются всё чаще. Ограничением же к их применению являются медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи.

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:** нами проведен ретроспективный анализ результатов диагностики 352 больных, поступивших в ГКБ №64 в период второго полугодия 2013 года и 2014 год.

**Результаты исследования:** набранные по шкале Альварадо баллы и формы острого аппендицита представлены в таблице. У основной массы больных (331 или 94%) аппендэктомию выполняли по поводу деструктивных форм острого аппендицита. Аппендэктомию при катаральной форме аппендицита произведена 21 (6%) больному. При анализе формы аппендицита в зависимости от балла по шкале Альварадо была выявлена низкая эффективность шкалы, поскольку 215 больных из 325, оперированных по поводу острого аппендицита, набрало

менее 7 баллов из 10 возможных. При этом деструктивные формы у больных набравших менее 7 баллов встречались в 93% случаев (у 199 больных из 215). Таким образом, при использовании только данной шкалы лишь у 36% больных можно с высокой точностью диагностировать деструктивную форму острого аппендицита.

Соответствие баллов шкалы Альварато формам острого аппендицита

| Балл Альварато | Катаральный | Флегмонозный | Гангренозный | Всего        |
|----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| от 1 до 4      | 5           | 90           | 13           | 108<br>(24%) |
| от 5 до 6      | 11          | 82           | 14           | 107<br>(40%) |
| от 7 до 8      | 3           | 96           | 21           | 120<br>(30%) |
| от 9 до 10     | 1           | 12           | 4            | 17 (6%)      |
| Всего          | 21          | 279          | 52           | 352          |

За указанное время, УЗИ было проведено в 246 случаях (70%), при этом в 140 случаях (40%) были выявлены сонографические признаки острого аппендицита, в 14 случаях (4%) были обнаружены косвенные признаки аппендицита (жидкость в малом тазу, между петлями тонкой кишки), а в 92 случаях (26%) признаков аппендицита обнаружено не было. Признаки деструктивных форм были обнаружены лишь в 73 случаях (21%). Вероятно это можно объяснить тем, что больным было проводили УЗИ органов брюшной полости без прицельного осмотра правой подвздошной области.

#### **Выводы**

Шкала Альварато отдельно имеет невысокую диагностическую способность при остром аппендиците.

УЗИ является дополнительным не инвазивным методом исследования способным помочь в диагностике острого аппендицита.

Обосновано проведение прицельного УЗИ правой подвздошной области при подозрении на аппендицит.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЙ  
КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ  
БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ  
МЕДИАЛЬНОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО  
СУСТАВА И ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГОЛЕНИ**

М.Ф. Лазко, А.А. Копылов, П.П.Савицкий  
Российский университет дружбы народов  
Кафедра травматологии и ортопедии  
(Заведующий кафедрой проф., д.м.н. Н.В. Загородний)

Медиальный остеоартроз коленного сустава является довольно распространенным заболеванием среди артрозов крупных суставов. Впервые высокая корригирующая остеотомия голени при медиальном гонартрозе была проведена более 60 лет назад. По сей день это остается хорошим выбором, несмотря на значительное увеличение количества операций по тотальному эндопротезированию коленного сустава. Остеотомия является операцией выбора для молодых (менее 65 лет) и активных пациентов с артрозом 1-3 степени без повреждения гиалинового хряща наружного отдела коленного сустава. В настоящий момент существует множество методов фиксации костных структур при остеотомии голени, что позволяет восстановить механическую ось нижней конечности, биомеханику движений в коленном суставе, разгрузить поврежденный внутренний отдел коленного сустава, значительно улучшив тем самым качество жизни пациентов и создать условия отсрочки эндопротезирования коленного сустава. С течением

времени высокая тиббиальная остеотомия претерпевала ряд изменений, а современные методики, такие как компьютерная навигация и артроскопия, позволили усовершенствовать и увеличить точность данной сложной процедуры. По нашему мнению, наиболее состоятельной является система, в которой используется пластина с угловой стабильностью фирмы OTIS(R) и вставочный блок из Ca3(po4)2.

Проведенное исследование охватывает период с 2012 по 2014 гг., за который было прооперировано 39 пациентов. Из них было 10 мужчин и 29 женщин в возрастной категории от 30 до 63 лет (средний возраст - 55 лет). Всем пациентам была выполнена высокая остеотомия большеберцовой кости с использованием навигационной системы OrthoPilot, которая позволила в реальном времени увидеть центр ротации бедренного сустава, анатомические ориентиры и расположение суставной щели коленного и голеностопного суставов, что позволило оценить механическую ось нижней конечности, которая отображалась на экране компьютера. Данная операция проводилась с использованием пневмотурникета при среднем давлении 260 мм.рт.ст, а навигационные маркеры закреплялись подкожно на уровне дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела большеберцовой кости. Полученная на экране механическая ось нижней конечности сравнивалась с предоперационной радиологической гониометрией. После этого подготавливалось операционное поле, и производился разрез 5-6 см по внутренней верхней поверхности большеберцовой кости на уровне бугристости б/б кости. Крючками Гомана отодвигалась гусиная лапка и медиальная коллатеральная связка. Высокая остеотомия голени производилась на 3 см ниже уровня медиальной части сустава. Линия остеотомии направлялась в сторону головки малоберцовой кости. В зону остеотомии последовательно вводились градуированные металлические вставки, начиная



с толщины 6 мм до достижения необходимого исправления угла деформации голени под контролем навигационной системы. Затем металлическая вставка заменялась биодеградируемым имплантом-клином нужного размера и формы из трикальцийфосфата. Большеберцовая кость фиксировалась пластиной с угловой стабильностью. Весь процесс остеосинтеза контролировался электронно-оптическим преобразователем.

По истечении 2 летнего послеоперационного периода 85% пациентов были полностью довольны двигательной и нагрузочной функцией оперируемой конечности, что говорит о значительном улучшении их качества жизни. Осложнений не было выявлено. Это позволило сделать вывод, что выполнение высокой остеотомии большеберцовой кости с использованием аллотрансплантата из  $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$  и остеосинтезом пластиной с угловой стабильностью является высокоэффективным методом и представляет собой альтернативу эндопротезированию коленного сустава у молодых пациентов с медиальной формой остеоартроза коленного сустава и варусной деформацией голени.

### **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ**

Д.А. Алулема Харамильо, Г.Р. Махмутова, М.Н. Вамбулва,  
Е.Н. Кондрашенко

Научный руководитель проф. М.В. Петрова  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Российский университет дружбы народов. ГКБ 64. Москва.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - одно из наиболее распространенных и грозных осложнений послеоперационного и послеродового периодов, неблагоприятно влияющее на их течение и исход.

Практическая значимость проблемы ТЭЛА в настоящее время определяется рядом причин: нарастанием частоты легочных эмболий при самых разнообразных заболеваниях; значительным увеличением частоты послеоперационных и посттравматических эмболий, чаще возникающих при сложных хирургических вмешательствах; ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти в высокоразвитых странах, уступая только коронарной патологии и злокачественным новообразованиям.

**Цель работы:** провести анализ смертельных тромбоэмболических осложнений у больных в хирургических отделениях разного профиля.

**Материал и методы.** Проведен анализ летальности от ТЭЛА больных хирургических отделений ГКБ № 64 в 2014 году. В работе использован материал из архивных историй болезней, протоколов вскрытий и годовых отчетов отделений травматологии и ортопедии и отделений хирургии, а также отделений гинекологии и урологии.

**Результаты.** По данным исследования в городской больнице №64 было проведено всего 1519 вскрытий за 2014г, из них 275 умершие от ТЭЛА. В отделениях хирургического профиля умерло от ТЭЛА - 63 пациента, что составило 19 % от общего количества умерших. Наибольшее количество смертельных ТЭЛА имело место в хирургических отделениях (32), в РО (20) и отделениях травматологии и ортопедии (9). Наиболее тромбоопасными оказались хирургические операции на кишечнике и операции по замене крупных суставов. Фактором риска развития летальной ТЭЛА, по нашим данным, является пожилой и старческий возраст (89%), онкологические заболевания (25%), нарушения сердечного ритма (20%) и длительный постельный режим (59%).

При проведении анализа выявлены проблемы с своевременной диагностикой, расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов составили более 60%.

Еще одна проблема, выявленная при анализе связана с профилактическими мероприятиями. 27% всех умерших больных не получили какой-либо профилактики ( большая часть поступили экстренно и находились на лечении менее 24 часов), 29% получали НФГ. 38%-получали НМГ и 8% в дооперационном периоде получали НФГ, а в периоперационном периоде-НМГ.

**Выводы.** 1. Количество пациентов, умерших от ТЭЛА в хирургических отделениях больницы остается очень высоким, несмотря на изменившееся отношение к профилактическим мероприятиям (уделяется больше внимания).

2. Причинами высокой летальности могут быть объективные трудности диагностики, увеличение количества больных старшей возрастной группы с тяжелой сопутствующей патологией, подвергшиеся оперативному лечению, увеличившееся количество экстренно поступивших крайне тяжелых пациентов и проведение медикаментозной профилактики препаратами несоответствующими современным представлениям о профилактике ТЭЛА.

### **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОГО ТЕРМОМОНИТОРИНГА ГОЛОВНОГО МОЗГА МЕТОДОМ РАДИОТЕРМОКАРТИРОВАНИЯ**

М.А. Бунтина, Д.В. Чебоксаров, Е.Н. Кондрашенко  
Кафедра Анестезиологии, реаниматологии  
Российский университет дружбы народов, Москва  
Научные руководители: А.В. Бутров, О.А. Шевелев

**Актуальность исследования.** Гипертермия является доказанным фактором вторичного повреждения мозга, усугубляющим его первичное поражение механической энергией и, как правило, осложняет течение острого периода

изолированной и сочетанной ЧМТ. Управление без оценки изменяемого параметра, в данном случае мозга, не представляется возможным, а из существующих методов термометрии в детской практике безусловный приоритет имеет неинвазивный термомониторинг мозга. Традиционно применяемые косвенные методы оценки церебральной температуры: измерение температуры внутреннего уха, полости рото-носоглотки и др. страдают значительной погрешностью и не являются альтернативой инвазивному термомониторингу путем имплантируемых в мозг датчиков. Внедрение методики неинвазивной радиотермометрии позволило расширить возможности церебральной термометрии, а метод термокартирования расширил представление о распределении температур в толще мозгового вещества.

**Цель исследования:** Сравнительная оценка диагностических возможностей инвазивного термомониторинга неинвазивного радиотермометрического термокартирования головного мозга у детей тяжелой ЧМТ в остром периоде травмы.

**Материалы и методы:** На этапе клинических исследований у 3-х пациентов с тяжелой сочетанной ЧМТ проводили сравнительный анализ температур, зарегистрированных имплантированным термодатчиком (Sophysa Pressio ICR+Temperature) со значениями, полученными при регистрации температуры методом радиотермометрии (радиотермометром РТМ-01-РЭС, фирма «РЭС»). Общее число сопоставлений с использованием метода термокартирования составило 238 наблюдений. Данные сопоставлений температур инвазивной (tin<sub>v</sub>) и неинвазивной (trad) анализировали с учетом расстояния антенны РТМ-01 от имплантированного, строго по медицинским показаниям в паренхиму мозга на глубину 6-7 см, термодатчика. Все измерения проводили с соблюдением строгих правил

асептики и антисептики четырехкратно с перерывами между сериями по 5 минут.

**Результаты исследования:** Полученные результаты сравнения  $t_{inv}=37,012\pm 0,2^{\circ}\text{C}$  и  $t_{rad}=37,0\pm 0,2^{\circ}\text{C}$  (n=238) выявили отсутствие достоверных различий между инвазивно (имплантированным в мозг датчиком) и радиотермометрически измеренными значениями температур (коэффициент корреляции=0,831; t-критерий Стьюдента=0,16 - для  $p\leq 0,05$  должно значение t-критерия Стьюдента=1,9 при заданной степени свободы), что указывает на адекватность оценки температуры мозга методом неинвазивной термометрии. Возможность многократного применения неинвазивного дискретного метода радиотермометрии позволяет приблизить объективизацию церебрального термомониторинга к инвазивной церебральной термометрии, применение методики термокартирования позволило получить новые данные о распределении температур в толще поврежденного мозга.

**Заключение:** Неинвазивный термомониторинг методом радиотермометрии адекватно отвечает задаче церебральной термометрии в условиях интенсивной терапии в остром периоде тяжелых церебральных повреждений и имеет преимущественное значение для применения в детской практике.

## **ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

И.О. Корпачев, Ф.Я. Канестри, В. Нурдаев, В.А. Мороз  
Научный руководитель доц. Е.В. Кондрашенко  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии.  
Российский университет дружбы народов.  
ГКБ 64 г. Москва

Заболеваемость острым деструктивным панкреатитом за последние 20 лет выросло в 27 раз, летальности при остром

деструктивном панкреатите составляет 20-70%. Высокая летальность связана как с повреждением самой железы, так и с развитием критических нарушений со стороны органов и систем жизнеобеспечения (ОРДС, кишечной и почечно-печеночной недостаточности, ССН, нарушений функции ЦНС и т.д.). Из всех критических состояний, развивающихся при ОДП наименее изученными являются изменения дыхания.

**Цель:** Изучить характер и частоту возникновения дыхательных нарушений и их влияние на летальность у больных с острым деструктивным панкреатитом.

**Материалы и методы:** Ретроспективный анализ проводился по 45 архивным историям болезни (ГКБ 64 г. Москвы) за 2013 год. У всех пациентов был выставлен диагноз: « Острый деструктивный панкреатит». Возраст от 25 до 80 лет. В ходе исследования, проводился анализ клинических и лабораторных данных :ЧДД, ЧСС, параметры ИВЛ, рентгенографии органов грудной клетки, pH, рСО<sub>2</sub>, ВЕ, газовый состав крови. Изучались общий анализ крови, биохимические анализы крови (Ві, ALT, AST, LDG, креатинин, мочевины). Истории болезни были разделены на 2 группы: 1я-с благоприятным исходом и выписанные из стационара (27 историй болезни); 2я-умершие больные (18 историй болезни). Проводился статистический анализ по полученным показателям. Всем больным проведены , антибактериальная, антиферментная терапия, , проводилась посиндромная коррекция сердечно-сосудистых, респираторная терапия, лечение шока и полиорганной недостаточности, нутритивная поддержка, экстракорпоральная детоксикация.

**Результаты:** В 1й группе в среднем : pH= 7.45±0,02; PCO<sub>2</sub>=43±4,2; PO<sub>2</sub>= 90±9; ВЕ= +4±1,2. Тяжелого поражения легочной ткани не выявлено, однако у всех присутствует слабая ( точечная) инфильтрация, изменение растяжимости и плотности. У 87% имеет место реактивный одно- или

двухсторонний гидроторакс. У 100% отмечается высокое стояние купола диафрагмы, что отражается на показателях внешнего дыхания.

Во 2й группе в среднем:  $pH=7.28\pm 0,03$ ;  $PCO_2=31\pm 3,1$ ;  $PO_2=54\pm 18$ ,  $VE=0,8\pm 3.7$ ; У 100% пациентов 2 группы выявлены тяжелые изменения в легких (РДСВ, инфильтративные воспалительные изменения в легочной ткани, ателектазы, выраженный гидроторакс), требующие применения специальных приемов респираторной терапии.

**Вывод:** 1. Легкие являются органом-мишенью при остром деструктивном панкреатите. 2. Для коррекции и устранения дыхательной патологии у больных с острым деструктивным панкреатитом необходимо максимально снизить влияние основного заболевания на развитие дыхательной патологии, с другой стороны следует адекватно корректировать дыхательные нарушения, т.к. их возникновение может повлиять на исход лечения.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ**

Е.Ю.Садовникова, А.В. Дынников

Кафедра факультетской хирургии Российского Университета  
Дружбы Народов (Заведующий кафедрой — д.м.н., проф.  
А.Е. Климов) на базе городской клинической больницы № 64  
г. Москва

Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Заболеваемость населения наружными грыжами живота составляет 4-7%. Ущемление возникает у 10-17% грыженосителей и находится на 4-5-м месте по частоте у госпитализированных больных с острой хирургической патологией, а среди неотложных вмешательств, занимает 3-е место после аппендэктомии и

холецистэктомии . Соотношение плановых грыжесечений к операциям, выполняемым при ущемленной грыже в экономически развитых странах Европы и Америки, составляет 15:1. В России это соотношение колеблется от 4:1 до 5:1. ,

Целью нашего исследования явилась оценка выбора метода оперативного лечения у больных пожилого и старческого возраста с ущемленными грыжами. За последние три года в стационаре находилось 116 больных пожилого и старческого возраста с ущемленными грыжами . Из них женщин — 76 (65,5 %), мужчин — 40 (34, 5%). Среди пациентов пожилого и преклонного возраста преобладали грыжи :паховые грыжи — 36 (31 %) ,пупочные грыжи - 23 ( 20%) , после операционные вентральные грыжи — 16 ( 14 %) остальные в меньшей степени. В зависимости от вида ущемления , его объема, времени до поступления и от поступления в стационаре и от сопутствующих заболеваний выбиралась тактика лечения больных и объем пластики и оперативного лечения. За период с 2011-2014 г.г. в клинике было выполнено 38 (33%) ненатяжных герниопластик с использованием сетчатого имплантата и 70 (61%) составили натяжные методы лечения в различной их модификации. Умерло 8 больных (7%). Сочетание оценки состояния тяжести больного и выбора тактики оперативного лечения дали положительный результат в 108 (93%)случаев.



**ОТЛУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ  
ОТ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ  
ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПАРАМЕТРОВ  
НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ**

Мохан Р., Бихарри Ш.Д., Бессолицына О.Л.,  
Степанова А.С., Туранский М.М.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии медицинского  
института РУДН

**Введение.** Инсульт – третья ведущая причина смертности в мире, приблизительно 800,000 людей страдают от инсульта ежегодно, и три четверти всех случаев инсультов встречаются у людей старше 65 лет. В лечении острого инсульта иногда возникает необходимость применения искусственной вентиляции легких. Прогноз в лечении пациентов с тяжелой формой инсульта с помощью искусственной вентиляции легких остается неутешительным. Успешное отключение от аппарата искусственной вентиляции легких остается большой проблемой.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находился 21 больной с инсультом (14 женщин и 7 мужчин). Средний возраст больных составил  $72,4 \pm 5,2$  года. Группа испытуемых была выбрана случайно. В период с сентября 2014 года по конец 2014 года в отделении неврологической реанимации городской клинической больницы № 64 г. Москвы всех исследуемых пациентов подключили к аппарату искусственного дыхания. В работе использовался газовый анализатор, компактный модуль дыхательных путей аппарата ИВЛ Engstorm Carestation – E-COVX для измерения изменений параметров потребляемого количества кислорода ( $VO_2$ ) и выделяемого углекислого газа ( $VCO_2$ ) в различных режимах работы данного аппарата ИВЛ: для отключения больного от аппарата ИВЛ проводилось поэтапное снижение обязательно подаваемых вдохов в режиме спонтанной вентиляции (Bi-level) (с 12 до 6) с

уровнем давления поддержки в 16 мм водного столба, сменяющий режим положительного непрерывного давления в дыхательных путях (СРАР) с понижением уровня давления поддержки с 16 до 8 мм водного столба. Процесс отключения от аппарата ИВЛ длился в течение 16-24 часов с изменением параметров каждые 2-3 часа.

**Результаты исследования.** Значения объемов потребляемого количества кислорода ( $VO_2$ ) и выделяемого углекислого газа ( $VCO_2$ ) в исследуемой группе составили  $230 \pm 34$  мл/мин и  $158 \pm 28$  мл/мин соответственно. Во время отключения от аппарата ИВЛ наблюдалось незначительное увеличение объема  $VO_2$  до  $248 \pm 32$  (7,8%) и значительное увеличение  $VCO_2$  до  $181 \pm 32$  (14,6%), что происходит постепенно в связи с уменьшением значения уровня давления поддержки. 14 из 21 пациента были успешно отключены от аппарата ИВЛ в течение проводимого исследования, 4 пациента были отключены, но до сих пор нуждаются в дальнейшей искусственной вентиляции легких и 3 пациента не могут быть отключены вовсе. Показатели  $VO_2$  и  $VCO_2$  этих пациентов увеличивались в раннюю фазу отключения, но затем быстро снижались в связи с повышением уровня давления поддержки.

**Выводы.** Изменения значений  $VO_2$  и  $VCO_2$  в течение отключения от аппарата ИВЛ может быть использованы для понимания метаболических процессов. Увеличение продукции углекислого газа доказывает повышение потребления продуцируемой энергии и ее расхода.

**ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА  
НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА НУТРИТИВНОМ  
СТАТУСЕ И В КОРРЕКЦИИ  
ГИПЕРКАТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

Бихарри Ш.Д., Мохан Р., Бессолицына О.Л., Омельчук И.В.,  
Лисовиченко О.Л.  
РУДН, Москва, Россия

**Обоснование:** Инсульт – третья ведущая причина смертности в мире. В раннюю фазу ишемического инсульта развиваются гиперметаболический и гиперкатаболический синдромы, которые создают высокий риск ухудшения состояния пациента и удлиняют его пребывание в отделении интенсивной терапии в случае, если адекватная нутритивная поддержка и компенсация потери белка не были начаты вовремя.

**Цели:** Определить потерю азота и влияние диеты с повышенным содержанием белков на нутритивный статус у пациентов с инсультом.

**Методы:** Нутритивный статус у пациентов с инсультом оценивали, используя антропометрические и лабораторные показатели: сывороточный альбумин, сывороточный трансферрин и абсолютное количество лимфоцитов. Уровень основного обмена оценивали посредством непрямой калориметрии (с помощью EngstormCarestationIndirectCalorimeter), каждые 4-5 дней проводили суточный анализ мочи для оценки потери белка. С середины 2013 года по 2014 год для исследования были случайно выбраны 37 пациентов с инсультом (21 женщина и 16 мужчин, средний возраст  $73.4 \pm 6.2$ ), чтобы определить, способна ли диета с высоким содержанием белка для компенсации потери белка положительно повлиять на нутритивный статус пациентов. Все пациенты получали энтеральное питание (гиперкалорийная энтеральная

формула, 1 мл = 1.5 ккал, содержание белка = 76 г/л) через назо-гастральный зонд соответственно расходу энергии, который оценивали при помощи непрямой калориметрии (группа А, n = 17), пациенты группы Б (n = 20) дополнительно получали парентеральные инфузии аминокислот, соответствующие потере белка.

**Результаты:** При поступлении уровень основного обмена составил  $1658 \pm 316$  ккал/день и  $1706 \pm 294$  ккал/день в группах А и Б соответственно. На седьмой день уровень основного обмена составил  $1864 \pm 428$  ккал/день и  $1645 \pm 255$  ккал/день в группах А и Б. Потеря белка составила  $98.3 \pm 7.4$  г/день и  $103.6 \pm 8.3$  г/день в группах А и Б соответственно, на пятый день потеря белка составила  $112 \pm 9.5$  г/день и  $95.6 \pm 6.8$  г/день в группах А и Б. В группе А нутритивный статус ухудшился у 10 пациентов из 17, в то время как в группе Б – у 4 из 20.

**Заключение:** Непрямая калориметрия – точный метод определения расхода энергии, однако, улучшение нутритивного статуса не может быть достигнуто, исходя только из её значений. Компенсация потери белка, направленная на поддержание положительного азотистого баланса, помогает уменьшить активность катаболических процессов и стабилизировать нутритивный статус.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛОВКИ И ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ**

А.С. Ворошилов

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН  
(зав. кафедрой – Н.В. Загородний)

Цель: Выбор эффективной тактики лечения при переломах головки и шейки лучевой кости.

Задачи: 1. Проанализировать эффективность различных методов лечения переломов головки и шейки лучевой кости.

2. Определить оптимальную тактику лечения при различных типах переломов головки и шейки лучевой кости.

Материалы и методы исследования:

1. Проанализировано 29 случаев переломов головки и шейки лучевой кости.

2. Из них в: 14 случаях – выполнена резекция головки.

13 случаях – накостный остеосинтез пластиной.

2 случаях – эндопротезирование головки ЛК.

3. Среди всех больных: мужчин - 16, женщин - 13.

4. Возрастные группы пациентов:

*От 20 – 30 лет* – 4 человек.

*От 31 – 40 лет* – 6 человека.

*От 41 – 50 лет* – 8 человек.

*Старше 50 лет* – 11 человека.

5. Средний возраст пациентов составил 43 года.

6. Изолированные переломы ГЛК были в 24 случаях, сочетанные (структуры образующие локтевой сустав) – в 5 случаях.

7. Средний временной промежуток за который оценивались отдаленные результаты лечения составил – 11 месяцев.

Для оценки результатов была использована «Шкала функциональной оценки локтевого сустава Mayo Elbow Performance Score (MEPS)».

Результаты исследования:

1. Группа пациентов, которым была выполнена резекция головки лучевой кости имела такой функциональный результат по шкале MEPS:

Отличный (90-100 баллов) – 2 (14,3 %).

Хороший (75-89 баллов) – 4 (28,6 %).

Удовлетворительный (60-74 баллов) – 5 (35,7%).

Плохой (<60 баллов) – 3 (21,4%).

2. Группа пациентов, которым был выполнен остеосинтез головки лучевой кости пластиной имела такой функциональный результат по шкале MEPS:

Отличный (90-100 баллов) – 4 (30,8 %).

Хороший (75-89 баллов) – 6 (46,2%).

Удовлетворительный (60-74 баллов) – 2 (15,4%).

Плохой (<60 баллов) – 1 (7,6%).

3. Группа пациентов, которым было выполнено эндопротезирование головки лучевой кости имела такой функциональный результат по шкале MEPS:

Отличный (90-100 баллов) – 1 (50%).

Хороший (75-89 баллов) – 1 (50%).

Удовлетворительный (60-74 баллов) – 0.

Плохой (<60 баллов) – 0.

Выводы: Головка лучевой кости играет важную роль в стабильности и функциональности локтевого сустава.

Удаление головки при многооскольчатых переломах приводит к достоверному нарушению оси предплечья, функции локтевого и лучезапястного суставов.

Операция остеосинтеза показана при всех переломах II и III типа (по Masson).

Показанием к эндопротезированию головки лучевой кости является многооскольчатый характер перелома (IV тип по Mason) или застарелые повреждения.

### **МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ**

Литинский А.А., Садовникова Е.Ю.,

Кайсина И.С.(МЛ-304), Труфанова К.А.(МЛ-303).

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

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

В последние годы миниинвазивные вмешательства (МИВ), под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) занимают важную роль в лечении пациентов хирургических

стационаров с острым холециститом, органными и внеорганными жидкостными образованиями (ЖО) брюшной полости или забрюшинного пространства.

Жидкостные образования могут возникать как осложнения острых хирургических заболеваний, так и после различных хирургических операций. Нередко эти осложнения становятся основным фактором, утяжеляющим состояние хирургических пациентов, удлиняющим сроки лечения, и зачастую являются основной причиной неблагоприятных исходов. Диагностика острых хирургических заболеваний и их осложнений, а так же выявление послеоперационных осложнений, возможности их лечения с использованием МИВ под контролем УЗИ, является весьма актуальной задачей в хирургии.

В хирургических отделениях ГКБ № 64 с 2012 по 2014 гг. наблюдались 154 пациента, которым было произведено 162 МИВ под контролем УЗИ. При УЗИ у этих пациентов были выявлены: острый холецистит – у 85 (52,5%) пациентов, жидкостные образования печени (абсцессы, кисты, гематомы) – у 18 (11,1%), ЖО брюшной полости – у 23 (14,2%), - сальниковой сумки и поджелудочной железы – у 13 (8%), - забрюшинного пространства – у 20 (12,3%) и прочие (жидкостные образования другой локализации) – у 3 (1,9%). Среди этих пациентов мужчин было 75 (48,7%), женщин – 79 (51,3 %). Возраст пациентов колебался от 20 до 94 лет, средний –  $67,3 \pm 16,3$  лет.

Информативность УЗИ в диагностике ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства составила: чувствительность – 93,1%; специфичность - 91,7%; и точность - 92,9%.

Показанием к пункционному лечению ЖО 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 пациентов с жидкостными образованиями оценивали по следующим параметрам: значительное сокращение объема полости по данным УЗИ, КТ или фистулографии, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитоза, улучшение самочувствия больного, изменение характера отделяемого с гнойного на серозный, сокращение его суточного объема до 5 мл.

Данное исследование показало, что УЗИ является высокоинформативным методом диагностики осложнений у хирургических пациентов, а МИВ под контролем УЗИ является высокоэффективной методикой лечения больных с жидкостными образованиями.

**ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ  
СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ**

Е.К. Гайдукевич, В.С. Попов  
Кафедра факультетской хирургии  
(Российский Университет Дружбы Народов)  
Москва

В настоящее время «золотым» стандартом при грыжесечении и пластике пахового канала у мужчин заслуженно считается пластика задней стенки пахового канала по методике Lichtenstein. Как известно, для выполнения данного оперативного вмешательства, необходим сетчатый эндопротез. На современном этапе развития медицинских технологий, сетчатые импланты различаются не только по материалу из которого они произведены, но и по способу их фиксации в паховом канале.

Целью нашего исследования является изучение качества жизни мужчин молодого возраста, а значит и экономически и



физически активных, после перенесенного грыжесечения по поводу паховой грыжи с использованием сетчатого эндопротеза.

*Материалы и методы:*

Работа выполнена на кафедре Факультетской хирургии РУДН. Для исследования из числа пациентов были отобраны 20 мужчин репродуктивного возраста от 23 до 39 лет (средний возраст составил  $21,6 \text{ лет} \pm 1,2 \text{ года}$ ). Из числа пациентов – у всех пациентов грыжа была односторонней, первичной, со сроком грыженосительства от 1 месяца до 3 лет. Все больные были оперированы на базе кафедры Факультетской хирургии РУДН в 2012, 2013, 2014 гг. Всего выполнено 20 пластик паховых каналов по методике Lichtenstein. В 12 случаях использовался эндопротез Parietex MonoLight, в 18 других случаях самофиксирующийся эндопротез Parietex ProGrip. Особенностью которого является наличие на одной из его поверхностей крючков из полимолочной кислоты, за счет которых имплант плотно фиксируется и моделируется на задней стенке пахового канала. Помимо «рутинных» исследований в периоперационном периоде, больным через 6 месяцев после оперативного вмешательства раздавались опросники SF-36 для оценки качества жизни. Данный опросник был выбран как наиболее распространенный и достоверный из существующих в настоящее время. Срок же проведения исследования - через полгода после грыжесечения, обусловлен стандартными рекомендациями об ограничении физических нагрузок именно на такой промежуток времени.

*Результаты и выводы:*

Стоит отметить, что у всех больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений, ранних и рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде (срок наблюдения составляет от 7 месяцев до 3 лет) выявлено не было. Что говорит о надежности фиксации

эндопротеза как традиционным способом, так и в случае с безлигатурным методом.

При интерпритации результатов исследования по опроснику SF-36 особое внимание обращалось на значения шкал «Физическое функционирование» и «Интенсивность боли». В результате баллы по шкале «Физическое функционирование» оказались одинаковыми у всех пациентов и были равны 100 баллам, т.е. максимум, возможный в данном исследовании. Разница же была отмечена в шкале «Интенсивность боли». Так в группе больных оперированных с применением протезов, требовавших лигатурной фиксации, средний балл составил 75,38, при минимальном – 61,0, максимальном – 84,0. В группе пациентов, перенесших операцию с использованием сеток ParietexProGrip, средний балл по данной шкале составил 94 балла, при минимальном значении 84 балла показателей антиспермальных антител до уровня 25%.

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о необходимости использования самофиксирующихся эндопротезов при выполнении пластики Lichtenstein у мужчин молодого возраста, в связи с отсутствием разницы с традиционными эндопротезами в плане развития рецидивов, и значимым улучшением качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

*Научное издание*

# **ВИНОГРАДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Н.А. Ясько*

Подписано в печать 26.03.2015 г. Формат 60×84/16.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.  
Усл. печ. л. 2,09. Тираж 60 экз. Заказ 322.

---

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