

14 НОЯБРЯ – 24 НОЯБРЯ 2017 ГОДА
МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

**НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ
В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

*35 лет
на защите вашего
здоровья*



Меzisы



Материалы медицинского форума «**НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ: 35 ЛЕТ НА ЗАЩИТЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ**» (14-24 ноября 2017 года). – Санкт-Петербург, 2017. – 233с.
УДК 614.21:616-03

Содержание

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

1. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕРОДОВЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ.....15
2. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ.....17
3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.....18
4. КОМОРБИДНОЕ ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, НАРКОЗАВИСИМОСТИ И БЕРЕМЕННОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН.....19
5. МЕТОДЫ ВРТ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ.....21
6. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.....22
7. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН.....24
8. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....26
9. ПОГРАНИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ - ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.....28
10. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ I ТРИМЕСТРА ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ.....29
11. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИН ГРУПП РИСКА.....31

12. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕОДОЛЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....33
13. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО 22 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....34

II РАЗДЕЛ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

14. ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ МАРКЕР ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ...37
15. РЕЧЕВАЯ РАЗБОРЧИВОСТЬ У ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ.....38
16. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ.....39

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

17. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ТРОМБОФИЛИИ, КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРЕДИКТОР ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....43
18. КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КОРРЕКЦИИ СТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....44
19. КОМБИНИРОВАННАЯ РЕПЕРFUЗИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ.....46
20. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ РАННЕЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ.....48
21. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ИМПУЛЬСНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ.....49

22. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА МЕСТНОЙ КРИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....51
23. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....52
24. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....54
25. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ СПОНДИЛИТОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....56
26. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....58

IV РАЗДЕЛ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

27. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН С БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....61
28. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....62
29. ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....64
30. СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....65

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

31. ВОЗМОЖНОСТИ ГИБРИДНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....67

32. ВЫПОЛНЕНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИЕЙ КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.....	68
33. ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МНОГОУРОВНЕВОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	70
34. ДИСТАЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	71
35. КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	73
36. КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	75
37. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АНЕВРИЗМ АОРТЫ И ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	76
38. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	78
39. ПРИМЕНЕНИЕ ДАБИГАТРАНА ЭТИКСИЛАТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	80
40. ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	81
41. СТЕНТИРОВАНИЕ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	83
42. ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АРТЕРИОВЕНОЗНОМ ДОСТУПЕ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА: ПЕРВАЯ «ПРОБА ПЕРА».....	84
43. ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	86

44. ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КООГУЛЯЦИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН.....	88
--	----

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

45. ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ.....	90
---	----

46. ВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.....	91
--	----

47. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА.....	92
--	----

48. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ.....	94
--	----

49. ГИБЕРНИРУЮЩИЙ МИОКАРД У БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 2 ТИПА.....	96
---	----

50. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНО-УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.....	97
---	----

51. ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА И ОЦЕНКА ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГНОЗОВ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	99
--	----

52. ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН.....	100
---	-----

53. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ВЫЯВЛЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.....	101
--	-----

54. ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ.....	102
---	-----

55. НЕЛИНЕЙНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ФРАКТАЛЬНЫЙ МЕТОД.....	104
56. НЕЛИНЕЙНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ФРАКТАЛЬНЫЙ МЕТОД.....	105
57. ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЧАЛА ТЕРАПИИ.....	107
58. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR γ.....	108
59. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ.....	109
60. ОЦЕНКА ГОМЕОСТАЗА SH ГРУПП У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....	111
61. ОЦЕНКА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ ФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КУШИНГА ХРОМАТОГРАФИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	112
62. ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТФОРМИНОМ И ВИЛДАГЛИПТИНОМ.....	114
63. РОЛЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМENOПАУЗЕ.....	116
64. РОЛЬ ТИЛОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	118
65. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА.....	120

66. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.....121
67. СТЕРОИДНЫЕ ПРОФИЛИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....122
68. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ.....124

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

69. АКТУАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ: ПЕРИИМПЛАНТНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ.....126
70. КОСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА.....128
71. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....130
72. МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ БЛОКИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ C-NAIL (MEDIN, ЧЕХИЯ).....131
73. МОЗАИЧНАЯ ОСТЕОХОНДРОПЛАСТИКА ПЕРЕМЕЩЕННЫМИ КОСТ-НО-ХРЯЩЕВЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СУСТАВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....133
74. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИГОЛЬЧАТОЙ АПОНЕВРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА.....134
75. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....136
76. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ TARGON FN ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В СПб ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 26».....138

77. ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ БЛОКИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ДИСТАЛЬНОГО НАВЕДЕНИЯ TRIGEN SUPERSHOT.....	139
78. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ СТИМУЛЯТОРОВ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ (ЭСО) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ.....	141
79. ПРИМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ЗМХЛ) ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	142
80. ПРОГНОЗ МЕСТНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	144
81. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АРТРОСКОПИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	146
82. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, В РАМКАХ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL ORTHOPEDICS», В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	147
83. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЫВИХОВ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	150

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

84. ЗНАЧЕНИЕ РЯДА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У МУЖЧИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ.....	153
85. КОРРЕКЦИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	154


86. ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....158
87. РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПОЧЕК, АПОСТЕМАТОЗНЫХ НЕФРИТОВ, ПАРАНЕФРАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ. ОПЫТ РАБОТЫ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СПБ ГБУЗ “ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 26” ЗА 2012-2016 ГГ.....163
88. СРАВНЕНИЕ ДЛТ КАК МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНАЦИИ С ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ.....164
89. ЧРЕСКОЖНАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОГОНАДИЗМОМ.....170
90. ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....174

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

91. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ (ТРАВМОЦЕНТРЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ).....177
92. АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИДОСТУПА.....178
93. АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ.....180
94. АППАРАТНАЯ СПИЦЕВАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ ПРИ ЗАКРЫТИИ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....182
95. ВНУТРИБРЮШНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА СЕТЧАТЫМ ЭКСПЛАНТАТОМ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....184

96. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОЖИРЕНИЯ.....	186
97. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	188
98. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ.....	190
99. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЕРГИИ ВЫСОКОТЕМПЕРАТУРНОГО ДВУХУРОВНЕВОГО ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	193
100. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ.....	195
101. НПВС-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГАСТРО- И ЭНТЕРОПАТИЯ. СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И ПРОФИЛАКТИКА.....	196
102. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....	198
103. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ И ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ.....	201
104. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ АППАРАТНОЙ НИТЕВОЙ ДОЗИРОВАННОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ОБШИРНЫМИ РАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	204

105.	ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	206
106.	ПРИМЕР МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ КОМОРБИДНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	208
107.	ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	210
108.	ПРОГНОЗ МЕСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	213
109.	ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ.....	214
110.	ПРОФИЛАКТИКА КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА.....	217
111.	РАННИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	218
112.	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	219
113.	РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	221
114.	РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	223
115.	ТРЕПАНБИПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	225

- 
116. ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....226
117. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ШОКОМ В ТРАВМОЦЕНТРЕ 1 УРОВНЯ.....229
118. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ.....231



ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕРОДОВЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ.

Николаева Алла Ехильевна (Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Университет Минздрава России, СПбГБУЗ «Женская консультация №22»)

Ключевые слова: моногенные коагулопатии, наследственная тромбофилия, гематологические факторы, низкомолекулярные гепарины.

Актуальность и цели. Связь между возникновением послеоперационных осложнений и нарушениями в системе гемостаза сегодня привлекает особое внимание акушеров-гинекологов и гематологов. По данным ВОЗ кровотечения входят в «большую пятерку» причин материнской смертности в мире. Одной из причин массивных кровопотерь являются врожденные и приобретенные коагулопатии. Кроме того, в последнее время наблюдается рост тромбозмболических осложнений в период беременности и в послеродовом периоде. Значимую роль в развитии тромботических осложнений во время беременности играют различные врожденные и приобретенные тромбофилии – состояния, предрасполагающие к гиперкоагуляционным изменениям. Целью данной работы явилось продемонстрировать возможности клинической оценки и лабораторной диагностики редких нарушений в системе гемостаза, а так же разработать алгоритмы по ведению данных пациенток на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Работа проводилась на базе СПбГБУЗ «Женская консультация №22», где в 2016 году наблюдались 3753 женщин, беременность которых закончилась родами. У всех женщин проводилось обследование системы гемостаза и оценка гематологических факторов риска. Анамнестические данные включали в себя оценку менструальной функции и репродуктивной функции, склонность к геморрагиям (кровоточивость десен, носовые кровотечения), отягощенную наследственность среди ближайших родственников по тромботическим осложнениям, наличие тромботических осложнений у беременной, осложнение I триместра беременности (ретрохориальная гематома). Скрининговая коагулограмма включала следующие показатели: индекс АПТВ, концентрация фибриногена, протромбиновый тест по Квику, проводилась оценка клинического анализа крови, биохимических показателей. При изменениях в скрининговой коагулограмме,

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

дополнительно проводилось обследование активности фактора Виллебранда, уровня антитромбина III, Д-димера, обследование на генетические тромбофилии.

Результаты. На основании полученных данных в 1,4% случаев (52 женщины) были выявлены нарушения в системе гемостаза. У 0,9% (33 женщины) выявлена наследственная тромбофилия. В 3 случаях диагностированы редкие нарушения свертывания крови (РНСК), которые относят к моногенным коагулопатиям: снижение активности XII фактора (болезнь Хагемана) и снижение активности фактора XI (гемофилия С), снижение активности фактора VII. Представленное клиническое наблюдение дает возможность показать принципы диагностики редких коагулопатий. Пациентка Б. 30 лет обратилась в женскую консультацию в связи с первой беременностью. При исследовании коагулограммы было выявлено удлинение теста АПТВ до 89,9", контрольный результат составил 63,0", в связи с чем, беременной было рекомендовано обследование на наличие дефицита факторов свертывания крови. Выявлено снижение XII фактора (болезнь Хагемана) - 2,736 (52-164%) (гипокоагуляция в тестах внутреннего механизма коагуляционного каскада). В данном случае болезнь Хагемана не сопровождалась геморрагическим синдромом. Дифференциальный диагноз проводили с гемофилией С. Беременная не нуждалась в специальной терапии, однако, при расширенных хирургических вмешательствах, которые могли быть в процессе родов, ей необходимо было использовать СЗП с повторным назначением каждые 48 ч. Кроме того, в послеоперационном периоде были рекомендованы низкомолекулярные гепарины (НМГ) для профилактики тромбоэмболических осложнений и не рекомендовано применять ингибиторы фибринолиза (транексамовая кислота). Беременной были даны рекомендации о профилактике кровотечения в родах и при возможной операции кесарево сечения. Роды произошли на 41 нед через естественные родовые пути, крупным плодом без осложнений. Клиническим примером успешной профилактики тромбоэмболических осложнений может служить следующее наблюдение. Пациентка Т. 32 года в сроке 8 недель беременности обратилась в женскую консультацию для постановки на учет по беременности. В 2007 году на фоне приема КОК (новинет) развился тромбоз глубоких вен левой нижней конечности. При обследовании было обнаружено снижение активности АТIII, полиморфизм генов, ассоциированных с риском тромбообразования: GpIa T/T, PAI-I 4G/5G, PLAT D/D, MTRR A/G, MTR A/G.. В течение всей беременности получала низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе (эноксапорина натрия 0,4мл один раз в день). Роды преждевременные на сроке 34/35 нед, через естественные родовые пути, девочка 2440гр/46см. Ручное отделение и выделение последа. В послеродовом периоде продолжено лечение НМГ в течение 6 месяцев.

Заключение. Оценка гематологических факторов риска на основании данных анамнеза и исследования скрининговой коагулограммы позволяет диагностировать

редкие моногенные коагулопатии и тромбофилию, что позволяет в амбулаторных условиях проводить профилактику тромбоэмболических и коагулопатических осложнений в период беременности, родов и в послеоперационном периоде.



ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ.

Иванова Лидия Алексеевна (ФГБВОУВО Военно-медицинская Академия имени С.М. Кирова Министерства Обороны Российской Федерации)

Ключевые слова: менархе, половой дебют, генитальные инфекции, эктопия шейки матки, гинекологическая заболеваемость, перинатальная гибель.

Актуальность и цели определяются необходимостью снижения показателей перинатальной смертности и выработкой прогностических критериев для определения группы риска перинатальных потерь.

Пациенты и методы. С 2009 года по настоящее время в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области проведен анализ особенностей гинекологического анамнеза и заболеваемости у 307 родильниц с перинатальными потерями (основная группа) и у 357 пациенток, родивших детей, переживших 168 часов перинатального периода. Гистологическое исследование последов и детей, погибших перинатально, проводилось в Ленинградском Областном Патологоанатомическом бюро. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ Статистика7.

Результаты. Возраст менархе в основной группе составил $13,59 \pm 0,17$ года, что достоверно выше показателя контрольной группы $13,24 \pm 0,14$ года ($p < 0,01$). Возраст полового дебюта в основной группе $17,31 \pm 0,33$ года, что достоверно ниже, чем в контрольной ($18,53 \pm 0,26$ года) ($p < 0,01$), то есть для женщин данной группы характерно раннее начало половой жизни.

При анализе неинфекционной генитальной патологии выявлено, что частота нарушений менструального цикла в обеих группах достоверно не отличается. Частота выявления миомы матки, полипов эндометрия и цервикального канала, эндометриозной болезни, опухолевидных заболеваний и доброкачественных опухолей яичников достоверно чаще встречаются у пациенток контрольной группы, что, возможно, связано с более детальным обследованием и диспансерным наблюдением. Получали оперативное лечение по поводу перечисленных выше заболеваний достоверно чаще также пациентки контрольной группы. Инфекционная генитальная патология (эндометриты, кольпиты, вульвиты, бактериальный вагиноз, цервицит и бартолинит) встречались достоверно чаще в основной группе.

Хронический аднексит в основной группе был диагностирован в 1,5 раза чаще (различия не достоверны).

Эктопия шейки матки достоверно чаще выявлялась в контрольной группе и именно в этой группе почти в 4 раза чаще проводилось лечение данной патологии. Причем для лечения эктопии в основной группе применяли только диатермоэксцизию, а в контрольной группе основным методом лечения была лазерная вапоризация и медикаментозная терапия. Генитальные инфекции, передающиеся половым путем у пациенток контрольной группы в анамнезе встречались в 4 раза чаще, чем у пациенток основной группы (различия достоверны, $p < 0,01$). Причем в основной группе беременные женщины при постановке на учет отмечали наличие в анамнезе 1-3 инфекционных агентов, тогда как у пациенток контрольной группы выявляли от 1 до 5 агентов. В основном, пациентки контрольной группы узнавали о наличии у них данной патологии в процессе предгравидарной подготовки, когда они проходили соответствующее обследование и дальнейшее лечение. У пациенток основной группы, выявление инфекционных агентов происходило в различные периоды их жизни и не всегда сопровождалось дальнейшим лечением. Контрольного обследования до получения отрицательных результатов не было проведено ни в одном случае.

И первичное, и вторичное бесплодие встречалось у пациенток обеих групп с одинаковой частотой.

Заключение. В группу риска перинатальной гибели плода попадают женщины с поздним менархе, ранним началом половой жизни, перенесенными воспалительными заболеваниями половой сферы, особенно при отсутствии лечения, выявленных генитальных инфекций. Возможными путями снижения перинатальных потерь являются решение как медицинских (раннее выявление инфекционной генитальной патологии и ее своевременное и качественное лечение), так и социальных (раннее начало половой жизни) проблем.



ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

Савинов П. А. Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии СПбГУ.

Диагностика и лечение заболеваний вульвы вызывает значительные затруднения у практикующего акушера-гинеколога. Это связано с разнообразием заболеваний этой области, являющимися компетенцией врачей разных специальностей: акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, онкологов, аллергологов. При этом первичное обращение пациентки как правило происходит именно к гинекологу амбулаторного звена.

Затруднения в диагностике на первичном этапе и, как следствие, проблемы маршрутизации пациенток обусловлены ограниченной информацией, полученной специалистом в период обучения, устаревшими диагнозами, редкостью и разнообразием заболеваний вульвы. Как результат - перенаправление пациентки к смежным специалистам, значительное увеличение времени до постановки диагноза и назначения лечения.

Оптимальным путем преодоления недостатков работы специалистов является дополнительное повышение квалификации по диагностике и лечению заболеваний вульвы. Для этого на кафедре акушерства, гинекологии и репродуктологии СПбГУ разработана и реализуется образовательная программа. Ее цель - углубить теоретические знания и усовершенствовать практические навыки слушателей, имеющих первичную специализацию по акушерству и гинекологии, онкологии, дерматовенерологии и врачей, проходящих обучение в интернатуре и клинической ординатуре по вышеуказанным специальностям. Полученные в период обучения знания и приобретенный опыт должны повысить профессиональный уровень данного контингента специалистов. В результате прохождения образовательной программы обучаемые должны приобрести теоретические знания по диагностике и лечению заболеваний вульвы и влагалища.



КОМОРБИДНОЕ ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, НАРКОЗАВИСИМОСТИ И БЕРЕМЕННОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН.

Султанбекова Лейла Набиевна, Ниаури Дарико Александровна, Петрова Наталия Николаевна (ФГБОУ высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Правительство Российской Федерации)

Антипов Михаил Андреевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: беременность, ВИЧ-инфекция, качество жизни, психическая адаптация, наркозависимость.

Актуальность и цели. Актуальными вопросами в медицине в последнее десятилетие остаются увеличение продолжительности жизни/выживаемости и повышение качества жизни пациентов. Качество жизни в условиях неизлечимого заболевания рассматривается как критерий эффективности адаптации, реабилитации и лечения. Целью исследования являлась оценка влияния ВИЧ-инфицирования, наркотической аддикции и беременности на качество жизни женщин.

Пациенты и методы. В рамках исследования по экспериментально-психологической методике SF-36 Health Status Survey (методика «Качество жизни»)

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

протестировано 160 ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте $20,4 \pm 2,3$ г в третьем триместре беременности со II стадией ВИЧ (бессимптомной), которые были разделены на 2 подгруппы: 72 пациентки с сопутствующей наркотической зависимостью и 88 без аддикции. Вторую группу составили 104 ВИЧ-инфицированные женщины в возрасте $27 \pm 5,7$ лет со II (бессимптомной) и III (субклинической) стадиями – из них 48 без аддикции и 56 с наркозависимостью. В группы сравнения входили 16 женщин в третьем триместре физиологически протекающей беременности. Контрольная группа - 10 практически здоровых женщин в I фазе менструального цикла. Данные также сравнивались с общепопуляционными нормативными показателями.

Стаж наркозависимости у беременных в 66,7% составлял до 3 лет, а в 33,3% - 3-6 лет. 44% наркозависимых беременных спонтанно отказались от приема наркотиков во время беременности, 11% - с ранних сроков. Но 22% продолжали прием наркотических препаратов во время беременности.

Нельзя не отметить стрессогенность факта верификации ВИЧ-статуса для 72,7% беременных без аддикции при постановке на учет в ЖК по данной беременности. Для 66,7% наркозависимых беременных стаж ВИЧ-инфицирования составил 1-5 лет.

Результаты. Качество жизни (КЖ) снижено по всем показателям у всех ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению со здоровыми беременными. Показатель ВР (свобода от болевого синдрома) достоверно ($p=0,009$) ниже у ВИЧ-инфицированных беременных – $66,45 \pm 8,9$, чем у здоровых беременных - 100 ± 0 , причем данная тенденция больше выражена у наркозависимых ВИЧ-инфицированных беременных ($p=0,005$). Показатель РР (влияние физического состояния на ролевое функционирование) в меньшей степени снижен у всех ВИЧ-инфицированных женщин без сопутствующей аддикции (среди беременных $p=0,01$, среди небеременных $p=0,03$), чем у наркозависимых.

Показатель РР – $59,4 \pm 9,4$ (влияние физического состояния на ролевое функционирование) достоверно ($p=0,04$) снижен и в группе здоровых беременных по сравнению с небеременными, что демонстрирует дестабилизирующее и ограничительное (в третьем триместре) влияние самой беременности на жизнь женщины.

Среди ВИЧ-инфицированных наркозависимых женщин по сравнению со здоровыми женщинами достоверно снижены показатель РР - влияние физического состояния на ролевое функционирование ($p=0,0004$), VT – активность, энергичность ($p=0,03$), SF - социальное функционирование ($p=0,0009$) и МН – психическое, ментальное здоровье ($p=0,014$), что подтверждает данные ряда исследователей о большей степени влияния психотропных веществ на показатели психического компонента здоровья опросника SF-36 и возможности использования тестирования в динамике для оценки эффективности реабилитационных и лечебных мероприятий.

Заключение. Выявленные тенденции вариабельности показателей КЖ по группам позволяют сделать вывод о благоприятном влиянии беременности и ориентации на рождение ребенка на психоэмоциональный статус ВИЧ-инфицированных женщин, что обусловлено дезактуализацией угрозы жизни, обусловленной неизлечимой болезнью (ВИЧ-инфекцией). Также беременность способствует разрешению экзистенциального кризиса, свойственного наркозависимым, что может быть использовано как дополнительный реабилитационный потенциал. Снижение КЖ по всем показателям у ВИЧ-инфицированных, и в большей степени у женщин с сопутствующей аддикцией, демонстрирует необходимость дифференцированного психотерапевтического сопровождения, с целью повышения качества жизни пациентов и оптимизации течения беременности.



МЕТОДЫ ВРТ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ

Гзгзян А.М.^{1,2}, Боровец С.Ю.², Белоусов В.Я.³, Торопов В.А.³

1- Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии СПбГУ

2- Отделение вспомогательных репродуктивных технологий ФГБНУ НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта

3- Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России;

Удельный вес мужского фактора бесплодия в структуре факторов бездетного брака составляет около 50%. На сегодняшний день, единственным методом лечения бесплодия, связанного с выраженными нарушениями сперматогенеза, имеющего доказанную эффективность, является проведение интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ICSI) в яйцеклетку женщины при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО). В настоящее время, методика ЭКО-ИКСИ проводится примерно у половины пациентов, проходящих терапию методами вспомогательной репродукции. Эффективность этого метода сравнима с эффективностью применения обычного ЭКО у пациентов с гинекологическими причинами бесплодия. Консервативные методы стимуляции сперматогенеза, которые применяются в клинической практике около 50-ти лет, тем не менее, не имеют доказанной клинической эффективности, основанной на проведенных проспективных, контролируемых, рандомизированных исследованиях (CRT). В то же время, имеются некоторые данные о повышенном числе хромосомных нарушений и моногенных заболеваний после применения процедуры ИКСИ, хотя и имеющих статистически достоверные различия, однако по общему удельному весу, не превышающему 5-6% от числа новорожденных после программ ЭКО-ИКСИ. Особую группу пациентов

составляют больные с отсутствием сперматозоидов в эякуляте-азооспермия. Единственным возможным способом получения беременности у этой категории больных является проведение биопсии яичка с последующим использованием полученных сперматозоидов в программах ЭКО-ИКСИ. Обнаружение сперматозоидов удается достичь примерно у половины всех пациентов с азооспермией. В случае отсутствия в биопсийном материале сперматозоидов, единственным способом получить беременность является использование донорского материала.

Таким образом, методы вспомогательной репродукции единственный эффективный метод преодоления бесплодия у пациентов с мужским факторов. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на уточнение причин развития хромосомных и генных нарушений, связанных с применением этой технологии и разработка действенных методов снижения частоты развития этих состояний до популяционного уровня.



ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.

Бескровный Сергей Васильевич (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова)

Шмидт Андрей Александрович (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова)

Островская Юлия Алексеевна (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова)

Красовская Ольга Леонидовна (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова)

Ключевые слова: беременность ранних сроков, аутоиммунный тиреоидит, гипотироксинемия, невынашивание беременности.

Актуальность и цели: Тиреоидные гормоны являются одним из главных регуляторов обменных процессов в целостном организме на клеточном уровне и их дефицит может приводить к невынашиванию беременности. С целью уточнения роли тиреоидной патологии в генезе невынашивания ранних сроков изучены особенности течения беременности у 70 женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) как компенсированным до наступления настоящей беременности (32 пациентки), так и некомпенсированным, впервые выявленном при настоящей беременности (38 пациенток), находившихся под постоянным мониторингом уровня Тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к фракциям щитовидной железы (ЩЖ).

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Результаты исследования. В группе из 38 женщин в возрасте 25-34 лет с впервые выявленным при беременности АИТ увеличение уровня антител к тиреоглобулину в сыворотке крови от 1,5 до 23 раз выше нормы (свыше 100 МЕ/мл) выявлено у всех обследованных, а уровня антител к тиреоидной пероксидазе (свыше 30 МЕ/мл) – у 78,9% (30) из них. Титры обоих видов антител оказались повышены в крови 73,7% (28) женщин. Абсолютное снижение функциональных резервов ЩЖ (рост уровня ТТГ свыше 3,4 мМЕ/л) отмечено у 57,9% (22) пациенток с впервые выявленным при беременности АИТ. При этом гиподисфункция ЩЖ носила субклинический характер у большинства (2/3) из них. Относительное снижение активности ЩЖ (ТТГ – 2,5-3,4 мМЕ/л) обнаружено у 21,1% (8) беременных с признаками угрожающего невынашивания. Только у каждой 5-й (7) беременной с признаками угрожающего невынашивания уровень ТТГ колебался в пределах 1,0-1,8 мМЕ/мл, что свидетельствовало о достаточных функциональных резервах ЩЖ. Угрожающее или начавшееся невынашивание выявлено у всех 38 беременных с некомпенсированной недостаточностью ЩЖ. Несмотря на попытку быстрого подбора адекватной замещающей дозы L-тироксина, проводившегося на фоне применения сохраняющей терапии половыми гормонами, самопроизвольный выкидыш произошёл у 60% (23) этих женщин (у 2/3 – по типу замершей беременности). В группе из 32 женщин с компенсированным до настоящей беременности АИТ, несмотря на нормализацию функции ЩЖ к моменту наступления беременности, ранние сроки последней протекали без признаков угрожающего невынашивания только у 1/3 (10) женщин этой группы. Клинические признаки невынашивания наблюдались у 25,0% (8), цитологическая картина угрожающего невынашивания по слабо выраженному гипострогенному типу выявлена у 43,7% (14) беременных. Обследование функции ЩЖ у этих женщин показало, что наступление беременности у них сопровождалось относительным снижением в сыворотке крови уровней обоих тиреоидных гормонов – T_4 до $118,5 \pm 4,5$ и T_3 до $1,6 \pm 0,1$ нмоль/л (до беременности – $131,3 \pm 4,1$ и $1,7 \pm 0,1$ нмоль/л соответственно), что свидетельствовало о развитии относительной гипотироксинемии. При сохранении среднего уровня ТТГ в группе ($2,3 \pm 0,8$ мМЕ/л) в пределах нормальных колебаний рост его у отдельных беременных свыше 2,6 мМЕ/л сопровождался развитием картины угрожающего невынашивания. Нормализация тиреоидной функций больных данной группы приводила к исчезновению симптомов невынашивания. Увеличение исходной, применявшейся до наступления настоящей беременности суточной дозировки лево-тироксина натрия производилось постепенно с укороченными (в сравнении с принципами подбора дозы вне беременности) интервалами – до 5 дней. Подбор оптимальной суточной дозы тиреоидного препарата осуществлялся в первую очередь под контролем динамики ТТГ в крови как более стабильного (в сравнении с уровнем свободного T_4) параметра, не только отражающего положительные сдвиги в работе ЩЖ по ликвидации

периферического тиреоидного дефицита, но и сопутствующего нормализующему влиянию тиреоидных гормонов на центральные регуляторные механизмы половой системы в условиях гормонального невынашивания ранних сроков беременности. Параллельно использовался второй метод контроля – динамика цитологического контроля влагалищного эпителия у беременных с невынашиванием беременности ранних сроков тиреоидного генеза. Увеличение суточной дозировки тиреоидного препарата в сравнении с исходной, применявшейся до наступления беременности, дозой составило 1,5-2 раза. Стабильная ликвидация симптомов угрожающего невынашивания достигалась в исследуемой группе беременных при снижении уровня ТТГ в крови до 1-1,5 МЕ/л.

Заключение. Таким образом, невынашивание беременности ранних сроков характерно для женщин с некомпенсированной недостаточностью ЩЖ на фоне АИТ (и чаще протекает по типу замершей беременности). Вместе с тем, развития невынашивания беременности ранних сроков на фоне АИТ следует ожидать даже при исходной, до наступления настоящей беременности, адекватной компенсации функции ЩЖ. Причиной его является типичная для ранних сроков беременности функциональная относительная гипотироксинемия, более выраженная в условиях частичной блокады тиреоидной паренхимы на фоне АИТ. Цитологическая картина угрожающего невынашивания тиреоидного генеза выявляется уже на фоне относительного снижения функциональных резервов ЩЖ (роста уровня ТТГ в сыворотке крови свыше 2,6 мМЕ/л), не выходящего за пределы физиологической нормы. Применение стандартной сохраняющей терапии половыми гормонами не создает гарантии сохранения беременности у женщин с невынашиванием тиреоидного генеза в связи со снижением тканевого метаболизма при гипотиреозе. Возможность сохранения беременности на фоне АИТ в значительной степени определяется скоростью и эффективностью компенсации недостаточности ЩЖ. Оптимальная дозировка заместительной тиреоидной терапии достигается при снижении уровня ТТГ в сыворотке крови до 1-1,5 мМЕ/л.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН.

Безменко Александр Александрович (ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ)

Коваль Анна Андреевна (ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ)

Шмидт Андрей Александрович (ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ)

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, консервативное лечение недержания мочи, эрбиевый лазер, реактивность соединительной ткани, качество жизни.

Цель. Улучшить результаты консервативного лечения стрессовой инконтиненции (СИ) у женщин путем применения эрбиевого (Er:YAG) лазера.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 144 пациенток с НМПН в возрасте от 21 до 77 лет (средний возраст $47,9 \pm 11,4$ лет) до и после лечения. Основную группу составили 116 пациенток, процедура лечения которым проводилась по оригинальной методике (Патент РФ на изобретение № 2014111699 от 27.03.2014г.). Курс лечения состоял из двух процедур с интервалом 21 день. Контрольная группа включала 28 пациенток, получавших плацебо (установка манипул и лазерного рефлектора без подачи энергии). Кроме стандартного клинического обследования проведены специальные исследования: МРТ органов малого таза с пробой Вальсальвы, уродинамическое исследование, гистологическое, биохимическое и иммуногистохимическое исследование тканей стенок влагалища с целью определения структурных изменений соединительной ткани (выполнялась инцизионная биопсия задней и передней стенок влагалища в средней трети вне проекции крупных сосудов и нервов полуавтоматической иглой «SteryLab Spring Cut 18G» на глубину 1 см с последующим исследованием полученных образцов). Все пациентки анкетированы с помощью вопросников качества жизни SF-36, I-QOL, PFDI-20, СФЖ. Повторное обследование и оценку результатов лечения проводили спустя 21–30 дней после второй процедуры.

Результаты. Интра- и постпроцедурных осложнений не наблюдалось. Средний срок наблюдения составил 2,5 года (от 6 месяцев до 4,5 лет). Эффект от лечения расценивался как положительный в случае полного отсутствия жалоб у пациенток и как улучшение при сохранении единичных редких эпизодов инконтиненции, не оказывавших, по мнению самих пациенток, влияния на качество жизни. Общий положительный эффект в основной группе достигнут в 66,4% наблюдений. Наилучшие результаты получены у пациенток репродуктивного возраста с I типом СИ легкой степени тяжести (эффективность лечения составила 80% и практически у 100% пациенток отмечено улучшение). Интересно, что у пациенток контрольной группы (получавших плацебо) в 8,2 % наблюдений отмечался кратковременный положительный эффект, продолжительностью до 1 месяца.

При МРТ с пробой Вальсальвы после лечения выявлено достоверное уменьшение угла инклинации уретры, заднего пузырно-уретрального угла, ширины влагалища, увеличение толщины стенок влагалища ($p < 0,05$).

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

По данным уродинамического исследования выявлено достоверное увеличение максимального внутриуретрального давления, давления закрытия уретры ($p < 0,05$) и функциональной длины уретры ($p < 0,01$).

При гистологическом исследовании тканей стенок влагалища ($n=69$) после воздействия на них эрбиевым лазером в биоптатах зафиксировано увеличение количества и активности фибробластов, повышение плотности соединительной ткани, выявлено повышение эозинофильности основного вещества соединительной ткани как проявление активизации фибробластов. Отмечено появление сосудистых «почек» как этап неоангиогенеза в месте лазерного воздействия.

При биохимическом исследовании биоптатов тканей стенок влагалища ($n=52$) зафиксировано достоверное уменьшение концентрации свободных оксипролина и оксализина (до лечения: $8,4 \pm 0,4$ мкмоль/г ткани и $5,4 \pm 0,3$ мкмоль/г ткани; после лечения: $5,3 \pm 0,5$ мкмоль/г ткани и $3,7 \pm 0,6$ мкмоль/г ткани соответственно), что свидетельствует о снижении интенсивности деградации коллагена и его стабилизации в соединительной ткани.

При иммуногистохимическом исследовании биоптатов стенки влагалища ($n=40$) обнаружено достоверное увеличение (с $11,7 \pm 7,4$ % до $42,5 \pm 11,8$ %) экспрессии PDGFR- α , как маркера неоангиогенеза в исследуемых тканях.

При анализе результатов вопросника SF-36 зафиксировано достоверное улучшение по шкалам физического (RP), социального (SF), эмоционального функционирования (RE) и психологического здоровья (MH). Положительная динамика выявлена при расшифровке вопросника PFDI-20, особенно за счет снижения тяжести симптомов расстройства мочеиспускания. У пациенток основной группы (по данным вопросника СФЖ) отмечена нормализация качества сексуальной жизни после лечения (на 8,5 баллов), а по данным вопросника I-QOL - в 2 раза. Среди пациенток контрольной группы подобных изменений не отмечено.

Заключение. Применение эрбиевого лазера является методом выбора для больных с I типом СИ. Также метод можно использовать у пациенток со II типом СИ при наличии противопоказаний к хирургическому лечению. Оптимальный интервал между процедурами лечения – 21-30 дней, что позволяет стимулировать вторую волну неоколлагеногенеза без перерыва от первой и сократить длительность курса лечения, повысив комплаентность к данному методу лечения.



ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

Цивьян Б.Л., Онегова С.Б., Мекошвили К.В., Варданян С.В., Тусиков А.В.
Санкт-Петербург, Сестрорецк, Городская больница №40

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Одним из наиболее эффективных и наименее травматичных органосохраняющих методов лечения миомы матки с различной локализацией узлов у женщин репродуктивного возраста является вагинальная миомэктомия с предварительной mini-site лапароскопической диагностикой, которая позволяет оценить выполнимость операции и сократить количество конверсий на лапаротомию.

Целью исследования являлось проведение сравнительного анализа методов вагинальной миомэктомии с предварительной mini-site лапароскопической диагностикой и лапароскопической миомэктомии.

Материал и методы. Произведен проспективный анализ 35 случаев удаления миоматозных узлов различными способами. У 11 пациенток (1 группа) - вагинальная миомэктомия с предварительной mini-site лапароскопической диагностикой, 24 пациенток (контрольная группа) - миомэктомия только с помощью лапароскопии.

Результаты. Величина кровопотери в 1 группе составила $112,64 \pm 64,23$ мл, и ни в одном случае не потребовалось проведения гемотрансфузии. В контрольной группе величина кровопотери равнялась $248,12 \pm 67,21$ мл. Таким образом, разница в величине кровопотери между основной и контрольной группой составила 135,48 мл. В контрольной группе в 2 (11,42%) случаях у пациенток, которым выполняли конверсию на лапаротомию, потребовалось проведение гемотрансфузии. В основной группе проведение гемотрансфузии не требовалось. Интенсивность боли по шкале ВАШ составила $3,4 \pm 0,7$ в основной группе и $5,6 \pm 1,2$ в контрольной. Таким образом, согласно оценке по шкале ВАШ, болезненность сократилась на 2,2 балла. Уже на третьи сутки послеоперационного периода проведение анальгезирующей терапии у больных в основной группе не требовалось, но было необходимым у 9 пациенток из контрольной группы в течение семи суток послеоперационного периода (женщины, которым выполнили конверсию на лапаротомию). Таким образом, разница в количестве дней потребления анальгетиков составила 6 дней, что свидетельствует о снижении травматичности операции по заявляемому способу. Длительность оперативного вмешательства составила 66 ± 32 мин в основной группе и 115 ± 42 мин в контрольной. Таким образом, длительность операции сократилась на 46 мин. Продолжительность госпитализации составила $3,8 \pm 1,6$ дней в основной группе и $6,5 \pm 2,3$ в контрольной. Таким образом, продолжительность госпитализации сократилась на 2,7 дней.

Основываясь на вышеприведенных данных, можно сделать следующие выводы:

1. Использование метода вагинальной миомэктомии позволяет сократить продолжительность операции на 30,0 % (при вагинальной миомэктомии - до 66 мин, при лапароскопической миомэктомии - 115 мин).

2. Объем кровопотери при вагинальном методе миомэктомии снижается на 45,0% (при вагинальной миомэктомии - до 113 мл, при лапароскопической миомэктомии - 248 мл).

3. Отмечено значимое снижение болевого синдрома и уменьшение периода стационарного лечения до 2-3 суток после вагинальной миомэктомии.

4. Применение данного метода позволяет выполнять наложение ручного шва на матке и отказаться от использования электромеханической морцелляции.

Необходимо дальнейшее исследование для получения наиболее достоверных результатов.



ПОГРАНИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ - ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.

**Цыпурдеева А.А., СПбГУ, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность проблемы: Заболеваемость пограничными опухолями яичников (карцином с низким злокачественным потенциалом) составляет 2,5 на 100 000 женского населения, встречаются в основном в репродуктивном возрасте, в 75% выявляются на I стадии, в 25-50% опухоли - билатеральные. Пятилетняя выживаемость составляет 95%, 20-летняя выживаемость – 80%. Частота развития рецидивов составляет 10-20%, поздние рецидивы возможны через 10, 20 и более лет. Большинство гистологических типов пограничных опухолей составляют серозные (53-65%) и муцинозные (32-42%) цистаденомы, все остальные типы (эндометриоидные, светлоклеточные и др.) - менее 5%.

В связи с высокими показателями выживаемости приоритетным является консервативное хирургическое лечение: аднексэктомия на стороне поражения с биопсией второго яичника или ультраконсервативное лечение: цистэктомия одно- или двухсторонняя. При пограничных опухолях адьювантная химиотерапия не рекомендована (NCCN, Clinical Practice Guidelines in oncology, 2014). Сохранение менструальной функции после консервативной хирургии составляет 95-100%, а сохранение фертильности 40-85%.

В то же время, в связи со снижением овариального резерва после хирургического лечения и риском возникновения рецидива опухоли, остаются нерешенными вопросы о сроках и методах реализации репродуктивной функции.

Материалы и методы: В ФГБУ НИИАГиР им. Д.О.Отта наблюдаются 14 пациенток в возрасте от 20 до 34 лет с пограничными опухолями яичников I A стадии (10 пациенток) и IB стадии (4 пациентки с билатеральным поражением яичников), которым были выполнены консервативные операции в объеме двухсторонней аднексэктомии (2 пациентки), односторонней аднексэктомии с биопсией второго яичника (6 пациенток), цистэктомии (6 пациенток). Шесть пациенток из 14 (42%) оперировались повторно в связи с рецидивом пограничной опухоли, причем у 3-х из

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

них выполнены повторные цистэктомии. У 9 пациенток опухоли были серозными, у 5-муцинозными. Только у половины пациенток интраоперационный осмотр капсулы опухоли вызвал подозрение на малигнизацию и им было выполнено срочное гистологическое исследование опухоли и цитологическое исследование перитонеальной жидкости. Малигнизация при срочном исследовании была исключена или сомнительна. Диагноз пограничной опухоли был поставлен после окончательного гистологического исследования и подтвержден онкоморфологом.

Для реализации репродуктивной функции применялись следующие методы: донорская программа при сохраненной матке (1 пациентка), криоконсервация эмбрионов (4 пациентки), криоконсервация ооцитов (2 пациентки).

Результаты: из 14 пациенток только 6 были замужем и планировали беременность. У 3 пациенток после цистэктомии по поводу пограничной опухоли беременность наступила спонтанно и закончилась естественными родами, но у одной из них через 5 лет диагностирован рецидив опухоли в обоих яичниках. Выполнена повторная лапароскопическая цистэктомия с оментэктомией, т.к. больная отказалась от радикальной операции. У всех пациенток сохранилась менструальная функция, а пациентки после аднексэктомии получали заместительную гомонотерапию.

Пациентке через 1год после аднексэктомии выполнено ЭКО с донорской яйцеклеткой, беременность наступила с3-й попытки и закончилась срочными родами путем операции кесарево сечение. Двум пациенткам выполнено ЭКО с собственными эмбрионами, в настоящее время беременность прогрессирует.

Заключение: при пограничных опухолях яичников у женщин репродуктивного возраста целесообразна консервативная хирургия (аднексэктомия на стороне поражения) или ультраконсервативная хирургия (цистэктомия). При рецидивах пограничной опухоли у женщин с нереализованной репродуктивной функцией возможна повторная консервативная хирургия. Реализация репродуктивной функции может быть осуществлена после хирургического лечения. Вопрос о расширении объема операции решается только при наличии малигнизации после окончательного гистологического исследования.



ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ I ТРИМЕСТРА ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ.

Новиков Евгений Иванович (Военно-Медицинская академия имени С.М. Кирова)

Бескровный Сергей Васильевич (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова)

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Цечоева Лейла Шахмурзаевна (Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе)
Нуралиева Марина Сергеевна (Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе)

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность I триместра, инфекционный генез, диагностический алгоритм.

Актуальность и цели. Неразвивающаяся беременность (НБ) – патологический симптомокомплекс, включающий в себя: нежизнеспособность плода (эмбриона), патологическую инертность миометрия, нарушения в системе гемостаза (Радзинский В.Е, 2016). По данным В.Е. Радзинского практически половина случаев невынашивания в I триместре приходится на неразвивающуюся беременность. За последние десять лет частота данной патологии остается стабильно высокой и постоянно растет, инфекционно-воспалительные факторы являются ведущей причиной замершей беременности (Аржанова О.Н., 2016). Таким образом, неразвивающаяся беременность I триместра инфекционного генеза является одной из ведущих проблем в современном акушерстве.

Целью нашей работы явилось разработать оптимальный диагностический алгоритм обследования у женщин с НБ I триместра инфекционного генеза в рамках последующей прегравидарной подготовки.

Пациенты и методы. Амбулаторный этап наблюдения основывался на результатах расширенного патоморфологического исследования abortного материала и данных обследований стационарного этапа, в результате которого установлено, что из 195 случаев неразвивающаяся беременность I триместра по причине восходящего бактериального инфицирования (ВБИ) произошла у 95 женщин, у 90 – гематогенного вирусного инфицирования (ГВИ), и у 10 – из-за сочетания ВБИ и ГВИ.

Всем женщинам на амбулаторном этапе осуществлялось комплексное клинко-лабораторное и инструментальное обследование по следующей плану: гинекологический осмотр, забор мазков на степень чистоты влагалища и микрофлору, цитологическое исследование экзо- и эндоцервикса, аминотест, ПЦР-исследование на *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, посев из цервикального канала на условно-патогенную флору. Также больным проводилась кольпоскопия, пайпель биопсия эндометрия и, по показаниям консультация иммунолога, терапевта, обследование полового партнера на инфекции, передаваемые половым путем.

Результаты. На основе полученных данных обследования на стационарном и амбулаторном этапах женщинам была назначена терапия, направленная на лечение заболеваний генитального тракта (дисбиотические состояния, вагиниты, цервициты)

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

по общепринятым методикам После проведенного лечения на амбулаторном этапе был проведен контроль мазка на микрофлору, ПЦР-исследование на инфекции, передаваемые половым путем, онкоцитологическое исследование.

В группе с ВБИ неспецифический кольпит, кандидозный кольпит и бактериальный вагиноз до лечения встречались в 23 (24,2%), 20 (21,0%) и 20 (21,0%) случаях, а после лечения в 4 (4,2%), 3 (3,1%) и 6 (6,3%) случаях, соответственно. В группе с ГВИ неспецифический кольпит, кандидозный кольпит и бактериальный вагиноз встречались в 10 (11,1%), 10 (11,1%), 9 случаях и 2 (2,2%), 2 (2,2%) и 3 (3,3%) случаях, соответственно.

При ПЦР исследовании отделяемого из цервикального канала на *Ch. Trachomatis*, *M. Genitalium* и *U. urealyticum* до и после лечения на амбулаторном этапе в обеих группах также выявлена статистически значимая разница: в группе ВБИ до лечения – в 11 (11,3%), 16 (17,2%), 21 (22%) случаях, соответственно, после лечения – в 4 (4,11%), 3 (3,15%) и 5 (5,26%) случаях. В группе с ГВИ до лечения – в 2 (2,3%), 4 (4,5%) и 6 (6,8%) случаях, а после лечения – в 1 (1,11%), 0 (0,00%) и 0 (0,00%) случаях, соответственно.

Цитологическое исследование эпителия шейки матки также имело статистически значимые отличия до и после лечения. На амбулаторном этапе в группе с ВБИ воспалительный тип мазка выявлен у 77(81,32%) и 23 (21,85%) женщин, соответственно, а в группе с ГВИ – у 25 (22,5%) и 4 (3,6%), соответственно.

После проведенного контроля излеченности цервицита в 56 случаях была проведена пайпель биопсия эндометрия. По заключению результатов гистологического исследования эндометрия из 56 женщин у 33 (60%) был выявлен хронический эндометрит.

Заключение. Разработанный нами алгоритм обследования (использование расширенных патоморфологических, лабораторных, микробиологических, цитологических, культуральных, гистологических, инструментальных методов, а также по показаниям – консультация иммунолога, терапевта, обследование полового партнера на инфекции передаваемые половым путем) в подавляющем большинстве случаев позволяет установить причину неразвивающейся беременности I триместра инфекционного генеза, что ведет к снижению частоты репродуктивных потерь у данной категории женщин, риска рецидива инфекции, сопутствующих осложнений.



РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИН ГРУПП РИСКА.

Султанбекова Лейла Набиевна, Ниаури Дарико Александровна, Петрова Наталия Николаевна (ФГБОУ высшего профессионального образования «Санкт

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Петербургский государственный университет», Правительство РФ)

Ключевые слова: репродуктивное поведение, ВИЧ-инфекция, наркозависимость, серодискордантные пары, беременность.

Актуальность и цели. Среди ВИЧ-инфицированных женщин основная доля (около 80%) находится в активном репродуктивном возрасте, что ведет к росту числа ВИЧ-инфицированных беременных и, соответственно, увеличению числа родов у женщин с ВИЧ и омоложению ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция давно вышла за пределы асоциального контингента населения, однако большую долю ВИЧ-инфицированных продолжают составлять наркопотребители. Целью данной работы являлось изучение социальных характеристик, гинекологического анамнеза и особенностей репродуктивного поведения ВИЧ-инфицированных женщин с учетом сопутствующей наркотической зависимости, как возможность первичной горизонтальной профилактики ВИЧ и профилактики вертикальной трансмиссии.

Пациенты и методы. На базе ГИБ № 30 им. С.П. Боткина обследовано 160 ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте $20,4 \pm 2,3$ г в третьем триместре беременности: 72 наркозависимые беременные женщины, 88 беременных женщин без аддикции. Использовался клиничко-анамнестический метод исследования, разработанный опросник. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета стандартных статистических программ.

Результаты. У всех ВИЧ-инфицированных на момент обследования стоял диагноз ВИЧ-инфекции II стадии, характеризующийся бессимптомным течением. Нельзя не отметить факт верификации ВИЧ-статуса для 72,7% беременных без аддикции при постановке на учет в ЖК по данной беременности. Для 66,7% наркозависимых беременных стаж ВИЧ-инфицирования составил 1-5 лет. Более 80% женщин без аддикции указывали на половой путь инфицирования, а все наркозависимые на парентеральный. У половины беременных обеих групп у супруга/полового партнера на момент обследования женщин не был подтвержден диагноз ВИЧ-инфекции. При этом, среди наркозависимых, каждая восьмая женщина скрывает от всех свой ВИЧ-положительный статус. Но, в тоже время выявлено, что у наркозависимых близкие и родные более осведомлены о ВИЧ-статусе пациенток, чем у женщин без аддикции. Более половины наркозависимых информируют о своем статусе и супруга и родителей (55,6%), в группе сравнения этот показатель ниже в 1,5 раза ($p=0,053$). В группе ВИЧ-инфицированных беременных с наркозависимостью нет состоящих в законном браке, среди женщин без аддикции – их треть.

Более высокие показатели нарушения менструальной функции по типу опсоменореи ($p<0,05$) среди наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин, возможно, обусловлены токсическим влиянием наркотических препаратов на их

репродуктивную систему, также женщины с аддикцией в три раза чаще указывали на наличие альгодисменореи в анамнезе ($p < 0,05$). При анализе репродуктивной функции у ВИЧ-инфицированных женщин обращает на себя внимание высокий показатель репродуктивных потерь в анамнезе – 100% в обеих группах. Нельзя не отметить, что показатель искусственных абортов, характеризующий репродуктивное поведение, более чем в 2 раза выше среди наркозависимых, чем в группе без аддикции.

Для 18,2% ВИЧ-инфицированных женщин без аддикции беременность стала желанной лишь после УЗИ во втором триместре или появления ощущения шевеления плода. Каждая третья наркозависимая женщина сталкивается с негативным отношением к данной беременности ее полового партнера. Для 22,2% наркозависимых данная беременность является нежеланной. Однако обращает внимание высокий паритет родов у ВИЧ-инфицированных с аддикцией. В 33,3% случаев наркозависимой женщине предстояли вторые роды и в 44,5% - третьи и более, в группе ВИЧ-инфицированных без аддикции эти показатели были 18,2% и 27,3% соответственно, в 54,5% случаев она была первой. В обеих группах дети были рождены до установления диагноза ВИЧ. Только 42,7% наркозависимых женщин встали на учет в ЖК до 12 недель беременности, 28,6% - при сроках 13-20 недель, 28,6% - на момент обследования на учете не состояло. Регулярно наблюдались в ЖК 57,1% беременных.

Заключение. Факт планирования беременности каждой второй ВИЧ-инфицированной женщиной, диктует необходимость коллегиальной предгравидарной подготовки данных пациенток инфекционистом и гинекологом. Высокие показатели искусственных абортов, незапланированных беременностей демонстрируют нерешенные вопросы планирования семьи, неэффективное контрацептивное поведение среди ВИЧ-инфицированных женщин. Бесспорным является факт необходимости психологического сопровождения беременности у ВИЧ-инфицированных в условиях повышенных внутрисемейных конфликтов и высокого психоэмоционального напряжения. Более высокие показатели негативного отношения к данной беременности со стороны женщины и/или ее полового партнера, паритет беременности и родов среди ВИЧ-инфицированных с аддикцией требует дифференцированного подхода с учетом сопутствующей наркозависимости. Серодискордантность пары ставит вопрос о необходимости развития специализированной системы планирования семьи и репродуктивных технологий для таких семейных пар.



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕОДОЛЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.

І РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Джемлиханова Л.Х. – кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии СПбГУ

В связи с неуклонным увеличением частоты бесплодных браков в нашей стране, лечение бесплодия является одним из приоритетных направлений современной медицины. До 40% женщин репродуктивного возраста имеют миому матки, у 18-24% из них отмечается первичное бесплодие, у 25-26% - вторичное. В зависимости от причины развития бесплодия у женщин с миомой матки могут быть использованы хирургические и/или фармакологические методы терапии, методы вспомогательных репродуктивных технологий. Определение показаний к применению хирургических методов - консервативной миомэктомии у женщин с бесплодием требует индивидуализированного подхода с тщательной оценкой всех факторов риска и предполагаемых положительных результатов.

Генитальный эндометриоз в структуре причин женского бесплодия занимает второе место после воспалительных заболеваний матки и её придатков. Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез заболевания продолжают оставаться предметом споров и научных дискуссий. С целью преодоления бесплодия при эндометриозе в настоящее время широко применяются вспомогательные репродуктивные технологии. Многолетние исследования и клинический опыт позволили сформировать комбинированный подход, включающий в себя хирургическое вмешательство и гормональную терапию. Одной из проблем при лечении бесплодия у женщин с тяжелыми формами генитального эндометриоза является сниженный овариальный резерв, связанный с поражением яичников и необходимостью выполнения хирургических вмешательств, приводящих к уменьшению объема овариальной ткани. Определение показаний к оперативному лечению или отказ от хирургического вмешательства должно быть персонифицировано с учетом индивидуальных особенностей женщины.

Многими исследованиями показано изменение рецептивности эндометрия у женщин с миомой матки и генитальным эндометриозом; при планировании лечения бесплодия у таких женщин показано определение состояния эндометрия с применением молекулярно-биологических и генетических методов для последующего формирования оптимально тактики ведения.



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО 22 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.

Лосева Ольга Ивановна (Министерство здравоохранения Российской Федерации ФГБОУВО СПбГПМУ; СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Комиссарова Елена Николаевна (Министерство здравоохранения Российской Федерации)

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Федерации ФГБОУВО СПбГПМУ)

Антипов Михаил Андреевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Гайдуков Сергей Николаевич (Министерство здравоохранения Российской Федерации ФГБОУВО СПбГПМУ)

Ключевые слова: преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, акушерский разгрузочный пессарий.

Актуальность: истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из причин преждевременных родов. Своевременная диагностика и коррекция истмико-цервикальной недостаточности снижают риск самопроизвольных абортов и преждевременных родов, тем самым положительно влияет на перинатальные исходы беременности.

Цели: Проанализировать результаты ведения пациенток, входящих в группу риска по развитию ИЦН, а также беременных с данной акушерской патологией со сроком гестации до 22 недель, в условиях гинекологического стационара.

Методы исследования: Диагноз истмико-цервикальной недостаточности устанавливался с помощью бимануального исследования (укорочение, консистенция, положение шейки матки и проходимость цервикального канала) и подтверждался данными ультразвуковой диагностики. Необходимость коррекции ИЦН определялась по шкале Бишопа.

Пациенты: Обследовано 73 беременные женщины в возрасте от 20 до 42 лет, со сроком беременности от 13 до 21 недели. Первородящими являлись 26 пациенток. У 11 пациенток были роды в срок, 36 пациенток имели в анамнезе самопроизвольный аборт и преждевременные роды. Отягощающий гинекологический анамнез имели 80% женщин: воспалительные заболевания органов малого таза, эрозию шейки матки имели 56,6%; эндометриоз и синдром поликистозных яичников выявлен у 6,6%; миома матки у 3,3%. Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались такие заболевания как миопия – 38,3%; хронический гастрит – 13,3%; инфекции мочевыделительной системы – 13,3%; дискинезия желчевыводящих путей – 10%. Истмико-цервикальная недостаточность на фоне выраженной угрозы прерывания беременности наблюдалась у 15 (20%) пациенток. У 26 (36%) пациенток была выявлена критическая длина шейки матки менее 24 мм и произведена хирургическая коррекция ИЦН путем наложения 2-х П-образных швов на шейку матки под внутривенным наркозом. Остальным 47 (64%) пациенткам истмико-цервикальная недостаточность корректировалась консервативным методом – установкой акушерского разгрузочного пессария. Установка АРП не требовала обезболивания.

Результаты. Самопроизвольных выкидышей до 22 недель беременности не

I РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

наблюдалось. Преждевременные роды в группе с консервативным методом коррекции были у 36% пациенток, с хирургическим методом коррекции – достигали 43%. Родоразрешении путем кесарева сечения было выполнено у 23 (16,6%) пациенток.

Выводы: таким образом, следует отметить, что своевременная диагностика и дифференцированный подход к ведению пациенток с несостоятельной шейки матки позволяет снизить количество преждевременных родов.



ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ МАРКЕР ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Э.Г. Беличева, Н.В. Мороз, Ю.А. Лисицинская

Цель исследования: оценить функциональное состояние щитовидной железы и основные функции носа у больных нейровегетативной формой вазомоторного ринита.

Проведено исследование 125 больных вазомоторным ринитом в возрасте от 17 до 65 лет. Оценка функционального состояния щитовидной железы проводилась клинически и лабораторно, путем определения содержания в сыворотке крови натошак трийодтиронина, тироксина, тиротропина, антител к щитовидной железе, а также УЗИ. По функциональному состоянию щитовидной железы больные распределились следующим образом: I группа (73) гипотиреоз, II группа (31) тиротоксикоз и III группа (21) эутириоз. У всех больных изучалось состояние носового дыхания, обоняния, транспортной активности мерцательного эпителия и pH носового секрета до и после проведенного лечения. Для оценки вегетососудистой реактивности исследовали фотоэритемную реакцию кожи к ультрафиолетовому облучению.

Данные исследования показали, что у 66 из 73 больных гипотиреозом (90 %) отмечалось нарушение функции носа. Во II группе больных тиротоксикозом отмечено нарушение основных функций носа у 26 из 31 (84%), а в III группе – контрольная группа – отмечено нарушение основных функций носа у 19 из 21 (90%).

У всех 125 больных вазомоторным ринитом отмечали повышение чувствительности кожи к ультрафиолетовому излучению. Высокая степень чувствительности у больных тиротоксикозом, средняя у больных гипотиреозом и легкая степень у больных эутириозом.

Результаты исследования функций носа после коррекции функции щитовидной железы показали, что симптомы вазомоторного ринита почти исчезли у больных I и II групп. Явление вазомоторного ринита осталось только у 5 человек (7%) в I группе и у 9 человек (29%) во II группе.

Больные III группы (эутириоз) также показали положительные результаты после применения общепринятого консервативного лечения вазомоторного ринита – у 14 человек (67%) из 21.

У всех трех групп отмечали снижение чувствительности кожи к ультрафиолетовому облучению – уменьшалось количество больных с III и IV степенью, преимущественной стала I степень чувствительности.

Нами установлено, что нарушение функции носа (у больных I и II групп), находится в прямой зависимости от состояния функции щитовидной железы. Нормализация функции щитовидной железы сопровождается уменьшением клинических проявлений хронического вазомоторного ринита.



РЕЧЕВАЯ РАЗБОРЧИВОСТЬ У ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ.

К.А. Беличева, Н.В. Мороз, В.В. Павлов

Целью работы явилась оценка речевой разборчивости пользователей кохлеарными имплантами (КИ) и слуховыми аппаратами (СА), обучающихся в школе для слабослышащих детей.

Пациенты и методы.

Обследовано 42 учащихся коррекционной школы-интерната № 33 Санкт-Петербурга в возрасте от 7 до 15 лет с тяжелой степенью тугоухости: 19 детей - пользователей КИ (давность операции 1-8 лет) и 23 ребенка, использующих СА. Критериями включения было наличие тяжелой степени прелингвальной тугоухости, использование КИ или СА; критерием невключения – наличие острой патологии ЛОР-органов.

Обследование проводилось с использованием импедансометра GSI 38 AutoTympr (США), двухканального аудиометра AD229e (Interacoustics, Дания). Возможность последующей дополнительной корректировки результатов обеспечивалась проведением видеозаписи в процессе речевой аудиометрии.

Результаты.

По данным тональной пороговой аудиометрии в свободном звуковом поле средние пороги слуха у детей с кохлеарной имплантацией (КИ) составили $44,4 \pm 1,7$ дБ, а у детей со слуховым аппаратом (СА) $44,9 \pm 0,71$ дБ.

Установлено, что уровень разборчивости при предъявлении фонетического материала мужским голосом в тишине был достоверно выше, чем на фоне шума ($p < 0,05$). При этом разборчивость многосложных слов у пользователей СА ($56,3 \pm 30,8\%$) оказалась несколько лучше, чем у детей с КИ ($45,0 \pm 30,4\%$). Разборчивость односложных слов была достоверно хуже, чем многосложных, как у пользователей СА ($34,7 \pm 25,3\%$), так и у детей с КИ ($21,8 \pm 24,2\%$), при этом выявлен значительный разброс данных, не позволяющий проводить их качественный статистический анализ. В таблице 2 представлены результаты речевой аудиометрии в тишине у детей разных возрастных групп с КИ и СА. Наиболее высокую разборчивость многосложных слов в тишине ($76,4 \pm 14,9\%$) продемонстрировали

II РАЗДЕЛ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

пользователи СА 14-15 лет ($n=8$), а односложных слов ($46,0\pm 27,0\%$) – пользователи СА 12-13 лет ($n=9$).

При предъявлении фонетического материала мужским голосом на фоне шума отмечено достоверное ухудшение разборчивости многосложных слов: у пользователей СА и КИ она была равна $24,0\pm 23,9\%$ и $18,1\pm 16,1\%$ соответственно. Данные по разборчивости односложных слов в шуме менее информативны, так как многие дети не справились с этим заданием, показав очень низкие результаты.

В группе пользователей КИ проведено сравнение результатов речевой аудиометрии при предъявлении слов мужским и женским голосом. Установлено, что и в тишине, и в шуме разборчивость многосложных слов, произносимых женским голосом у детей всех возрастных групп достоверно выше, чем мужским ($p<0,05$), рис. 2. В частности, для детей 12-13 лет с КИ ($n=7$) разборчивость многосложных слов, произносимых женским голосом, в тишине составила $71,5\pm 20,3\%$, а на фоне шума – $35,6\pm 14,4\%$ (для мужского голоса эти показатели были, соответственно, равны $64,1\pm 28,9\%$ и $28,75\pm 17,0\%$).

По давности выполнения операции кохлеарной имплантации пользователи КИ были разделены на 2 подгруппы: 8 детей ($42,1\%$) прооперированы больше 5 лет назад и 11 детей ($57,9\%$) – меньше 5 лет назад. Выявлены достоверные различия в результатах речевой аудиометрии в этих подгруппах. У детей со слуховым опытом более 5 лет разборчивость многосложных слов в шуме оказалась самой высокой – $72,1\pm 16,8\%$.

Выводы.

1) Эффективность слухопротезирования зависит от медицинских и социальных факторов, таких как: своевременное выявление тугоухости; раннее проведение слухопротезирования, длительная последующая реабилитация детей с участием сурдологов, сурдопедагогов, логопедов и родителей. При этом необходимо проведение регулярного аудиологического обследования с настройкой речевых процессоров КИ и СА

2) Наиболее высокие показатели речевой разборчивости речи у детей с кохлеарными имплантами выявлены при предъявлении многосложных слов женским голосом в тишине.

3) Для объективной оценки разборчивости речи у детей с различными уровнями развития (речевого, физического, интеллектуального), необходимо внедрение стандартных речевых тестов на русском языке.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ .

II РАЗДЕЛ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

Э.Г.Беличева, В.В. Павлов, К.А. Беличева

Клинический интерес к риносинусогенным орбитальным осложнениям как среди оториноларингологов, так и среди офтальмологов в настоящее время не уменьшается, так как воспалительные заболевания глазницы в 80 % имеют риногенный характер, что объясняется ее соседством с околоносовыми пазухами и тесной связью их венозных систем. Актуальность проблемы определяется недостаточной в некоторых случаях эффективностью лечения и постоянно существующей опасностью потери зрения у больного или даже угрозой летального исхода.

Заболевания околоносовых пазух осложняются вовлечением орбиты и ее содержимого в 3,4-6,8 % случаев.

Ведущим этиологическим фактором в развитии орбитального осложнения является острый или обострение хронического синусита, который может вызываться как бактериальной, так и микотической флорой, причем в случаях хронических поражений пазух часто высевается неклостридиальная флора.

По частоте возникновения орбитальных осложнений первое место занимает этмоидит, далее фронтит, гайморит и реже сфеноидит, однако чаще встречается сочетанное поражение двух и более пазух, т.е. полисинуситы.

Распространение риносинусогенной инфекции на орбиту может происходить различными путями. Контактный путь распространения (непосредственно через орбитальную стенку околоносовой пазухи с ее разрушением) чаще имеет место в патологии взрослого возраста, причем в этой возрастной группе в 70 % случаев орбитальные осложнения являются следствием хронических процессов в околоносовых пазухах. В отличие от взрослых пациентов, в детском возрасте орбитальные осложнения в 80 % являются следствием острых синуситов, где чаще имеет место лимфогематогенный путь инфицирования.

Варианты орбитальных осложнений весьма разнообразны. Однако принципиально важно для выбора тактики хирургического или консервативного лечения дифференцировать гнойные и негнойные виды орбитальных осложнений, а так же локализацию процесса в полости орбиты и экстраорбитально.

К гнойным осложнениям полости орбиты относятся гнойный периостит, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс и флегмона орбиты. К негнойным формам – простой периостит стенок орбиты, отек ретробульбарной клетчатки и риногенный неврит зрительного нерва. Экстраорбитальные гнойные осложнения – это абсцесс век, негнойные – отек век.

Преимущественно экстраорбитальные осложнения формируются в результате вовлечения в процесс “передних” групп околоносовых пазух (лобной пазухи и передних клеток решетчатого лабиринта). Осложнения собственно полости орбиты,

II РАЗДЕЛ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

локализующиеся позади тарзоорбитальной фасции, наблюдаются при поражении “задних” групп околоносовых пазух (задних клеток решетчатого лабиринта, основной и верхнечелюстной пазух)

У взрослых все формы орбитальных осложнений являются следствием гнойных синуситов, у детей же негнойные формы орбитальных осложнений могут развиваться в следствие даже катарального синусита.

Несмотря на достаточное число работ, посвященных проблеме орбитальных осложнений, единого подхода к лечению нет. Некоторые специалисты придерживаются консервативного лечения, другие отдают предпочтение радикальному хирургическому лечению. Мы считаем, что консервативное лечение допустимо только в случаях негнойных орбитальных осложнений (отек век, отек ретробульбарной клетчатки, простой периостит стенок орбиты) и должно состоять в максимально активной санации причинных пазух с использованием по показаниям пункционного метода, трепанопункции лобной пазухи (в детском возрасте возможна пробная фронтотомия), анемизация слизистой носа, перемещение лекарственных веществ по методу Проэтца. Активное медикаментозное лечение должно быть комплексным и сочетать антибиотикотерапию с учетом индивидуальной чувствительности, противовоспалительную, десенсибилизирующую, иммуностимулирующую терапию.

Гнойные формы орбитальных осложнений требуют срочного хирургического вмешательства на причинной пазухе с созданием широкого соустья с полостью носа. Характер же вмешательства на орбите определяется локализацией и формой воспалительного процесса. При этом большую помощь в дифференциально-диагностическом плане может оказать использование не только традиционных рентгенологических методов исследования орбиты, достаточно информативным может быть использование ультразвукового сканирования орбиты и магнитнорезонансной томографии.

При наличии показаний для ревизии и дренирования полости орбиты предпочтительнее производить вскрытие последней со стороны оперированных околоносовых пазух, по возможности не нарушая единого анатомо-физиологического комплекса орбиты. Так субпериостальный абсцесс, локализующийся в области верхне-внутренней стенки орбиты, вскрывается из разреза по орбитальному краю без вскрытия тарзоорбитальной фасции после выполнения операции фронтотомии, аналогично производится дренирование субпериостального абсцесса при локализации на нижней стенке орбиты, доступ при этом осуществляется со стороны верхнечелюстной пазухи.

При возникновении орбитального осложнения с прорывом гнойного содержимого околоносовых пазух в собственно полость орбиты с формированием симптомокомплекса, характерного для флегмоны орбиты и ретробульбарного

II РАЗДЕЛ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

абсцесса требуется вскрыть тарзоорбитальную фасцию для проникновения к ретробульбарной клетчатке. При отсутствии положительной динамики со стороны орбиты (нарастание хемоза, экзофтальма, ухудшение зрения) к лечению может добавляться офтальмохирургическое пособие в виде дополнительного дренирования путем чрезкожной орбитотомии.

Однако необходимо придерживаться тщательного щадящего принципа при выполнении орбитотомии. Чрезмерно широкое разрушение стенок орбиты может привести к нежелательной интерпозиции тканей орбиты, смещению глазного яблока вплоть до энофтальма. Дефекцию тканей орбиты следует по возможности проводить тупым путем, дав отток гнойному содержимому, не проводя фактического разрезания тканей, используя при этом ретракторы Труссо, зажимы типа “москит” и проч. в более безопасных зонах во избежание развития паралитического косоглазия. В случае вмешательства в области верхнего века следует избегать разрезов в области внутренних $2/3$ орбитального края с целью профилактики послеоперационного птоза.

Медикаментозное лечение тяжелых форм гнойных орбитальных осложнений, сопровождающихся тяжелой интоксикацией, а также учитывая большую вероятность развития сепсиса, тромбоза глубоких вен орбиты и внутримозговых синусов, должно быть комплексным и состоять из антибактериальной, дезинтоксикационной, дегидратационной, антикоагулянтной и гормональной терапии.



ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ТРОМБОФИЛИИ, КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРЕДИКТОР ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

Нажмудинов Рамазан Загиргаджиевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)
Сергеева Татьяна Васильевна к.м.н. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: Инсульт у лиц молодого возраста, генетическая тромбофилия, тромбозы, генетические маркеры, профилактика.

Актуальность и цели. Частота инсульта в молодом возрасте, колеблется по данным разных исследователей, от 2,5 до 10% всех инсультов в популяции. Определенное место среди инсультов у больных молодого возраста занимают наследственные сосудистые заболевания. Так же накоплены значительные клинические данные и проведен анализ результатов многих исследований, позволяющий выделить наследственные тромбофилии в самостоятельную группу причин инсульта. Самое частое и неблагоприятное проявление наследственной тромбофилии – повышенная склонность к тромбообразованию, связанная с определенными генетическими дефектами. Она может приводить к развитию артериальных и венозных тромбозов, которые в свою очередь могут спровоцировать инсульт, и более того, инсульт у лиц молодого возраста. На современном этапе одним из наиболее плодотворных подходов к изучению наследственной предрасположенности к инсульту является исследование ассоциаций полиморфных вариантов генов с риском развития заболевания. Цель исследования продемонстрировать за счет результатов молекулярно-генетических исследований, актуальность выявления риска генетической предрасположенности к тромбофилии, для профилактики артериальных и венозных тромбозов у лиц молодого возраста и профилактики инсульта.

Пациенты и методы. Было исследовано 60 пациентов (20 мужчин, 40 женщин) в возрасте от 26 до 43 лет включительно, обратившиеся в Лабораторную службу «Хеликс» г. Санкт-Петербург за 2017 год, для сдачи анализа, на генетический риск развития тромбофилии. Исследование проводилось по следующим генетическим маркерам и генотипам: ингибитор активатора плазминогена (*SERPINE1*), генотипы 5G(-675)4G; метилентетрагидрофолат редуктаза (*MTHFR*), генотипы A1298C; метилентетрагидрофолат редуктаза (*MTHFR*), генотипы C677T; фибриноген, бета-полипептид (*FGB*), генотип G(-455)A; фактор свертываемости крови 5 (F5), генотип G1691A; фактор свертываемости крови 2, протромбин (F2), генотип G20210A, интегрин бета-3 (*ITGB3*), генотип T1565C; интегрин альфа-2 (*ITGA2*), генотип C807T. В зависимости от особенностей исследования пациенты были разделены на две группы.

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

Первую группу составили пациенты с негативным прогнозом (высокий риск развития заболевания), во вторую группу вошли пациенты с позитивным прогнозом (низкий риск развития заболевания или клинически значимых мутаций не выявлено).

Результаты. В ходе молекулярно-генетических исследований были выявлены следующие результаты: Первую группу (негативный прогноз) составили 20 пациентов (33,3%; 5 мужчин и 15 женщин), в эту группу вошли пациенты с высоким генетическим риском заболевания. Крайне высокую угрозу несли генетические маркеры *SERPINE1* выявленная мутация *4G/4G* (снижение фибринолитической активности крови, приводящее к увеличению риска тромбозов) и *MTHFR* генотипы *C677T* и *A1298C* выявленная мутация *CT, TT* и *AC, CC* (увеличение уровня гомоцистеина в плазме крови, ассоциированное с возрастанием рисков развития атеросклероза и тромбозов). Вторую группу (позитивный прогноз) составили 40 пациентов (15 мужчин, 25 женщин) с низким генетическим риском заболевания или скрытое носительство мутации, при котором клинических проявлений тромбофилии нет.

Заключение. Таким образом, по результатам исследований из 60 исследуемых, 33,3% пациентов имеют генетическую предрасположенность к тромбофилии, которая играет существенную роль в развитии артериальных и венозных тромбозов, а так же может послужить причиной развития инсульта в молодом возрасте. Анализ данных литературы и полученных данных позволяет утверждать, что носительство нескольких полиморфных тромбофильных факторов усиливает риск развития инсульта в молодом возрасте. Поэтому необходимы дальнейшие исследования для улучшения диагностики генетических факторов риска и разработки терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию тромбофилии, в комбинации с дополнительными факторами, такими как отказ от курения, оральных контрацептивов и алкоголя, в целях профилактики инсульта у лиц молодого возраста. Исходя из этого, можно сделать вывод, что необходимо включить генетические исследования, направленные на выявление полиморфизма генов системы гемостаза, в программу скринингового обследования пациентов, с целью разработки мероприятий по своевременной профилактике инсульта.



КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КОРРЕКЦИИ СТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Даниленко Лариса Андреевна (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Артамонова Марина Васильевна (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Калинин Андрей Вячеславович (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Ключевые слова: статические нарушения, опорно-двигательный аппарат, инструментальный мониторинг, лечебная физкультура

Актуальность и цели. Статические нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) у детей без своевременной коррекции становятся предрасполагающим фактором для развития структурных изменений в позвоночнике и заболеваний внутренних органов в зрелом возрасте. Средства лечебной физкультуры традиционно принято считать эффективным инструментом в профилактике и лечении нарушений ОДА. Однако, до сих пор не определен удельный вклад различных по форме и содержанию программ лечебной физкультуры в итоговую эффективность коррекционных мероприятий. Новые возможности появились с разработкой и внедрением бесконтактных оптических методов исследования ортопедического статуса. Инструментальный мониторинг дифференцированного применения средств лечебной физкультуры у детей со статическими нарушениями ОДА позволит повысить эффективность лечебно-коррекционных программ.

Пациенты и методы. Для оценки ортопедического статуса детей со статическими нарушениями ОДА, обоснования индивидуальных программ коррекции, динамического и итогового контроля их эффективности разработан алгоритм комплексного исследования с применением клинических методов: осмотра, функционального тестирования и инструментальных методов: трехмерной компьютерно-оптической топографии и Диа-След-диагностики. Проведено обследование 57 детей и подростков в возрасте от 7 до 14 лет. Программа комплексной коррекции статических нарушений ОДА составлена на основе современных научных представлений о механизмах двигательной регуляции, о структурно-функциональных взаимоотношениях в костно-мышечной системе и на результатах собственных наблюдений. Ортостатическая коррекция проводилась коррекционными стельками с целью устранения укорочения нижней конечности и деформаций сводов стоп как частой причины нарушения стабильности вертикальной стойки. Коррекция статических деформаций ОДА средствами лечебной физкультуры проводилась дифференцировано в зависимости от характера выявленных функциональных нарушений во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной плоскостях. Стационарный курс учебно-коррекционной лечебной гимнастики включал 10 занятий с дальнейшими рекомендациями самостоятельного выполнения в домашних условиях в течение 4-6 месяцев. Оценка эффективности корригирующих мероприятий осуществлялась по результатам повторного клинко-инструментального исследования непосредственно после завершения

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

стационарного учебно-коррекционного курса лечебной гимнастики и спустя 4-6 месяцев самостоятельного выполнения программы.

Результаты. В результате проведенных клинико-инструментальных исследований непосредственно после курса лечебной гимнастики у 63,1 % детей была выявлена положительная динамика. Во фронтальной и сагиттальной плоскости углы латеральной асимметрии и ротации позвоночника уменьшались, а углы лордоза и кифоза не увеличивались. Не нарастало также нарушение баланса туловища во всех трех плоскостях. При ортостатической коррекции и дальнейшем самостоятельном выполнении учебно-коррекционного курса лечебной гимнастики в течение 4-6 месяцев, коррекция статических нарушений составила не менее 70% от исходного ортопедического статуса у 90% детей.

Заключение. Анализ результатов комплексной коррекции функциональных нарушений в группах детей со статическими нарушениями ОДА наглядно продемонстрировал необходимость дифференцированного подхода при определении задач и методов коррекции для каждого пациента. Неинвазивный инструментальный мониторинг дает возможность объективно оценить состояние костно-мышечной системы, в том числе в динамике, а также оптимизировать выбор адекватной методики коррекции.



КОМБИНИРОВАННАЯ РЕПЕРFUЗИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ

Сергеева Татьяна Васильевна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ФГБОУ ВПО «Санкт-петербургский Государственный Университет», ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Тарасов Николай Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Сараев Глеб Борисович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Гайдук Николай Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Селетина Елизавета Владимировна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Нуруллаев Иззет Зека оглы (ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»)

Морей Мария Михайловна (ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»)

Ключевые слова: ишемический инсульт, тромболитическая терапия, тромбэкстракция, комбинированная реперфузия

Актуальность и цели. На сегодняшний день считается, что комбинированная

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

тромболитическая терапия (ТЛТ) с тромбэкстракцией (ТЭ) при ишемическом инсульте (т.н. комбинированная реперфузионная терапия, «bridge therapy») является эффективным методом лечения при ишемическом инсульте. АНА/ASA и журнал The Lancet провели анализ нескольких крупных исследований SYNTHESIS Expansion, IMS III, MR RESCUE, MR CLEAN, ESCAPE, SWIFT PRIME, EXTEND-IA, REVASCAT, на основании которых установили высокую эффективность комбинированной реперфузии и её преимущество по сравнению только с ТЛТ. В данной работе представлен собственный опыт проведения комбинированной терапии.

Пациенты и методы. Группа, получившая комбинированную терапию, состояла из 11 пациентов, лечившихся в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в 2017 году (ранее данная методика в стационаре не применялась). Средний возраст 55 лет (минимум=22, максимум=78); 7 женщин, 4 мужчины. Один пациент был с инсультом в основной артерии, остальные – в каротидном бассейне. У 9 пациентов не было изменений на компьютерной томографии головного мозга, у двух – симптом «гиперденсной средней мозговой артерии». Среднее время от дебюта инсульта до начала ТЛТ 206 минут. Оценка рисков проведенной комбинированной терапии проводилась по шкалам THRIVE и DRAGON. Для ТЛТ применялась дозировка альтеплазы 0.6мг/кг, дозировка была уменьшена в связи с повышенном риском геморрагической трансформации на основании шкал.

Результаты. Комбинированная терапия проводилась пациентам только при отсутствии противопоказаний. Среднее значение шкалы NIHSS до начала терапии составляла 17,54 (максимум 25, минимум 11). Успешной реканализации (TICI 2a-3) удалось достичь у 9 пациентов. После комбинированной терапии выписано из стационара 9 пациентов, 2 пациента скончались (18%), причина смерти – геморрагическая трансформация, отек и дислокация головного мозга. Умершие пациенты по шкалам THRIVE и DRAGON имели наиболее высокие баллы среди остальных: 6 и 8, 7 и 6 соответственно; так же у пациентов был самый высокий балл по NIHSS до проведения терапии – 25, 24. Среднее значение шкалы NIHSS после ТЛТ – 17, после ТЭ – 15,6, через 24 часа – 14.

Заключение. Метод комбинированной реперфузии является эффективным современным методом лечения ишемического инсульта по данным многочисленных исследований и собственного наблюдения. Внедрение данного метода в работу регионального сосудистого центра является перспективным направлением в лечении пациентов с ишемическим инсультом и требует наработки опыта его применения, что позволит ускорить процесс реабилитации, (таким образом приводя к снижению экономических затрат на реабилитацию пациентов), улучшить функциональный, неврологический статус и качество жизни пациентов.



НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ РАННЕЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Забилов Сергей Шамилович (СПб ГБУЗ «Александровская больница»)

Полякова Александра Викторовна (СПб ГБУ НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе)

Чечулов Павел Валерьевич (СПб ГБУ НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе)

Вознюк Игорь Алексеевич (СПб ГБУ НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе)

Ключевые слова: ишемический инсульт, ранняя каротидная эндартерэктомия, стеноз сонных артерий

Актуальность и цели. В настоящее время вопрос о сроках выполнения каротидной эндартерэктомии (КЭА) у больных в остром периоде ишемического инсульта остается дискуссионным. С одной стороны, угроза возникновения повторного сосудистого события нарастает у пациентов с неустранимыми факторами риска, с другой стороны – велика вероятность периоперационных осложнений. Целью исследования была оценка клинических исходов хирургического лечения сонных артерий в остром периоде ишемического инсульта в раннем и позднем послеоперационных периодах.

Пациенты и методы. Пациенты (n=147) с ишемическим инсультом и гемодинамически значимыми (более 70% по NASCET и данным доплерографии) стенозами внутренней сонной артерии были прооперированы в сроки от 1 до 30 суток от начала заболевания. Медиана возраста – 62,8 (33–80) лет. Преобладали мужчины – 79,5 % (n=117). Больные были разделены на две группы по срокам проведения оперативного лечения. В 1-й группе (n=77) КЭА выполняли с 1 по 14-е сутки, во 2-й (n=70) – более чем через 14 суток. Клинические исходы по шкале NIHSS и летальность были проанализированы через 30 дней и через 12 месяцев после начала заболевания. Хорошим клиническим исходом считался при регрессе по шкале NIHSS более 4 баллов либо при полном регрессе симптомов. Среднее время наблюдения составило $101,8 \pm 1,3$ месяцев, 95% CI: 97,2 – 106,4.

Результаты. Среди пациентов 1-й группы хорошие исходы к концу острого периода были зафиксированы у 72,9% больных, во второй группе у 51,9% (p=0,01), плохие исходы у 28,1% и 48,1% соответственно (p=0,007). К концу первого года от начала заболевания статистически значимых различий между группами выявлено не было (p>0,05). У 80% пациентов 1-й группы и 67,5% пациентов 2-й группы к концу острого периода была отмечена хорошая динамика неврологического статуса (p=0,06). Плохая динамика по NIHSS у 20% пациентов 1-й группы и 32,5% пациентов второй группы статистически не различалась (p=0,08).

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

Заключение. Клинические исходы срочной (первые сутки) каротидной эндартерэктомии в остром периоде ишемического инсульта достоверно лучше, что требует более прицельного отбора данных пациентов для хирургического лечения.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ИМПУЛЬСНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Сергеева Екатерина Николаевна (СПб ГАУЗ «Городская поликлиника №83»)

Лосинская Наталья Евгеньевна (СПб ГАУЗ «Городская поликлиника №83»)

Кушниренко Сергей Николаевич (СПб ГАУЗ «Городская поликлиника №83»)

Алетин Роман Романович (СПб ГАУЗ «Городская поликлиника №83»)

Авдеенко Юлия Геннадьевна (СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница №31»)

Ключевые слова: хронический простатит, комплексное лечение, высокоинтенсивное импульсное магнитное поле, Авантрон.

Актуальность и цели. По данным литературы значительная часть мужчин репродуктивного возраста страдает хроническим простатитом (в г. Санкт-Петербурге до 51,6%). Данное заболевание значительно ухудшает качество жизни, а также негативно влияет на репродуктивные возможности организма. Традиционно в лечении простатита применяется медикаментозная терапия, однако, изолированное ее применение не всегда приводит к полному купированию болевого синдрома, устранению дизурии, восстановлению сперматогенеза и либидо. В последние годы в литературе появились данные об эффективности применения высокоинтенсивной магнитотерапии. Доказано, что данный метод лечения улучшает венозный отток, активирует секрецию и скорость кровотока в предстательной железе, способствует санации воспалительного очага, что приводит к повышению количества выделяемого секрета железистым эпителием и рефлекторно усиливают сперматогенез в яичках (феномен Тарханова). Активация микроциркуляции приводит к уменьшению отека простаты и болей в промежности и активирует половую активность пациентов. Цель исследования: сравнить эффективность медикаментозной терапии хронического простатита и комплексного лечения, включающего в себя применение высокоинтенсивного импульсного магнитного поля.

Пациенты и методы. Обследовано 10 пациентов в возрасте от 29 до 66 лет с диагнозом хронический простатит. Пациенты предъявляли следующие жалобы: тянущая боль в области промежности, как правило, с иррадиацией в мошонку и уретру, жжение в уретре после эякуляции, дизурические явления. В анамнезе у пациентов зафиксированы: хронический гастродуоденит в стадии ремиссии,

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

гастроэзофагальнорефлюксная болезнь, бронхиальная астма, тромбоцитопения. Пальцевое ректальное исследование больных выявило болезненную, однородную, умеренно увеличенную, пастозную не уплотненную со сглаженной срединной бороздкой предстательную железу. Всем пациентам выполнены: общий анализ мочи, ПЦР на ЗППП, микроскопия уретрального мазка, микроскопия сока простаты, посев спермы или секрета простаты, трансректальное ультразвуковое исследование, пациентам после 45 лет – ПСА общий. В общем анализе мочи – лейкоциты 2-3, ПЦР на вирус герпеса 1, 2 типа, хламидии, уреоплазмы, микоплазмы – отр., микроскопия уретрального мазка – лейкоциты – 2-3 в поле зрения, в соке простаты – лейкоциты 2-5 со скоплением до 20 и более в поле зрения. В посевах спермы обнаружены стафилококк, *enterococcus faecalis* (чувствительный к бензилпенициллину, левофлоксацину, линезолиду, фосфомицину, устойчивый к азитромицину, ванкомицину, доксициклину, цефтриаксону), в спермограмме – лейкоцитоспермия, УЗИ-признаки хронического простатита. Методом блочной рандомизации пациенты были разделены на две группы. Пациенты контрольной и основной группы получали антибактериальную терапию (таваник, юнидокс, цефтриаксон, метрогил), свечи уропрост, а также массаж предстательной железы на протяжении 10 дней. Пациентам основной группы помимо медикаментозной терапии было назначено высокоинтенсивное импульсное магнитное поле от аппарата Авантрон (регистрационное удостоверение № рзн 2014/1900 от 03 сентября 2014 г.) программа Т 12, режим стандарт. Лечебный курс состоял из 10 процедур, проводимых ежедневно или через день. Пациенты контрольной группы получали только медикаментозное лечение. Динамика состояния оценивалась урологом и физиотерапевтом. Болевой синдром оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы.

Результаты. Все пациенты основной группы отметили хорошую переносимость процедуры магнитотерапии. На фоне проведенной терапии у всех пациентов отмечалось уменьшение болевого синдрома и дизурических явлений. При ректальном исследовании отмечено купирование болей при пальпации, уменьшение размеров предстательной железы, в также нормализация ее тургора до эластичной консистенции за счет уменьшения отека, появилась четкая срединная бороздка.

Заключение. Магнитная стимуляция должна быть включена в комплексное лечение простатита как метод, обладающий нейромюостимулирующим, сосудорасширяющим, трофостимулирующим, лимфодренирующим, секретостимулирующим и либидокоригирующим лечебными эффектами, приводящими к уменьшению болевого синдрома, воспалительных явлений в предстательной железе, а также устранению дизурических расстройств.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА МЕСТНОЙ КРИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.

Логинова Светлана Валентиновна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Андреевская Елена Вадимовна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Белякова Ольга Константиновна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Кононенко Ксения Олеговна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: местная криотерапия, ранний восстановительный период, артропластика, пластика связок, хондропластика, коленного сустава.

Актуальность и цели. исследовать эффективность применения метода местной криотерапии в комплексном лечении пациентов после оперативного лечения по поводу заболеваний и травм коленного сустава с целью уменьшения интенсивности болевого синдрома, сокращения сроков восстановления функции сустава.

Пациенты и методы. За 9 месяцев 2017 года в отделение физиотерапии наблюдалось 356 пациентов после оперативного лечения (артропластика, хондропластика, пластика связок) по поводу заболеваний и травм коленного сустава. Пациенты поступали на 3-4 неделе после операции, что соответствует раннему восстановительному периоду травмы. Основной задачей комплексного лечения с использованием методов физиотерапии, лечебной физкультуры и в некоторых случаях лекарственной терапии, а также хирургических манипуляций (пункции сустава) в данном периоде является скорейшее восстановление функционального состояния сустава. При этом, основными проблемами, затрудняющими разработку коленного сустава, являются отек и выраженный болевой синдром в области прооперированного сустава.

Из наблюдавшихся, у 87 пациентов с болевым синдромом, мышечным напряжением и отеком на область прооперированного коленного сустава применялся метод местной криотерапии с использованием аппарата «Холод». Процедуры проводились начиная с первых суток, ежедневно, курсом по 7-10 процедур (средний курс -7,8 процедур). Техника проведения – лабильно, по 5-6 минут.

Местная криотерапия приводит к локальной гипотермии, которая оказывает благоприятное воздействие на состояние периферической нервной и мышечной системы. Кратковременное возбуждение периферических кожных рецепторов сменяется длительной фазой торможения, что объясняет анальгетический эффект, снижение тонуса поперечнополосатых мышц, уменьшение отека окружающих тканей.

С первого дня пациент получал процедуры лечебной физкультуры.

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

Криотерапия проводилась, по возможности, до лечебной физкультуры, что позволяло пациенту лучше переносить нагрузки во время процедуры ЛФК. С 3-4 дня курса дополнительно назначались иные методы физиотерапии, такие как: магнитотерапия, ультразвуковая терапия, электростимуляция мышц бедра (СМТ-терапия), дарсонвализация, а также процедуры массажа.

Результаты. Для оценки эффективности лечения учитывали:

1. Оценку пациентом выраженности боли в покое и движении по ВАШ (визуальная аналоговая шкала) от 0 до 100мм.

Даная шкала расценивалась следующим образом: 0-4мм – отсутствие боли, 5-44мм – слабая боль, 45-74мм – умеренная боль, 75-100 – сильная боль.

На начало курса лечения у 62 пациентов (71%) отмечалась умеренная боль, у 22 (25%) - сильная боль и лишь у 3 (4 %) - слабая боль. В результате лечения с использованием местной криотерапии на 3-4 сутки к моменту расширения ФТЛ уже 57 пациентов (66%) отмечали слабую боль, 24 (27%) - умеренную боль и лишь 6 (7%) - сильную боль.

2. Объем движения в коленном суставе (угол сгибания коленного сустава) по данным гониометрии с использованием аппарата для разработки суставов нижних конечностей «Артромот». В начале лечения у 71 пациента (82%) угол сгибания коленного сустава составлял от 30 до 40 градусов, у 8 (9%) - от 40 до 50, и у 8 пациентов (9%) - 20-30 градусов. К окончанию курса 79 пациентов (90%) достигли сгибания в коленном суставе до угла 90 градусов, 3 (4%) - до 95 и 5 (6%) - до 85 градусов. Причем, 76% пациентов (66 человек), получивших курс местной криотерапии, достигали угла сгибания 90 градусов уже к 6-7 процедуре.

Заключение. Применение метода местной криотерапии в раннем восстановительном периоде позволяет ускорить процесс восстановления функционального состояния оперированного коленного сустава и объема его движений.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бутко Дмитрий Юрьевич (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Даниленко Лариса Андреевна (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Артамонова Марина Васильевна (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Данилова-Перлей Виктория Ивановна (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)
Артемьева Елена Михайловна (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)
Калинин Андрей Вячеславович (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)
Блинов Георгий Александрович (ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Ключевые слова: Транскраниальная электростимуляция, острое нарушение мозгового кровообращения, реабилитация

Актуальность и цели. Один из патогенетических механизмов развития острых нарушений мозгового кровообращения в последнее время рассматривается с позиций стрессового повреждения органа, дисбаланса стресс-лимитирующих, стресс-реализующих систем. Активация эндорфинэргического механизма, как одного из основных стресс-лимитирующих механизмов центрального генеза, служит базовой технологией в комплексной реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения ишемического генеза. Стимуляция эндорфинэргической системы, относящейся к «защитным механизмам» мозга, сопровождается выработкой эндорфинов в головном мозге, обладающих комплексным воздействием как нейропептидные медиаторы, что и обеспечивает нормализацию работы функциональной системы и всего организма в целом. При недостаточной активности стресс-лимитирующей системы стресс-реакция может превращаться из общего звена адаптации в общее звено патогенеза заболевания, способствовать формированию патологической системы. Активация эндорфинэргической системы может быть достигнута транскраниальной электростимуляцией. Воздействие на эту систему будет способствовать нормализации и других функций, так как одни и те же нейротрансмиттеры принимают участие в передаче информации в двигательной, чувствительной, когнитивной сферах.

Пациенты и методы. В ранний восстановительный период на первом стационарном этапе реабилитации 138 пациентам в возрасте от 58 до 67 лет, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения ишемический генеза, проведена транскраниальная электростимуляция эндорфинных структур головного мозга. Количество сеансов транскраниальной электростимуляции при ишемическом инсульте легкой степени составляла 10 процедур, при ишемическом инсульте средней и тяжелой степени - 15 процедур, длительностью по 45 минут. В первой процедуре индивидуально подбиралась величина стимулирующего тока, не менее 2,0 мА. Со второго сеанса величина стимулирующего тока постепенно повышалась до индивидуально переносимой, но не менее 3,5 мА. При развитии в процессе процедуры толерантности к стимулирующему току, силу тока увеличивали.

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

Результаты. При оценке эффективности применения транскраниальной электростимуляции эндорфинных структур головного мозга пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения ишемического генеза, ориентировались на объективные данные неврологического статуса, результаты оценки двигательной активности и социальной адаптации по клиническим шкалам. Удовлетворительные результаты в виде увеличения объема движений пораженных конечностей, уменьшении мышечного гипертонуса и соответственно спастичности в конечностях, уменьшении болевого синдрома и относительной стабилизации эмоционально-волевой сферы отмечены у 129 пациентов. У 9 пациентов курс процедур был не завершен из-за риска повторных ишемических атак.

Заключение. Применение транскраниальной электростимуляции эндорфинных структур головного мозга пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения ишемического генеза, целесообразно начинать в раннем восстановительном периоде, что позволит улучшить функциональный, неврологический статус и качество жизни больного.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Леонов Валентин Игоревич (ФГБВОУ высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны РФ)

Пономарева Татьяна Андреевна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», направление «Медицина»)

Свистов Дмитрий Владимирович (ФГБВОУ высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны РФ)

Сергеева Татьяна Васильевна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Долги Владимир Николаевич (ФГБВОУ высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны РФ)

Литвиненко Елена Валентиновна (ФГБВОУ высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны РФ)

Ключевые слова: тройничный нерв, невралгия тройничного нерва, микроваскулярная декомпрессия

Актуальность и цели. Невралгия тройничного нерва (НТН) является одной из самых распространённых форм прозопалгий, которая характеризуется высокой

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

интенсивностью болевых приступов и чрезвычайной устойчивостью к различным методам лечения. В настоящее время основной причиной возникновения НТН считается аномальное расположение сосудов, вызывающее компрессию корешка тройничного нерва (ТН) непосредственно у ствола головного мозга. С этой точки зрения наиболее патофизиологически обоснованным методом лечения НТН является микроваскулярная декомпрессия (МВД). Целью данного исследования является оценка эффективности МВД корешка ТН у пациентов с НТН.

Пациенты и методы. За период времени с 12.2012 по 12.2016 гг. в клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова прооперировано 17 пациентов с НТН (группа I), среди которых мужчин было – 10 (59%), женщин – 7 (41%). Средний возраст больных составил 59 лет. В предоперационном периоде всем больным была выполнена МРТ головного мозга, по результатам которой в 100% случаев был обнаружен вазоневральный конфликт. Результаты лечения в раннем послеоперационном периоде оценивались с помощью шкалы BNI-PS (Barrow Neurological Institute Pain Scale). Для группы из 8 пациентов (группа II), среди которых мужчин – 4, женщин – 4, дополнительно проводился анализ отдалённых результатов с использованием рекомендаций IMMPACT (Initiative on Methods, Measurement and Pain Assessment in Clinical Trials).

Результаты. В ходе операции вазоневральный конфликт выявлен у 16 (94%) пациентов. У 1 пациента отчётливых признаков конфликта обнаружить не удалось, тефлоновая прокладка была установлена между корешком ТН и передней нижней мозжечковой артерией (ПНМА). В 6 (37%) случаях причиной компрессии являлась верхняя мозжечковая артерия (ВМА), в 4 (25%) – одна или несколько вен (ВВ), в 3 (19%) – сочетание ВМА и ВВ, в 2 (13%) – сочетание ПНМА, ВМА и ВВ и в 1 (6%) – ПНМА. У всех пациентов сразу же после операции был достигнут регресс болевого синдрома. Эффективность в раннем послеоперационном периоде в группе I по шкале BNI-PS составила: 13 больных – BNI I (полный регресс болей), 4 больных – BNI II (редкие терпимые боли). В дополнительно обследованной группе II 6 человек оценивают долгосрочный эффект лечения как «очень значительное улучшение» и 2 – как «значительное улучшение». 6 пациентов сообщили, что больше не нуждаются в приёме лекарств по поводу НТН, 1 принимает финлепсин периодически при болях, 1 – постоянно. По цифровой ранговой шкале (ЦРШ) пациенты из группы II оценивали боль до операции от 6 до 10 баллов со средним значением 9 баллов. После операции этот показатель варьировал от 0 до 4 со средним значением 0,75 баллов. По шкале депрессии Бека у 4 пациентов до операции наблюдалась выраженная депрессия, у 1 – умеренная, у 1 – лёгкая и у 2 не выявлялось депрессивных симптомов. После операции депрессия отсутствует в 100% случаев.

Заключение. 1. МВД является высокоэффективным этиологическим методом лечения НТН в случаях с доказанным вазоневральным конфликтом и типичной

клинической картиной. 2. Купирование алгического синдрома путем устранения компрессии корешка нерва сопровождается ликвидацией ситуационного депрессивного состояния, часто развивающегося при данной патологии и являющегося фактором, утяжеляющим течение хронического болевого синдрома.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ СПОНДИЛИТОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Монашенко Дмитрий Николаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Найденов Александр Александрович (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Лосев Юрий Алексеевич (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Хаков Ильшат Рафаэлович (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Ключевые слова: спондилит, хирургия позвоночника, эпидурит

Актуальность. За последние три года в СПб ГБУЗ «Городская больница №26» отмечено увеличение количества пациентов с воспалительными заболеваниями позвоночника. Это связано как с увеличением числа поступающих пациентов с данной патологией, так и с повышением уровня диагностики гнойных спондилитов. Гнойные неспецифические заболевания позвоночника представляют особый интерес для нейрохирургии, поскольку часто приводят к острым неврологическим нарушениям и требуют сочетания адекватных хирургических и консервативных методов лечения.

Цель. Изучение результатов диагностики и лечения пациентов с гнойными неспецифическими заболеваниями позвоночника.

Пациенты и методы. Ретроспективно проанализированы ближайшие результаты диагностики и лечения 83 пациента с гнойным спондилитом, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Городская больница №26». Среди пациентов мужчин было 37 (44.6%), женщин - 46 (55.4%).

В 70% случаев пациенты первоначально поступали на консервативные отделения многопрофильного стационара (неврологические, кардиологические и терапевтические) чаще всего с болевым синдромом. После проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза пациенты переводились в нейрохирургические отделения. Сроки оказания специализированной нейрохирургической помощи напрямую зависели от сроков выполнения МРТ.

В ходе диагностики заболевания были использованы общие клинико-лабораторные данные, Rg, КТ и МРТ.

В подавляющем большинстве случаев спондилит характеризовался внезапным началом локального болевого синдрома, характерными признаками при Rg, КТ и МРТ,

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

а также воспалительными изменениями в клинических анализах крови.

Оценка неврологических расстройств проведена по шкале Frenkel, согласно которой пациенты распределились на пять групп. В группу «А» вошло 4 больных, в «В» - 9, в «С» - 29, в «D» - 36, в «Е» - 5. Болевой синдром в области пораженного отдела позвоночника был отмечен у всех пациентов.

Поражение шейного отдела позвоночника выявили у 8 (9,6%) пациентов; грудного отдела – у 28 (33,8%); поясничного отдела – у 47 (56,6%). Наличие эпидурита и/или эпидурального абсцесса по данным КТ и МРТ было выявлено у 49(59%) пациентов, паравертебральный абсцесс – у 32(38,5%), изолированный спондилодисцит – у 23(27,7%), воспали-тельные изменения паравертебральных мышц в виде инфильтрата - у 8(9,6%) больных. патологические переломы наблюдались у 6(7,2%) пациентов.

Синдром системного воспалительного ответа был диагностирован при поступлении у 21(25,3%) пациентов.

В 59(71%) случаях было проведено оперативное лечение. У 23 пациентов оперативное вмешательство выполнено из переднего и переднебокового доступов (передняя декомпрессия нейрососудистых образований позвоночного канала, корпорэктомия передний, опорный корпородез сетчатым имплантом с аутокостью из фрагмента ребра или гребня подвздошной кости), у 22 – из заднего (ламинэктомия, дренирование эпидурального абсцесса). Комбинированных оперативных вмешательств выполнено – 8. Изолированно удаление межмышечного абсцесса выполнено у 6 пациентов.

Из 59 пациентов были оперированы в первые сутки с момента поступления – 13 больных (22%), в первые 3-е суток – 24 (41%), в течение 7 дней – 15 (25%), 14 дней – 2 (3%); в сроки свыше 14 дней – 5 (9%). Во время 33-х оперативных вмешательств брали материал для микробиологического исследование экссудата. Положительный рост бактериальных культур получен в 24 исследованиях, из них в 15 исследованиях выявлен *Staphylococcus aureus*.

Всем пациентам, которым не выполнено оперативное вмешательство, в условиях строгого постельного режима проведено консервативное лечение в объеме двухкомпонентной антибактериальной терапии, включающей, как правило, внутривенное введение препаратов «Цефтриаксон» по 2г и «Рифампицин» по 300мг два раза в сутки.

Результаты. Ближайшие результаты лечения оценивали по следующим критериям: динамике неврологического статуса; динамике синдрома системного воспалительного ответа (ССВО); необходимости в повторных вмешательствах – ревизии послеоперационной раны с целью повторной операции; или малых по поводу раневых осложнений; КТ или МРТ динамике местного статуса; наличию или отсутствию местных и общих осложнений на момент выписки.

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

Хорошие результаты получены у 34(40,9%) пациентов – при полном регрессе ССВО, улучшении клинико-лабораторных показателей, значительном улучшении неврологического статуса, отсутствии послеоперационных осложнений.

Удовлетворительные результаты – у 10(12%) больных – при снижении признаков ССВО, в том числе более чем 7 суток, неполном послеоперационном регрессе нарушений неврологического статуса, и заживлении послеоперационной раны вторичным натяжением.

Неудовлетворительный результат у 7 (8,4%) пациентов – вследствие послеоперационных осложнений на момент выписки, неполного регресса ССВО, отсутствие регресса или нарастание имеющегося неврологического дефицита, необходимости повторных операций на позвоночнике и позвоночном канале. В 8(9,6%) – летальный исход (от острой коронарной недостаточности – у 2-х пациентов, от нарастающей полиорганной недостаточности на фоне септических расстройств – 6 больных).

Заключение. Раннее проведение МРТ диагностики позволяет в ближайшие сроки установить диагноз спондилита. При спондилите грудного и поясничного отделов, при отсутствии компрессии нейрососудистых образований позвоночного канала, использование двухкомпонентной антибактериальной терапии и строгий постельный режим могут обеспечить регресс клинических проявлений, санацию остеомиелитического очага. Пациентам с костной деструкцией тел позвонков со снижением высоты тела от 1\4 до 1\2 стабилизирующая операция на пораженном сегменте позвоночника позволяет получить хорошие результаты лечения и активизировать больных в раннем периоде (2–3 недель) и избежать дальнейшей деформации позвоночника. Существующие сроки диагностики и лечения, активная хирургическая тактика у пациентов с гнойными неспецифическими заболеваниями позвоночника, позволяют добиться хороших и удовлетворительных результатов хирургического лечения.



ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Кулибаба Ксения Викторовна (ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России)
Кулибаба Татьяна Германовна (ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»)**

Ключевые слова: остеоартроз, болевой синдром, экстракорпоральная ударно-волновая терапия.

Актуальность и цели. Целью настоящего исследования было показать

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

эффективность экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) при лечении патологии опорно-двигательного аппарата.

Пациенты и методы. Болевой синдром, связанный с поражением опорно-двигательного аппарата, является наиболее частой причиной обращения пациентов к врачу. Хроническая боль обусловлена различными патогенетическими механизмами: воспаление (синовит, периостит, энтезопатии), мышечный спазм, а также усиливающие восприятие боли психосоматические расстройства (развитие тревоги, депрессии). Наиболее часто диагностируются боли в суставах и периартикулярных тканях при остеоартрозе (ОА) и боли в спине.

Проведено лечение 22 пациентов страдающих ОА коленных, тазобедренных и голеностопных суставов 2-3 степени. Средний возраст пациентов 64 года (от 56 до 72 лет), соотношение мужчин и женщин равное. Диагноз ставился на основании жалоб, результатов объективного осмотра, в том числе объема активных и пассивных движений в суставе с помощью угломера, данных рентгенологического исследования. До начала терапии оценивался уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и был более 7 см. С целью купирования болевого синдрома все пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Медикаментозная терапия является основной составляющей комплексной терапии. Однако, чрезвычайно важное место принадлежит физическим методам лечения ОА.

Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа пациентов получала физиотерапевтическое лечение в виде ЭУВТ на аппарате PiezoWave (пьезоэлектрический принцип генерации волны) фирмы RichardWolf, 5 сеансов 1 раз в неделю в сочетании с занятиями ЛФК в группе и бассейне. Вторая (контрольная) группа получала физиотерапевтическое лечение в виде электрофореза калий йод-новокаина и магнитотерапии по 10 процедур в сочетании с ЛФК в группе и бассейне.

Результаты. Динамическое наблюдение проводилось в течение двух недель от начала лечения. Практически у 100% пациентов наблюдалась хорошая переносимость терапии. Незначительное обострение в обеих группах, скорее всего, было связано с физической нагрузкой (ЛФК), а также провоспалительным эффектом ЭУВТ у пациентов первой группы после двух процедур. В дальнейшем в течение недели эти явления стихали. У 60% пациентов из первой группы и у 45% из контрольной группы через 2 недели отмечалось уменьшение болевого синдрома, мышечного спазма и тугоподвижности в суставах. В отдаленные сроки (контроль через 3 и 6 месяцев) у 80% пациентов первой группы болевой синдром практически полностью купировался (уровень боли 1-2 см по ВАШ), значительно уменьшалась тугоподвижность и дефицит разгибания в суставе, восстанавливался уровень бытовой физической активности, отсутствовала потребность в частом приеме НПВП. В то время как у 40 % пациентов контрольной группы боль была на уровне 3-4 см и ограниченный объем движений. Их физическая активность была ниже, сохранялась

III РАЗДЕЛ «НЕВРОЛОГИЯ»

потребность в периодическом приеме препаратов.

Заключение. Таким образом, метод ЭУВТ позволяет купировать воспалительный процесс и болевой синдром при ОА быстрее и на более длительный срок по сравнению со стандартной физиотерапией и, соответственно, уменьшить потребность в анальгетиках и НПВП, восстановить их физическую активность и улучшить качество жизни пациентов.



ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН С БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Петрова Ольга Николаевна (Отдел военно-врачебной экспертизы, г. Санкт-Петербург, филиала № 1 федерального государственного казенного учреждения «Главный центр военно-врачебной экспертизы» Министерства обороны Российской Федерации)

Заболотский Николай Николаевич (отдел СПб филиала № 1 ФГКУ «ГЦ ВВЭ» МО РФ)

Саразов Михаил Павлович (отдел СПб филиала № 1 ФГКУ «ГЦ ВВЭ» МО РФ)

Тюшков Николай Алексеевич (Военный комиссариат Калининского района г. Санкт-Петербург)

Ключевые слова: организация обследования граждан, военно-врачебная экспертиза (ВВЭ), болезни периферической нервной системы.

Актуальность и цели. По результатам медицинского освидетельствования при призыве на военную службу в 2016 году в 10 субъектах Северо-Западного федерального округа Российской Федерации (СЗФО) каждый пятый от числа освидетельствованных был освобожден от призыва на военную службу по состоянию здоровья. В структуре заболеваний, по которым граждане не подлежали призыву на военную службу болезни позвоночника и периферической нервной системы составили 5%.

Цель исследования - определить методологические подходы при оценке двигательных и чувствительных нарушений при болезнях позвоночника с вторичным поражением периферической нервной системы в целях определения категории годности граждан к военной службе.

Пациенты и методы. Проведен анализ структуры заболеваний граждан, освобожденных от призыва на военную службу по состоянию здоровья (1 группа), возвращенных со сборных пунктов по результатам медицинского осмотра перед направлением к месту прохождения службы (2 группа) и досрочно уволенных с военной службы по состоянию здоровья (3 группа) в 2016 году в СЗФО.

Результаты. В первой группе обследованных: болезни позвоночника и периферической нервной системы составили 5%; во второй группе - 7,5%, в третьей группе - 8%.

Исходя из выше изложенного следует, что полноценная диагностика и оценка степени двигательных и чувствительных нарушений при болезнях позвоночника с

IV РАЗДЕЛ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

вторичным поражением периферической нервной системы влияет на вынесение обоснованного заключения о категории годности граждан к военной службе при проведении ВВЭ (медицинского обследования и освидетельствования).

При этом при заполнении медицинской документации врачи-специалисты (невролог, хирург) не отражают результаты объективного обследования и не дают правильную оценку результатам инструментальных исследований, характеризующих нарушение защитной, двигательной, и статической функций позвоночника.

Заключение. При проведении ВВЭ определяющим является оценка степени нарушения функций органов и систем. Применение понятия «нарушение функций позвоночника» всегда должно подразумевать наличие морфологических изменений, подтвержденных результатами лучевых методов исследования (спондилография с функциональными пробами, магнитно-резонансная и компьютерная томографии позвоночника), неврологических расстройств, объективизированных электронейромиографическим исследованием, и антропометрических отклонений.

Организация обследования и интегральная оценка функций позвоночника в целях определения категории годности граждан к военной службе должна основываться на комплексной интерпретации клинических проявлений нарушения защитной функции (наличие и выраженность вертеброгенных неврологических расстройств), статической функции (способности человека в течение длительного времени поддерживать определенное положение туловища) и двигательной функции (ограничение амплитуды активных движений) при определившемся врачебно-экспертном исходе, когда после проведенного лечения и реабилитации отсутствует тенденция к нарастанию двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических расстройств или дальнейшее лечение не приведет к изменению категории годности.



ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Карайланов Михаил Георгиевич (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург)

Русев Илья Трифионович (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург)

Степушкина Галина Анатольевна (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург)

Прокин Игорь Генрихович (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург)

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, профилактика, лечение, качество, пациент, врач.

IV РАЗДЕЛ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Актуальность. Оказание первичной медико-санитарной помощи населению является одной из важнейших задач системы здравоохранения. Она позволяет осуществить в полной мере профилактическую работу, направленную на раннее выявление факторов риска самых серьезных заболеваний, а также определить их первые проявления. От уровня ее организации и качества оказания во многом зависят показатели здоровья населения.

Основная часть. С системой здравоохранения чаще всего любой человек сталкивается впервые, обратившись в поликлинику. В среднем каждый гражданин посещает поликлинику или вызывает врача на дом около 9 раз в течение года. В последние годы в нашей стране первичной медико-санитарной помощи уделяется особое внимание. Именно в первичном звене здравоохранения можно осуществить в полной мере профилактическую работу, направленную на раннее выявление факторов риска самых серьезных заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых, а также определить их первые проявления. Структура первичной медико-санитарной помощи достаточно многогранна, она сформирована с учетом оказания помощи населению в экстренном и плановом порядке, с учетом возраста, а также необходимости оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам. В связи с этим первичная медико-санитарная помощь представлена различными медицинскими организациями, в их числе поликлиники для взрослых и детей, женские консультации, скорая медицинская помощь. В сельской местности значимое место занимают врачебные амбулатории и фельдшерские здравпункты. Важную роль в организации и проведении обследования населения на предмет выявления факторов риска здоровья играют центры здоровья, которые были организованы в последние годы на базе поликлиник.

Особое место сегодня занимает паллиативная помощь больным в терминальной стадии хронических заболеваний. Этот вид помощи выделен не случайно, так как она может оказываться как в специализированных медицинских организациях – хосписах, в стационарах сестринского ухода, так и врачами, работающими участковыми терапевтами, или врачами общей практики в поликлинике. В последние годы произошли значимые изменения в законодательстве, издан ряд Федеральных законов и приказов Минздрава, регламентирующих работу системы здравоохранения, в частности первичной медико-санитарной помощи.

Оказание первичной медико-санитарной помощи населению является одной из важнейших задач системы здравоохранения. От уровня ее организации и качества оказания во многом зависят показатели здоровья населения. В нашей стране в первичном звене здравоохранения работают врачи различных специальностей: участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, педиатры, узкие специалисты. Однако независимо от того, какой врач оказывает помощь

IV РАЗДЕЛ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

прикрепленному населению, основным направлением его деятельности должна стать профилактика.

В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является самой высокой среди европейских стран. На сегодняшний день доказано, что эти заболевания можно предотвратить, если снизить распространенность факторов риска их развития. В связи с этим реализация программ диспансеризации населения, проведение профилактических осмотров всех жителей, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, является одной из приоритетных задач медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в ближайшем будущем.

Применение на практике порядков оказания помощи позволяет более четко определить приоритеты при лечении пациентов с различными острыми и хроническими заболеваниями. При этом необходимо помнить, что к врачу за помощью обращается человек со своими, присущими только ему проблемами. Защита его прав, соблюдение этических принципов при проведении консультации, назначении обследования и лечения являются главными принципами медицинской помощи на любых этапах ее оказания.

Заключение. Сегодня в современном медицинском сообществе принят термин «пациент-ориентированная» помощь. Пациент становится центром всей той системы здравоохранения, которая выстроена для того, чтобы уменьшить его страдания и провести адекватное лечение. Если этот принцип будет соблюден, то в отношениях между врачом и пациентом установятся доверительные отношения, что окажет позитивное влияние на приверженность пациента к выполнению полученных рекомендаций и, соответственно, во многом предопределит эффективность лечения или профилактических мероприятий.



ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Линец Юрий Павлович (СПБ ГБУЗ Городская Александровская больница)

Артюхов Сергей Викторович (СПБ ГБУЗ Городская Александровская больница)

Зайцева Татьяна Евгеньевна (СПБ ГБУЗ Городская Александровская больница)

Чикин Александр Евгеньевич (СПБ ГБУЗ Городская Александровская больница)

Ключевые слова: стационарное отделение скорой помощи, многопрофильный стационар.

Актуальность и цели. Уменьшение нагрузки на специализированные стационарные койки, путем внедрения стационарного отделения скорой помощи(ОСМП).

IV РАЗДЕЛ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Пациенты и методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ статистических данных и сравнение их в динамике. Анализу подвергнуты статистические показатели за 2014, 2015 и 2016 годы.

Результаты. Прирост обращаемости в стационар составил 7,7%. До введения ОСМП 68% больных госпитализировались на профильные койки, после – 57%. Из экстренного потока больных в среднем 12% лечились в ОСМП. Переводов из ОСМП на профильные отделения ввиду неэффективности лечения было 10%. При уменьшении общего коечного фонда больницы увеличение плановой госпитализации составило с 5,8% до 12,3%. Средний койко-день уменьшился до 7,2 с 8,5. Летальность снизилась с 5,4% до 4,8%. Уменьшение госпитализации пациентов в удовлетворительном состоянии на профильные койки на 15,6%, а в состоянии средней тяжести и тяжелом увеличилось на 10,4%. Удовлетворенность пациентов улучшилась – по данным МИАЦ больница по количеству обращений граждан сместилась со 2-го на 6-е место. Проблемами в работе являются кадровое обеспечение, площади и нагрузка на вспомогательные службы.

Заключение. 1.ОСМП – мощный современный инструмент в работе многопрофильного стационара помогающий справиться с возрастающей нагрузкой, в короткие сроки оказать первичную медико-санитарную помощь пациентам, сокращающий количество больных, госпитализируемых на специализированные койки. 2.Развитие отделения возможно при соответствии кадров и площадей нормам. 3. Интенсификация работы, увеличение числа больных, которым не потребовалась госпитализация на специализированные койки, не приводит к увеличению жалоб пациентов на организацию и/или качество медицинской помощи.



СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

Стрижелецкий Валерий Викторович (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия)

Соколова Ирина Александровна (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»)

Стеценко Анна Олеговна (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия)

Иванов Игорь Григорьевич (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Ключевые слова: организация здравоохранения, стратегическое развитие учреждения

IV РАЗДЕЛ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Приоритетными направлениями развития СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» в период с 2015 года по 2018 годы явилась постоянное совершенствование качества оказания медицинской помощи и эффективное управления финансово-хозяйственной деятельностью. В стратегическом плане действий по улучшению медико-экономических показателей были сформированы основные проблемы, задачи и пути их решения. Ключевым фактором снижения эффективности финансово-хозяйственной деятельности в Учреждении являлся экстенсивный Фонд заработной платы сотрудников, который в 2015 году вместе с начислениями на оплату труда составил 80% в фактических расходах Учреждения. Принятие мер по оптимизации штатного расписания (01.01.15: 1323 шт. ед.; 01.10.17: 1265,25 шт. ед.) и численности персонала (01.01.15: 1061 чел.; 01.10.17: 896 чел.), проведению специальной оценки труда и переходу на комплексную информационную систему позволило уменьшить и перераспределить Фонд заработной платы, в соответствии с критериями оценки эффективности работы сотрудников. Кроме того, ежемесячный контроль планового и фактического фонда заработной платы существенно снизил кредиторскую задолженность по обязательному медицинскому страхованию (на 01.01.15: 58383,14 тыс. руб.; 01.01.17: 13508,17 тыс. руб.). При этом, средняя заработная плата сотрудников увеличилась (напр., врачи 2015: 59,6 тыс. руб.; 01.10.17: 88,4 тыс. руб.), а целевые показатели по средней заработной плате достигнуты.

Важным аспектом стратегического развития стала оценка экономической эффективности работы подразделений Учреждения, с определением центров финансовой ответственности по обязательному медицинскому страхованию и по предпринимательской деятельности. Данный анализ и финансовые результаты ежемесячно доводятся до руководителей подразделений для принятия оперативных управленческих решений.

Улучшение финансовых показателей было бы не возможно без SWOT анализа финансово-хозяйственной деятельности, системы планирования и контроля расходов бюджетных и внебюджетных средств, привлечения дополнительных ресурсов путем оказания платных услуг, определения и развития наиболее передовых и ресурсосберегающих медицинских направлений, а также компетентности и заинтересованности всех работников Учреждения.

Финансовые показатели тесно связаны с показателями качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов. Анализ доля санкций страховых медицинских организаций, количества жалоб анализируется ежемесячно по каждому отделению и по каждому врачу. В результате формируется мотивационная составляющая на улучшение качества медицинской помощи.

Таким образом, основой успеха многопрофильного стационара в современных условиях является четкое взаимодействие внутри служб больницы. Клинические

отделения, являющиеся двигателем любого стационара, становятся эффективны в случае четкого планирования экономической составляющей их работы, грамотной мотивационной и кадровой политики.



ВОЗМОЖНОСТИ ГИБРИДНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Шендеров С.В., Логинов И.А., Свеклов Д.А., Тугбаев М.В., Смирнов А.Н., Белков М.А., Болотов И. И., Гостимский В.А., Курникова Е.А. (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, критическая ишемия сосудов нижних конечностей, эндоваскулярное лечение сосудов нижних конечностей.

Актуальность и цели. Атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей достаточно распространенное заболевание, по различным статистическим данным распространенность атеросклеротического поражения варьирует от 2.5% в возрасте 50 – 59 лет до 15% в возрасте старше 70 лет, при этом критическая ишемия нижних конечностей встречается у 50 – 100 человек на каждые 100 тыс. населения Европейских стран и США, а частота острой ишемии нижних конечностей не превышает 1 случая на 6000 человек. Целью нашего исследования являлось изучение эффективности гибридного оперативного лечения сосудов нижних конечностей при их атеросклеротическом и тромботическом полисегментарном поражении.

Пациенты и методы. С 2015 года по октябрь 2017 года в условиях отделения РХМДиЛ ГБ №26 было выполнено 15 гибридных вмешательств на артериях нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 2$ года (от 52 до 75 лет). Среди прооперированных пациентов 80% составляли мужчины ($n=12$), 20% - женщины ($n=3$). Среди факторов риска атеросклероза у всех пациентов можно отметить артериальную гипертензию, курение и дислипидемию. Ожирением страдало 33,3% ($n=5$) больных, у 26,6% ($n=4$) отмечался мультифокальный атеросклероз. Четырём пациентам ранее было выполнено стентирование коронарных артерий. Критической ишемией нижних конечностей на уровне 2Б-3 степени страдали 66% пациентов ($n=10$). Всем пациентам первым этапом выполнялась селективная ангиография артерий нижних конечностей, с последующим решением вопроса об очередности хирургических методов лечения. Открытым доступом выполнено 5 тромбэктомий, 10 эндартерэктомий. Эндоваскулярные методы лечения распределились следующим образом: 6 больным была проведена транслюминальная

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

баллонная ангиопластика (33,3%), 9 - стентирование артерий нижних конечностей (66,7%). В 10 случаях первоначально был выполнен открытый этап лечения. В 7 случаях пункция проводилась через артериотомическое отверстие в связи с субокклюзирующим поражением дистальных отделов ОБА, устьев ПБА и ГБА, что требовало выполнения профундопластики. В 2 случаях в качестве артериального доступа использовалась бедренная артерия, в 1 – плечевая. 5 пациентам была выполнена ретроградная реканализация из артериальных доступов через ПББА и ЗББА. Средний срок наблюдения за пациентами составил 10 мес. (от 6 до 20 мес.).

Результаты. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. У всех пациентов был восстановлен антеградный кровоток. После операций все пациенты были активизированы на 1 сутки. У всех пациентов наблюдалась положительная динамика в виде устранения ишемии нижних конечностей, увеличения дистанции безболевого ходьбы и улучшение качества жизни. К окончанию наблюдения средняя дистанция безболевого ходьбы превышала 2 км, отмечалось заживление трофических язв.

Заключение. Гибридные вмешательства демонстрируют хорошие результаты при поражении ОБА в сочетании с поражением устьев ПБА и ГБА, в зонах не рекомендованных к стентированию. Данный подход к лечению может быть использован в клинической практике наряду с изолированным и многоэтапным хирургическим либо эндоваскулярным лечением как облитерирующего атеросклероза, так и острого тромбоза артерий нижних конечностей.



ВЫПОЛНЕНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИЕЙ КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

Коротких Александр Владимирович (ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 г. Тюмени)

Некрасов Дмитрий Александрович (ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 г. Тюмени)

Ключевые слова: каротидная эндартерэтомия, внутренняя сонная артерия, окклюзия

Актуальность и цели. При выполнении КЭАЭ обязательным этапом является пережатие ВСА. На фоне неэффективного коллатерального кровообращения во время выполнения основного этапа операции происходит гипоперфузия головного мозга и, как следствие, периоперационный инсульт. Частые причины слабого коллатерального кровотока – незамкнутый виллизиев круг, критический стеноз или окклюзия контралатеральной ВСА. Цель: Оценить особенности и безопасность

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

выполнения КЭАЭ у пациентов с окклюзией контрлатеральной ВСА.

Пациенты и методы. С 01 сентября 2015 года по 02 февраля 2017 года в отделении сосудистой хирургии «Областной клинической больницы №2» г. Тюмени выполнено 683 КЭАЭ, из них при окклюзии контрлатеральной ВСА 37 (5,4%). Средний возраст в группе наблюдения 68,1±5,4 года, группе контроля – 65,4±9,2 года, P-value >0,05. Мужчин – 33 (89,2%) и 350 (54,2%), P-value – 0,000011. Количество симптомных операций – 34 (91,2%) и 362 (56,0%), P-value – 0,0000043. В острый период ОНМК оперировано пациентов 22 (59,5%) и 217 (33,6%), P-value – 0,0021. По сопутствующим патологиям (ожирение, сахарный диабет, ХОБЛ, фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия, функциональный класс ХСН по NYHA, атеросклероз артерий н/к, ПИКС или АКШ в анамнезе) статистически значимых различий нет. Сосудистую мозговую недостаточность оценивали по классификации А.В. Покровского. Гемодинамически значимым считалось поражение более 70%, либо от 60% при наличии нестабильной атеросклеротической бляшки согласно классификации NASCET по данным УЗДГ и МСКТ-ангиографии. Операции выполнялись под комбинированной анестезией с использованием церебральной оксиметрии, гепарин вводился от 2500 до 5000 ЕД в зависимости от цифр АСТ и веса пациента. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде выполнялась контрольная УЗДГ. В работе оценили операционные критерии, структура атеросклеротической бляшки (АСБ) и результаты самих операций по показателю конечной точки – «инсульт + летальность».

Результаты. Средняя продолжительность операции в группе наблюдения 44,1±13,8 мин., в группе контроля – 40,7±13,1 мин., P-value >0,05. Среднее время окклюзии ВСА в группе наблюдения 10,0±5,1 мин., в группе контроля – 13,1±5,0 мин., P-value <0,001. Использование временного внутрипросветного шунта (ВВШ) в группе наблюдения случаев – 15 (40,5%), группе контроля 5 (0,8%), P-value – 5,7×10⁻¹⁷. Критерии для использования ВВШ – изначальный уровень церебральной оксиметрии ниже 40, снижение показателей церебральной оксиметрии более 40%, слабый ретроградный кровоток из ВСА при разомкнутом виллизиевом круге. Выполнено классических 27 (72,9%) и эверсионных 10 (27,1%) эндартерэктомий в группе контроля. Структура АСБ – неосложненная 7 (18,9%), с атероматозом 20 (54,1%), с изъязвлением 6 (16,2%), с кровоизлиянием 7 (18,9%), с тромбозом 4 (10,8%), с кальцинозом 12 (32,4%). В раннем послеоперационном периоде у выписанных пациентов зона реконструкции проходима, данных за рестеноз нет. В группе наблюдения один геморрагический инсульт на фоне гипертонического криза с летальным исходом (2,7%). В группе контроля показатель «инсульт + летальность» составил 1,5%: 4 летальных исхода на фоне двух тромбозов ВСА и двух реперфузионных синдромов, 6 ОНМК в раннем послеоперационном периоде с положительной динамикой на фоне консервативной терапии.

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Заключение. Окклюзия ВСА достоверно чаще встречается у симптомных пациентов мужского пола. Пациенты с окклюзией ВСА достоверно чаще оперировались в острый период ОНМК. По операционным критериям - достоверно чаще использовался ВВШ и меньше время окклюзии ВСА в группе контроля. В структуре преобладают осложненные АСБ, чаще с атероматозом. В целом, выполнение КЭАЭ у пациентов с окклюзией контрлатеральной ВСА эффективная и безопасная операция при наличии современных методов интраоперационного мониторинга и дифференцированного подхода к каждому конкретному случаю.



ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МНОГОУРОВНЕВОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Бородулин Андрей Владимирович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Казаренко Андрей Геннадьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Колесниченко Андрей Юрьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Мокрушин Константин Сергеевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Макар Леонид Васильевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Абакаров Гусейн Жунайдович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Кустышева Оксана Михайловна, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Ключевые слова: атеросклероз, многоэтажное поражение, гибридные методики, С-дуга.

Цель: Оценить результаты гибридных вмешательств у пациентов с многоэтажным поражением артерий нижних конечностей оперированных в условиях сосудистой операционной оснащенной С-дуги SIAS Angio XL (гибридная операционная).

Материалы и методы: В СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с 2015 года выполнено 71 гибридное вмешательство. Средний возраст составил $62,5 \pm 3,4$ лет. Пациенты мужского пола 60 (84,5%) и женского 11 (15,5%). По степени хронической ишемии, учитывая классификацию Фонтейна-Покровского, пациенты распределились следующим образом: IIБ стадию имели 33 больных (32%), III стадию – 28 человек (40%), IV стадию – 19 человека (27,2%).

В структуре поражений сочетались стенозы либо окклюзии подвздошных артерий с поражениями бедренно-подколенного сегмента, включая TASC II C и D. Показанием к гибридной операции являлось наличие гемодинамически значимого стеноза или окклюзии общей бедренной артерии в сочетании с поражением другого сегмента.

Все операции выполнялись бригадой ангиохирургов в сосудистой операционной оснащенной передвижной С-дугой и портативным ультразвуковым аппаратом. Все врачи отделения сосудистой хирургии СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» прошли

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

профессиональную переподготовку и имеют сертификаты по трем специальностям: сосудистая хирургия, ультразвуковая диагностика и рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения.

Выполнялись следующие виды гибридных вмешательств:

1. Стентирование подвздошных артерий + эндартерэктомия ОБА (профудопластика) – 28 операций (39,4%);
2. Стентирование подвздошных артерий + шунтирование (бедренно-подколенное или берцовое) - 17 операций (23,9%);
3. Петлевая эндартерэктомия подвздошных артерий со стентированием + профудопластика или бедренно-подколенное шунтирование – 25 операций (35,2%);
4. Профудопластика + стентирование ПБА-1 (1,5%).

У всех пациентов выполнялся ангиографический контроль артериальной реконструкции.

Результаты: Непосредственный технический успех достигнут в 100% случаев. Послеоперационная гематома у 3 пациентов (4,2%), лимфоррея у 2 пациентов (2,8%).

Летальность составила - 1,4%, пациент 75 лет, страдающий ИБС, у которого развился острый инфаркт миокарда на 5 сутки после оперативного вмешательства.

В сроки наблюдения от 1 месяца до 3 месяцев тромбоз шунта у 1 пациента (1,4%). В сроки наблюдения от 3 месяцев до 1 года у 2 пациентов развился тромбоз шунта (2,8%). Тромбозов зоны стентирования и петлевой эндартерэктомии подвздошного сегмента не наблюдалось.

Выводы: Наличие С-дуги в операционной позволяет сосудистому хирургу выполнять эндоваскулярные и гибридные вмешательства, а так же осуществлять ангиографический контроль выполненной реконструкции. При необходимости любое открытое вмешательство может быть дополнено балонной ангиопластикой и/или стентированием. Гибридные операции показывают свою состоятельность и эффективность при всех поражениях аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегмента, включая TASC C и D.



ДИСТАЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Колесниченко Андрей Юрьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Бородулин Андрей Владимирович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Казаренко Андрей Геннадьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Мокрушин Константин Сергеевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Абакаров Гусейн Жунайдович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Макар Леонид Васильевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Кустышева Оксана Михайловна, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Ключевые слова: атеросклероз, критическая ишемия, дистальное шунтирование.

Цель: оценить ранние и отдаленные функциональные результаты дистальных шунтирований у пациентов имеющих критическую ишемию при окклюзионно-стенотических поражениях артерий нижних конечностей.

Материалы и методы: с декабря 2010 года по июнь 2016 года в отделении сосудистой хирургии прооперировано 168 больных с критической ишемией нижних конечностей. Всего выполнено 170 реконструктивных операций, двоим больным оперативное лечение выполнено на обеих нижних конечностях. Возраст больных - от 53 до 84 лет (средний возраст $65 \pm 2,7$ лет). Все больные имели хроническую артериальную недостаточность III-IV стадии по классификации Фонтейна-Покровского. В качестве шунтирующего материала нами использованы: реверсированная большая подкожная вена 148 (87%), по методике in situ – 16 (9,4%), вены руки 5 (2,9%), комбинированный шунт 2 (1,1%), сосудистый биопротез (КемАнгиопротез фирмы NeoCor) – 15 (8,8 %). Локализация проксимального анастомоза: общая бедренная артерия – 129 (75,8%), проксимальный отдел подколенной артерии - 16 (9,4%), дистальный отдел подколенной артерии - 16 (9,4%), сосудистый протез – 7 (4,1%), наружная подвздошная артерия - 2 (1,1%).

Локализация дистального анастомоза: задняя большеберцовая артерия – 84 (49,4%), передняя большеберцовая артерия – 41 (24,1%), малоберцовая артерия – 35 (20,5%), тibiоперонеальный ствол – 7 (4,1%), медиальная подошвенная артерия – 3 (1,7%).

Все реконструктивные операции проводились с использованием оптики с 2,5 кратным увеличением с целью повышения качества наложения анастомозов и формирования сосудистого шва.

Результаты: 30-ти дневные результаты дистальных шунтирований прослежены у 93 пациентов. Через месяц 89 (96%) оперированных конечности жизнеспособны. 30 – ти дневная летальность составила 1 пациент (1,7%). У 4 (4,3%) пациентов отмечен тромбоз шунта в течение года, что потребовало выполнения повторного решунтирования.

Большие ампутации выполнены на уровне бедра 2(2,1%), на уровне голени 1(1,07%), малые ампутации – 25(14,7%)

Трофические нарушения кожи в области послеоперационных ран наблюдались на 5 (5,6%) оперированных конечностях. Постоянная боль в конечности (постишемическая нейропатия) отмечена у 25 (28,0%) пациентов. Обезболивающие препараты постоянно принимали 10 (11,2%), эпизодически – 7 (7,8%) пациентов. Дистанция ходьбы была не ограничена у 61 (65,5%) оперированной конечности, ограничена - у 10 (11,2%). В 5 (5,6%) случаях конечность служила только в качестве опоры.

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

В дальнейшем результаты нами оценивались в сроки от 1 месяца до 3 лет у 70 пациентов.

Был выявлен тромбоз шунта - у 19 (27 %) пациентов. Повторная реконструктивная операция выполнена 19 (27 %) пациентам (4 тромбэктомии шунта, 15 решунтирований).

Первичная проходимость через 1 месяц 96%, в течение года 94%, через 3 года 65%. Выживаемость через 1 месяц 99%, в течение года 97%, через 3 года 88%. Сохранность конечности в течение месяца 96%, через 1 год 93%, через 3 года 86%. Повторные операции в течение первого месяца выполнены у 4 пациентов (4,3%), в течение одного года у 5 пациентов (5,3%), через три года у 10 пациентов (11%). Большие ампутации у 3 пациентов (3,2%) были выполнены в течение первого месяца, у 4 (4,3%) в течение первого года, и у 11 пациентов (12%) через 3 года.

Выводы: Дистальные шунтирования - эффективный метод реваскуляризации при критической ишемии нижних конечностей. Эти операции позволяют избежать больших ампутаций и показывают благоприятные функциональные результаты в раннем и отдаленном периоде наблюдения. При отсутствии технических возможностей для эндоваскулярного вмешательства у пациентов с критической ишемией методом выбора является дистальное шунтирование.



КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.

Коротких Александр Владимирович (ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 г. Тюмени)

Некрасов Дмитрий Александрович (ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 г. Тюмени)

Ключевые слова: инсульт, стентирование, внутренняя сонная артерия, острый период ОНМК

Актуальность и цели. Инсульт занимает 3-е место среди причин смерти и одно из первых мест среди причин инвалидности в социально развитых странах. Риск повторного инсульта в первые 2 года после первого инсульта достигает 14 %. При чем наиболее часто повторное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) развивается в первые 30 суток после события. Оценить эффективность и безопасность выполнения стентирования внутренней сонной артерии (ВСА) в острый период инсульта.

Пациенты и методы. С 12 января 2016 года по 30 декабря 2016 года в отделении сосудистой хирургии «Областной клинической больницы №2» г. Тюмени выполнена

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

581 операция на ВСА, из них 41 стентирование (7,0%). В острый период ОНМК оперировано 194 пациента, из них 13 стентирований (6,7%). Всего за указанный период оперировано 466 человек (115 пациентам операция выполнена с обеих сторон). Средний возраст пациентов составил 65,3 года, средний возраст в исследуемой группе – 65,08 лет. В общем количестве мужчин было 347 (59,7%), среди пациентов наблюдаемой группы – 10 (76,9%). Общее количество симптомных операций 352 (60,6%). Процент стеноза рассчитывался согласно классификации NASCET по данным УЗДГ и МСКТ-ангиографии: гемодинамически значимым считалось поражение более 70%, либо от 60% при наличии нестабильной атеросклеротической бляшки. Сосудистую мозговую недостаточность (СМН) оценивали по классификации А.В. Покровского. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде и через 1 месяц после КАС выполнялась контрольная УЗДГ. Оценивали поражение контралатеральной внутренней сонной артерии (ВСА), наличие кардиологической сопутствующей патологии и сахарного диабета (СД), операционные критерии и результаты самих операций по показателю конечной точки – «инсульт + летальность».

Результаты. По данным УЗДГ и МСКТ-ангиографии в группе каротидного стентирования (КАС) в острый период ОНМК у 4-х пациентов выявлена окклюзия контралатеральной ВСА, у 2-х стенозы до 50%. У 1-го пациента в анамнезе операция на контралатеральной стороне в объеме КАС, у 1-го пластика НСА – обе реконструкции без признаков рестеноза. Пациенты с поражением ВСА до 50% с контралатеральной стороны взяты под комплексное наблюдение невролога и ангиохирурга с обязательным выполнением УЗДГ раз в год. Распределение по СМН – IV степень 76,9%, II степень 23,1%. Сопутствующая патология в группе наблюдения – СД 30,8%; артериальная гипертензия 100%; ИБС: стенокардия напряжения (СН) I ФК 30,8%, СН II ФК 53,8%, СН III ФК 15,4%. ОНМК ассоциированная артерия – левая СМА 69,2%, правая СМА 15,4%, левая+правая СМА и ВББ по 7,7%. В 76,9% случаев выполнена КАС инсульта зависимой артерии. Средняя продолжительность операции 36 минут. Среднее время скопии 14 минут. Артерия доступа – правая лучевая 38,5%, бедренная 61,5%. У всех пациентов использовалась система защиты от дистальной эмболии Spider FX. Установленные стенты – Protégé RX 76,9%, Wallstent 23,1%. После установки стента и постдилатации в 100% достигнут кровотоков по ВСА TICI III. В раннем послеоперационном периоде и через 1 месяц после КАС конструкции стентов проходимы, данных за рестеноз нет. Показатель «инсульт + летальность» в группе наблюдения составил 0%. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечалось улучшение неврологического статуса (в среднем на 1,1 балла по шкале NIHSS, 0,5 балла по шкале Рэнкина), регресс неврологической симптоматики, а также улучшение общего состояния пациентов.

Заключение. Выполнение КАС в острый период ОНМК является эффективной и безопасной процедурой, так как предупреждает риск развития повторного инсульта,

ускоряет восстановительный период после ОНМК, а также непосредственно улучшает качество жизни оперированных.



КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.

Красиков Александр Владимирович, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Валеев Искандер Зиннурович, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Клещуков Дмитрий Владимирович, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Михеева Надежда Андреевна, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Лавров Роман Юрьевич, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Ключевые слова: коронарное шунтирование, работающее сердце, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда

Актуальность: Существующая в Санкт-Петербурге система оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом направлена на раннее выполнение реваскуляризации миокарда в региональных сосудистых центрах (РСЦ), функционирующих в крупных многопрофильных стационарах. Большинству пациентов РСЦ реваскуляризация миокарда выполняется рентгенэндоваскулярными методами (баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий). В ряде случаев пациентам с текущим инфарктом миокарда выполнить ангиопластику и стентирование не удастся по анатомическим причинам в связи с многососудистым поражением. Кроме того у части пациентов даже после стентирования сохраняются патологические изменения коронарных артерий, определяющие высокий риск внезапной смерти либо повторного развития острого коронарного синдрома. Таким пациентам показано выполнение неотложного коронарного шунтирования. В РСЦ городской больницы №26 наработан собственный опыт выполнения коронарного шунтирования этой категории пациентов.

Цель исследования: представить опыт коронарного шунтирования больных в многопрофильном стационаре на фоне текущего инфаркта миокарда.

Материалы и методы. С сентября 2016 по октябрь 2017 года нами было выполнено 111 операций коронарного шунтирования на работающем сердце. При остром коронарном синдроме операция коронарного шунтирования была выполнена 24 пациентам (21,6%), а 17 из них (15,3%) были прооперированы по поводу инфаркта миокарда давностью до 30 дней.

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

При дальнейшем анализе все прооперированные нами больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 94 пациента (84,68%), которым было выполнено коронарное шунтирование без развившегося острого инфаркта миокарда. Во вторую группу – 17 пациентов (15,3%) с текущим инфарктом миокарда. Средний возраст больных в этой группе составил 67 лет.

По анатомической локализации поражения коронарного русла больные распределились следующим образом. Поражение ствола ЛКА имелось у 35,1% пациентов 1-й группы и 35,29% 2-й группы. 3-х сосудистое поражение – у 52,12% и 70,58%, соответственно.

Соотношение мужчин и женщин в 1-й группе составило 71,2% и 28,72%, во 2-й группе – 88,2% и 11,8%. У всех больных из 2 группы отмечалось повышение уровня тропонина от 0,019 нмг/мл, до 9,06 нмг/мл.

Результаты. Среднее число дистальных анастомозов составило 2,4 и 2,2. Секвенциальное шунтирование выполнено у 14,89% больных первой группы и у 23,52% второй группы. Срок пребывания в ОРИТ после операции в 1 группе составил 1,3 дня, во второй группе – 1,4 дня. Госпитальная летальность в первой группе составила 3,2%, во второй – 0%, средний койко-день – 15,4 и 16,3, соответственно.

Выводы. Исходя из представленных результатов, целесообразно создание отделений сердечно-сосудистой хирургии в составе РСЦ многопрофильного стационара, что обеспечивает исчерпывающее оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС, в том числе с текущим инфарктом миокарда.



ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АНЕВРИЗМ АОРТЫ И ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Колесниченко Андрей Юрьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Бородулин Андрей Владимирович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Казаренко Андрей Геннадьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Мокрушин Константин Сергеевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Абакаров Гусейн Жунайдович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Макар Леонид Васильевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Кустышева Оксана Михайловна, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Ключевые слова: аневризма аорты, разрыв, аорто-подвздошное протезирование, шок, кровопотеря.

Цель: оценить результаты неотложной хирургической помощи больным с разрывом аневризм аорты и подвздошных артерий в условиях многопрофильного стационара.

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Материалы и методы: с января 2011 года по июнь 2016 года в отделении сосудистой хирургии прооперировано 56 больных с разрывом аневризмы аорты и/или подвздошных артерий. Возраст больных - от 50 до 95 лет (средний возраст $63 \pm 2,7$ лет). Подавляющее большинство пациентов мужского пола (82%). 38% пациентов знали о наличии аневризмы магистральных сосудов (аорты). Среднее время от начала клинической картины разрыва магистрального сосуда до госпитализации в стационар составило 11 часов (мин. 1 час – макс. 48 часов). 35 пациентов доставленные в стационар с клиникой шока проходили обследование и лечение в условиях противошоковой операционной, оснащенной портативным УЗИ аппаратом. Это позволяет значительно сократить время обследования пациентов, быстро определить локализацию патологического процесса и незамедлительно приступить к выполнению оперативного пособия. По локализации аневризмы распределились следующим образом: торакоабдоминальная 3(5%), супраренальная 2 – (4 %), инфраренальная 49 (87,5%), аневризмы подвздошных артерий 2(4%). Преобладали аневризмы аорты по диаметру (более 70 мм). Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брюшного отдела аорты и подвздошных артерий – 56 человек (100 %), при стабильном состоянии пациента выполнялась КТ-ангиография – 21 человек (38%). Распределение по видам выполненного оперативного пособия: аорто-бедренное бифуркационное протезирование – 38 (68 %), аорто-подвздошное бифуркационное протезирование - 6 (11 %), линейное протезирование - 8 (14 %), прочие (перезатие аорты) – 4 (7 %). Средняя длительность операции – 3,5 часа. Средняя кровопотеря 2300 мл. Среднее время ишемии конечностей 45 минут.

Результаты: Летальность при выполнении операций ангиохирургами отделения по поводу разрыва аневризмы аорты составила 34 пациента (66 %). И имеет тенденцию к снижению. Из 56 пациентов интраоперационно погибли 4 пациента, в срок до 3 суток 16 пациентов, более 7 суток 14 пациентов. Основными причинами гибели пациентов до 3 суток явилась необратимая кровопотеря, шок. Причинами гибели пациентов от 3 до 7 дней стал респираторный дистресс-синдром, эндогенная интоксикация. Более 7 дней – прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Средний койко-день для погибших пациентов составил 3 дня. Средний койко-день для выживших пациентов составил 21 день.

Выводы: Способами улучшения оказания помощи больным с разрывом аневризмы аорты в условиях многопрофильного стационара являются: сокращение времени обследования пациента путем максимального приближения доступности диагностических методов к пациенту (проведение обследования в условиях противошоковой операционной), повышение профессионального уровня и комплексная подготовка бригады ангиохирургов.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.

Макар Леонид Васильевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Бородулин Андрей Владимирович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Казаренко Андрей Геннадьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Колесниченко Андрей Юрьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Мокрушин Константин Сергеевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Абакаров Гусейн Жунайдович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Кустышева Оксана Михайловна, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Ключевые слова: атеросклероз брахиоцефальных артерий, стеноз сонных артерий, острое нарушение мозгового кровообращения, каротидная эндартэктомия.

Актуальность: Проблема ишемического инсульта имеет чрезвычайно высокую социальную и медицинскую значимость. Острые нарушения мозгового кровообращения остаются одной из ведущих причин смертности и стойкой утраты трудоспособности населения в большинстве стран мира, в том числе России.

По данным NASCET и ECST(The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial. Stroke1999. European Carotid Surgery Trial. The Lancet1998.) операция каротидная эндартэктомия (КЭАЭ) снижает риск повторного инсульта и смерти у пациентов с выраженным ипсилатеральным стенозом внутренней сонной артерии. Однако выполнение КЭАЭ у больных в остром периоде ишемического инсульта до сих пор остается спорным и недостаточно изученным разделом ангиохирургии во всём мире. Главным аргументом для отсрочки операции КЭАЭ у таких пациентов является опасность развития геморрагической трансформации инфаркта головного мозга в ходе хирургического вмешательства.

Цель: Провести анализ результатов операций на сонных артериях, выполненных в остром периоде ишемического инсульта в отделении сосудистой хирургии Елизаветинской больницы.

Материалы и методы: За период с октября 2011 по сентябрь 2017 года было выполнено пациентам 153 операции на сонных артериях в остром периоде (транзиторная ишемическая атака -14 пациентов (9%), острое нарушение мозгового кровообращения -139 пациентов (91%)). Средний возраст - 65 +/- 7 лет. Мужчины было 103 (67%), женщины 50 (33%). Пациенты, поступившие экстренно (ОНМК+ТИА) были оперированы в первые 14 суток в 103 случаях (67%) и после 14 суток в 50 случаях (33%).

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Методы диагностики включали: цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, компьютерную томографию головного мозга, церебральную ангиографию всем пациентам.

Неврологический дефицит оценивался по модифицированной шкале Рэнкин. Неврологический дефицит более трех баллов по шкале Рэнкин и очаг инфаркта по данным компьютерной томографии, превышающий 1/3 полушария головного мозга, считались противопоказаниями к ранним операциям.

Лечение пациента осуществлялось мультидисциплинарной бригадой с участием невролога, сосудистого хирурга, рентген-хирурга, анестезиолога-реаниматолога.

Результаты: Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом за исключением 2 операций выполненных под местной анестезией. Средний койко-день в стационаре составил – 21 койко-день. Было выполнено: эверсионная каротидная эндартерэктомия - 126; классическая каротидная эндартерэктомия - 27.

До 2013 года операцией выбора была классическая каротидная эндартерэктомия с установкой временного шунта (Bard Javid, США) для защиты головного мозга от гипоперфузии. С 2013 года церебральный оксиметр (INVOS-5100 Somanetics, США) стал рутинно применяться при всех операциях на сонных артериях. Критерием к обязательной установке временного шунта являлось стойкое снижение перфузии головного мозга более чем на 30% по данным церебральной оксиметрии. С появлением оксиметра в первый год эверсионная каротидная эндартерэктомия стала выполняться уже в более чем в половине случаев. А с развитием методики она и вовсе вытеснила классический вариант, который за последний год использовался менее чем в 10% случаев. За последние 3 года снижение перфузии головного мозга после пережатия сонных артерий более чем на 30%, что потребовало установку временного шунта, было отмечено у 7 пациентов. Тромбоэмболических осложнений при установке шунта отмечено не было.

Летальность в послеоперационном периоде: 2 пациента (1,31%) Причиной летальности стали повторное ОНМК в обоих случаях. Нелетальные осложнения в раннем послеоперационном периоде: гематома требующая ревизию 2 пациента (1,31%), повторное ОНМК 2 пациента (1,31%) нелетальный ОКС 1 пациент (0,65%).

У всех пациентов, пришедших на контрольное УЗДС через 1 год, отмечалась проходимость зоны реконструкции и не отмечалось гемодинамически значимых стенозов или значимого ускорения кровотока в оперируемом каротидном бассейне.

Обсуждение: Несмотря на отработанную тактику ведения пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий в настоящее время определенная часть вопросов остается дискуссионными. Тактические решения зависят от предпочтения хирурга и отработанной методики в конкретном лечебном учреждении. Эти вопросы касаются выбора хирургической тактики: классическая или эверсионная каротидная эндартерэктомия; показаний к установке временного шунта; касаются сроков

выполнения каротидной эндартерэктомии после перенесенного ишемического инсульта.

Согласно нашим результатам целесообразно выполнение каротидной эндартерэктомии в ранние сроки после ОНМК у определенной группы пациентов и доказана безопасность выполнения данной процедуры. Летальность и частота развития периоперационных осложнений не превышает таковую, при плановых операциях.

Также наш опыт показывает, что широкое внедрение церебральной оксиметрии позволяет достоверно оценить перфузию головного мозга после пережатия сонных артерий и определить показания к установке временного шунта в каждом конкретном случае. Переход к эверсионной каротидной эндартерэктомии по сравнению с классической снижает время и стоимость операции.

Выводы: Каротидная эндартерэктомия может быть выполнена в остром периоде нарушения мозгового кровообращения определенной группе пациентов без увеличения числа летальных исходов или периоперационных осложнений в сравнении с плановыми операциями.



ПРИМЕНЕНИЕ ДАБИГАТРАНА ЭТИКСИЛАТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.

Коротких Александр Владимирович (ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 г. Тюмени)

Некрасов Дмитрий Александрович (ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 г. Тюмени)

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, дабигатрана этексилат, каротидная эндартерэктомия, каротидное стентирование, внутренняя сонная артерия

Актуальность и цели. Во время операций на внутренней сонной артерии (ВСА) каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) или каротидное стентирование (КАС) вводится гепарин от 2500 до 7500 ЕД. Кроме того, больные перед КАС получают двойную антиагрегантную терапию (ДААТ). Пациенты, которым выполняется КЭАЭ или КАС, в подавляющем большинстве имеют одну или несколько сопутствующих или конкурирующих патологий. Поэтому очень важна их предоперационная подготовка для минимализации периоперационных и отдаленных осложнений. Особую группу составляют пациенты с атеросклерозом сонных артерий и фибрилляцией предсердий (ФП). Цель: Оценить эффективность применения дабигатрана этексилата (ДЭ) у пациентов с ФП, которым было выполнено оперативное лечение на ВСА.

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Пациенты и методы. С 1 сентября 2015 по 27 декабря 2016 года в Отделении сосудистой хирургии и кардиологии (ОСХиК) ОКБ №2 г. Тюмени выполнено 694 операции на ВСА. Из них 94 (13,5%) операции пациентам с ФП. Средний возраст пациентов основной группы $68,5 \pm 8,5$ лет, группы контроля – $65,0 \pm 10,2$ года. Группы сравнения достоверно отличались по следующим характеристикам: ПИКС в анамнезе основная группа 25,5%, контроля – 15,0% (P-value – 0,015); ФК I по NYHA основная группа 16,0%, контроля – 31,0% (P-value – 0,002); ФК III по NYHA основная группа 18,1%, контроля – 4,8% (P-value – 0,00028); сахарный диабет (СД) основная группа 28,7%, контроля – 18,2% (P-value – 0,024). Всем больным с ФП за 5-7 дней до операции отменялся варфарин и назначался дабигатрана этексилата в дозе 150 мг 2 раза в день. По достижению оптимальных цифр МНО выполнялось оперативное вмешательство. После операции пациентам рекомендовали продолжить терапию дабигатрана этексилатом. Тем, кто не имел возможности приема дабигатрана этексилата, вновь назначали варфарин и выписывали при достижении цифр МНО 2,0-3,0. Оценивали операционные критерии и результаты самих операций по показателю конечной точки – «инсульт + летальность».

Результаты. Исходя из общей характеристики пациенты основной группы является более тяжелыми, т.к. у них достоверно чаще в анамнезе был ОИМ, выше ФК хронической сердечной недостаточности, чаще сопутствующей патологией выступает СД. Всего выполнили 84 КЭАЭ и 10 КАС. Среднее время операций основной группы $44,5 \pm 17,1$ мин., группы контроля – $40,7 \pm 9,5$ мин., P-value <0,05. Среднее же время окклюзии ВСА при КЭАЭ в основной группе $13,7 \pm 6,1$ мин., в группе контроля – $13,1 \pm 1,8$, P-value >0,05. У пациентов с ФП операции достоверно выполняются дольше, но время основного этапа – пережатие ВСА, достоверно не отличается. Следовательно, увеличение времени операции связано с более продолжительным гемостазом на этапе выделения ВСА и/или после снятия зажимов с артерий. В раннем послеоперационном периоде обширных гематом в послеоперационных областях и местах пункций артерий не отмечалось. По данным УЗДГ через 1 месяц после операций зоны анастомозов и конструкции стентов проходимы, данных за рестеноз нет. Показатель «инсульт + летальность» в группе наблюдения составил 0%.

Заключение. Выполнение КЭАЭ и КАС у пациентов с ФП на фоне приема дабигатрана этексилата эффективно и безопасно. При выполнении КЭАЭ требуется дополнительное время для более тщательного гемостаза.



**ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА
БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО
СТАЦИОНАРА.**

Красиков Александр Владимирович, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Суворов Сергей Александрович, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Логинов Иван Анатольевич, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Юзвинкевич Сергей Анетольевич, СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Ключевые слова: каротидная эндартерэктомия, извитость сонных артерий.

Актуальность: Цереброваскулярная болезнь является одним из проявлений атеросклероза. В развитых странах мира смертность от нарушения мозгового кровообращения занимает третье место, уступая лишь инфарктам миокарда и онкологическим заболеваниям. В Санкт-Петербурге ежедневно инсульт происходит у 30-50 человек. Общеизвестно, что соотношение ишемических и геморрагических инсультов составляет 5:1. Более чем у 20% пациентов причиной ишемического инсульта являются поражения экстракраниальных артерий, чаще всего атеросклеротического генеза.

Цель исследования: Представить пятилетний опыт выполнения реконструктивных операций на брахиоцефальных артериях в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы. С 2012 по октябрь 2017 года в нашем стационаре были прооперированы 676 больных с поражением брахиоцефальных артерий. Из них 40% больных переведены из Регионального сосудистого центра ГБ №26, а 60% больных поступили по направлению поликлиник по месту жительства. Стенозы были выявлены у 600 больных. У 76 больных определялась патологическая извитость. Основными методами диагностики являлись УЗДГ (в 100% случаев), КТ ангиография (30%), УЗДГ в сочетании с КТ ангиографией (20%). Лица мужского пола составили 60%. Средний возраст больных 68,5 лет. 75% больных имели в анамнезе ОНМК. У 70% больных имелись постоянные жалобы на головные боли, головокружения. Неврологический дефицит определялся у 50% больных.

Результаты. За пятилетний период в нашем стационаре было выполнено 676 операций на брахиоцефальных артериях: эверсионных каротидных эндартерэктомий - 501, классических эверсионных эндартерэктомий с пластикой аутовенозной или синтетической заплатой - 70, операций при извитости брахиоцефальных артерий - 76, реконструктивных операций на подключичной и позвоночной артериях - 29. Среднее время операций составило 1 час 40 минут. Послеоперационные осложнения имели место у 4% пациентов: ОНМК в послеоперационном периоде перенесли 2%, кровотечение из зоны послеоперационного шва у 1% нарушение глотания у 0,3%, осиплость голоса у 0,7%. Послеоперационная летальность составила 1,3%.

Выводы. Одним из путей снижения инвалидизации и смертности от нарушений мозгового кровообращения является развитие в стационаре хирургических методов лечения заболеваний экстракраниальных артерий. Выполнение операций на брахиоцефальных артерий показано пациентам, имеющим выраженные стенозы с

целью профилактики ОНМК, а также пациентам, перенесшим ОНМК для профилактики последующих ишемических нарушений. Наличие в стационаре отделения сосудистой хирургии позволяет проводить все этапы лечения и профилактики цереброваскулярной болезни пациентам Регионального сосудистого центра. Исходя из представленного опыта, реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях могут успешно выполняться у больных различным поражением сосудов головного мозга при минимальном числе осложнений.



СТЕНТИРОВАНИЕ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Белозеров Григорий Николаевич (ГБУЗ Республики Карелия «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)

Сергеев Михаил Андреевич (ГБУЗ Республики Карелия «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)

Ключевые слова: threatened limb, угрожающая ишемия конечностей, мультифокальный атеросклероз, стентирование, эндоваскулярное лечение.

Актуальность и цели. Продемонстрировать возможности эндоваскулярного лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Пациенты и методы. Пациент 60 лет, поступил в кардиохирургическое отделение ГБУЗ «Республиканской больницы им. В.А. Баранова» с признаками хронической ишемии нижних конечностей IIb, прогрессирующим снижением дистанции перемежающейся хромоты до 100 метров в течение последних трех месяцев, без болей в покое и признаков деструкции тканей стопы, тип 030 по SVS Wfl. При исследовании выявлено нарушение кровотока на уровне аорто-подвздошного сегмента со значением лодыжечно-плечевого индекса 0,63 справа и 0,38 слева.

По данным ангиографии верифицирован критический стеноз бифуркации аорты, субокклюзия устья правой ОПА, окклюзия устья левой ОПА, антеградный кровоток по подвздошным артериям слева резко замедлен; тип С по TASC-II. Попытки антеградной реканализации левой ОПА безуспешны. Выполнена ретроградная реканализация ОПА левым бедренным доступом с помощью ,035” проводника Advantage. Антеградно, через левый подмышечный доступ выполнена реканализация правой ОПА ,035” проводником Radiofocus. Последовательно выполнена киссинг-дилатация, имплантация баллонорасширяемого стента VisiPro 9.0*37мм в устье правой общей подвздошной артерии с выходом в аорту на ~10мм, далее имплантация самораскрывающегося стента Smart Control 8.0*60мм в левую общую подвздошную артерию с формированием неокарины. Манипуляция завершена постдилатацией самораскрывающегося стента и киссинг-дилатацией бифуркации аорты.

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Результаты. Пациент выписан на вторые сутки после реваскуляризации, без осложнений в месте доступа с полным купированием клиники перемежающейся хромоты. При контрольном исследовании значение лодыжечно-плечевого индекса составило 1,0 справа и 0,93 слева.

Заключение. Лечение ишемии нижних конечностей требует индивидуального подхода к лечению пациентов. Малоинвазивные методы эндоваскулярного лечения у данной категории пациентов эффективны и безопасны.



ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АРТЕРИОВЕНОЗНОМ ДОСТУПЕ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА: ПЕРВАЯ «ПРОБА ПЕРА».

Алферов Сергей Владимирович, ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Хотченков Михаил Вячеславович, ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Гринев Константин Михайлович, ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Ключевые слова: артериовенозный доступ, гемодиализ, стеноз, баллонная ангиопластика.

Цель: продемонстрировать ближайшие и отдаленные результаты хирургической коррекции артериовенозных доступов для гемодиализа методом чрескожной интраваскулярной баллонной ангиопластики.

Материалы и методы: в исследование вошли 17 пациентов, которым в период с 2015г. по 2017г. выполнялась коррекция артериовенозного доступа (АВД) методом эндоваскулярной баллонной ангиопластики (БАП). Мужчин в данной группе пациентов было 7 человек (41%), женщин – 10 (59%). Возраст больных колебался в пределах от 31 года до 76 лет, в среднем составляя – 51 ± 14 года. Показанием к активной хирургической тактике у всех пациентов являлось наличие дисфункции АВД, выражающееся в низких скоростных показателях кровотока, рециркуляции крови. Всего выполнено 19 чрескожных вмешательств: в одном случае реканализация выполнялась трижды с интервалом между процедурами 6 и 11 месяцев. Хирургической коррекции подвергнуто 7 нативных дистальных АВФ (41,2%), 7 нативных проксимальных АВФ (41,2%) и 3 АВ-графта (17,6%), по одному – на предплечье, плече и бедре. Всем пациентам выполнялось УЗДГ сосудистого доступа до и через 3-6 месяцев после хирургического лечения с оценкой проходимости и расчетом объемной скорости кровотока (ОСК).

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Результаты: по данным УЗДГ во всех случаях выявлено наличие гемодинамически значимых стенозов АВД. Нарушений проходимости артерий заинтересованной конечности не было. Результатом выполненных ангиографий АВД стала визуализация гемодинамически значимых стенотических изменений «фистульной» вены (диаметр просвета менее 2 мм, степень сужения от 85% до 95%) в различных сегментах: юкстаанастомотический стеноз в 12 случаях (70,6%), включая АВ-графты, где стеноз локализовался в прианастомотическом сегменте протезо-венозного соустья, стеноз средней/проксимальной трети – в 4 случаях (23,5%), стеноз АВ-соустья – в 1 случае (5,9%). Пациентка, которой выполнялись повторные операции (трижды), имела стеноз в юкстанастомотическом отделе «фистульной» вены, вмешательства выполнялись по поводу рестеноза. Пациентам выполнена БАП стенотически измененных сегментов без имплантации стента. Во всех случаях просвет сосуда восстановлен, достигнут оптимальный ангиографический результат. Осложнений (перфорация вены, тромбоз и пр.) во время вмешательств не было. Все доступы после хирургической коррекции функционировали и использовались для проведения процедур ГД. Наблюдение в послеоперационном периоде длилось от 2 до 14 месяцев, конечной точкой считался тромбоз или гемодинамически значимый рестеноз в доступе, требующий оперативного лечения. Минимальная длительность функционирования АВД после БАП составила 2 месяца, максимальный срок – 14 месяцев. Кроме того, следует отметить, что 7 пациентов из 17 в данный момент не достигли конечной точки наблюдения: АВФ функционируют и успешно используются в качестве диализного доступа. Средняя продолжительность проходимости, эндоваскулярно восстановленных нативных АВФ, составила к настоящему моменту $8,9 \pm 3,4$ месяца, для АВ-графтов – $8,3 \pm 1,4$ месяца.

Обсуждение: дисфункция АВД как следствие стенотических изменений, а также тромбоз являются наиболее частыми осложнениями сосудистого доступа для гемодиализа, их частота колеблется от 70% до 85%. Для коррекции осложненных АВД выполняются открытые хирургические реконструкции и эндоваскулярные вмешательства. Результаты отдаленной проходимости АВД после чрескожной внутрисосудистой БАП, полученные в нашем исследовании, хуже таковых после традиционных реконструктивных операций, хотя и сопоставимы. Однако, следует помнить, о существовании определенного пула «диализных» больных, у которых отсутствует ресурс сосудов для формирования «нового» доступа и/или невозможна открытая реконструкция. Продолжительность жизни у таких пациентов напрямую коррелирует с продолжительностью функции существующего АВД. Эндоваскулярные вмешательства являются методом выбора лечения в подобных случаях, а зачастую и единственным способом сохранить диализный доступ к циркулирующей крови.

Выводы: эффективность, малотравматичность, минимальное количество осложнений, отсутствие необходимости послеоперационного лечения, возможность

выполнения повторных вмешательств при сохранении первичного доступа являются несомненными достоинствами внутрисосудистых интервенций. Не являясь альтернативой открытым реконструктивным операциям, применение ЧКВ на АВД, безусловно, способно улучшить результаты и качество хирургической помощи больным с ХБП 5ст.



ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕИЙ ПРОСТАТЫ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Винцовский Станислав Геннадьевич (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница)

Хотченков Михаил Вячеславович (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница)

Учваткин Георгий Викторович (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница; Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ)

Ключевые слова: Эмболизация артерий простаты, ДГПЖ, ЭАП, эндоваскулярная эмболизация, аденома простаты, РАЕ.

Актуальность и цели. Продемонстрировать возможности эндоваскулярной эмболизации артерий простаты не только как метода предоперационной подготовки перед аденомэктомией или трансуретральной резекции (ТУР), но и как самостоятельного метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Пациенты и методы. С 2015г. в нашей клинике была выполнена эндоваскулярная эмболизация артерий простаты 36 пациентам. 25 пациентам эмболизация выполнялась как предоперационная подготовка перед аденомэктомией. 11 пациентам выполнена лечебная эмболизация артерий простаты. Алгоритм обследования включал в себя все необходимые лабораторные и клинические исследования, как при операциях по поводу ДГПЖ. В связи с повышением уровня ПСА >4 нг/мл. 5 пациентам выполнена трансректальная биопсия предстательной железы, подтвердившая доброкачественный процесс в предстательной железе. Средний возраст пациентов составил 66.3(+/-7,3) лет. Предоперационная и лечебная эмболизация технически ничем не отличались друг от друга. Процедура проводилась на стационарном ангиографе Philips allura xper FD20 в отделении РХМДЛ, а

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

предоперационная подготовка и постоперационное ведение в отделении урологии ЛОКБ. Местная инфильтрационная анестезия лидокаином 2%. Чаще всего использовался правый бедренный доступ (34), в 1 случае использовался бифеморальный доступ. После установки интродьюсера в аорту проводился катетр (UFE 5Fr), катетеризировались контралатеральная общая, а затем внутренняя подвздошная артерия, далее микрокатетером на микропроводнике выполнялась суперселективная катетеризация простатической артерии и её эмболизация сферическим эмболизационным материалом размером 500-700мкм. до редукции кровотока по дистальным отделам артерии. Аналогичные действия проводились на ипсилатеральной стороне. Оценка эффективности лечебной эмболизации проводилась по 5 параметрам: объем предстательной железы, уровень простат специфического антигена (ПСА), остаточный объём мочи, международная шкала оценки простатических симптомов (IPSS), оценка качества жизни (QOL). Эффективность лечения оценивалась через 1,3,6 мес. после эмболизации.

Результаты. Предоперационная эмболизация артерий простаты позволила значительно сократить время аденомэктомии, снизить интраоперационную кровопотерю и, как следствие, частоту гемотрансфузий. При выполнении аденомэктомии по стандартной методике, практически не отмечалось кровотечения во время операции. После ушивания мочевого пузыря и установке системы орошения цвет промывной жидкости соответствовал таковой после выполнения ТУР с тщательным гемостазом. Гемотрансфузии после аденомэктомии с предопреционной эмболизацией артерий простаты не проводились. В группе лечебной эмболизации за 3 мес. наблюдения объем предстательной железы уменьшился на 41%, объём остаточной мочи уменьшился на 52%, уровень ПСА уменьшился на 39%, IPSS и QOL увеличились до удовлетворительных значений на 54% и 32% соответственно. Интраоперационно был 1 случай перекручивания катетера в аорте в узел, что потребовало использование второго бедренного доступа, но ни к каким осложнениям со стороны места доступа это не привело. Послеоперационных осложнений не было. 40% испытывали так называемый постэмболизационный синдром, характеризующийся умеренными болями в промежности, режками по ходу уретры при мочеиспускании. Билатеральную суперселективную эмболизацию удалось выполнить 33 пациентам (92%), 3 пациентам их группы предоперационной эмболизации с одной стороны выполнена суперселективная эмболизация простатической артерии, с противоположной стороны эмболизация внутренней подвздошной артерии гемостатической губкой. В 1 случае выполнить эмболизацию не удалось, в виду атеросклеротического стено-окклюзивного поражения подвздошных артерий, в группу исследования он не включался.

Заключение. Эмболизация артерий простаты является перспективным, эффективным и относительно безопасным малоинвазивным методом лечения

доброкачественной гиперплазии предстательной железы при неэффективности консервативной терапии. Данный метод позволяет в течении 3-6 мес. значительно уменьшить объем предстательной железы, нормализовать акт мочеиспускания и улучшить качество жизни. Перспективным подходом для данного метода лечения будет являться лечение пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким анестезиологическим риском, большим объемом ПЖ и как следствие невозможность выполнения ТУР, пациенты с цистостомой и сохранной функцией детрузора, молодой возраст пациента и желание сохранить репродуктивную функцию.



ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН.

Казаренко Андрей Геннадьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Бородулин Андрей Владимирович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Колесниченко Андрей Юрьевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Мокрушин Константин Сергеевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Абакаров Гусейн Жунайдович, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Макар Леонид Васильевич, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»
Кустышева Оксана Михайловна, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница»

Ключевые слова: эндовенозная лазерная коагуляция, варикозное расширение вен нижних конечностей, несостоятельные перфорантные вены.

Актуальность: Большая часть несостоятельных перфорантных вен связывают глубоко-кие венозные ма-гистралы с прито-ками большой под-кожной вены. У 40% пациентов с варикозом имеется по крайней мере один несостоятельный перфорант, как и у 63% людей с рецидивирующим варикозом. Перфорантные вены способствуют развитию венозной гипертензии: число и диаметр перфорантов увеличивается с тяжестью ХВН, 70% несостоятельных перфорантных вен имеют гемодинамическую значимость, 45% перфорантов не нормализуются после абляции ствола БПВ.

Цель: Оценить ближайшие и краткосрочные результаты эндовенозной лазерной коагуляции несостоятельных перфорантных вен у пациентов с С4-С6 классом варикозной болезни по CEAP.

Материалы и методы: За период с 2011 по 2017 год выполнено 50 эндовенозных лазерных коагуляций (ЭВЛК) перфорантных вен в сочетании с ЭВЛК большой или малой подкожной вены. В 100% случаев ЭВЛК перфорантов выполнено у пациентов с трофическими нарушениями (С4-С6 класс варикозной болезни по CEAP). Средний возраст пациентов - 50,3 лет (от 24 до 78).

V РАЗДЕЛ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей выполняли всем пациентам в день госпитализации. ЭВЛК проводили лазерным аппаратом «ЛАХТА-МИЛОН» (Санкт-Петербург) с использованием длины волны 1470 нм (мощностью излучения 8 Вт). Коагуляцию производили в непрерывный режим. По окончании операции укладывали давящий валик в проекции коагулированной перфорантной вены, после чего выполняли бинтование нижней конечности бинтом средней растяжимости или надевали компрессионные чулки 2 класса компрессии.

Давящий валик удаляли на следующие сутки после операции, ежедневный режим эластичной компрессии рекомендовали до 1 месяца с переходом затем на ношение профилактического медицинского трикотажа. В послеоперационном периоде назначались низкомолекулярные или нефракционированные гепарины в профилактических дозировках для высокого риска на срок не менее 7 сут. Контрольный осмотр и дуплексное сканирование вен нижних конечностей проводил лечащий врач на следующий день после операции, через 7 суток, 1 и 6 месяцев.

Результаты: Непосредственный технический результат - 100% облитерация. В срок наблюдения до 30 суток - 100% облитерация. У всех пациентов снижение клинического класса с C5-C6 до C4. Возникающие болевые ощущения по 10-бальной шкале пациентами оценивались как легкая боль и купировались с помощью медикаментозной седации. Послеоперационных осложнений таких как парестезии, ожоги, тромбоз глубоких вен и ТЭЛА не было.

Выводы: Лечение несостоятельных перфорантных вен с помощью ЭВЛК возможно. Очевидны все преимущества ЭВЛК: чрезкожно, УЗИ-контролируемый доступ, местная анестезия. Лечение несостоятельных перфорантных вен избирательно и проводится у пациентов, если данный перфорант является основным и/или клинически значимым источником рефлюкса; у пациентов с трофическими расстройствами (клинический класс C4-C6); особенно когда перфоранты локализируются под заживающей или активной язвой.



ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ.

Мазуренко Сергей (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Крутько Денис Михайлович, (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Старосельский Константин Георгиевич (СПб ГБУЗ ГБ № 26)

Соин Петр Вадимович (СПб ГБУЗ ГБ № 26)

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, остеопороз, состав тела.

Актуальность и цель исследования: В связи с повышенным риском переломов у пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом, необходима доступная и надежная методика, позволяющая выявлять пациентов с повышенным риском развития остеопороза. Предпринята попытка изучить влияние состава тела, оцененного методом биоэлектрического импедансного анализа, на показатели минеральной плотности костей мужчин и женщин различных возрастных групп.

Пациенты и методы: В исследование включено 177 пациентов (80 мужчин и 97 женщин), средний возраст которых составил $45,4 \pm 12,4$ лет (от 20 до 75 лет). Состав тела определяли методом биоимпедансного анализа портативным прибором фирмы "Tanita". Минеральную плотность костей оценивали методом денситометрии с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на приборе Hologic Discovery W.

Результаты: Статистический анализ показал, что тощая масса тела, выраженная в килограммах, наиболее значимо, положительно коррелировала с как абсолютными показателями минеральной плотности костей, так и с диагностическими индексами T и Z ($p < 0,01$). Масса жира тела, выраженная в килограммах, оказывала статистически значимое влияние на показатели минеральной плотности проксимального отдела бедренной кости, при этом процентное содержание жира либо отрицательно коррелировало с показателями минеральной плотности поясничных позвонков или не оказывало статистически значимого влияния ($p > 0,05$).

Заключение: Наибольшее положительное влияние на показатели минеральной плотности костей оказывают абсолютные значения тощей массы тела. Биоэлектрический импедансный анализ состава тела может быть использован для отбора пациентов, нуждающихся в денситометрическом исследовании.



ВОЗМОЖНОСТИ ВИЗУАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.

Пегашева Ирина Леонидовна, Павлович Игорь Михайлович, Ерохина Алина Артуровна (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ)

Ключевые слова: хронический гастрит, эндоскопия, гистология, степень атрофии

Актуальность и цели. В настоящее время количество пациентов с диагнозом «Рак желудка» растет с каждым днем. При этом, на начальных этапах обследования важно правильно и быстро поставить диагноз. Особое внимание уделяется выявлению предраковых заболеваний желудка, к которым относится хронический атрофический гастрит. Эндоскопическая диагностика является достаточно непростой задачей для выявления предраковых заболеваний на ранних стадиях. Цель работы – изучить возможность визуального выявления атрофии слизистой оболочки желудка при эндоскопическом исследовании больных хроническим гастритом в зависимости от степени тяжести атрофии.

Пациенты и методы. Нами обследовано (фиброгастроскопия и гистологическое исследование биоптатов) 22 пациента в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $43 \pm 2,3$ года) с клиническими проявлениями хронического гастрита. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли эндоскопом фирмы «OLYMPUS» GIF-E со взятием двух биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка. Визуально атрофию антрального отдела констатировали при наличии истонченной, мозаичной, тусклой, бледной слизистой оболочки. Для верификации атрофических изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка использовали световую микроскопию с увеличением 50, 100, 200, 400, окраска материала гематоксилином и эозином. Сравнивали соответствие эндоскопической картины с результатами гистологического исследования биоптатов при различных степенях атрофии слизистой оболочки антрального отдела.

Результаты. Из общего количества пациентов у 13 (59%) при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка выявлена ее атрофия. Эти пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности атрофического процесса: слабовыраженная атрофия диагностирована у 9 (69 %) пациентов, умеренная атрофия – у 4 пациентов (31 %). По результатам эндоскопического исследования атрофия слизистой оболочки визуально диагностирована у 4 (18%) пациентов из общего количества обследуемых хроническим гастритом. При этом в первой группе – эндоскопически признаков атрофии слизистой не выявлено, тогда как во второй группе у 3 (75%) пациентов

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

визуально были определены признаки атрофических изменений слизистой оболочки желудка.

Заключение. Вероятность визуального эндоскопического выявления атрофического процесса слизистой оболочки антрального отдела у больных хроническим гастритом возрастает с увеличением степени тяжести атрофии.



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА.

Баландина Ксения Александровна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Галахова Рафиля Камильевна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Жижина Ольга Леонидовна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: симптоматические артериальные гипертензии, первичный гиперальдостеронизм, альдостерон-продуцирующая аденома, генетические мутации.

Актуальность и цели. Первичный гиперальдостеронизм является причиной артериальной гипертензии у 5-25% пациентов. Первичный гиперальдостеронизм развивается вследствие альдостерон-продуцирующей аденомы или идиопатической гиперплазии коры надпочечников. Редкими причинами заболевания являются наследственные формы, такие как семейный гиперальдостеронизм I, II или III типов. В настоящее время проводится большое количество исследований по изучению генетических факторов в развитии первичного гиперальдостеронизма. Целью изучения генетических факторов в развитии первичного гиперальдостеронизма (ГА) являются соматические мутации, генетический спектр и корреляции соматических мутаций и клинической картины у пациентов с альдостерон-продуцирующей аденомой (АПА).

Пациенты и методы. В 2012 году Boulkroun S. и соавторы провели анализ результатов обследования 474 пациентов с АПА. В 2013 году группа ученых во главе с Weuschlein F. изучали распространенность мутации гена KCNJ5, представляющая наиболее частую генетическую поломку при АПА, которая приводит к изменениям в фильтре калиевого канала GIRK4. Эти изменения характеризуются потерей селективности канала, деполяризацией мембраны и повышением концентрации внутриклеточного кальция, что вызывает повышение синтеза CYP11B2 и увеличение продукции альдостерона. Lenzini L. и другие в 2015 году провели мета-анализа 13 исследований по изучению соматической мутации KCNJ5 у 1636 пациентов с АПА. MacConnachie A.A. (1998 г.) и др., So A. (2005 г.) и др., Mulatero P. (2012 г.) и др. изучали генетические причины и клинические проявления семейных форм ПГА I, II и III типов.

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

В 2010г. Nishimoto К. и соавторы использовали иммуногистохимические методы для выявления альдостерон-продуцирующих кластеров клеток.

Результаты. Boulkroun S. и соавторы показали наличие соматических мутаций у 54% из всех обследованных с АПА (варьируя от 27,2% до 56,8% в разных центрах). Beuschlein F. и др. выявили 38% пациентов с АПА с мутацией гена KCNJ5. Данная мутация чаще встречается у азиатских пациентов с распространенностью 73% в Восточной Азии по сравнению с 39% в Европе. Результаты мета-анализа показали, что данные мутации сопровождалась высокой продукцией альдостерона, чаще встречались у молодых пациентов женского пола с большими размерами образований.

Также, распространенными генетическими поломками являются мутации гена CACNA1D, которые приводят к активации потенциал-зависимых Са-каналов, что способствует увеличению содержания внутриклеточного кальция и стимуляции продукции альдостерона. По данным ряда авторов, мутация встречается у 9,3% пациентов с АПА. В настоящее время идентифицированы десять мутаций CACNA1D.

Причиной наследственной формы глюкокортикоидзависимого альдостеронизма I типа является гибридизация генов из неравного кроссинговера между CYP11B1 (кодирует 11 β -гидроксилазу) и CYP11B (кодирует синтез альдостерона) на хромосоме 8q24. Семейный гиперальдостеронизм I типа наследуется как аутосомно-доминантное заболевание и составляет 0,5-1% из всех случаев пациентов с АГ, 5% среди всех форм ПГА, встречается как у мужчин, так и у женщин. У пациентов отмечается тяжелая форма АГ с высокой инвалидизацией и смертностью в молодом возрасте в результате геморрагических инсультов. Скрининг должен проводиться у пациентов младше 20 лет с АГ или с семейной историей АГ и геморрагических инсультов в возрасте менее 40 лет. При этой форме имеется гиперпродукция 18-гидрокортизола (18ОНF) и 18-оксокортизола (18охоF). Семейный гиперальдостеронизм II типа, встречающийся у 1,2 - 6% пациентов с ПГА, является формой гиперальдостеронизма при отсутствии гибридного CYP11B1/B2 гена. Генетическая причина данной формы заболевания предположительно ассоциирована с локусом 7p22. Заболевание имеет разные клинические проявления, неотличимые от ИГА и АПА, поэтому диагноз базируется на появлении ПГА у двух и более членов семьи первой степени родства. Семейный гиперальдостеронизм III типа (глюкокортикоиднезависимый ГА) сопровождается высокими уровнями 18ОНF и 18охоF. Установлено, что семейная гиперплазия надпочечников III типа обусловлена гетерозиготными мутациями в генах G1RК4, Thr158Ala, Ile157Ser, герминальными мутациями Gly151Arg KCNJ5 и Gly151Glu KCNJ5.

При исследовании альдостерон-продуцирующих кластеров клеток выявлена высокая степень экспрессии CYP11B2. Данные группы клеток располагаются в слое кортизол-продуцирующих клеток, негативных для CYP11B2. Продукция альдостерона происходит из альдостерон-продуцирующих клеточных кластеров

пучковой зоны и стимулирует клубочковую зону. Секвестрирование продемонстрировало, что АРСС-клетки встречаются при АПА с соматическими мутациями (CACNA1D и ATR1A1), что приводит к ренин-независимому гиперальдостеронизму.

Заключение. Таким образом, использование генетических методов при обследовании больных с первичным гиперальдостеронизмом будет способствовать ранней диагностике заболеваний надпочечников и выбору правильной тактики лечения.



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ.

Галахова Равиля Камильевна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Баландина Ксения Александровна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Тишкина Анастасия Александровна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ключевые слова: феохромоцитома, симптоматические артериальные гипертензии, генетические мутации

Актуальность и цели. Феохромоцитома (ФХ) является причиной вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии. В связи с изменением эпидемиологических представлений о частоте встречаемости генетически-детерминированных ФХ актуально изучение фенотипических и лабораторных особенностей различных семейных форм заболевания: время манифестации заболевания, частота метастатического поражения, характер опухолевой секреции. Надежным методом диагностики наследственного характера заболевания является генетическое типирование, необходимое для определения лечебной тактики.

Пациенты и методы. В 2002 г Н.Р. Neumann и соавт. провели анализ данных по типированию основных генов, ассоциированных с ФХ (SDHB, SDHD, VHL, RET), более чем у 3600 пациентов. Генетические мутации в зависимости от экспрессии генов классифицируются в два основных кластера. Кластер псевдогипоксического пути (кластер 1) включает мутации генов SDHB, SDHD, VHL, SDHX, IDH, MDH2 и FH. В кластер 2 собраны мутации генов, ассоциированных с нарушенной активацией сигнального пути киназы. В этот кластер входят мутации генов RET, NF1, KIF1B β , MAX и TMEM127. В последние годы выявлены мутации генов, отвечающих за предрасположенность к развитию ФХ. К таким генам относятся GDNF, H-ras, K-ras, GNAS, CDKN2A, p53, BAP1 и BRCA 1 и 2.

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

Герминальные мутации RET-протоонкогена, которые влекут за собой бесконтрольную клеточную пролиферацию, обуславливают множественную эндокринную неоплазию 2 типа (МЭН 2). Ген RET, расположенный на хромосоме 10q11.2, кодирует белок рецептора, отвечающего за рост, дифференцировку и выживание клетки. В настоящее время типичные мутации гена RET определяют в 8 экзонах. Пациенты с МЭН-2а имеют миссенс-мутации в экзоне 10 (С609, С610, С611, С618, С620) и экзоне 11 (С634). Мутации в этих остатках цистеина приводят к гомодимеризации рецептора через формирование дисульфидных мостиков. У пациентов с МЭН-12а имеются мутации в одном из цистеиновых кодонов внеклеточного домена RET-белка: 609, 611, 618, 629 (экзон 10) и 634 (экзон 11).

Результаты. Н.Р. Neumann и соавт. при типировании основных генов, ассоциированных с ФХ (SDHB, SDHD, VHL, RET, SDHC, SDHA, MAX и TMEM127), показали, что у 33,8% обследованных отмечались наследственные мутации. Самые распространенные мутации были обнаружены в генах SDHB (10,3%), SDHD (8,9%), VHL (7,3%), RET (6,3%) и NF1 (3,3%). Наследственные мутации SDHC, SDHA, MAX и TMEM127 выявлялись с частотой менее 2%.

При изучении злокачественных ФХ F. Brouwers и соавт. показали, что в 42% случаев (13 пациентов из 44 обследованных) были обнаружены герминальные мутации SDHB. В обзоре B. Pasini и С.А. Stratakis показано, что распространенность мутации гена SDHB зарегистрирована у 36% пациентов со злокачественными ФХ. Среднее время появления метастазов для пациентов с наличием SDHB мутаций составляет 4 месяца, по сравнению с 20 месяцами для пациентов без таких мутаций.

В исследовании Расак К. в 2009 г показал, что до 98% пациентов с МЭН-12а имеют мутацию в одном из цистеиновых кодонов внеклеточного домена RET-белка: 609, 611, 618, 629 (экзон 10) и 634 (экзон 11), более 80% случаев МЭН-2а обусловлено мутацией кодона 634. В редких случаях мутации цистеинового домена могут быть в 610, 620, 630-м и других кодонах. При МЭН-2b более чем у 95% пациентов имеется мутация в экзоне 16 (С918). Подобная локализация мутации предоставляет рецептору тирозинкиназы возможность активироваться в мономерном состоянии, что приводит к усилению фосфорилирования внутриклеточных остатков тирозина (повышается местная киназная каталитическая активность). Специфическое место мутирующего остатка в пределах RET-белка коррелирует с фенотипическими особенностями пациентов. При впервые поставленном диагнозе 30% ФХ билатеральные. У 50% пациентов с впервые выявленной односторонней ФХ, в среднем, в течение десяти лет выявляется ФХ другого надпочечника.

Заключение. Таким образом, внедрение генетических методов при обследовании больных с ФЕО будет способствовать ранней диагностике и выбору правильной тактики лечения. Обнаружение герминальных мутаций SDHB является предиктором последующего быстрого метастазирования.



ГИБЕРНИРУЮЩИЙ МИОКАРД У БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 2 ТИПА.

Румянцев Александр Шаликович (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова» Минздрава России; ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Минкин Сергей Рафаилович (СПБ ГБУЗ «Елизаветинская больница»; ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Шевелева Марина Анатольевна (ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Слепых Людмила Алексеевна (ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Кулибаба Татьяна Германовна (ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Ключевые слова: кардиоренальный синдром, дисфункция почек, инфаркт миокарда, гибернирующий миокард

Актуальность и цели. Дифференцирование жизнеспособного и нежизнеспособного миокарда у пациентов с ишемической дисфункцией левого желудочка имеет важное значение в рамках кардиоренального континуума. Сохранившая жизнеспособность после острого инфаркта миокарда сердечная мышца может в перспективе расцениваться как возможная причина жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма и как морфологический субстрат прогрессирования сердечной недостаточности. Следовательно, своевременное выявление гибернирующего миокарда следует рассматривать как диагностическое мероприятие, необходимое для индивидуализации вторичной профилактики как сердечно-сосудистых осложнений, так и дисфункции почек.

Цель исследования: выявить особенности кардиоренальных взаимоотношений у пациентов с гибернирующим миокардом.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное поперечное когортное исследование историй болезни 110 пациентов (73 мужчин и 37 женщин), средний возраст которых составил $56,49 \pm 11$ лет. У всех диагностирована ИБС, 72 больных также имели АГ различной степени тяжести. Острый инфаркт миокарда в анамнезе был зарегистрирован у 30 человек. Были проанализированы данные анамнеза; длительность приёма и дозы основных групп ЛС; ЧСС и АД; результаты рутинных лабораторных и инструментальных методов исследования. Всем больным была выполнена стресс-эхокардиография. Дополнительно рассчитывали ИМТ, индекс коморбидности по Charlson, СКФ по формуле CKD-EPI. Пациентов распределили на:

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

1 группу контроля (n=75), и 2 группу (n=35) с признаками гибернирующего миокарда по данным стресс-эхокардиографии.

Результаты. Наличие признаков гибернирующего миокарда ассоциировалось с мужским полом (85%), возрастом старше 55 лет (в 4 раза чаще), меньшим числом эритроцитов (на 10,3%), отсутствием хронической болезни почек (в 9 раз реже), увеличением концентрации КФК МВ более 15%. Результаты пробы с физической нагрузкой были существенно выше во 2-й группе: длительность на 30% выше, максимальная мощность на 18% выше. По результатам логистического регрессионного анализа вероятность формирования гибернирующего миокарда увеличивалась в 4,8 раза при сочетании ИБС с гипертонической болезнью; уменьшалась при снижении скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м² или после перенесенного острого инфаркта миокарда на 47%.

Выводы.

1. Уровень КФК в сыворотке крови на 15% выше нормальных значений ассоциируется с наличием гибернирующего миокарда у больных с ИБС.

2. Пациенты с гибернирующим миокардом обладают значительным функциональным резервом, что обуславливает эффективность реваскуляризации в качестве основы вторичной профилактики сердечной недостаточности после эпизодов острой формы ИБС.

3. Величина скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м² препятствует традиционной этапности ремоделирования миокарда при ИБС, минуя стадию гибернирующего миокарда.



ГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДИФFUЗНО-УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.

Громова Виктория Анатольевна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Кузнецова Алла Васильевна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Шадричева Фарида Вилорьевна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: эстроген-гестагенная терапия, климактерий, диффузно-узловой нетоксический зоб, аутоиммунный тиреоидит.

Актуальность и цели. Определить влияние менопаузальной гормональной эстроген-гестагенной терапии на течение различных заболеваний щитовидной железы у женщин в постменопаузе.

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

Пациенты и методы. Основную группу составили 114 женщин в постменопаузе в возрасте от 45 до 58 лет с различной степенью выраженности климактерического синдрома. В основную группу вошли 39 женщин с диффузно-узловым нетоксическим зобом (ДУНЗ), не получавшие терапию препаратами тироксина и йодида калия и 35 женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), получавших препараты тироксина в дозе от 50 до 100 мкг в сутки. Контрольную группу составили 40 женщин без патологии щитовидной железы. Пациентки основной группы получали лечение 1 мг 17 β эстрадиола с 2 мг дроспиренона в течение 12 месяцев постоянном режиме. Противопоказаний к назначению менопаузальной гормональной терапии (МГТ) не имели. Всем женщинам проводился сбор анамнеза, объективный осмотр, оценка ММИ, осмотр гинеколога. Из лабораторных методов исследования проводились гормональный мониторинг (ЛГ, ФСГ, эстрадиол (Э2), тестостерон (Т), пролактин (Пр), прогестерон (Пг), свТ3, свТ4, ТТГ), титр антител к тиреоглобулину (ТГ) и тиреопероксидазе (ТПО); оценка липидного профиля (Хс, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, ТГ, КА); коагуляционного гемостаза (АПТВ, фибриноген, протромбин, МНО, протеин S, антитромбин –III). Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз оценивался при использовании индукторов агрегации АДФ- 1,25 мкМ, АДФ-0,625 мкМ, АДФ-5мкМ, адреналином 5 мкМ. Изучения МПКТ проводилась при помощи двуэнергетической рентгеновской абсорциометрии (DXA). Исследование щитовидной железы, малого таза, молочных желез (маммография) проводилось до и после лечения МГТ.

Результаты. У пациенток с патологией щитовидной железы отмечалось более тяжелое течение климактерия с преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм по сравнению с женщинами контрольной группы. У женщин основной группы после лечения МГТ отмечалось снижение уровней ЛГ, ФСГ и увеличение уровня Э2 ($p < 0,001$) и Пг ($p < 0,01$), снижение величины ММИ ($p < 0,001$); незначительное повышение уровней свТ4 и свТ3 ($p < 0,05$). Уровень ТТГ не изменился. У пациенток с АИТ отмечалось снижение уровней АТ к ТПО и АТ к ТГ ($p < 0,05$). Показаний к изменению доз тироксина у пациенток с гипотиреозом выявлено не было. У женщин основной группы наблюдалось снижение уровня об Хс ($p < 0,01$) и ЛПНП ($p < 0,05$), повышение уровней ЛПВП ($p < 0,05$). Уровень ТГ находился в пределах референсных значений. У пациенток с ДУНЗ и АИТ отмечено снижение антитромбина III и протеина С ($p < 0,05$). Статистически значимых изменений показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза не выявлено. Остеопороз у женщин основной группы выявлен в 18% случаев, а у женщин контрольной группы в 5% случаев. К концу 1-го года лечения отмечался прирост уровня МПКТ у пациенток ДУНЗ и АИТ в области поясничного отдела на 8-9% ($p < 0,001$), в проксимальном отделе бедра от 2,5-2,7% ($p < 0,001$), в костях предплечья от 1,8 – 2,1% ($p < 0,01$) по сравнению с исходными данными. Статистически значимых изменений показателей МПКТ в шейке бедренной кости в результате лечения не получено. При повторном УЗИ-

сканировании щитовидной железы после лечения МГТ не зарегистрировано увеличения её объема и роста узловых образований.

Заключение. При отсутствии противопоказаний, у женщин с аутоиммунным тиреоидитом и узловым нетоксическим зобом целесообразно использование низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов для лечения климактерических расстройств.



ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА И ОЦЕНКА ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГНОЗОВ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

Мазуренко Сергей Олегович (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Енькин Александр Анатольевич (СПб ГБУЗ ЛОКБ)

Старосельский Константин Георгиевич (СПб ГБУЗ ГБ № 26)

Соин Петр Вадимович (СПб ГБУЗ ГБ № 26)

Иванов Игорь Григорьевич Олегович (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, остеопороз, переломы, качество жизни, выживаемость.

Актуальность и цель: Нарушения фосфорного и кальциевого обмена у больных с хронической болезнью почек приводит к повышенному риску переломов. Цель - изучить возможности денситометрии в оценке риска переломов больных с хронической болезнью почек (ХБП). Изучить влияние остеопороза на качество жизни и долгосрочный прогноз больных с ХБП.

Пациенты и методы: В исследование включено 609 пациентов с ХБП, средний возраст $43,9 \pm 12,3$ лет. Обследование больных включало денситометрию, рентгенографию, компьютерную томографию. Для оценки качества жизни применялся общий вопросник EQ-5D.

Результаты: Абсолютный риск перелома у больных с ХБП, увеличивался по мере снижения критериев T и Z. Критерий T во всех анализируемых зонах имел большую чувствительность и специфичность. Многовариантный регрессионный анализ выявил, что одновременное использование критерия T костей предплечья и позвонков L1-L4, в сочетании с общей длительностью гемодиализа, достоверно предсказывает риск переломов. В ходе проспективного исследования (наблюдение $2,75 \pm 2,1$ года) анализ выживаемости методом Каплана-Мейера показал достоверное увеличение смертности от сердечно-сосудистой патологии у больных с остеопенией, остеопорозом в сравнении с пациентами с нормальной МПК. Исследование качества

жизни больных показало, что у пациентов с остеопорозом, преимущественно страдала подвижность, уход за собой, чаще появлялись жалобы на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$).

Заключение: Критерии T и Z адекватно отражают абсолютный и относительный риск переломов больных, получающих лечение гемодиализом и пациентов с трансплантатом почки. Остеопения и остеопороз у больных с ХБП ассоциируются с высоким риском смерти от сердечнососудистой патологии. Остеопороз оказывает отрицательное влияние на показатели качества жизни больных с ХБП, влияя на подвижность пациентов, способность ухода за собой, а также на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$).



ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН.

Загарских Елена Юрьевна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Прощай Галина Александровна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Федотова Алина Владимировна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: преждевременное старение, коморбидная патология, сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, андрогенодефицит.

Актуальность и цели. В последние годы наблюдается «омоложение» заболеваний, прежде диагностировавшихся в более позднем возрасте, в том числе сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета 2 типа. Коморбидная патология еще больше ускоряет процесс старения. Одним из доказанных проявлений преждевременного старения у мужчин является выявление андрогенодефицита в молодом и среднем возрасте. Согласно литературным данным низкий уровень тестостерона при сахарном диабете 2 типа является предиктором смертности и степени выраженности осложнений. Причем его снижение обнаружено уже на этапе нарушенной толерантности к глюкозе. Кроме того, смертность пациентов с низким уровнем тестостерона повышается в 2 раза. Установлено, что низкие уровни тестостерона способствуют накоплению жировой массы и формированию ожирения, которое усугубляет имеющуюся инсулинорезистентность при сахарном диабете 2 типа. Снижение вазопротективного эффекта тестостерона является наиболее вероятным механизмом возникновения инфаркта миокарда как в группе пациентов с сахарным диабетом, так и без него. Сохранение нормального уровня тестостерона удлиняет продолжительность жизни и является определяющим фактором для ее

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

высокого уровня. Целью настоящей работы является оценка степени выраженности дефицита тестостерона у мужчин молодого и среднего возраста с сахарным диабетом 2 типа, полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, ожирением.

Пациенты и методы. Обследовано 120 мужчин в возрасте 35-50 лет.

1 группа (n=100) пациенты с сахарным диабетом 2 типа, полиморбидной сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, стенокардия I-II ФК, гипертоническая болезнь II стадии), ожирением. 2 группа (n=20) являлась контрольной. Обследование включало: гликированный гемоглобин, общий тестостерон, пролактин, тиреотропный гормон в сыворотке крови. Опросники МИЭФ-5 и Шкала старения мужчины AMS были использованы для оценки выраженности андрогенодефицита. Результаты исследования статистически обрабатывались с использованием программ Microsoft Excel 2007, Statsoft Statistica 10.0.

Результаты. Средний уровень HbA1c в 1 группе $7,3 \pm 0,4\%$. Во 2 группе HbA1c составил $5,2 \pm 0,3\%$. Уровни пролактина ($215 \pm 46,2$ мЕд/л в 1 группе, $238 \pm 51,7$ мЕд/л во 2 группе) и тиреотропного гормона ($1,9 \pm 0,8$ мЕд/л в 1 группе, $1,7 \pm 0,8$ мЕд/л во 2 группе) в сыворотке крови в обеих группах не выходят за пределы референтных значений. Средний уровень общего тестостерона в сыворотке крови в 1 группе ($7,2 \pm 2,7$ нмоль/л) в 2-2,5 раза ниже по сравнению с группой контроля ($18,6 \pm 3,8$ нмоль/л). По данным опросника МИЭФ-5 в 1 группе отмечались признаки эректильной дисфункции от умеренной степени выраженности до выраженной. По шкале старения мужчины AMS симптомы андрогенодефицита были средней степени выраженности и выраженные.

Заключение. В связи с высокой распространенностью андрогенного дефицита при сахарном диабете 2 типа, ожирении, полиморбидной сердечно-сосудистой патологии необходима ранняя диагностика данного состояния у мужчин. Влияние дефицита тестостерона на качество и продолжительность жизни диктует необходимость своевременного назначения заместительной гормональной терапии. Учитывая, что андрогенодефицит является одним из проявлений преждевременного старения, его коррекция приведет к увеличению ожидаемой продолжительности жизни.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ВЫЯВЛЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.

Пегашева Ирина Леонидовна, Павлович Игорь Михайлович, Ерохина Алина Артуровна (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ)

Ключевые слова: хронический гастрит, атрофия, эндоскопическая диагностика.

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

Актуальность и цели. Своевременная диагностика предопухолевого патологического процесса является одним из основных путей, способствующих снижению заболеваемости раком желудка, высокий риск развития которого определяют атрофия и метаплазия слизистой оболочки желудка, т.к. указанные изменения рассматриваются как предраковые, на фоне которых развивается аденокарцинома желудка кишечного типа. Цель работы – изучить возможности эндоскопического исследования в выявлении атрофических изменений слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом.

Пациенты и методы. Нами обследовано (фиброгастроскопия и гистологическое исследование биоптатов) 35 пациентов с клиническими проявлениями хронического гастрита в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $44 \pm 1,6$ лет). Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли эндоскопом фирмы «OLYMPUS» GIF-E со взятием двух биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка. Визуально атрофию антрального отдела констатировали при наличии истонченной, мозаичной, тусклой, бледной слизистой оболочки. Для верификации атрофических изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка использовали световую микроскопию с увеличением 50, 100, 200, 400, окраска материала гематоксилином и эозином. Сравнивали соответствии эндоскопической картины с результатами гистологического исследования биоптатов.

Результаты. По результатам эндоскопического исследования признаки атрофии слизистой оболочки антрального отдела выявлены у 9 (25 %) пациентов, тогда как при гистологическом исследовании биоптатов атрофические изменения слизистой оболочки антрального отдела были выявлены у 26 (74 %) пациентов с клиническими проявлениями хронического гастрита. При анализе результатов в группе пациентов с подтвержденной атрофией антрального отдела гистологически (100 %), визуально признаки атрофии были выявлены только у 34,6 % этих пациентов.

Заключение. Фиброгастродуоденоскопия не может использоваться в качестве метода диагностики атрофических изменений слизистой оболочки антрального отдела у пациентов хроническим гастритом, так как визуально почти треть случаев атрофии (65,4 %) остаются нераспознанными. Полученные результаты указывают на необходимость обязательного проведения гистологического исследования биоптатов для диагностики атрофических изменений слизистой оболочки антрального отдела.



**ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ.**

Шорохов Никита Сергеевич (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»)

Торкатюк Елена Александровна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

государственный университет», ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации)

Козак Андрей Романович (ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации)

Ключевые слова: диссеминированное заболевание легких, дифференциальная диагностика, чрезбронхиальная биопсия, видеоторакоскопическая биопсия.

Актуальность и цели. Диагностика диссеминированных заболеваний легких (ДЗЛ) – актуальная и сложная проблема в современной респираторной медицине. Имея множество клинических проявлений и в большинстве случаев длительное течение, эти болезни часто диагностируются и лечатся неправильно, что ведет к ухудшению прогноза для пациентов. Путь от первых проявлений до выявления конкретной нозологической единицы зачастую занимает несколько лет. Целью исследования явилась оценка информативности различных инвазивных методов в диагностике ДЗЛ.

Пациенты и методы. Верификация диагноза с использованием инвазивных методов проведена 82 пациентам. Критериями включения являлись диагнозы при поступлении – диссеминированное заболевание легких неясной этиологии либо интерстициальное заболевание легких неясной этиологии. В исследуемой группе было примерно одинаковое количество женщин (46 – 56%) и мужчин (36 – 44%). Медиана возраста составила 48,6 лет, при этом самому молодому пациенту было 15 лет, самому старшему – 92 года. У 49% пациентов заболевание протекало бессимптомно, самой частой жалобой был кашель, реже встречалась одышка, слабость и повышение температуры тела. Наряду с общепринятыми клиническими, лабораторными, рентгенологическими, функциональными методами, в алгоритм обследования пациентов включены методы инвазивной диагностики: чрезбронхиальная биопсия легкого (ЧББЛ), видеоторакоскопическая биопсия легкого (ВТСБЛ), с последующим гистологическим, микробиологическим и молекулярно-генетическим исследованием образца легочной ткани.

Результаты. Комплексное обследование с включением в алгоритм методов инвазивной диагностики позволило верифицировать диагноз ДЗЛ у 71 пациента (87 % случаев). Среди этих больных наиболее часто встречался саркоидоз (67%), в остальных случаях имели место полисегментарная пневмония (11%), туберкулез легких (10%), канцероматоз (9%) и в 6% случаев другая уточненная болезнь из группы интерстициальных заболеваний легких (идиопатический легочный фиброз, экзогенный аллергический альвеолит). ЧББЛ оказалась высокоинформативной в

диагностике саркоидоза, туберкулеза легких и канцероматоза (чувствительность составила 70,3%, 71,4% и 66,7%, специфичность – 64,5%, 99% и 99% соответственно), малоинформативной при диагностике ИЗЛ (25% чувствительность и 99% специфичность). ВТСБЛ имела еще большую чувствительность и специфичность при саркоидозе, туберкулезе и уточненных болезнях из группы интерстициальных заболеваний легких (чувствительность – 84%, 99% и 99%, специфичность - 83%, 99% и 99% соответственно), однако была менее информативной при канцероматозе (50% чувствительность и 99% специфичность).

Заключение. Чрезбронхиальная биопсия легкого и видеоторакоскопическая биопсия легкого у пациентов с диссеминированными заболеваниями легких в большинстве случаев позволяют установить окончательный диагноз и должна выполняться на раннем этапе диагностики.



НЕЛИНЕЙНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ФРАКТАЛЬНЫЙ МЕТОД.

Иванов Никита Владимирович (ГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Ворохобина Наталья Владимировна (ГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Оксенгендлер Борис Леонидович (Институт химии и физики полимеров Академии наук Республики Узбекистан)

Ключевые слова: синергетика, фрактальный анализ, плот Пуанкаре, индекс Херста, вариабельность гликемии, сахарный диабет

Последняя четверть XX века продемонстрировала активное развитие идей синергетики и нелинейной динамики в биологии и медицине. Это касается диабетологии, кардиологии, неврологии, офтальмологии и онкологии. Из многих методов синергетики и нелинейной динамики в медицине были наиболее оценен подход нелинейных дифференциальных уравнений (плот Пуанкаре), теория катастроф Рене Тома, фрактальная геометрия Бенуа Мандельброта и метод нормированного размаха Херста. В настоящее время данные методы активно разрабатываются с целью оценки эффективности и безопасности лечения сахарного диабета: расчета риска развития гипогликемии, гипергликемии и формирования осложнений сахарного диабета. Гликированный гемоглобин, использующийся в настоящее время как параметр компенсации диабета, *не отражает* риск описанных явлений.

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

Целью нашего исследования является изучение фрактальной размерности (D), индекса Херста (H) и плота Пуанкаре (технология эллипса) у пациентов с сахарным диабетом с целью расчета риска развития гипогликемий, что может использоваться критерием безопасности лечения заболевания.

Исследованы результаты непрерывного мониторинга глюкозы у 24-х пациентов с сахарным диабетом 1-го типа и 2-го типа, получающих интенсифицированную, помповую инсулинотерапию или пероральные сахароснижающие препараты.

У всех больных оценивались такие параметры вариабельности гликемии: D, H, плот Пуанкаре по технологии эллипса (форма эллипса и площадь эллипса). Проведен корреляционный анализ частоты гипогликемий и изучаемых нелинейных параметров.

Была выявлена корреляция между числом гипогликемий и индексом H, D и формой плота Пуанкаре. Так при $H > \frac{1}{2}$ выявлено усиление патологических процессов – увеличение колебаний уровня глюкозы и увеличение числа гипогликемий (персистентный режим). При $H < \frac{1}{2}$ уменьшаются колебания уровня глюкозы и число гипогликемий (антиперсистентный режим).

Таким образом, исследуя вариабельность гликемии с использованием методов фрактальной геометрии (индекса H, D и формы плота Пуанкаре) можно оценивать эффективность и безопасность лечения сахарного диабета 1-го и 2-го типа в дополнение к традиционному изучению уровню гликированного гемоглобина в крови. Это позволит проводить персонализированную терапию заболевания с учетом индивидуальных особенностей углеводного обмена.



НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ МИКРОБНО-ТКАНЕВОГО КОМПЛЕКСА КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КЛАССАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Головкин Никита Владимирович (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»)

Гриневич Владимир Борисович (ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»)

Саликова Светлана Петровна (ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»)

Власов Андрей Александрович (ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»)

Быстрова Ольга Витальевна (Международный Аналитический Центр ИОХ РАН, ООО «Интерлаб»)

Осипов Георгий Андреевич (Международный Аналитический Центр ИОХ РАН, ООО «Интерлаб»)

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

Ключевые слова: микробно-тканевой комплекс кишечника, масс-спектрометрия микробных маркеров, эндотоксин, хроническая сердечная недостаточность

Актуальность. Нарушения микроциркуляции и венозный застой в кишечнике, характерные для клинически выраженной ХСН, описаны в качестве факторов, приводящих к эндотоксинемии и прогрессированию хронического системного воспаления. Описано повышение проницаемости кишечного барьера, коррелирующее с давлением в правом предсердии и выраженностью застойных явлений. Коррекция микроэкологии желудочно-кишечного тракта рассматривается в качестве перспективной стратегии лечения больных ХСН, особенно в стадии декомпенсации. Применяемые методы оценки кишечного биотопа дороги, трудоемки, часто малоинформативны и занимают много времени. Метод масс-спектрометрии микробных маркеров позволяет получить информацию об уровне эндотоксина в крови и пристеночной микробиоте тощей кишки с минимальными затратами временных и материальных ресурсов.

Цель исследования: определить уровень эндотоксина (Э) в крови и численный состав микробиоты пристеночного слоя тощей кишки пациентов различных функциональных классов (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследован 31 пациент в возрасте 62 ± 9 лет с симптомной ХСН (II ФК–7, III–13, IV–11). ФК оценивался с использованием шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) и теста 6-минутной ходьбы. Э и маркеры 57 микроорганизмов определяли в венозной крови методом масс-спектрометрии микробных маркеров при помощи микробиологического анализатора "Маэстро". Для выявления различий использовали U-критерий Манна-Уитни, при $p < 0,05$.

Результаты. Суммарная численность микроорганизмов не превышала 45 перцентиля условной нормы. Наблюдалось угнетение облигатной флоры: *Enterococcus spp.*, *Bifidobacterium spp.* и др. Норму превышала численность: *Staphylococcus aureus u epidermidis*, *Blautia coccoides*, *Clostridium histolyticum u perfringens*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Moraxella spp.*, вирус Эпштейна-Барр. Значимые различия между пациентами с II ФК в сравнении с III, IV ФК выявлены по уровню Э: II ФК– $0,17 \pm 0,05$, III– $0,23 \pm 0,08$, IV– $0,3 \pm 0,15$ нмоль/мл (норма до 0,5). У пациентов с тяжелыми симптомами ХСН в сравнении с II ФК выявлено повышение представленности *Clostridium perfringens*, *Prevotella spp.*, *Actinomyces spp.*, *Rhodococcus spp.*, *Kingella spp.*, вирусов Эпштейна-Барр, *Herpes spp.* Доля *Propionibacterium acnes*, *Propionibacterium jensenii*, *Bifidobacterium spp.* уменьшалась с увеличением ФК ХСН ($p < 0,05$).

Заключение. Установлено, что уровень Э в крови повышается с утяжелением ХСН, при этом остается в пределах референсных значений; у пациентов с ХСН имеется эндозекологический дефицит; при нарастании симптомов микробиологический баланс смещается в сторону условнопатогенной кишечной флоры при уменьшения

комменсальной; метод масс-спектрометрии микробных маркеров может быть использован для определения уровня Э и микроэкологии кишечника у пациентов с ХСН.



ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЧАЛА ТЕРАПИИ.

Литвиненко Вадим Адольфович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, коморбидные состояния, дифференцированная противоаритмическая терапия

Актуальность и цели. Продемонстрировать возможность дифференцированной терапии фибрилляции предсердий (ФП) при различных коморбидных состояниях в зависимости от длительности приступа до начала лечения.

Пациенты и методы. С 1992 г. по 2012 г. наблюдалось 1456 больных в возрасте от 50 до 80 лет пароксизмальной и персистирующей формой ФП в сочетании с различными коморбидными состояниями, такими, как гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность I-IV функционального класса, хроническая обструктивная болезнь легких, клапанные пороки сердца, кардиомиопатии и т.д. В исследование не включали больных острыми коронарными синдромами, синдромом WPW, синдромом слабости синусового узла, атриовентрикулярной блокадой, имплантированным искусственным водителем ритма, желудочковой тахикардией, тиреотоксикозом.

Результаты. Было выявлено, что 12% больных, субъективно не ощущающих ФП, обращались за медицинской помощью в течение 1-7 суток, а остальные пациенты – в течение 1-6 месяцев от начала аритмии. 8% больных, субъективно ощущающих ФП, обращались за медицинской помощью в течение 1-3 ч, 40% - от 1-7 суток, а остальные пациенты – более 7 суток от начала аритмии. В первые 1-3 ч от начала ФП наиболее эффективными для купирования аритмии оказалось применение сублингвально селективных бета-адреноблокаторов, этацизина, внутривенно – пропafenона и амиодарона, причем положительный клинический эффект составил 55%, 75%, 78% и 90% соответственно. От 3 ч от 7 суток начала ФП наиболее эффективными для купирования аритмии оказалось внутривенное применение новокаинамида, пропafenона и амиодарона, причем положительный клинический эффект составил 65%, 73% и 90% соответственно. При длительности аритмии более 7 суток до начала терапии наиболее эффективным оказался только амиодарон, применяемый внутривенно и/или перорально, причем его положительный клинический эффект составил в среднем 86%. Следует отметить, что наибольшая эффективность проводимой терапии ФП наблюдалась при минимальных структурных

изменениях сердца, в то время как при наличии значительных структурных изменений сердца наиболее эффективным препаратом, независимо от длительности аритмии до начала лечения, оказался амиодарон, причем его эффективность для устранения аритмии у этих пациентов составила в среднем 45%.

Заключение. Использование дифференцированной терапии ФП в зависимости от длительности аритмии до начала лечения позволило в среднем в 75% случаев купировать аритмию при наличии различных коморбидных состояниях.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR γ .

Еременко Татьяна Викторовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Матезиус Ирина Юрьевна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Жемчугова Ирина Александровна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: метаболический синдром, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия

Актуальность и цель. В Российской Федерации артериальная гипертензия встречается примерно у 30 % населения и является достоверным фактором преждевременной смерти. Артериальную гипертензию можно отнести к наиболее значимым гемодинамическим расстройствам при метаболическом синдроме (МС), течение которой прогрессирует на фоне каскада сложных обменных процессов. У части больных с ожирением не обнаруживаются какие-либо метаболические нарушения, однако у многих имеется инсулинорезистентность (ИР), в свою очередь ИР приводит к развитию артериальной гипертензии несколькими механизмами.

Большое количество научных работ, посвященных изучению генетических детерминант, их аномалий и полиморфизма отражают несомненную роль генетических факторов в развитии МС. Выделены основные патогенетические механизмы метаболической гипертензии, которые имеют свои генетические факторы.

Цель. Уточнить показатели среднесуточного мониторинга артериального давления у пациентов с метаболическим синдромом в зависимости от полиморфизма гена PPAR- γ .

Пациенты и методы. В исследование были включены 50 пациентов с МС, из них 35 женщин и 15 мужчин. Средний возраст $53,1 \pm 0,9$ лет. Всем пациентам был, рассчитан

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

ИМТ, индекс ИР по формуле НОМА. Проведено суточное мониторирование артериального давления. Установлено носительство полиморфизма гена PPAR- γ методом ПЦР. Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от установленного полиморфизма.

Результаты. Первая группа была представлена 38 пациентами, у которых не установлен полиморфизм гена PPAR- γ . ИМТ составил $36,1 \pm 0,43$. Степень ИР $11,82 \pm 0,15$. Среднесуточное систолическое артериальное давление $148 \pm 14,2$ мм рт.ст. среднедневное $158 \pm 14,7$ мм рт.ст., систолическое средненочное $138 \pm 16,9$ мм рт.ст., диастолическое среднесуточное $81 \pm 9,7$ мм рт.ст., диастолическое среднедневное $87 \pm 8,3$ мм рт.ст. диастолическое средненочное $74 \pm 10,3$ мм рт.ст.

Во вторую группу вошли 12 пациентов с установленным полиморфизмом гена PPAR- γ . ИМТ составил $30,4 \pm 0,44$ ($p < 0,05$ с 1 группой). Степень ИР $6,2 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Систолическое среднесуточное $135 \pm 8,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), систолическое среднедневное $142 \pm 10,3$ мм рт.ст., систолическое средненочное $124 \pm 11,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), диастолическое среднесуточное $79 \pm 9,9$ мм рт.ст. диастолическое среднедневное $86 \pm 11,9$ мм рт.ст.

Заключение. В группе пациентов с установленным полиморфизмом гена PPAR- γ отмечены достоверно более высокие показатели ИМТ и степени ИР, а также уровни среднесуточного и средненочного систолического артериального давления.



ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ.

Иванушко Мария Александровна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Великанова Людмила Иосифовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Шафигуллина Зульфия Рифгатовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ключевые слова: феохромоцитома, стероидные профили мочи, высокоэффективная жидкостная хроматография, газовая хромато-масс-спектрометрия

Актуальность и цели. Оценить особенности функционального состояние коры надпочечников у больных с феохромоцитомой (ФЕО) для выявления латентно протекающего гиперкортицизма.

Пациенты и методы. Обследовано 48 больных (30 женщин и 18 мужчин) с ФЕО в возрасте $48,2 \pm 2,5$ лет и 28 пациентов (16 женщин и 12 мужчин) с гормонально-

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

неактивной аденомой (ГНА) коры надпочечников и с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте $51,5 \pm 1,7$ года. Методами иммунохимического анализа определяли уровни кортизола в 9 час и после пробы с 1 мг дексаметазона (ПТД), альдостерона, ренина в сыворотке крови, определяли уровни АКТГ, хромогранина А, метанефрина (МН) и норметанефрина (НМН) в плазме крови, содержание свободных метанефрина (UMN) и норметанефрина (UNMN) в моче, свободный кортизол в слюне (СКС). Методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) определяли уровни кортизола (F), кортизона (E), кортикостерона (B), 11-дезоксикортизола (S) и 11-дегидрокортикостерона (A) в крови. Стероидные профили мочи (СПМ) исследовали методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС) с использованием газового хромато-масс-спектрометра Ресурсного центра «Методы анализа состава веществ» СПб ГУ. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7). Количественные показатели представлены в виде Me (LQ-UQ), где Me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль. Использовался непараметрический критерий Mann-Whitney и корреляции Spearman. Статистически значимым считался критерий достоверности $p < 0,05$.

Результаты. ФЕО была диагностирована у больных с опухолью надпочечников в соответствии с общепринятыми клиническими рекомендациями. У больных с ФЕО выявлено увеличение уровней МН и НМН в плазме крови, экскреции свободных UMN и UNMN с мочой и хромогранина А в сравнении с пациентами с ГНА. У больных с ФЕО уровни АКТГ и кортизола в крови были выше, чем у пациентов с ГНА. У 6 пациентов с ФЕО с уровнем кортизола после ПТД > 60 нмоль/л были повышены уровни кортизола в сыворотке крови в 9 ч до 495 (403-714) нмоль/л, $p = 0,04$ и после ПТД до 166 (65-244) нмоль/л, $p = 0,003$ в сравнении с пациентами с ГНА, что свидетельствует об автономной продукции кортизола корой надпочечника. В данной группе установлена положительная корреляционная связь ($p < 0,05$) между экскрецией UNMN и уровнями кортизола в плазме крови ($r = 0,59$), между экскрецией UMN и СКС ($r = 0,72$), что предполагает взаимосвязь мозгового и коркового слоев надпочечников. По данным ВЭЖХ у больных с ФЕО установлено увеличение уровней глюкокортикоидов в крови: F, B, S и A. Кроме этого, получена положительная корреляционная связь ($p < 0,05$) между экскрецией UNMN и уровнями F ($r = 0,49$), E ($r = 0,45$), B ($r = 0,47$) и S ($r = 0,53$) в крови. Анализируя данные ГХ-МС, у больных с ФЕО установлено увеличение экскреции с мочой биологически активных метаболитов глюкокортикоидов: тетрагидрокортизола (ТНФ), тетрагидрокортикостерона (ТНВ) и allo-ТНВ. Получена положительная корреляционная связь ($p < 0,05$) между метанефринами и следующими метаболитами глюкокортикоидов: UMN с THS ($r = 0,8$) и кортолами ($r = 0,53$), UNMN с THF ($r = 0,50$) и ТНВ ($r = 0,67$).

Закключение. У больных с феохромоцитомой получено увеличение биологически

активных глюкокортикоидов в крови и экскреции их тетрагидропроизводных с мочой, а у 12,5 % пациентов с ФЕО выявлена автономная продукция кортизола корой надпочечников без клинических проявлений гиперкортицизма.



ОЦЕНКА ГОМЕОСТАЗА SH ГРУПП У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.

Малоземова Виктория Анатольевна ((СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Ключевые слова: SH группы, внебольничная пневмония, антиоксидантная система.

Актуальность . В настоящее время становится все более очевидной ведущая роль аминокислот в механизмах свободнорадикального окисления (СРО), сопровождающего острые воспалительные заболевания. Серосодержащие аминокислоты участвуют в синтезе и обмене гомоцистеина, уменьшая его токсическое действие на клетки, а также являются переносчиками монооксида азота. SH группы составляют резерв антиоксидантной системы (АОС).

Цель исследования: изучить содержание SH групп в крови у практически здоровых пациентов и у больных внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 16 практически здоровых пациентов и 26 больных внебольничной пневмонией. Все больные были разделены на 3 группы и в дополнение к стандартной терапии, включавшей антибиотики и дезинтоксикационную терапию, получали: I группа пациентов тиосульфат натрия, II группа -N-ацетилцистеин, а пациенты III группы (сравнительной) получали терапию без препаратов серы. Всем пациентам определяли уровни общих SH групп, SH групп низкомолекулярных и высокомолекулярных тиоловых соединений спектрофотометрическим методом с выделением SH групп низкомолекулярных тиолов путем фильтрования через фильтры Vivaspin.

Результаты исследования. Определены пределы нормальных значений общих SH групп, их низкомолекулярной и высокомолекулярной фракций.

Таким образом, у практически здоровых пациентов равновесие сдвинуто в сторону высокомолекулярной фракции тиолов, которые способствуют стабилизации структуры белковой молекулы.

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

Отмечалось значительное снижение общих SH групп во всех группах, снижение SH групп низкомолекулярных тиолов было выявлено только у I группы пациентов, снижение SH групп высокомолекулярных тиоловых соединений во всех группах.

Значительное снижение уровня общих SH групп за счет SH групп высокомолекулярных тиолов свидетельствует об активизации АОС за счет ее ферментного звена при остром воспалительном процессе.

При остром воспалительном процессе отмечается снижение общих SH групп за счет высокомолекулярной фракции тиолов. В процессе лечения происходит перераспределение серы SH групп, насыщается серой ресурс SH групп низкомолекулярных тиолов, за счет которых восстанавливается ресурс АОС, что ведет за собой изменение ТДО в сторону восстановленных эквивалентов и ведет к инактивации острого воспалительного процесса. Препараты серы эффективно восполняют ресурс низкомолекулярной фракции тиолов, что дает возможность рассматривать его как препарат выбора при лечении острых воспалительных заболеваний. В настоящем исследовании выявлено значение тиоловых групп белков в поддержании восстановительного потенциала в системном кровотоке. Раздельное определение пулов тиоловых групп плазмы крови обладает большей диагностической информативностью по сравнению с анализом общего их содержания.

Заключение. При остром воспалительном процессе отмечается снижение общих SH групп, что приводит к истощению резерва АОС и может привести к срыву ее работы, приводящему к усилению СРО и чрезмерному образованию гомоцистеина.

Снижение общего показателя SH групп происходит преимущественно за счет SH групп высокомолекулярных тиолов, что создает условия незащищенности белкового субстрата от окислительного повреждения. В процессе лечения серосодержащими препаратами происходит первоочередное насыщение ресурса SH групп низкомолекулярных соединений, которые и препятствуют окислительной модификации белков.



ОЦЕНКА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ ФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КУШИНГА ХРОМАТОГРАФИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ.

Григорян Карен (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Великанова Людмила Иосифовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ключевые слова: образования надпочечников, субклинический синдром Кушинга,

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

высокоэффективная жидкостная хроматография, газовая хромато-масс-спектрометрия.

Актуальность и цели. Оценить минералокортикоидную функцию коры надпочечников у больных с образованиями надпочечников и субклиническим синдромом Кушинга (ССК) с помощью определения кортикостероидов в сыворотке крови и в суточной моче методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и экскреции метаболитов кортикостероидов с суточной мочой методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС).

Пациенты и методы. Были обследованы 25 больных (9 мужчин и 16 женщин) с образованиями надпочечников и ССК с автономной продукцией кортизола в возрасте 60 (55-65) лет. Индекс массы тела (ИМТ) больных ССК составлял 32 (26–33) кг/м². Группу сравнения представляли 27 больных ожирением без образований надпочечников и 16 здоровых лиц. Группа сравнения состояла из 14 мужчин и 29 женщин в возрасте 35 (29–48) лет. ИМТ группы сравнения был 30 (27-41) кг/м². Сравнимые группы были сопоставимы по полу и ИМТ. Размер образований надпочечников у больных ССК составлял 3,2 (2,25–4,2) см. Нативная плотность опухолей надпочечников была 13 (8–27) НУ. В сравниваемых группах определяли уровни кортизола в 09-00 ч и после подавляющего дексаметазонового теста с 1 мг (ПДТ1) в сыворотке крови, кортикотропина плазмы методом иммунохемилюминисцентного анализа и свободного кортизола слюны в 23-00 ч. (СКС) методом электроиммунохемилюминисцентного анализа. Определяли уровни альдостерона и ренина в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с расчетом альдостерон-ренинового соотношения (АРС).

Методом ВЭЖХ определяли уровни предшественников альдостерона в сыворотке крови и их экскрецию с суточной мочой. Методом ГХ-МС оценивалась суточная экскреция метаболитов кортикостероидов с мочой.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 10) (США). Результаты представлены в виде медианы, 25-ого перцентиля и 75-ого перцентиля. Использовался непараметрический критерий Манна-Уитни при сравнении результатов, полученных в исследуемых группах.

Результаты. У больных ССК в отличие от группы сравнения был повышен уровень кортизола после ПДТ1 [134 (92–193); 43 (32–47) нмоль/л; $p=0,002$] и СКС [14,4 (13,2–22,7); 6,8 (4,8–8,8) нмоль/л; $p=0,0001$] в сыворотке крови, а уровень кортикотропина плазмы крови у больных с ССК был понижен по сравнению с уровнем кортикотропина плазмы крови группы сравнения [7,5 (5,7–12,9); 23,7 (15,8–38,0) мг/мл; $p=0,001$].

Не отличались АРС [21,5 (6,3–25,2); 5,7 (0,9–22,9); $p=0,22$] и уровни альдостерона

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

[56,5 (45,9–96,5); 70 (45–101); $p=0,67$] сыворотки крови сравниваемых групп, однако ренин сыворотки крови был понижен у больных ССК по сравнению с ренином сыворотки крови группы сравнения [3,8 (2,0–10,7); 10,1 (6,0–17,0) пг/мл; $p=0,016$].

Методом ВЭЖХ у больных ССК в отличие от группы сравнения были повышены уровни предшественников альдостерона – кортикостерона (В) [3,9 (1,8–9,8); 2,0 (1,7–2,2) нг/мл; $p=0,003$] и 18-гидроксикортикостерона [1,90 (0,55–2,20); 0,80 (0,50–1,10) нг/мл; $p=0,01$] в сыворотке крови. У больных ССК в отличие от группы сравнения была повышена суточная экскреция 18-гидроксикортикостерона [33,9 (32,8–42,8); 14,1 (12,0–22,5) мкг/24 ч; $p=0,0001$] с мочой, полученная методом ВЭЖХ.

Методом ГХ-МС у больных ССК в отличие от больных группы сравнения была повышена экскреция метаболитов В – тетрагидрокортикостерона [164 (82–312); 68 (43–122) мкг/24 ч; $p=0,0008$] и алло-тетрагидрокортикостерона [246 (137–521); 116 (50–220) мкг/24 ч; $p=0,017$] с суточной мочой.

Заключение. У больных субклиническим синдромом Кушинга было выявлено хроматографическими методами обследования увеличение уровней предшественников альдостерона в крови и в моче и экскреции тетрагидрокортикостерона с мочой, что может указывать на повышенную минералокортикоидную функцию коры надпочечников у данной группы больных.



ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТФОРМИНОМ И ВИЛДАГЛИПТИНОМ.

Шорохова Полина Борисовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Баранов Виталий Леонидович (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Башнина Елена Борисовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, вариабельность гликемии, непрерывное (суточное) мониторирование гликемии.

Актуальность и цели. По последним данным Международной федерации диабета сахарным диабетом 2 типа (СД 2) страдают 8,5% населения в мире. СД2 является полигенным, мультифакторным заболеванием, которое развивается в результате сложного взаимодействия факторов окружающей среды и генетических компонентов. С каждым годом увеличивается количество антидиабетических препаратов, влияющих на многочисленные звенья патогенеза СД2, такие как

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

инсулинорезистентность, гиперпродукция глюкозы печенью, снижение инкретинового эффекта, дисфункцию бета – клеток. Однако, несмотря на увеличение количества классов сахароснижающих препаратов примерно у 40% больных СД2 не удается достичь целевых показателей компенсации углеводного обмена. При этом стандартные показатели гликемического контроля (уровень глюкозы натощак, постпрандиальная гликемия, гликированный гемоглобин) не отражают суточных колебаний глюкозы в крови, называемых вариабельностью гликемии (ВГ). Внедрение в клиническую практику систем непрерывного (суточного) мониторинга гликемии (НМГ) позволяет проводить оценку параметров ВГ по данным непрерывной гликемической кривой. В последнее время все чаще влияние различных групп пероральных сахароснижающих препаратов на показатели ВГ учитывается при оценке эффективности и безопасности сахароснижающей терапии. Цель исследования состояла в сравнительной оценке эффективности и безопасности терапии метформином и вилдаглиптином у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа с учетом параметров вариабельности гликемии.

Пациенты и методы. В исследование было включено 19 пациентов с диагнозом впервые выявленный сахарный диабет 2 типа, не получавших ранее терапии пероральными сахароснижающими препаратами (7 мужчин и 12 женщин). Средний возраст составил $56 \pm 10,6$ лет, гликемия натощак $8,9 \pm 2,2$ ммоль/л, гликемия через 2 часа после еды $9,4 \pm 3,3$ ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $7,9 \pm 1,4\%$, индекс массы тела (ИМТ) $33,3 \pm 6$ кг/м². После верификации диагноза СД 2 типа обследуемые были разделены на две группы. Пациентам первой группы (n=11) был назначен метформин в дозе 850 мг два раза в сутки. Пациентам второй группы (n=8) был назначен вилдаглиптин в дозе 50 мг два раза в сутки. Для оценки ВГ на фоне терапии метформином и вилдаглиптином всем пациентам было проведено НМГ в течение 72 часов с использованием системы непрерывного мониторинга глюкозы с последующим ретроспективным анализом данных (iPro2®, Medtronic, США). Калибровка системы проводилась на основании данных глюкометра, ориентированного на капиллярную кровь. Исследование проводилось в стабильной фазе – через 5 периодов полувыведения после первой дозы препарата. ВГ оценивалась по следующим показателям: стандартное отклонение (standard deviation, SD) показателей глюкозы по данным сенсора за все время мониторинга; средняя амплитуда колебаний гликемии (mean amplitude of glysemic excursions, MAGE) за все время мониторинга. Рассматривалась, как высокая MAGE $\geq 3,9$ ммоль/л. Общий период наблюдения за обеими группами пациентов составил 12 недель. Эффективность терапии оценивалась по уровню гликированного гемоглобина, уровню глюкозы целевой капиллярной крови натощак и через 2 часа после еды; переносимость терапии оценивалась по количеству

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

нежелательных явлений, эпизодов снижения глюкозы $\leq 3,9$ ммоль/л в течение 20 и более минут по данным системы НМГ на фоне приема препаратов.

Результаты. Монотерапия метформином и вилдаглиптином привела к достоверному ($p < 0,05$) улучшению гликемического контроля: гликемия натощак снизилась до $6,5 \pm 0,9$ ммоль/л и $6,2 \pm 0,7$ ммоль/л, через 2 часа после еды - до $6,8 \pm 1,1$ ммоль/л и $6,6 \pm 1,2$ ммоль/л, а уровень HbA1c – до $6,3 \pm 0,8\%$ и $6,4 \pm 1,1$ в первой и второй группах соответственно. Целевого уровня HbA1c $< 7\%$ в группе метформина достигли 81% пациентов, в группе вилдаглиптина – 75%. При этом отсутствовали статистически значимые отличия между двумя группами в продолжительности пребывания пациентов (% времени) в состоянии нормо-, гипо- и гипергликемии. При анализе показателей ВГ в группе пациентов, получающих метформин SD составило $1,16 \pm 0,52$ ммоль/л; MAGE $3,3 \pm 2,3$ ммоль/л. В группе пациентов, получающих терапию вилдаглиптином – SD $1,0 \pm 0,29$ ммоль/л и MAGE $3,4 \pm 1,8$ ммоль/л. Таким образом, обе группы характеризовались низкими параметрами вариабельности гликемии. Статистически достоверных различий между группами по таким параметрам оценки ВГ, как SD и MAGE выявлено не было ($p > 0,05$).

Заключение. Внедрение в клиническую практику систем НМГ позволило установить, что при достижении одинаковых целевых показателей HbA1c у разных пациентов с СД показатели гликемии могут существенно отличаться за счет значительной ВГ. И в этой ситуации уменьшение ВГ необходимо рассматривать, как одну из терапевтических целей лечения СД. Терапия метформином и вилдаглиптином позволяет значительно улучшить гликемический контроль и характеризуется при этом низкими показателями вариабельности гликемии, что свидетельствует о ее достаточной эффективности и безопасности.



РОЛЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ.

Ковалева Юлия Викторовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Ключевые слова: климактерий, постменопауза, менопаузальная гормональная терапия

Актуальность и цели. Количество женщин старше 50 лет, то есть женщин, вступивших в климактерический период своей жизни, неуклонно возрастает, а их растущая социальная включенность обуславливает стремление к активному долголетию. Последнее обстоятельство накрепко связывает две важнейшие задачи в ведении таких пациенток: повышение качества жизни за счет устранения неприятных симптомов, связанных с дефицитом эстрогенов, с одной стороны, и профилактику

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

состояний, угрожающих жизни и долголетию, – с другой. В облегчении симптомов менопаузальных расстройств, улучшении самочувствия и повышении качества жизни в пери- и постменопаузе так или иначе нуждаются все женщины. При этом не следует забывать, что риск для жизни и здоровья может быть обусловлен последствиями не только терапии эстрогенами, но и, напротив, невосполненного вовремя эстрогенного дефицита.

Важнейшим патогенетическим методом лечения расстройств, связанных с наступлением менопаузы, является заместительная гормональная терапия эстрогеном или эстроген-гестагенными препаратами – менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Цель МГТ – частично восполнить дефицит половых гормонов, используя такие минимально-оптимальные дозы гормональных препаратов, которые способны улучшить общее состояние больных и обеспечить профилактику поздних обменных нарушений. В результате МГТ должны быть достигнуты два основных эффекта: увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества.

Пациенты и методы. Назначение МГТ на сегодняшний день должно рассматриваться как часть общей стратегии, включающей рекомендации относительно образа жизни, диеты, физических нагрузок, потребления безопасных уровней алкоголя и отказа от курения для поддержания здоровья женщин в пери- и постменопаузе.

Перед назначением МГТ следует провести тщательное обследование женщины, изучить анамнез, обращая особое внимание на онкологические заболевания, тромбозы, реакцию на КОК, заболевания печени и пр. Опрос пациентки должен помочь выяснить наличие потенциальных показаний и противопоказаний для МГТ, включая менопаузальные симптомы, нарушение менструальной функции, личный и семейный риск переломов вследствие остеопороза, венозной тромбозы, рака молочных желез и сердечно-сосудистых заболеваний. МГТ должна быть строго индивидуализирована и учитывать предпочтения пациентки, ее личные факторы риска (возраст, длительность постменопаузы, риск венозной тромбозы, инсульта, ИБС, остеопороз и др.), наличие или отсутствие матки. Имеет значение наличие у женщины патологии желудочно-кишечного тракта, желчнокаменной болезни, гипертриглицеридемии.

Результаты. Изучение профилей пользы/риска при обобщении результатов многочисленных исследований, посвященных использованию МГТ, продемонстрировало позитивное влияние этого лечения на многочисленные аспекты здоровья женщины зрелого возраста.

МГТ является наиболее эффективным средством купирования вазомоторных расстройств. Качество жизни, сексуальная функция и другие, связанные с менопаузой жалобы, такие как боли в суставах и мышцах, изменения настроения и нарушения сна, могут улучшиться на фоне МГТ. МГТ эффективна в плане профилактики

менопаузального остеопороза, она показала значительное снижение риска перелома бедра, позвоночника и других переломов в постменопаузе.

Согласно выводам масштабного обзора, охватившего 19 исследований и более 40 тыс. пациенток, принимавших МГТ, начало терапии не позднее 10 лет от менопаузального перехода ассоциировано как со снижением частоты болезней коронарного сосудистого русла (на 50%), так и общей смертности от всех причин (на 30%). Наблюдательные исследования показывают, что МГТ, проводимая у женщин со спонтанной или ятрогенной менопаузой, наступившей до 45 и особенно до 40 лет, связана со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивает продолжительность жизни и снижает риск деменции.

Появляется все больше сведений о таких позитивных свойствах МГТ, как способность предупреждать развитие у женщин СД 2-го типа, абдоминального ожирения и сдерживать возрастное ухудшение когнитивных способностей.

Заключение. Несмотря на определенные риски, ведущие мировые эксперты сегодня сходятся в трех основных вопросах, касающихся МГТ в постменопаузе: 1) кому показана МГТ – здоровым и относительно молодым (до 60 лет) женщинам в перименопаузе, женщинам с ранней менопаузой; 2) когда начинать МГТ – в первые 10 лет менопаузы и 3) что назначать для МГТ – низкодозированные эстроген-гестагенные препараты, при этом в качестве эстрогенного компонента следует применять эстрадиол или эстриол (вместо конъюгированного конского эстрогена), а гестагенный компонент должен быть представлен безопасным прогестином. Доказанные положительные эффекты МГТ включают позитивное влияние на урогенитальные нарушения и атрофические процессы всех эстрогензависимых слизистых оболочек; благоприятное влияние на соединительную и мышечную ткань, кожу; снижение частоты переломов и повышение качества жизни.



РОЛЬ ТИЛОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Малоземова Виктория Анатольевна (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургский государственный университет)

Ключевые слова: тиолдисульфидное равновесие, антиоксидантная система, острый бронхит, внебольничная пневмония, серосодержащие препараты.

Результаты научных исследований последних лет подтверждают важнейшую роль окислительного стресса в патогенезе воспалительных заболеваний органов дыхания (ВЗОД). В настоящее время становится все более очевидной ведущая роль тиоловых соединений в механизме антиоксидантной защиты. Соотношение между

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

восстановленными и окисленными формами биоантиоксидантов, среди которых тиолы занимают важнейшее место, определяет общую буферную емкость антиоксидантной системы (АОС), которая тем выше, чем больше смещение в сторону восстановленных эквивалентов, т.е. SH-групп. Нарушение тиолдисульфидного (SH/SS) равновесия сопровождается общей дезадаптацией организма и способствует развитию патологических процессов.

Цель исследования. Оценить у больных с острыми ВЗОД особенности содержания соединений серы в белковом субстрате крови в сопоставлении с диапазонами колебаний этих показателей у практически здоровых людей разных возрастных групп.

Материалы и методы. Исследовано 4 возрастные группы практически здоровых людей. Пациентам определяли уровни SH-, SS-групп, тиолдисульфидного отношения (ТДО=SH:SS), общей серы в плазме крови методом амперометрического титрования по В.В. Соколовскому.

Дополнительно обследовано 66 пациентов с острыми ВЗОД (31 пациент с острым бронхитом и 35 пациентов с внебольничной очаговой пневмонией). Пациенты были разделены на 3 группы и в дополнение к стандартной терапии, включавшей бронхолитики и антибиотики, в 1-ой группе больные получали тиосульфат натрия (NaTc) во 2-ой группе – ацетилцистеин (АЦЦ), пациентам 3-ей группы проводилась терапия без серосодержащих препаратов. По материалам исследования оценивалась клиническая эффективность восполнения дефицита серы серосодержащими препаратами в сопоставлении с динамикой тиоловых показателей. Остроту воспалительной реакции оценивали определением С-реактивного белка в крови.

Результаты. Обследование практически здоровых людей позволило определить пределы колебания нормальных показателей тиолдисульфидного равновесия. С увеличением возраста были выявлены тенденции к повышению уровня окисленной серы и к снижению уровня восстановленной серы, уменьшение ее общего количества и ТДО, что свидетельствует о накоплении с годами жизни окисленных продуктов в организме человека и усилении процессов свободнорадикального окисления. У всех больных при первичном обследовании было выявлено достоверное снижение уровня восстановленной серы и повышение уровня окисленной серы по сравнению со здоровыми людьми, что показывает высокую активность процессов окисления в организме.

Присоединение серосодержащих препаратов (тиосульфата натрия и АЦЦ) к стандартной терапии приводило к эффективному восполнению дефицита серы за счет ее восстановленной фракции по сравнению с группой больных, в терапию которых не были включены препараты серы.

Заключение. Смещение тиолдисульфидного отношения в сторону окисленных эквивалентов в старших возрастных группах практически здоровых людей отражает возрастной риск окислительного стресса и связанной с ним заболеваемости.

Острота воспалительного процесса в органах дыхания сопровождается достоверным снижением величины ТДО, причем интенсивность снижения коррелирует с тяжестью патологического процесса и уровнем С-реактивного белка.

Тиолдисульфидный тест позволяет наблюдать динамику изменений окислительно-восстановительного гомеостаза в процессе лечения больных, что дает возможность анализировать эффективность проводимого лечения и ориентироваться в прогнозе течения заболевания.

Добавление серосодержащих препаратов (NaTc, АЦЦ) к терапии больных с острыми воспалительными заболеваниями органов дыхания эффективно восполняет антиоксидантный ресурс SH- групп белков, что сопровождается значительным клиническим улучшением состояния пациентов.



СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА.

Шотик А.В., Першко А.М., Губанова С.Н., Яровенко И.И. СПбГБУЗ «Елизаветинская больница», Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость основных симптомов и синдромов у пациентов с тяжелыми формами язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) для обеспечения их системного прогнозирования и выработки адекватной терапии.

Материал и методы: ежегодно на гастроэнтерологическое отделение СПбГБУЗ «Елизаветинская больница» в режиме скорой помощи поступает 300-350 пациентов с ЯК и БК в тяжелом состоянии. Такое же количество пациентов получает консультативную помощь, часть из которых принимает участие в различного рода клинических исследованиях. Методы ретро- и проспективного анализа за последние 7 лет.

Результаты: всего было проанализировано в динамике клиническое течение ЯК у 68 пациентов и БК у 54 пациентов. Средняя длительность ретро- и проспективного наблюдения за каждым пациентом составляла около 10 лет. Возможности стационара позволяли проведение терапии глюкокортикоидами в высоких дозах, цитостатиками: азатиоприн или метотрексат, лейкоцитофереза с экстракорпоральной фармакотерапией и биологической терапии. Установлено, что комплексная терапия тяжелых форм ЯК и БК позволяет достичь полную клинико-эндоскопическую ремиссию примерно у 2\3 пациентов (у 44 (64,7%) пациентов с ЯК и у 30 (55,5%) пациентов с БК), тогда как оставшиеся пациенты нуждались либо в

проведении биологической терапии или участия в клинических исследованиях. Примечательно, что прогностическими факторами, позволяющими прогнозировать неблагоприятное течение при первой атаке БК являлись: молодой возраст начала заболевания, фенотип заболевания и статус курильщика; и при первой атаке ЯК: возраст начала заболевания, статус не курильщика, наличие в крови антинейтрофильных цитоплазматических антител, протяженность поражения толстой кишки и характер системных осложнений. Позднее назначение биологической терапии у пациентов с тотальным поражением толстой кишки как при ЯК, так и при БК в лучшем случае позволяло добиться клинической ремиссии заболевания однако без заживления слизистой оболочки толстой кишки. Крайне неблагоприятное течение заболевания наблюдалось при формировании стриктур толстой кишки при БК. Достижение полной клинико-эндоскопической ремиссии при первой атаке заболевания являлось единственным надежным прогностическим признаком, позволяющим прогнозировать благоприятное течение ЯК и БК в последующие годы.

Таким образом, полученные данные позволяют прогнозировать естественное течение ЯК и БК и планировать выбор адекватной терапии в последующие годы.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Першко А.М., Шотик А.В., Лыкова Е.П. Яровенко И.И., Заборовский Д.Р. СПбГБУЗ «Елизаветинская больница», Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург.

Цель: показ возможностей ступенчатого лапароцентеза в лечении асцитического синдрома у больных с циррозом печени.

Задачи: улучшение непосредственных результатов лечения больных циррозом печени с асцитическим синдромом.

Материалы и методы: Всего в исследование вошли 40 больных циррозом печени, класса В и С по Чайльд-Пью, течение заболевания которых осложнилось отечно-асцитическим синдромом различной степени выраженности. Все пациенты были распределены в двух репрезентативных группах по 20 человек, сопоставимых по полу, возрасту, этиологии и продолжительности болезни. Диагноз заболевания верифицировался по результатам клинико-инструментальных методов исследования. Помимо традиционных методов в программу обследования входили определение суточной экскреции натрия с мочой и динамическая сцинтиграфия почек с гиппуратом. Все исследования проводились до и после периода стационарного лечения. В качестве базисных средств терапии отечно-асцитического синдрома 1 группа пациентов получала традиционную комбинацию мочегонных

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

средств верошпирона и фуросемида в дозах, позволявших достигнуть положительного баланса жидкости в объеме около 400 – 500 мл. Всем пациентам второй группы проводился ступенчатый лапароцентез с объемом удаляемой асцитической жидкости до 5.0 л при минимальной дозе мочегонных средств с периодичностью 1 раз в 3-4 дня до 3-4 раз за весь период госпитализации. В отличие от тотального лапароцентеза проведение ступенчатого лапароцентеза не требовало использования дорогостоящих белковых препаратов крови для коррекции объема циркулирующей крови. Установлено, что к концу стационарного периода лечения полная ремиссия асцита была достигнута у 3 (15%) больных 1 гр. и у 8 (40%) больных 2 гр., клиническое улучшение – у 13 (65%) больных 1 гр. и у 10 (50%) больных 2 гр. Летальный исход наблюдался у 4 (20%) пациентов 1 гр. и у 2 (10%) пациентов 2 гр. Примечательно, что развитие таких осложнений как дилатационная гипонатриемия, гепаторенальный синдром, прогрессирование печеночной энцефалопатии отмечалось преимущественно у пациентов 1 гр.

Выводы: полученные данные позволяют считать, что ступенчатый лапароцентез является эффективным и менее затратным методом терапии асцита у больных циррозом печени.



СТЕРОИДНЫЕ ПРОФИЛИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.

Ворохобина Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Татарина Мария Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)

Великанова Людмила Иосифовна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Серебрякова Инна Павловна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ)
Гончарова Ирина Анатольевна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: гиперандрогения, синдром поликистозных яичников, ожирение, высокоэффективная жидкостная хроматография, газовая хромато-масс-спектрометрия, стероидный профиль

Актуальность и цели. Исследовать стероидные профили методами газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС), высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и иммуноанализа у женщин репродуктивного возраста с ожирением (ОЖ) и синдромом гиперандрогении (ГА) для разработки дополнительных лабораторных критериев диагностики синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Пациенты и методы. Обследованы 67 женщин репродуктивного возраста с ОЖ и ГА (ИМТ $32,85 \pm 1,8$ кг/м²) в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $25,9 \pm 1,1$). Были выявлены следующие клинические проявления ГА: гирсутизм, акне, нарушение

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

менструального цикла, бесплодие, ановуляция по данным УЗИ (78 %). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин с нормальным ИМТ (среднее значение $22,8 \pm 1,5$ кг/м²) в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст $28,5 \pm 2,3$). Определяли уровни адренокортикотропного гормона, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина, кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона-сульфата, $\Delta 4$ -андростендиона, 5α -дигидротестостерона, свободного тестостерона, 17-гидроксипрогестерона и глобулина, связывающего половые гормоны в сыворотки крови методами иммуноанализа. Проводили пробы с 2 мг дексаметазона и с синтетическим аналогом кортикотропина пролонгированного действия. Для оценки углеводного обмена выполнялся пероральный глюкозотолерантный тест с нагрузкой 75 г глюкозы по стандартной методике. Всем женщинам было сделано УЗИ органов малого таза с оценкой объема и фолликулярного аппарата яичников. Использовались критерии диагностики СПКЯ согласно Консенсусу по проблемам СПКЯ (Роттердам, 2003 г.). Стероидные профили мочи (СПМ) исследовали методом ГХМС (60 стероидов) в ресурсном центре «Методы анализа состава веществ» СПбГУ. Методом ВЭЖХ определяли уровни в крови кортизола (F), кортизона (E), кортикостерона (B), 11-дегидро-B (A), 18-гидроксикортикостерона (18-OHB), 11-дезоксикортикостерона (DOC), 11-дезоксикортизола (S) и экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона (UFE), 6β -гидроксикортизола (6β -OHF) и 18-OHB. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICAforWINDOWS (версия 7,0). Применен непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты. В результате комплексного обследования пациенток с клиническими проявлениями ГА синдром поликистозных яичников был диагностирован у 74,6%. У пациенток с СПКЯ выявлено увеличение экскреции с мочой (ЭМ) свободного кортизона (UFE) и снижение отношений свободного кортизола (UFF)/свободного кортизона (UFE), и тетрагидрокортизола (THF)/тетрагидрокортизона (THE), что свидетельствует об уменьшении активности 11β -гидроксистероиддегидрогеназы 1 типа. Также выявлено значимое увеличение ДГТ в крови, увеличение соотношений андростерона (An)/этиохоланолона (Et), 11-ОН-андростерона (11An)/11-ОН-этиохоланолона (11Et), аллотетрагидрокортизола (allo-THF)/тетрагидрокортизона (THF) и аллотетрагидрокортикостерона (allo-THB)/тетрагидрокортикостерона (THB) по данным ГХ-МС, что указывает на повышение активности 5α -редуктазы.

Закключение. Сочетание классических тестов и определение экскреции с мочой метаболитов андрогенов, прогестинов и глюкокортикоидов методом газовой хромато-масс-спектрометрии повышает точность диагностики СПКЯ. Хроматографическими методами получены критерии диагностики СПКЯ.



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ.

Шевелева Марина Анатольевна (ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Шишкин Александр Николаевич ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Румянцев Александр Шаликович (ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет"; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова» Минздрава России)

Слепых Людмила Алексеевна (ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет")

Ключевые слова: функциональная диспепсия, Римские критерии, пересмотр.

Функциональной диспепсией (ФД) страдает 10-30% населения (чаще женщины). Для нее характерно при отсутствии признаков органической патологии наличие перечисленных ниже жалоб, возникающих, по меньшей мере, 1 раз в неделю в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев: чувство переполнения в подложечной области, раннее насыщение, боли и чувство жжения в эпигастрии. Основные клинические варианты ФД - постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) и синдром боли в эпигастрии (СБЭ).

В 2016 году обновлены Римские критерии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Функциональные расстройства рекомендовано именовать расстройствами взаимодействия между головным мозгом и желудочно-кишечным трактом (disorders of gut-brain interaction). В предыдущих, Римских критериях III (2006) синдром диспепсии подразделяли на: органический и функциональный варианты. В Римских критериях IV термин «органическая» заменен на «вторичную». В прежних критериях термин «причиняющее беспокойство» (bothersome) касался только чувства переполнения в подложечной области, в новых критериях он уже отнесен ко всем жалобам.

Частота возникновения симптомов, входящих в ПДС (чувство переполнения в подложечной области и раннее насыщение), требуемая для установления этого диагноза, обозначавшаяся прежде как «несколько раз в неделю», конкретизирована – «более 3 раз в неделю». При характеристике ФД в новых Римских критериях сделано важное уточнение, согласно которому симптомы ПДС всегда возникают после приема пищи, тогда как при СБЭ боли и чувство жжения в подложечной области могут возникать в любое время. С точки зрения дифференциальной диагностики

VI РАЗДЕЛ «ТЕРАПИЯ»

обращено внимание на то, что для ФД нехарактерно возникновение персистирующей рвоты, исчезновение клинических симптомов после опорожнения кишечника, боли в правом подреберье.

Согласно новым Римским критериям, врач вправе рассматривать тошноту, изжогу и отрыжку как «возможные дополнительные признаки» (possible adjunctive features) ФД. Важно для клинической практики то, что ПДС и СБЭ могут сочетаться друг с другом, а также с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Основными патогенетическими механизмами ФД являются: нарушение эвакуаторной функции желудка и расстройства его аккомодации, гиперчувствительность растяжению, соляной кислоте и липидам. В Римских критериях IV приведены дополнительные факторы риска: перенесенные инфекции, воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки низкой степени активности, повышение ее проницаемости и увеличение содержания эозинофилов в указанной зоне (дуоденальная эозинофилия). По-прежнему, заметное место отведено психосоциальным факторам.

Почти у каждого пятого пациента, перенесшего желудочно-кишечную инфекцию, может возникать преходящая ФД. Однако, изменилось отношение к обсеменению слизистой оболочки *H. pylori*. С одной стороны, это рассматривают как возможную причину ФД. С другой, в соответствии с положениями Киотского консенсуса, в случае стойкого исчезновения диспепсических жалоб после эрадикации, такие больные должны расцениваться, как пациенты, страдающие диспепсией, ассоциированной с *H. pylori*.

К сожалению, рекомендации по диагностике ФД и в данном пересмотре остаются недостаточно четкими. Часть из них, по сути предлагает отказаться от проведения ФГДС и УЗИ. Подобный элемент субъективности, вероятно, найдет отражение, по крайней мере, в неоднородности вновь получаемых эпидемиологических данных.

В разделе, посвященном лечению ФД обращено внимание на ряд новых лекарственных средств, среди которых выделен «Иберогаст» («Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH», Германия). Однако, в целом, принципиальных изменений не предлагается.

Таким образом, приходится признать, что ФД остается недостаточно изученным синдромом для того, чтобы можно было действительно говорить о пересмотре Римских критериев III.



АКТУАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ: ПЕРИИМПЛАНТНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ.

Аболин А.Б. (СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница", кафедра общей хирургии СПбБГУ, кафедра военной травматологии и ортопедии ВМедА им. С.М. Кирова)

Ешинов А.В. (СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница")

Костин В.Н. (СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница")

Ключевые слова: периимплантный перелом, реэндопротезирование, ортопедический имплантат, эндопротез, остеосинтез

Актуальность темы: В связи с развитием ортопедии все больше людей живет с различными имплантатами: искусственными суставами, пластинами стержнями. Эндопротезирование суставов признано одной из самых эффективных операций, при этом наиболее частые локализации (коленный и тазобедренный суставы) по ежегодному количеству вмешательств в мире уже давно перешагнули миллионный порог. Число травматологических операций, связанных с установкой интра- и экстрamedулярных конструкций не поддается точному подчету. Вышеуказанные факторы приводят к существенному увеличению количества сравнительно новых повреждений в травматологии – периимплантным переломам. Лечение таких повреждений сопряжено со значительными техническими трудностями вследствие наличия массивных, часто неудаляемых конструкций.

Материалы и методы: под периимплантным переломом мы понимаем перелом сегмента, где уже имеется ортопедический имплантат. Резкий рост количества периимплантных переломов у больных, обратившихся во 2-е травматологическое отделение Елизаветинской больницы, отмечен с 2012г. Если ранее отмечались единичные случаи (за 2005-2011г. – всего 3 человека), то с 2012 по сентябрь 2017г. в отделении пролечено 38 пострадавших с периимплантными переломами. Средний возраст составил 63,2 года (от 34 до 89 лет), при этом женщин было больше: 24 женщины и 14 мужчин. Наибольшее число больных (28 человек) составили пациенты с перипротезными переломами бедренной кости, из них подавляющее большинство больных с эндопротезами тазобедренного сустава – 25 человека, еще 3 больных обратились с перипротезными переломами бедра при наличии эндопротеза коленного сустава. Кроме того, 5 пациентов были пролечены с периимплантными переломами бедренной кости (1 с DHS, 5 с интрамедулярными гамма-стержнями), у 4 пациентов выявлены периимплантные переломы костей предплечья (1 локтевая и 1 лучевая) и ключицы (2 больных). Еще 1 больная была пролечена с перипротезным переломом плечевой кости. Оперативное лечение проведено почти у всех пациентов

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

с периимплатными переломами: лишь 1 больная не была оперирована вследствие тяжелой соматической патологии и технических причин (перелом типа Vancouver B3). Всем больным с переломами предплечья и ключицы был выполнен накостный остеосинтез: удалены имевшиеся металлоконструкции и имплантированы новые пластины. Среди больных с периимплатными переломами бедра в 4 случаях выполнен реостеосинтез длинной версией гамма-стержня, в 1 случае первично-осложненное эндопротезирование тазобедренного сустава. У больным с периимплатными переломами бедренной кости и эндопротезами коленного сустава в 2-х случаях произведен ретроградный интрамедуллярный остеосинтез, в 1 случае остеосинтез дистальной бедренной пластиной. В группе пациентов с перипротезными переломами на фоне эндопротеза тазобедренного сустава (24 человека) в случаях нестабильного компонента (тип Vancouver B2) выполнялось реэндопротезирование тазобедренного сустава (9 операций), при стабильных компонентах (тип Vancouver B1) – остеосинтез бедра различными пластинами (15 операций). Переломов типа Vancouver A и C в нашей группе наблюдений не отмечалось.

Результаты: Летальных исходов в период стационарного лечения отмечено не было. Все пациенты с переломами верхней конечности, ключиц (4 человека), перипротезными переломами бедра на фоне эндопротеза коленного сустава (3 человека) прошли без осложнений, у 5 из них отмечена консолидация переломов, проследить результаты лечения еще 2 больных не представилось возможным; также выпала из наблюдения и больная с перипротезным переломом плечевой кости.

Наибольшее число осложнений выявлено у больных с периимплатными и перипротезными (эндопротез тазобедренного сустава) переломами бедра. Так, в группе реэндопротезирования тазобедренного сустава глубокая инфекция выявлена у 2-х больных (22,2%): у 1 больного отмечена ранняя глубокая инфекция области оперативного вмешательства, в связи с чем была произведена ревизия, санация, дренирование послеоперационной раны с длительной антибактериальной терапией, инфекционный процесс купирован. Поздняя глубокая инфекция отмечена еще у 1 больной через 1,5 года после операции – появление свища в области послеоперационного рубца. У 1 больной (11,1%) через 1 месяц после травмы отмечен вывих эндопротеза, который был вправлен закрыто, рецидивов вывиха не отмечалось. Вывих в раннем послеоперационном периоде отмечен также и у больной с первично-осложненным эндопротезированием тазобедренного сустава. В группе остеосинтеза у 2-х пациентов остеосинтез бедра оказался несостоятельным (13%), еще у 1 – замедленная консолидация.

Заключение: лечение периимплатных переломов существенно отличается от обычных повреждений. Наибольшее количество осложнений приходится на периимплатные переломы бедренной кости, при этом самым проблематичным

является ревизионное и первично-осложненное эндопротезирование тазобедренного сустава. Лечение таких пациентов требует тщательного предоперационного планирования и контролируемого послеоперационного ведения, а также существенных дополнительных финансовых затрат.



КОСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА.

Матвеева Зоя Сергеевна, Романчишен Анатолий Филиппович, Гостимский Александр Вадимович

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург), СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»

Ключевые слова: гиперпаратиреоз, околощитовидные железы, патологический перелом.

Актуальность. Одним из основных и наиболее тяжелых проявлений первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) является гиперпаратиреоидная остеодистрофия (генерализованный кистозно-фиброзный остеит), при которой в костях образуются очаги резорбции в виде кист, происходит разрастание хрящевой ткани. Такие очаги иногда клинически и рентгенологически могут напоминать злокачественные опухоли костной ткани. Ситуацию в диагностике осложняют результаты биопсии - микроскопическая картина напоминает остеобластокластому. Такие изменения в сочетании с недостатком обследования больных (уровень кальция и паратгормона) могут приводить к выполнению хирургических вмешательств, которых можно было бы избежать при правильной постановке диагноза.

Цель. Показать возможные ошибки диагностики костной формы ПГПТ в случае недостаточного обследования больных.

Методы. В Центре хирургии и онкологии органов эндокринной системы в период с 1973 по 2016 гг. оперировано 32 000 пациентов с различными заболеваниями щитовидной железы, тимуса, надпочечников, включая 294 (0,1%) пациентов с новообразованиями околощитовидных желез (ОЩЖ) и различными клиническими формами ПГПТ. Представляем вашему вниманию 9 клинических наблюдений больных (6 женщин, 3 мужчин) тяжелым ПГПТ, вызванным опухолями ОЩЖ больших размеров. Тяжелое течение болезни и истощение больных приводили к тому, что изменения в костях трактовались как злокачественные опухоли.

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Результаты. Первое наблюдение датировано 1984г. пациентке В., 30 лет онкологами была выполнена межподвздошно-брюшная ампутация правой нижней конечности по поводу остеобластокластомы правого бедра, хотя основной причиной деструкции костной ткани были две аденомы ОЩЖ, массой 8 и 14 г, удаленные позже в нашей клинике.

Четверо больных (женщины 65, 68 и 72 лет и мужчина 45 лет) с ошибочно установленным диагнозом злокачественного новообразования костной ткани оперированы по поводу ПГПТ в нашем Центре в период 2007-2009 гг. Всем четырем пациентам ранее челюстно-лицевыми хирургами выполнены резекции нижней челюсти в связи с подозрением на остеобластокластому. В одном наблюдении за 11 лет до операции на челюсти больной произведена резекция кисти III пястной кости. Верный диагноз установлен лишь через 7 - 16 лет после выявления первых рентгенологических симптомов. Рост 2 пациенток за это время уменьшился на 9 и 16 см. У одного из больных прогрессирующие гиперпаратиреоидные изменения скелета (костей голени, ребер) были расценены как метастазы остеобластокластомы.

У молодого человека 29 лет, в течение 2 лет наблюдавшегося по поводу фиброзно-кистозной дисплазии костей, при поступлении в клинику имелись патологические переломы костей бедра, голени, позвоночника, ключицы, кахексия.

Мужчина 25 лет оперирован нами по поводу персистирующего гиперпаратиреоза, проявившегося 18 мес. ранее патологическим переломом правой подвздошной кости, образованием гигантоклеточных опухолей правой бедренной кости и костей таза. После первой операции, выполненной в одном из регионов РФ, у больного отмечалось нарастание уровня паратгормона и кальция, сохранение клинических проявлений ПГПТ. При КТ шеи и средостения выявлено образование околощитовидной железы в области нижнего полюса правой доли щитовидной железы, накапливающее радиофармпрепарат при сцинтиграфии. В ходе операции в области нижнего полюса правой доли щитовидной железы, между задней ее поверхностью и заднебоковой поверхностью трахеи обнаружена и удалена паратиреоаденома размерами 4х3х2 см и массой 16 г.

Всем больным выполнено исследование кальция и фосфора крови, паратгормона, УЗИ шеи, сцинтиграфия с технетрилом. Уровень общего кальция крови был повышен от 3,2 до 4,3 ммоль/л, показатели паратгормона превышали нормальные значения более чем в 10 раз, щелочной фосфатазы – в 4 и более раз.

Семерым больным выполнено удаление светлоклеточных аденом околощитовидных желез массой от 8 до 28 г. Еще у одной пациентки обнаружены и удалены две паратиреоаденомы массой 4 и 2 г. У мужчины 29 л. удалена паратиреоидная карцинома.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечена постепенная нормализация уровня кальция, положительная динамика со стороны костных изменений.

Выводы. Несвоевременная диагностика ПГПТ может приводить к тяжелым изменениям в костной ткани, которые при недостатке обследования могут быть расценены как первичные опухоли. После удаления основной причины заболевания – аденомы околощитовидной железы, отмечается регресс костных проявлений. Скрининг больных по уровню кальция может помочь избежать ненужных вмешательств на костях скелета.



ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.

Линник Станислав Антонович, Руссу Иван Иванович, Квиникадзе Гурам Элгуджевич, Матвеев Лев Александрович, Алиев Насик Сабиругли. (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова”).

Аболин Арвид Борисович, Ранков Максим Михайлович., Хомутов Виктор Викторович. (Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Ключевые слова: Артропластика. Инфекция. Инфекционные осложнения. Эндопротезирование. остеомиелит. Спейсер.

Актуальность и цели. Улучшить результаты лечения больных с перипротезной инфекцией тазобедренного сустава путем разработки алгоритма.

Пациенты и методы. Нами наблюдались 324 пациента с гнойным осложнением после различных видов эндопротезирования тазобедренного сустава.

У 24 % больных с инфекционными осложнениями наблюдалась стабильность компонентов эндопротеза. Данной группе больных выполнялись операции с целью санации очага инфекции и сохранения эндопротеза. Проводилась антибактериальная терапия, физиотерапия, гипсовая иммобилизация до полного заживления послеоперационной раны. После снятия тазобедренной гипсовой повязки проводился курс лечебной физкультуры, активизация больного.

У 74 % больных имелась нестабильность компонентов эндопротеза. Из них у 10% с наличием противопоказаний к операции и отказе пациентов от оперативного лечения выполнялось удаление эндопротеза и цемента, хирургическая обработка очага остеомиелита, внедрение проксимального конца бедренной кости в

вертлужную впадину, наложение тазобедренной гипсовой повязки на 3,5-4 месяца, 3 % пациентов был наложен спицевой аппарат внешней фиксации, что позволяло активизировать больного через 1,5 месяца. У 18 % больных данной группы послеоперационные раны заживали вторично, у 80 % больных наблюдалось первичное заживление ран, 2 % больных проводились повторные операции по санации очага остеомиелита. У 62 % больных было достигнуто анкилозирование тазобедренного сустава с восстановлением опороспособности конечности. У 38 % больных формировался тугой ложный сустав, что позволяло больным передвигаться с частичной опорой на конечность при помощи трости. У 16 % больных через 1,5 года после купирования гнойного процесса выполнено ревизионное эндопротезирование с восстановлением опороспособности конечности.

Результаты. Большинству больных (64%) с нестабильностью компонентов эндопротеза выполнялось двухэтапное эндопротезирование. Из них раннее эндопротезирование выполнено у 81% пациентов и позднее – спустя 8 – 10 месяцев – у 19% больных. Положительные исходы при раннем реэндопротезировании достигнуты у 74% больных, а при позднем – только у 52% пациентов.

Заключение. Раннее реэндопротезирование и применение артикулирующих спейсеров позволит в большинстве случаев достичь положительных результатов.



МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ БЛОКИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ C-NAIL (MEDIN, ЧЕХИЯ)

Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова)

Яровенко Александр Михайлович (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Никитин Дмитрий Геннадьевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Ключевые слова: перелом пяточной кости, заблокированный остеосинтез, внутренний остеосинтез.

Актуальность и цели: В общей структуре заболеваемости населения Российской Федерации травмы занимают третье место. Согласно данным медицинской статистики, переломы пяточной кости составляют 2 - 6% от всех переломов костей скелета. В подавляющем большинстве случаев, такие переломы встречаются у мужчин трудоспособного возраста и, в основном, вызваны падением с высоты на нижние конечности. Внутрисуставные переломы встречаются в 75 - 91% случаев. В 62% случаев переломы пяточной кости наблюдаются при сочетанной и множественной травме: в 15% - сочетаются с переломами поясничных позвонков, в 20,5% - с переломами костей нижних конечностей. До 55% переломов пяточной кости приходится на производственную травму. Ежегодный прирост травматизма и

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

инвалидизации работоспособной части населения в результате данной патологии диктует необходимость выполнять оперативное лечение данных переломов максимально малоинвазивно с целью быстрого и эффективного восстановления функции конечности и возвращения трудоспособности. Пациенты и методы: за 1 год в отделении сочетанной травмы выполнен остеосинтез закрытых и открытых переломов блокирующимся стержнем (классификация переломов по Gustilo- тип I) 14 пациентам. Пациенты молодого и среднего возраста составили 91%, пожилого возраста – 9%. В выборке преобладали мужчины, составив 76%.

Техника оперативного вмешательства: эндотрахеальный наркоз или спинномозговая анестезия; закрытая репозиция и остеосинтез пяточной кости пластиной выполнялись в положении больного на здоровом боку, под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). В пяточный бугор, в смещенный «языкообразный» фрагмент кости, вводился винт Шанца, 5 мм диаметром. Репозиция выполнялась путем тракции по длине и движением рукоятки винта Шанца вниз в сагиттальной плоскости. Дополнительно выполнялись раскачивающие движения в положение варуса и вальгуса для расклинивания отломков и восстановления ширины кости путем ручного сдавливания с двух сторон. После завершения репозиции вводились спицы Киршнера через пяточную кость в тело таранной кости для временной фиксации отломков, винт Шанца удалялся. Разрезом 3-4 см по наружной поверхности осуществлялся доступ к подтаранному суставу, открытая репозиция, восстановление конгруэнтности суставных поверхностей. Фиксация суставной поверхности пяточной кости 2 поперечными винтами. Затем, под контролем электронно-оптического преобразователя, проводилась направляющая спица для канюлированного сверла. Далее выполняли рассверливание и формирование канала для стержня. В сформированный канал вводился стержень, затем, блокирующие винты с помощью направителя, в завершении - шов ран.

Результаты. В послеоперационном периоде внешняя иммобилизация не применялась. С 3 суток, после купирования болевого синдрома, пациентам рекомендовалась лечебная физкультура. Полную нагрузку разрешали по данным контрольной рентгенографии, приблизительно, через 2,5 – 3 месяца после операции. У всех пациентов было достигнуто сращение переломов в срок до 3 месяцев. За весь период наблюдений у 2 пациентов развились осложнения: миграция блокирующих винтов, которые были удалены под местной анестезией, амбулаторно.

Выводы: Данный метод остеосинтеза переломов пяточной кости является альтернативой классическому остеосинтезу переломов пяточной кости пластиной и винтами, а также остеосинтезу переломов аппаратами внешней фиксации (в т.ч. и даже при открытых переломах Gustilo I). Малоинвазивная методика может существенно уменьшить риск инфекционных осложнений, особенно в сравнении с классическим погружным остеосинтезом пластиной и винтами. Также улучшается

качество жизни пациента в послеоперационном периоде, быстрее происходит восстановление функции конечности и трудоспособности. Учитывая небольшое количество операций и отсутствие данных об отдаленных результатах лечения, планируется продолжить наблюдение пациентов с данным вариантом остеосинтеза.



МОЗАИЧНАЯ ОСТЕОХОНДРОПЛАСТИКА ПЕРЕМЕЩЕННЫМИ КОСТНО-ХРЯЩЕВЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СУСТАВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Богданов Андрей Николаевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»; Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Скулкин Андрей Валерьевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Ключевые слова: мозаичная остеохондропластика, глубокие дефекты суставной поверхности коленного сустава.

Актуальность и цели. Изучить возможности использования методики перемещенных остеохондральных трансплантатов для лечения пациентов с дефектами суставной поверхности коленного сустава имеющих высокий риск развития тяжелых форм остеоартроза с необходимостью тотального эндопротезирования.

Пациенты и методы. За последние 5 лет методика была использована у 48 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет. В ходе операции применяли стандартный набор OATS фирмы Arthrex. Для взятия трансплантата использовали не нагружаемые части коленного сустава (межмышцелковое пространство и участки под надколенником). В отборе больных и выборе методики операции были использованы рекомендации известных Российских (Лазишвили Г.Д., 2012 г.) и зарубежных авторов.

Большинство пациентов (n= 41) были прооперированы по открытой методике после выполнения артроскопии. Остальные пациенты (n=7) – без дополнительных хирургических доступов, артроскопически.

По нозологиям пациенты были распределены на две группы: большинство имело ограниченные дефекты суставной поверхности внутреннего мыщелка бедра на фоне гонартроза 2-3 ст., меньшая часть (13 человек) – пациенты с болезнью Кенига и травматическими дефектами. Наиболее крупные повреждения имели место у пациентов с травматическими дефектами. У двух из них были дефекты 2 x 2 см. В

данной группе больных отдаленный результат оценен как хороший на основании выполненной контрольной арт-роскопии и МРТ.

У части больных (21 человек) результат оценен по результатам контрольного осмотра через 6-10 мес. Оценка производилась по наличию или отсутствию 1) отека; 2) хромоты; 3) объему движений в коленном суставе; 4) отсутствию прогрессирования остеоартроза на контрольных рентгенограммах. У всех больных, прошедших контрольный осмотр, исходы лечения можно было оценить как хорошие.

Результаты. У большинства больных (49) трансплантаты прижились без осложнений, наступила стойкая ремиссия заболевания. У одного пациента (50 лет) с быстро прогрессирующим артрозоартритом коленного сустава и имеющим множественные дефекты суставной поверхности, в период освоения метода, была выполнена мозаичная пластика дефекта более, чем 2 x 2 см. Однако, ремиссия не была достигнута и потребовалось тотальное эндопротезирование в последующем.

У больных, оперированных по артроскопической методике, ранний послеоперационный период протекал со значительно меньшим болевым синдромом и требовал меньшего пребывания в стационаре.

Выводы. Таким образом мозаичная остеохондропластика является эффективным методом в лечении ограниченных сквозных (до 2 см) дефектов суставных поверхностей коленного сустава приобретенных как в результате травм, так и заболеваний.



НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИГОЛЬЧАТОЙ АПОНЕВРОТОМИИ в ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА.

Дульцев Игорь Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПбГУ кафедра общей хирургии),

Аболин Арвид Борисович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПбГУ кафедра общей хирургии),

Костин Василий Николаевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»),

Урчуков Руслан Альбертович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: контрактура Дюпюитрена, игольчатая апоневротомия, малоинвазивная хирургия кисти

Актуальность и цели. В структуре заболеваний кисти контрактура Дюпюитрена занимает от 1,6 до 5,7 %. Прогрессирование заболевания приводит к ограничению тонкой профессиональной деятельности у 67 % пациентов. В 3% случаев заболевание приводит к инвалидности. Оперативное лечение наиболее эффективно и может применяться при любой степени контрактуры. Наиболее распространенные

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

методы оперативных вмешательств – апоневротомия и иссечение рубцовоизмененного участка ладонного апоневроза. Несмотря на огромное разнообразие оперативных техник, полной удовлетворенности от оперативного лечения данного заболевания нет. Причина этого – всегда прогрессирующее течение заболевания. Ни один из предложенных методов оперативного лечения не может считаться радикальным, так как полностью удалить весь ладонный апоневроз невозможно. Это является причиной высокого процента рецидивов от 7 до 37,8%. В вопросах лечения контрактуры Дюпюитрена нет единого мнения. Все способы, используемые при лечении, являются симптоматическими. При использовании малоинвазивных методов лечения контрактуры Дюпюитрена пациент не получает больших повреждений в виде некроза кожи и рубцовой деформации, пациент уже через пару дней может возвратиться на рабочее место. Целью исследования является продемонстрировать возможность применения игольчатой апоневротомии при лечении больных с контрактурой Дюпюитрена.

Пациенты и методы. С 2014 г. мы начали применять метод игольчатой апоневротомии. С 2015 г. оперативное лечение больных с контрактурой Дюпюитрена проводится с применением этой методики. С 2015 г. по настоящее время оперировано 55 пациентов в возрасте от 31 до 87 лет с контрактурой Дюпюитрена 2-4 степени из них мужчин 72 %, женщин 28 %. Для определения степени выраженности контрактуры пальцев выбрана классификация Tubiana в модификации Mikkelsen, выделяющая 5 степеней контрактуры. 1 степень – наличие признаков болезни без контрактуры пальцев, 2 степень – контрактура пальцев от 0 до 45 градусов, 3 степень – контрактура от 45 до 90 градусов, 4 степень – контрактура от 90 до 135 градусов, 5 степень – контрактура более 135 градусов. У 51 % больных наблюдалось двустороннее поражение кистей. Процентное соотношение поражения отдельных пальцев составило: 1 палец - 7%, 3 палец – 23%, 4 палец - 25%, 5 палец - 45%.

Количество пациентов, прооперированных с разной степенью контрактуры, составило: контрактура 2 степени – 27%, контрактура 3 степени – 53%, контрактура 4 степени – 20%. Операции проводили под проводниковой или местной анестезией на кисти и пальцах. Выполнялись чрескожные рассечения рубцовоизмененного апоневроза иглами для инъекций до полного разгибания пальцев. После операции накладывалась гипсовая лонгета в положении максимального разгибания пальцев и фиксации лучезапястного сустава сроком на 1 неделю.

Результаты. Результаты лечения прослежены на протяжении 3-х лет после операции. Оценка результатов лечения проводилась по объему разгибания пальцев, силе кулачного хвата, по методике DASH до и после операции. Практически у всех пациентов удалось добиться полного восстановления функции кисти. Ни в одном случае не наблюдался разрыв сухожилий или повреждение сосудисто-нервного

пучка. Рецидив заболевания выявлен в 17% от общего числа прооперированных. Рецидив проявился в виде повторного образования тяжей.

Заключение. Применение техники чрескожной игольчатой апоневротомии при лечении контрактуры Дюпюитрена позволяет сократить сроки лечения. Преимуществом метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и осложнений в виде некрозов кожных лоскутов, рубцовых деформаций, подкожных гематом. При наличии разрывов кожи при 4-5 степенях заболевания раны эпителизируются не более 3 недель. При 2-3 степени контрактуры Дюпюитрена данный метод лечения позволяет сократить срок реабилитации и восстановления функции до 1 недели по сравнению с открытыми методами лечения, которые занимают в среднем 3-4 недели. Количество осложнений и рецидивов заболевания, отмеченных нами при лечении контрактуры Дюпюитрена, соответствуют имеющимся литературным данным.



ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.

Богданов Андрей Николаевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»; Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Паршин Михаил Сергеевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Ключевые слова: пожилые пациенты; эндопротезирование; минимально инвазивный; шейка бедренной кости.

Актуальность и цели:

По стандартам интернациональной ассоциации остеосинтеза (АО) протезирование головки бедренной кости показано при медиальных переломах у пациентов старше 65 лет. Пациенты этой категории имеют большое количество сопутствующей патологии, склонность к иммунодефициту, снижению регенерации мягких тканей. Минимально инвазивная методика операции и правильно выбранный тип эндопротеза позволяет максимально снизить риск послеоперационных осложнений.

Пациенты и методы:

За 8 лет на отделении травматологии № 2 выполнено эндопротезирование 802 пациентам с переломами шейки бедренной кости, причем, 378 операций – за последние 5 лет. Пациенты молодого и среднего возраста составили – 14 %; пожилого возраста - 67 %, старческого – 19 %. Женщины преобладали, составив 68 %.

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Результаты:

При эмпирическом выборе эндопротеза у 80 % пациентов имел место болевой синдром; у 85 % - протрузионный синдром; в 0,5 % случаев возникало глубокое нагноение тканей, с необходимостью удаления протеза; в 2 % случаев – поверхностное нагноение раны.

За последние 5 лет, в выборе конструкции мы строго придерживались оценки четырех основных критериев: 1) степень физической активности пациента до травмы; 2) физическая активность после травмы, в предоперационном периоде; 3) наличие сопутствующей соматической патологии; 4) качество костной ткани (индекс Сингха; морфологический кортикальный индекс).

При установке однополюсного эндопротеза (12 % случаев) – пациенты до травмы жили в пределах квартиры; пешком могли пройти дистанцию не более 300 м; имели обширную сопутствующую соматическую патологию, при индексе Сингха 1 – 2 степени; МКИ – 1 - 2. При невысоких запросах на физическую активность, таким пациентам была показана кратковременная и нетяжелая операция. При выполнении тотального эндопротезирования у таких пациентов, в связи с кровопотерей, иммунодефицитом, возрастал риск нагноений, кроме того, увеличивалась частота вывихов протеза из-за невозможности самоконтроля.

При биполярном эндопротезировании (55 % случаев) предполагалась способность пациента к коротким прогулкам на дистанцию до 1 км.; индексе Сингха в пределах 2 – 3 ст; КМИ – 2 – 2,3. В случае установки таким пациентам однополюсного протеза высока была вероятность дегенерации суставного хряща и развития болевого синдрома при физических нагрузках.

Тотальное эндопротезирование – подразумевает ежедневные прогулки пациента; возможность пройти не менее 10 км; при индексе Сингха 4 – 5 степени; КМИ 2,3 – 2,7. В 25 % случаев использовали тотальное цементное протезирование, в 8 % - бесцементное. При выборе бесцементного эндопротезирования ориентировались не столько на возраст, сколько на хорошее качество кости (индекс Сингха 5 – 7 степени и КМИ – не менее 2,6), что встречалось даже у пациентов 80 лет.

У молодых пациентов, после ложных суставов и асептического некроза головки бедренной кости, при тотальном бесцементном протезировании применяли износостойкую пару трения (керамика + керамика); у пожилых – обычную комбинацию: полиэтилен + металл.

У 67 пациентов эндопротезирование тазобедренного сустава выполнено по минимально инвазивной методике. У всех пациентов отмечено раннее восстановление функции сустава при отсутствии послеоперационных осложнений.

Выводы: Подробный и обстоятельный сбор анамнеза жизни, перенесенных заболеваний и оценка плотности костной ткани позволили снизить частоту развития болевого и протрузионного синдрома после эндопротезирования до 5 % при

отсутствии гнойных осложнений и вывихов эндопротеза. Наиболее перспективной является методика минимально инвазивной установки эндопротеза.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ TARGON FN ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В СПб ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 26»

Борисов С.А. СПб ГУЗ «Городская больница №26», г. Санкт-Петербург.

Яровенко А.М. СПб ГУЗ «Городская больница №26», г. Санкт-Петербург.

Никитин Д.Г. СПб ГУЗ «Городская больница №26», г. Санкт-Петербург.

Ключевые слова: перелом шейки бедра, внутренний остеосинтез.

Актуальность: Операции при переломах шейки бедра у пожилых пациентов считается операцией «по жизненным показаниям». Если пациента своевременно не активизировать, то летальность возрастает в несколько раз. Наряду с наиболее распространенным в настоящее время методом лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости – эндопротезированием тазобедренного сустава, все большее значение начинает приобретать остеосинтез переломов данной локализации системой Targon FN.

Преимущества системы Targon FN:

1. Малая инвазивность и травматичность при оперативном вмешательстве, по сравнению с эндопротезированием.
2. Относительная простота в монтаже системы.
3. Высокое качество металлоконструкции, биоинертность, возможность стабильного остеосинтеза.
4. Ранняя нагрузка в послеоперационном периоде.
5. Ротационная стабильность.
6. Нет возрастных ограничений (при сохранности проксимального отдела бедренной кости).
7. При возникших осложнениях имеется возможность выполнить эндопротезирование тазобедренного сустава.
8. «Телескопические винты» позволяют выполнять динамизацию перелома при нагрузке.
9. Возможность проведения операции в максимально короткие сроки
10. Инструменты практичны и легки в использовании.
11. Минимальная интраоперационная кровопотеря.

Пациенты и методы.

Первая операция остеосинтеза шейки бедренной кости с использованием системы Targon FN в ГБ № 26 была выполнена 15.07.2008. На настоящий момент

прооперировано 44 пациента. Средний возраст составил 74 года (40 - 94 лет). Из них 19 мужчин и 25 женщин. У 3 пациентов имелся вколоченный характер перелома, у остальных - со смещением отломков (23 - субкапитальных, 18 - базисцервикальных). Предоперационный период, в среднем, составил 6 (от 3 до 9) дней. Операции проводились с использованием ортопедического стола и двух передвижных рентгеновских аппаратов. Следовательно, эта методика может выполняться без использования электронно-оптического преобразователя, что увеличивает ее доступность для большинства стационаров.

Результаты.

Ранние сроки реабилитации больных позволили избежать гипостатических осложнений (застойные пневмонии, восходящие урологические инфекции, пролежни и др.). Сроки послеоперационного наблюдения: от 1 месяца до 6 месяцев - 24 больных, от 7 до 12 месяцев - 18 больных и 2 больных наблюдаются больше одного года. У наблюдаемых пациентов общее состояние по шкале Харриса оценивается в пределах от 74 до 85 баллов, что расценивается нами как хороший прогностический результат.

Осложнения наблюдались у двух больных. У пациента, 71 года, через 4 месяца с момента операции развился асептический некроз головки бедренной кости, миграция металлоконструкции на фоне облитерирующего эндартериита сосудов нижних конечностей. В дальнейшем пациенту было выполнено удаление металлоконструкции, биполярное цементное эндопротезирование тазобедренного сустава. И пациентка, 84 лет - летальный исход на третьи сутки с момента операции. Причина смерти - тромбэмболия легочной артерии, несмотря на проводимую профилактику тромбоэмболических осложнений.

Выводы:

Небольшие сроки наблюдения результатов оперативного лечения не позволяют сделать окончательные выводы о жизнеспособности головки бедренной кости в отдаленном периоде. Однако, по малотравматичности вмешательства и стабильности фиксации, применение TARGON FN можно считать операцией выбора при остеосинтезе шейки бедра.



**ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ
ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ БЛОКИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ С ПОМОЩЬЮ
СИСТЕМЫ ДИСТАЛЬНОГО НАВЕДЕНИЯ TRIGEN SUPERSHOT.**

Найденов Александр Александрович (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

**Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М.
Кирова)**

Яровенко Александр Михайлович (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Никитин Дмитрий Геннадьевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Гальцев Георгий Андреевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Ключевые слова: Переломы трубчатых костей; внутренний остеосинтез; интрамедуллярный остеосинтез.

Актуальность и цели. Проблема остеосинтеза трубчатых костей, в виду частоты встречаемости, большого количества осложнений является одной из самых актуальных в травматологии и ортопедии. Для облегчения манипуляции блокирования существует множество направителей и систем, одной из которых является TRIGEN SURESHOT (Smith&Nephew), представляющая собой интраоперационную видеоуправляемую систему локализации. Это компьютеризированный инструмент ортопедической хирургии, призванный помочь хирургу в позиционировании сверла при проделывании отверстий для винтов в процессе интрамедуллярной имплантации стержня. Он снабжает хирурга информацией, которая используется для размещения хирургических инструментов во время операции на основе интраоперационных данных электромагнитного трекинга. Система наведения предназначена для лечения переломов длинных трубчатых костей с применением интрамедуллярных стержней в случаях, когда использование стереотаксической хирургии может оказаться приемлемым. Данная система существенно облегчает блокирование интрамедуллярных штифтов и снижает лучевую нагрузку на оперирующий медперсонал. Нами было проведено клиническое исследование для внедрения в клиническую практику этого современного метода.

Пациенты и методы. За последние 3 года в отделении сочетанной травмы, с использованием данного метода, выполнен остеосинтез закрытых переломов длинных трубчатых костей в 164 случаях, из них:

- перелом бедренных костей – 30 операций;
- перелом большеберцовых – 90 операций;
- перелом плечевых костей – 44 операции.

Пациенты молодого и среднего возраста составили 61%, пожилого возраста – 24%, старческого – 15%. Преобладали мужчины, составив – 69%.

Результаты В послеоперационном периоде внешняя иммобилизация не применялась. С 3-х суток, после купирования болевого синдрома, пациентам рекомендовалась лечебная физкультура. Полную нагрузку разрешали по данным контрольных Rg и степени консолидации переломов. У всех пациентов было достигнуто сращение переломов.

За весь период наблюдений только у 7 пациентов развились осложнения:

- миграция блокирующих винтов (винты были удалены под местной анестезией амбулаторно);
- замедленная консолидация переломов голени (для решения этой проблемы были удалены блокирующие винты и выполнена динамизация переломов);
- формирование ложного сустава (выполнено удаление стержня и реостеосинтез в аппарате Илизарова).

Выводы: данный метод с использованием системы дистального наведения позволяет ускорить блокировку интрамедуллярного штифта, сделать ее более точно и стабильно, сокращает сроки оперативного вмешательства и снижает лучевую нагрузку на персонал операционной бригады.



ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ СТИМУЛЯТОРОВ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ (ЭСО) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ.

Хомутов Виктор Павлович, Ранков Максим Михайлович, Хомутов Виктор Викторович (Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Ключевые слова: артроз, электростимулятор, остеорепарация

Актуальность и цели. Поиск оптимальных методов лечения артроза является актуальной проблемой современной ортопедии. С целью оценить эффективность применения электрического поля электростимуляторов при хирургическом лечении остеоартроза проведено настоящее исследование.

Пациенты и методы. Представлен ретроспективный анализ хирургического лечения 39 пациентов с артрозом крупных суставов I-III ст. в возрасте 32-70 лет. Преобладали женщины, они составляли 72,3%. Длительность заболевания от 1 года до 18 лет. Всем пациентам выполняли рентгенологическое исследование, МРТ и КТ. Клиническая оценка состояния пациентов проводили по шкале WOMAC. Оценивали наличие боли в пораженном суставе, скованность при движениях, функциональную недостаточность до операции и после операции. Исследовали потребность медикаментозного и немедикаментозного лечения после операции. У пациентов с умеренным ограничением функции и болевым синдромом, неэффективностью консервативной терапии выполняли имплантацию танталового остеостимулятора в электростимуляторном состоянии с необходимым распределением электрического заряда. Под контролем ЭОП в зону дегенеративных изменений имплантировали танталовый имплантат. Выполняли декомпрессионную туннелизацию с целью оптимизации микроциркуляции в субхондральной зоне.

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Результаты. Отдаленные результаты прослежены у 84,4% в сроки от 1 года до 10 лет. Неблагоприятных общих и местных реакций после имплантации титанового имплантата отмечено не было. В 1-3 сутки после операции пациенты отмечали стойкое уменьшение болевого синдрома, увеличивался объем движений, улучшалась походка и уверенность при ходьбе. Динамика показателей WOMAC свидетельствовала об эффективности проведенного лечения. Болевой синдром, скованность и функциональная недостаточность снизились в 6 раз в 85,3% случаев. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 91,2% пациентов. У 8,8% больных получен неудовлетворительный результат, что потребовало выполнения эндопротезирования пораженного сустава.

Заключение. Клиническое применение электростатического поля электретов эффективно при лечении остеоартроза суставов и может применяться как самостоятельно так и в сочетании с другими хирургическими методами. Применение электретов достоверно эффективно, улучшает качество жизни пациентов и позволяет на длительное время отодвинуть операцию эндопротезирования.



ПРИМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ЗМХЛ) ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Ганин Валерий Николаевич, (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Конарев Александр Михайлович, (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Розбицкий Виталий Валерьевич, (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Цой Данил Родионович, (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: переломы таза, политравма, запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение.

Введение. Частота повреждений костей таза у пострадавших с сочетанной травмой встречается более, чем в 30% случаев, при этом количество нестабильных повреждений достигает 45% случаев переломов костей таза. При вертикально нестабильных повреждениях костей таза летальность без применения специальных методологий оказания помощи может достигать 80% (M. Tile, 1991). Источниками внутритазового кровотечения является непосредственно костная ткань в области перелома, внутритазовые венозные сплетения, артериальные сосуды а также различные сочетания этих факторов. Концепция ЗМХЛ соответствует

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

представлениям о минимальной инвазивности оперативного пособия при тяжелых угрожающих жизни травмах и принципу этапности при лечении таких пациентов.

Цели и задачи. Оценить эффективность применения тактики ЗМХЛ в условиях городского многопрофильного стационара. Уточнить оптимальные сроки и способы оперативных вмешательств III-го этапа тактики запрограммированного многоэтапного хирургического лечения нестабильных переломов костей таза у пострадавших с сочетанной травмой.

Материалы и методы. В отделении сочетанной травмы Елизаветинской больницы (Санкт-Петербург) тактика ЗМХЛ применяется при поступлении в противошоковую операционную пострадавшего с сочетанием нестабильности костей таза и признаками нестабильной гемодинамики.

Методика применялась у 238 пострадавших с сочетанной травмой, из них ротационный характер нестабильности (тип В) отмечен у 224 пострадавших, вертикальный характер нестабильности (тип С) у 14 пострадавших. Для первичной стабилизации тазового кольца с целью максимально быстрой остановки продолжающегося кровотечения на I этапе тактики ЗМХЛ у 97 пострадавших использовалась С-рама с последующей стабилизацией стержневым аппаратом внешней фиксации КСТ. У 141 пациента кости таза первично стабилизированы при помощи стержневого аппарата внешней фиксации КСТ. При вертикально нестабильных переломах аппарат внешней фиксации дополнительно комплектовался боковыми стержнями с упорной площадкой, обеспечивающими встречную компрессию боковых масс крестца. При ротационном характере нестабильности применялась упрощенная передняя рамка. В большинстве случаев этого оказывалось достаточно для эффективной остановки внутритазового кровотечения. Однако при 5% ротационно нестабильных повреждений и 20% вертикально нестабильных повреждений применение аппарата внешней фиксации может быть недостаточно эффективно. В этом случае применялась тампонада таза (5 пациентов) и селективная эмболизация поврежденной артерии (2 пациента).

II этап включает комплексную интенсивную противошоковую терапию в условиях ОРИТ. Задачей II этапа является восстановление жизненно важных функций организма. Критериями стабилизации считаем: АД >100 мм.рт.ст, ЧСС < 100 уд/мин., тяжесть состояния по шкале ВПХ-СС < 70 баллов.

Третьим этапом выполняются окончательные реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на костях таза. Предоперационное планирование обязательно производится после СКТ таза. При этом предпочтение отдаётся малоинвазивным перкутаным методикам: остеосинтез канюлированными винтами, пельвиопластика и дистантная фиксация транспедикулярной системой.

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Показанием к применению малоинвазивной методики считаем: переломы без смещения или со смещением 2-3 мм, тяжелая сопутствующая патология, сочетанная травма.

Результаты. По данным методикам прооперирован 231 пострадавший, 7 пациентов отказались от оперативных вмешательств III-го этапа и продолжили лечение аппаратом внешней фиксации. Все операции III-го этапа выполнялись преимущественно на 4-15 день после травмы. Вертикализация пациентов производится на 3-5 сутки после операции с дозированной нагрузкой на поврежденную сторону. Минимальный срок стационарного лечения составил 17 суток, средний- 25 суток.

Выводы.

- Использование тактики запрограммированного многоэтапного хирургического лечения у пациентов с нестабильными переломами костей таза при сочетанной травме является клинически эффективным и экономически выгодным за счет сокращения сроков стационарного лечения и более ранней активизации пострадавших, позволяет улучшить ранние функциональные результаты лечения и создаёт предпосылки для хороших отдалённых результатов.

- Оптимальные сроки малоинвазивных вмешательств III-го этапа тактики ЗМХЛ при лечении нестабильных переломов костей таза наступают при тяжести состояния пострадавших менее 70 баллов по шкале ВПХ-СС.

- Оптимальными методиками оперативных вмешательств III-го этапа тактики ЗМХЛ при лечении нестабильных переломов костей таза являются малоинвазивные перкутанные методики - остеосинтез канюлированными винтами, дистантная фиксация транспедикулярной системой, пельвиопластика.



ПРОГНОЗ МЕСТНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Ткаченко Александр Николаевич, Линник Станислав Антонович, Эхсан Уль Хак, Хромов Александр Анатольевич, Мансуров Джалолидин Шамситдинович, Матвеев Лев Александрович. (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова”).

Аболин Арвид Барисович, Ранков Максим Михайлович, Хомутов Виктор Викторович. (Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Ключевые слова: Инфекционные осложнения, полиорганная недостаточность. Металлоостеосинтез. Послеоперационные осложнения, перелом, длинные трубчатые кости. Предоперационная подготовка.

Актуальность и цели. Металлоостеосинтез (МОС) далеко не всегда приводит к достижению положительного эффекта. Осложнения этого хирургического вмешательства составляют от 1,5 до 16,7% от всех случаев МОС. Причины негативных последствий МОС неоднозначны. Особое внимание привлекают инфекционные осложнения данной операции.

Сведения о возможностях прогнозирования инфекции области хирургического вмешательства после ортопедо-травматологических операций остаются противоречивыми. Поэтому изучение проблем, связанных с прогнозированием, особенностями диагностики и предупреждением местных гнойных осложнений при МОС длинных трубчатых костей является актуальной темой научных медицинских изысканий. Целью исследования было улучшение результатов лечения переломов длинных трубчатых костей на основании анализа данных о ранних послеоперационных осложнениях у больных, перенесших разные виды МОС. На основании этих данных проведен поиск прогностических критериев для создания математической системы моделирования течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших металлоостеосинтез по поводу переломов длинных трубчатых костей.

Пациенты и методы. За анализируемый период МОС был проведен 727 пациентам в возрасте от 18 до 96 лет. При среднем возрасте больных $46,3 \pm 6,7$ лет большинство (484 чел. - 66,6%) пациентов составили мужчины. Кроме травмы у большинства больных (513 чел. - 70,6%) выявлялось, как минимум, одно сопутствующее заболевание. Наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, что, несомненно, не могло не отразиться на течении послеоперационного периода. Показатель послеоперационной летальности отмечен на уровне 2,3% (17 наблюдений). Причинами случаев летальных исходов оказались: острый инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии – 11 случаев; острое нарушение мозгового кровообращения – 2 наблюдения; в 2 случаях отмечена нарастающая полиорганная недостаточность; у 2 человек развилась пневмония. Выписаны 710 человек. Осложнения в зоне вмешательства в раннем послеоперационном периоде развились у 40 из них (5,6%). Как правило, это были гематома (8 наблюдений), лимфоррея (6 случаев), нагноение послеоперационной раны (у 21 больного), лигатурные свищи (у 5 пациентов).

Результаты. Выявлено, что на развитие ранних гнойных послеоперационных осложнений влияют такие прогностические критерии как: возраст, пол, характер и

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

компенсация сопутствующей патологии, качество предоперационной подготовки, длительность предоперационного периода, условия проведения и длительность операции, наличие интраоперационных осложнений, объем интраоперационной кровопотери и др.

Все эти факторы оценены количественно. На основании последнего создан программный продукт, позволяющий прогнозировать осложнения в зоне хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Использование данного программного продукта в пилотном формате позволило прогнозировать осложнения с вероятностью 80% и обеспечить снижение их частоты в 1,5 раза.

Заключение. Таким образом, прогноз развития ряда осложнений послеоперационного периода, а также выявление факторов риска возможны на основании количественной оценки прогностических критериев, позволяет на дооперационном этапе прогнозировать осложнения и целенаправленно заниматься их профилактикой до операции, во время вмешательства и после него.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АРТРОСКОПИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Найденов Александр Александрович (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Богданов Андрей Николаевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»; Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Скулкин Андрей Валерьевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Ключевые слова: артроскопия, пластика передней крестообразной связки, хондро-пластика.

Актуальность и цели. Продемонстрировать современные возможности травматологического отделения многопрофильной больницы в лечении пациентов с травмами и заболеваниями крупных суставов.

Пациенты и методы. За последние 5 лет, в СПб ГБУЗ «ГБ № 26» выполнена 731 артроскопия коленного и 28 – плечевого сустава. Из них, резекция мениска – 298; шов мениска – 18; пластика передней крестообразной связки - 152; пластика задней крестообразной связки - 5; мозаичная хондроластика - 51; холодно-плазменная хондроластика- 122; удаление костно-хрящевых тел – 38; артроскопия при остеосинтезе надколенника и импрессионных переломах большеберцовой кости выполняли в 15 и 16 случаях со-ответственно. Малоинвазивная аутоластика сухожилием полусухожильной мышцы внутренней боковой связки надколенника при

привычном вывихе была выполнена в 35 случаях. Оперативные вмешательства выполняли на оборудовании Karl Storz.

Результаты. Среди осложнений в раннем послеоперационном периоде имели место послеоперационные синовиты - 3 случая; разрыв аутотрансплантата – в 2-х случаях. Рецидив передне-латеральной нестабильности коленного сустава – был в 1 случае. Следует отметить, что работу врача существенно затрудняет поздняя обращаемость пациента, которая имела место в 52% случаев. Запущенные случаи увеличивают койко-день, усложняют методику операции.

Заключение. Силами отделения проводится регулярная просветительная работа, прочитаны лекции по заболеваниям крупных суставов врачам в поликлиническом звене Московского, Кировского и Фрунзенского районов. В перспективе, мы считаем целесообразным врачам стационаров 2 раза в месяц проводить выездные приемы на базе поликлиник и травматологических пунктов для ранней диагностики и лечения пациентов с травмами и заболеваниями крупных суставов. Это позволит снизить процент поздней обращаемости и улучшить функциональные исходы лечения.



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, В РАМКАХ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL ORTHOPEDICS», В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Конарев Александр Михайлович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Санкин Артем Витальевич (ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»)

Ключевые слова: таз, перелом, нестабильный, ВЧКДО, канюлированные, экстракортикальный, треугольный, остеосинтез, ЗМХЛ, damage control.

Цель исследования. Сравнительный анализ ближайших исходов и отдаленных функциональных результатов лечения множественных нестабильных переломов костей таза у пострадавших с сочетанной травмой при консервативном и различными видами оперативного лечения в рамках третьего этапа тактики «damage control orthopedics».

Материалы и методы. Материалом для исследования стал сравнительный анализ ближайших исходов и отдалённых результатов лечения 70 пострадавших с нестабильными переломами костей таза типа В и С по классификации АО, тяжесть состояния которых составляла 21-31 балл по шкале «ВПХ-СП» и расценивалась как «тяжёлое». При этом, ретроспективно оценены исходы лечения 20 пострадавших, лечившихся в 2010 - 2011 гг. консервативными методами и составивших

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

контрольную группу. Материал собственного исследования составили 50 пациентов с аналогичной патологией, лечившихся современными хирургическими методами в ГБУЗ «Елизаветинская больница» с 2012 по 2015 гг. на базе 5-го хирургического отделения для больных с сочетанной травмой. По классификации M.Tile переломы типа В составили 68,6% (n=48), переломы типа С составили 31,4% (n=22).

Результаты: В качестве ближайших исходов лечения пострадавших с ТСТ, сопровождающимися множественными нестабильными переломами костей таза, были избраны две группы клинических признаков: 1-я – признаки, характеризующие травматичность оперативного вмешательства, такие как объём интраоперационной кровопотери и продолжительность оперативного вмешательства и 2-я – признаки, характеризующие течение травматической болезни пострадавших в стационаре, такие как частота и виды осложнений травмы и длительность стационарного лечения пострадавших.

Наименьшей кровопотерей (41 мл) сопровождался ВЧКДО. Немного большей была кровопотеря при чрескожном остеосинтезе канюлированными винтами - в среднем она составила 79 мл. При использовании комбинированного остеосинтеза кровопотеря была в 2 раза больше и составила 156 мл, а при открытом внутреннем остеосинтезе – интраоперационная кровопотеря была максимальной - 433 мл.

Наименьшее время оперативного вмешательства, при обоих видах переломов тазовых костей, было при способе ВКЧДО: от 18 минут при переломах типа В до 30 минут при переломах типа С. Минимально инвазивный чрескожный остеосинтез канюлированными винтами продолжался 62 минуты при переломах таза типа В и 91 минуту при переломах типа С. Максимальное время оперативного вмешательства приходилось на комбинированный и открытый остеосинтез.

В 1-й группе пострадавших, которые лечились консервативными способами, осложнения возникли у всех пострадавших. Все пациенты перенесли тяжелую госпитальную пневмонию, сопровождающуюся развитием дыхательной и сердечной недостаточности - типичные для ТСТ висцеральные ИО. У всех пострадавших, лечившихся консервативно, развились пролежни 2-3 степени в области крестца и пяток, а в случаях лечения в гамаке - у 5-ти пациентов (25,0%) пролежни 2-3 степени развились ещё и в области больших вертелов бедренных костей. В 5-ти случаях у пострадавших развились тяжёлые неинфекционные осложнения: 4-х пациентов (20,0%) развилась ТЭЛА и у 1-го - тромбоз глубоких вен нижних конечностей (5,0%). У пострадавших, лечившихся хирургическими способами, частота развития осложнений была в три раза ниже и составила 38,0%. Неинфекционные осложнения развились у 5-ти пострадавших: в 3-х случаях (6,0%) развилась ТЭЛА и в 2-х - тромбоз глубоких вен нижних конечностей (4,0%). Инфекционные осложнения развились у 19-ти пострадавших (38,0%): у 18-ти пациентов были диагностированы внутрибольничные пневмонии (36,0%), а у 4-х – местные ИО (8,0%) в виде нагноения

послеоперационной раны у 1-го пациента после открытого остеосинтеза и инфекционно-воспалительных процессов в местах стояния стержней аппаратов у 3-х пострадавших.

Наибольшая длительность лечения пострадавших с ТСТ характерна для консервативных способов лечения нестабильных переломов костей таза: 62,3 суток при переломах типа В и 69,1 суток при переломах типа С. При этом, она на 22,7 суток выше, чем при наименее эффективном хирургическом способе лечения переломов типа В, и на 23,6 суток выше – при переломах типа С. Во многом эффективность хирургического лечения нестабильных переломов костей таза при ТСТ обусловлена тем, что все они проводились по тактике ЗМХЛ. Среди хирургических способов лечения нестабильных переломов костей таза наиболее эффективным по этому показателю является чрескожный остеосинтез канюлированными винтами; средняя длительность стационарного лечения пострадавших с переломами таза типа В составила 25,3 суток, при переломах типа С – 28,3 суток. Наибольшая длительность стационарного лечения пострадавших отмечена при открытом экстракортикальном остеосинтезе: 39,6 суток при переломах типа В и 45,5 суток при переломах типа С.

Анатомо-функциональные результаты лечения множественных нестабильных переломов костей таза у пострадавших с ТСТ при консервативном лечении значительно хуже, чем при хирургическом. При консервативном лечении часто формировалась деформация таза с укорочением конечности – 20,0% и часто формировались ложные суставы тазовых костей – 25,0%. При хирургическом лечении переломов костей таза правильное сращение переломов состоялось у 86,0% пострадавших и только у 1-го пациента сформировалась деформация таза с укорочением конечности и у 6-ти – анкилозы крестцово-подвздошного и лонного сочленения. Анкилозы тазовых суставов сопровождались длительным болевым синдромом, что потребовало в дальнейшем удаления металлоконструкции из области передних и задних структур таза.

Заключение. 1. Применение хирургических способов лечения множественных нестабильных переломов костей таза на 3-м этапе тактики ЗМХЛ позволяет существенно улучшить ближайшие исходы лечения: снизить частоту развития тяжёлых осложнений в 3 раза и сократить длительность стационарного лечения пострадавших в 2 раза.

2. Применение хирургических способов лечения множественных нестабильных переломов костей таза на 3-м этапе тактики ЗМХЛ позволяет существенно улучшить отдалённые результаты лечения: добиться оптимального анатомо-функционального результата лечения у 86% пострадавших, хороших отдалённых результатов лечения у 75,5% пострадавших.

3. Лучшие анатомо-функциональные результаты лечения множественных нестабильных переломов костей таза достигаются при использовании на 3-м этапе

тактики ЗМХЛ чрескожного остеосинтеза канюлированными винтами и комбинированного остеосинтеза – 100% хороших отдалённых результатов лечения.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЫВИХОВ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.

Аболин А.Б. (СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница", кафедра общей хирургии СПбГУ, кафедра военной травматологии и ортопедии ВМедА им. С.М. Кирова)

Образцов Б.Б. (СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница")

Ручкин А.С. (СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница")

Ключевые слова: перелом шейки бедренной кости, эндопротезирование, задне-боковой доступ, вывих эндопротеза

Актуальность проблемы: Проблема лечения переломов шейки бедра у пожилых пациентов остается нерешенной в современной травматологии. Одно из осложнений эндопротезирования тазобедренного сустава – вывих головки эндопротеза. Несмотря на относительно небольшую частоту (не более 0,5-2% при первичном эндопротезировании в целом), для пациентов с травмой проксимального бедра, вследствие особенностей контингента, такое осложнение может стать драматичным.

Известно, что сенильный психоз осложняет лечение около 30% больных пожилого и старческого возраста. При наличии возрастных изменений личности, характерных для данной категории пострадавших, актуальность проблемы несоблюдения рекомендованного режима (запрет на внутреннюю ротацию, сгибание более 90 градусов и приведение) становится несомненной. Решение возможно с помощью хирургической профилактики вывиха эндопротеза: выбор соответствующего доступа. С точки зрения ранней реабилитации и возможности полной опоры на оперированную конечность боковые и передне-боковые доступы не очень хороши: частичное отсечение средней и практически всегда – малой ягодичных мышц в значительной степени ограничивает их применение в гериатрии. Передний доступ технически сложен, существенная частота интраоперационных переломов бедра (по данным литературы – до 2-3%, особенно в период «кривой обучения»). Задне-боковой доступ сам по себе имеет более высокую частоту вывихов по сравнению с другими группами.

Активный интерес с разработкой хирургических доступов с целью снижения хирургической травмы, имеющий место с начала века, проявился внедрением в широкую практику значительного количества новых подходов к суставу.

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Материалы и методы: с 2008г. во 2-ом травматологическом отделении используется разработанный модифицированный задне-боковой доступ к суставу, позволяющий не ограничивать объем движений в суставе. Суть метода заключается в задне-нижней капсулотомии: сохраняются грушевидная, обе лизнецовые и внутренняя запирающая мышцы; отсекается лишь квадратная мышца бедра. В отличие от традиционного доступа, не требуется значительный кожный разрез, вправление головки эндопротеза также имеет свои технические особенности.

По разработанной методике с 2008г. прооперировано 454 пациента с переломами шейки бедренной кости. В 395 случаях (87%) произведено биполярное эндопротезирование, остальным 59 больным (13%) – однополюсное, из последних – 29 моноблока конструкции Мура и Томпсона. Поло-возрастной состав: 362 женщины (79%) и 92 мужчины (21%), средний возраст 80,5 лет. Средний возраст пациентов мужского пола составил 78,8 лет (от 55 до 97 лет), женщины были несколько старше – 81,0 лет (50-90 лет).

Результаты: внутригоспитальная летальность составила 6,2 % (28 человек). Следует отметить, что летальные исходы относительно чаще наблюдались у пациентов мужского пола – 9 исходов из 92 операций у мужчин (9,8%) против 19 умерших женщин (5,2%).

Гнойно-септические осложнения выявлены у 8 пациентов (1,76%), при этом в 5 случаях произведена ранняя (до 15 суток после первичного вмешательства) ревизия, санация и дренирование послеоперационной раны, что в 2-х случаях (40% ревизий) позволило купировать инфекцию и благополучно выписать пациентов. Еще у 1 больной инфекционный процесс выявлен через месяц после операции, что потребовало удаления эндопротеза, еще 2 пациентов скончались в стационаре вследствие нарастающей полиорганной недостаточности, ревизионное вмешательство было противопоказано по состоянию пациентов. Следует особо отметить, что все 8 эпизодов глубокой инфекции были отмечены у больных с биполярными эндопротезами; частота данного осложнения в группе биполярного эндопротезирования составила 2,0%. Также обращает на себя внимание, что частота инфекционных осложнений у мужчин составила 2,2%, а у женщин – 1,7%, однако, данные различия статистически недостоверны.

Из других осложнений следует особенно отметить невралгию малоберцовой порции седалищного нерва, характерную для задне-бокового доступа. В нашей группе наблюдений было отмечено 2 таких осложнения (0,4%), что не превышает данных большинства исследований. Вывих эндопротеза за весь период наблюдения отмечен лишь у 1 пациента (0,2%).

Обсуждение. Лечение больных пожилого и старческого возраста представляет собой комплексную медико-социальную проблему. В некоторых клиниках создаются мультидисциплинарные бригады, состоящие из хирургов-ортопедов, геронтологов,

VII РАЗДЕЛ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

анестезиологов, реабилитологов и психологов; результаты лечения становятся существенно лучше. Основным ограничением являются финансовые затраты. В условиях стационаров экстренной помощи основной задачей хирурга является хирургическая реабилитация пациента, позволяющая не ограничивать больного в любых движениях после операции.

Вывих эндопротеза – тяжелое осложнение. Отсутствие комплаэнтности, старческий делирий, сопутствующая энцефалопатия, которые нередки у данной группы пострадавших ставит перед хирургами принципиальные задачи, которые могут быть частично решены применением разработанного доступа.



ЗНАЧЕНИЕ РЯДА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У МУЖЧИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ.

Старцев Владимир Юрьевич (ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»)

Дударев Виктор Андреевич (ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»)

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей, диагностика.

Актуальность и цели. Гиперплазия предстательной железы (ГПЖ) и ассоциированные с ней симптомы нижних мочевых путей (СНМП) – распространенная патология у мужчин старшей возрастной группы. При проведении диагностики СНМП у больных ГПЖ наиболее высокой ценностью обладает комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Однако, эта методика нечасто применяется в рутинной практике, что обусловлено недостаточной материально-технической оснащенностью медицинских организаций и инвазивностью данной методики. Цель данного исследования – оценить показатели специфических биомаркеров крови и мочи в качестве факторов прогноза развития СНМП у больных ГПЖ.

Пациенты и методы. В исследование включены 26 больных ГПЖ в возрасте 51-76 лет (средний возраст $62,5 \pm 3,5$ лет) и распределены в две группы: основную и контрольную. В состав группы А включены 16 пациентов, с показаниями к хирургическому вмешательству по поводу обструктивного компонента СНМП – инфравезикальной обструкции (ИВО), в том числе 3 больных с эпицистостомическим дренажом и 1 пациент с конкрементом мочевого пузыря. Контрольную группу (группа В) составили 8 пациентов с СНМП с ИВО начальной степени, получавших консервативное лечение. Основными критериями отбора и разделения больных на группы послужили параметры КУДИ, УЗ-исследования органов малого таза (с определением внутрипузырной протрузии, толщины стенки мочевого пузыря, объема остаточной мочи и проч.), результаты опросника IPSS и культуральных исследований мочи и секрета простаты. Проведена оценка уровней следующих составляющих (мочи и крови): альбумин, кальций, фосфор, железо, магний, мочевая кислота, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза. Вероятными маркерами степени СНМП, связанных с ГПЖ, определены показатели цистеина, глутатиона, цистеин-глицина, гомоцистеин-глутатиона, а также уровни щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы и

креатинфосфокиназы.

Результаты. В результате проведенных клинико-лабораторных исследований у больных ГПЖ получены статистически значимые параметры: критерии шкалы IPSS, результаты УЗ-исследования и показатели КУДИ различались достоверно у больных обеих групп ($p < 0,05$). При сопоставлении данных лабораторного исследования, выявлены различия уровня креатинфосфокиназы крови (КФК), фермента мышечной ткани, участвующего в реакциях синтеза АТФ (у больных группы А – 132,38 ед/л, в группе В – 99,0 ед/л). У пациентов группы А, с высокими (максимальными) значениями концентрации данного фермента (до 560,73 ед/л), выявлена более выраженная гипертрофия мышечного слоя стенки мочевого пузыря, в сравнении с пациентами контрольной группы.

Заключение. Выявленные изменения уровня КФК крови у пациентов с ГПЖ позволяют предположить диагностическую значимость фермента креатинфосфокиназы для диагностики степени нарушений мочеиспускания. Исследования в данном направлении продолжены.



КОРРЕКЦИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Комяков Борис Кириллович (СПб ГБУЗ «Городская Многопрофильная больница №2», отделение урологии)

Акимов Александр Николаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Тагиров Наир Сабирович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Гаджиев Нариман Казиханович (ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, клиника №2)

Абумислимов Эльдар Казиахмедович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Мусаев Султан Абдулаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, гипогонадизм, лечение перкутанная.

Ведение. Мочекаменная болезнь (МКБ) бесспорно являясь одним из наиболее распространенных урологических заболеваний, занимает лидирующую позицию по отношению к остальным урологическим нозологиям. Актуальность данного

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

заболевания до сих пор объясняется тем, что: Риск камнеобразования в течение жизни от 2 до 22% людей; в 65-70% - это молодой и трудоспособный возраст, у 80-90% больных рецидив в течение 10 лет после первого эпизода, рецидив в течение 3 лет без профилактики – 40%; ежегодный прирост заболеваемости в мире 4-5%; в большинстве случаев МКБ носит идиопатический характер; МКБ – одна из основных причин хирургических вмешательств в урологической практике. По данным эпидемиологических исследований частота МКБ в развитых странах неуклонно увеличивается (Romero V. 2010, Assimos D.G. 2012). МКБ является одним из наиболее распространенных заболеваний и по некоторым данным на ее долю в урологических отделениях приходится до 40 -52%, а среди всех заболеваний почек до 59,6 % (С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук, 2012). При этом до 70% пациентов с МКБ болеют в наиболее трудоспособном возрасте - от 30 до 60 лет (Аполихин О.И. и соавт. 2008; Bartoletti R. et al., 2007; Yasui T. et al., 2008). Около 70% поступающих в урологические отделения в экстренном порядке – больные с МКБ [Борисов В. В., 2011, Тиктинский О.Л., 2000]. Расходы здравоохранения в США на диагностику и лечение МКБ болезни составляют около 2,1 миллиардов долларов в год. В Российской Федерации также отмечается неуклонный рост числа пациентов с МКБ (Аполихин О.И. и соавт., 2016.) В 2016 г. Заболеваемость в РОССИИ составила 520 человек на 100 000 населения. Зарегистрированных пациентов всего (абсолютное число): в 2003 году - 635 812; в 2016 году – 857 701. Прирост на 35% (Аполихин О.И. 2010, Каприн АД, 2014). Зарегистрированных впервые в жизни (абсолютное число): в 2003 году 178 417; в 2016 году 218 467. Прирост на 25,5%. В РФ прямые затраты на оказание помощи при заболеваниях мочеполовой системы (амбулаторная, стационарная и скорая помощь) составляют порядка 3,85 млрд. рублей. В последнее время многие авторы стали отмечать взаимосвязь МКБ с такими диагнозами, как метаболический синдром (МС) и гипогонадизм (ГГ). Изменение образа жизни и питания людей, находящее свое выражение в эпидемии МС, ассоциирующегося с абдоминальным ожирением (АО) (объем талии ≥ 94 см), дислипидемией и артериальной гипертензией (АД $\geq 130/85$ мм рт.ст.), нарушением обмена Са, Р и Mg, рассматривается как серьезная причина развития МКБ]. АО – является основным компонент МС и рассматривается как ключевой фактор в развитии дефицита тестостерона (Т) у мужчин ГГ. Имеется четкая связь между избыточной массой тела и низким уровнем Т, так и связи между инсулин-резистентностью и снижением содержания Т у мужчин с ожирением. В последние годы метаболический синдром (МС) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В первую очередь это обусловлено широкой распространенностью МС (по данным разных авторов от 20 до 40% в популяции). Распространенность ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии и нарушения толерантности к глюкозе (компонентов МС) существенно выше в мужской популяции, по сравнению с женской, что определенно говорит в пользу гендерного

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

подхода к лечению МС. Мочекаменная болезнь (МКБ) имеет весьма широкое распространение и встречается в 3% случаев всех болезней. Ежегодная заболеваемость МКБ в мире составляет 0,5-5,3 %. При этом, наряду с МС, по данным большинства популяционных исследований, распространенность МКБ в мужской популяции существенно выше. Только сравнительно недавно было обращено внимание на взаимосвязь МС и МКБ. АО, АГ, гипергликемия и СД 2-го типа независимо коррелирует с повышенным риском нефролитиаза, а наличие одновременно 4 и более компонентов МС, увеличивает риск развития МКБ примерно в 2,6 раза. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации урологов, исключение гипогонадизма рекомендуется всем мужчинам, имеющим висцеральное ожирение, МС и СД 2-го типа. Гипогонадизм часто ассоциирован с повышенной экскрецией кальция и мочевой кислоты, сниженным выделением с мочой цитрата и магния, наряду со снижением маркеров костеобразования и повышением маркеров костной резорбции. Какова же роль ГГ в развитии МКБ? Данные последних зарубежных и отечественных исследований показывают, что частота уролитиаза у мужчин с гипогонадизмом на фоне метаболического синдрома превышает таковую у мужчин без метаболических нарушений, гипогонадизм нарушает физико-химические свойства мочи, способствуя камнеобразованию у гипогонадных мужчин, Гипогонадизм – фактор риска остеопороза у мужчин, что сопровождается гипер-Са-емией и гипе-Са-урией, при андрогенном дефиците в сочетании с МС, риск развития МКБ связан с развитием: гиперинсулинемии и инсулинрезистентности, что понижает рН мочи, повышением экскреции мочевой кислоты, оксалатов и кальция, снижением экскреции цитратов и магния. В связи с тендерными особенностями распространенности МКБ и МС, а именно, более высокой встречаемостью этих двух заболеваний в мужской популяции, нами была предпринята попытка изучить влияние коррекции гипогонадизма на развитие МКБ и МС у мужчин.

Цель исследования: оценить влияние коррекции гипогонадизма на основные биохимические факторы риска МКБ у мужчин с МС, изучить влияние корреляции гипогонадизма на них для оптимизации профилактики и лечения МКБ у данной категории больных, определить безопасность заместительной терапии андрогенами у пациентов с МКБ и МС.

Материалы исследования. В исследование было включено 150 пациентов мужского пола с МКБ и МС, находившихся на лечении в урологическом отделении СПб ГБУЗ «СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы». Средний возраст пациентов составил 45,4 (39-55) лет. Хирургическое лечение использовалось у 45% пациентов. У всех больных лабораторно подтвержден гипогонадизм, согласно рекомендациям Европейской Ассоциации урологов – Т ниже 12 нмоль/л (средний уровень Т составил 10,3 нмоль/л). Основным критерием абдоминального ожирения является окружность талии (ОТ). Окружность талии пациентов, включенных в

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

исследование в среднем составил 114 см. Диагноз МКБ был верифицирован путем клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентов. Проводился анализ рутинных показателей клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, концентрации кальция, магния и фосфора в крови и моче. В качестве маркера эффективности терапии оценивалась концентрация тестостерона в крови до и на фоне лечения, показатели УЗИ картины почек, талии, данные денситометрии костей, показатели функционального состояния почек и рецидивы МКБ. Всем пациентам рекомендовали рациональное сбалансированное питание с ограничением потребления жиров животного происхождения, легкоусваиваемых углеводов, поваренной соли; указывалось на необходимость повышения физической активности (рекомендовалось как минимум ежедневная активная ходьба быстрым шагом до 30-40 минут в день до состояния усталости), обильное питье не менее 2 л в сутки. Заместительная терапия андрогенами проводилась внутримышечным введением препарата тестостерона ундеканоата («Небидо») по схеме 1 раз в 12 недель (в течение 12, 18 и более месяцев). Данный препарат –депо, который постепенно высвобождается из депо и почти полностью расщепляется на тестостерон и ундекановую кислоту. Почти у всех больных терапию начинали 1% трансдермальной формой тестостерона – Андрогелем, который является более мягким препаратом, действует сутки и повышает уровень тестостерона всего на 8 единиц. При отсутствии осложнений, терапию начинали в/м введение «Небидо». В процессе лечения осложнений не отмечено, самочувствие пациентов не страдало. Этапы исследования: При поступлении*, Во время лечения, Через 6 месяцев*, Через 12 месяцев* и Через 5 лет.

Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что коррекция гипогонадизма у мужчин с МС и МКБ оказывает положительное влияние на антропометрические показатели, приводя к уменьшению выраженности АО, приводит к нормализации содержания в крови и моче Са, Р и Mg, вызывает значимое снижение концентрации в крови общего холестерина, ЛПНП, ТГ и повышает ЛПВП, являясь также профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний; заместительная терапия андрогенами приводит к нормализации концентрации Т и ГСПГ в крови, коррекция гипогонадизма привела к снижению содержания мочевой кислоты в крови и почечной экскреции мочевой кислоты, использование заместительной терапии андрогенами приводит к улучшению функции почек, нормализации минеральной плотности костной ткани и не сопровождается никакими клинически значимыми осложнениями, коррекция гипогонадизма снизило количество рецидивов МКБ, что может быть ключом к решению проблемы МКБ у таких пациентов, с учетом тесной этиопатогенетической взаимосвязи МКБ и МС.



ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Комяков Борис Кириллович (СПб ГБУЗ «Городская Многопрофильная больница №2», отделение урологии)

Акимов Александр Николаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Тагиров Наир Сабирович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Гаджиев Нариман Казиханович (ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, клиника №2)

Абумислимов Эльдар Казиахмедович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, перкутанная литотрипсия, лечение камней почек.

Высокая распространенность мочекаменной болезни (МКБ) в популяции, достигающая показателей 5-20% населения развитых стран с ежегодным приростом, в течение многих десятилетий приводит к совершенствованию диагностических методов, развитию новых технологий оперативного лечения и поиску эффективных механизмов метафилактики. На сегодняшний день в Российской Федерации заболеваемость уrolитиазом составляет порядка 550,5 человек на 100 тыс. населения, при этом прирост за период с 2002 по 2012 год превысил 25%. В этом свете социальная значимость МКБ в последние годы обретает новую актуальность. При этом отмечается смещение заболеваемости в сторону пожилых групп населения и составляет 8,8 % - у мужчин и 5,6 % - у женщин в группе 65 - 69 лет по сравнению с 3,7% и 2,8 % соответственно в группе 30 - 34 лет. По данным эпидемиологических исследований, частота уrolитиаза в западных странах также не стоит на месте и за последние два десятилетия удвоилась, при этом именно в последние годы наблюдается прирост заболеваемости. Вместе с тем растет и количество выполненных операций, так с 1999 года в США количество ежегодно выполняемых перкутанных нефролитотомий (ПНЛ) по поводу крупных и коралловидных камней почек возросло на 47%. К сожалению в нашей стране до сегодняшнего дня отсутствовала возможность аналогичного подсчета и анализа выполненных ПНЛ. Мы представляем данные свыше 1000 перкутанных нефролитотомий из «Национального реестр

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

хирургического лечения мочекаменной болезни» по трем российским городам: Санкт-Петербург, Москва и Муром.

Материалы и методы: На базе ФГБУ ВЦЭРМ в 2013 году создан первый Российский регистр по проблеме хирургического лечения мочекаменной болезни. Проект получил название «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» (НРХЛ-МКБ) и был официально представлен на XIV Конгрессе Российского общества урологов в 2014 г в Самаре. При создании данного регистра мы учли потребности практикующих урологов, а также опыт зарубежных коллег. Структура реестра включает 4 основных раздела: 1) карта пациента, 2) карта операции, 3) карта наблюдения и 4) графики, диаграммы, таблицы.

Основным документом является «Карта пациента». Как правило, она заполняется первично при госпитализации пациента для оперативного лечения. Карта пациента состоит из нескольких блоков: «основная информация» и «общие и контактные данные». Заполнение контактных данных о пациенте необходимо для связи с ним и проведения отдаленных наблюдений. В этом разделе отмечается, что пациент дает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом РФ № 152-ФЗ «О персональных данных».

Просмотр персональных идентификационных данных возможен только пользователю-урологу создавшему «Карту пациента». Несмотря на то, что администратор реестра имеет доступ к базе данных, вся персональная информация для него не доступна и выводится в зашифрованном виде. В подразделе «общих данных» о пациенте при помощи графического блока вносится информация предоперационных визуализационных исследований (ультразвуковое исследование, обзорная и внутривенная урография или компьютерная томография) об общем количестве, локализации, размерах и плотности камней.

В разделе «Карта операции» вносится информация о виде, количестве операций в хронологическом порядке с указанием дат. Помимо этого в здесь указываются результаты предоперационного посева мочи. Послеоперационные осложнения указываются в соответствии с современными требованиями по системе Clavien. Также в карте операции указывается stone free rate (SFR), а также способ и длительность дренирования почки. «Карта наблюдения» является третьим разделом и напрямую зависит от указанной даты операции. В данном разделе возможно указать тип метаболического нарушения, а также характер выданных рекомендаций: консервативное и/или медикаментозное лечение. Дата следующего визита с возможностью оповещения по электронной почте также предусмотрена.

В реестре также реализована возможность отображения графической информации и автоматического построения графиков, диаграмм и таблиц на основе текущих данных. С момента работы в реестре зарегистрировались 70 урологов из 41 хирургического центра. Наибольшую активность в заполнении реестра принимают 14

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

урологов из 8 центров, данные которых и были проанализированы в данной публикации.

Результаты: С марта 2014 по октябрь 2016 года проанализированы данные внесенных в реестр 1032 пациентов с камнями почек, которым было выполнено 1183 перкутанные операции. Из них 846 (71%) операции пришлось на стандартную ПНЛ, и 337 (29%) пациентов - мини-ПНЛ. SFRв исследовании составил 83%. После стандартной ПНЛ 726 (85.8%) пациентов дренировались нефростомой, в 76 (9%) устанавливался стент, и только в 44 случаях (5.2%) бездренажное ведение. В группе пациентов с мини ПНЛ ситуация обстоит несколько иначе: 209 (62%) пациентов дренированы с помощью нефростомы, 82 (24%) пациента с помощью стента и 46 (14%) пациентов по бездренажной методике (табл. 1).

Таблица 1

Распределение по видам ПНЛ и характеру послеоперационного дренирования

Вид ПНЛ	Нефростома	Стент	Бездренажная методика	
Стандартная ПНЛ	846 (71%)	726 (85.8%)	76 (9 %)	44 (5.2%)
Мини-ПНЛ	337 (29%)	209 (62%)	82 (24%)	46 (14%)

Осложнения оценивали по классификации Clavien. Так 912 пациентов (77%) не имели осложнений. Осложнения первой группы (Clavien I) встречались у 153 пациентов (12.9%): послеоперационная лихорадка наблюдалась у 74 пациентов, транзиторный подъем концентрации креатинина наблюдался у 79 пациентов, кровотечения отмечены у 123 (10,3%) пациентов, однако гемотрансфузии потребовались лишь в 76 случаях (6,42%) - Clavien II. Осложнения Clavien III, включающее необходимость установки стента вследствие обтурации сгустками или фрагментами камня ипсилатерального мочеточника после удаления стента, развитие артериовенозной фистулы или псевдоаневризмы, требующей сверх-селективной эмболизации отмечены у 32 (2.7%) пациентов. Повреждение соседних органов (печени в 4 случаях 0.3%, толстого кишечника в 1 случае 0,08%) составляют IV группу осложнений по Clavien. Уросепсис отмечен у 12 пациентов (1.01%), представляющий IVб группу, вероятнее всего обусловлен хирургией инфекционных камней (табл. 2).

Таблица 2

Осложнения по классификации Clavien

Осложнения по Clavien	Количество
0	912 (77%)
I	153 (12.9%)
II	69 (5.8%)
IIIa-б	32 (2.7%)
IVa-б	17 (1.09%)

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

Под наблюдением в послеоперационном периоде остались всего 73 пациента (6.17%) - вероятнее всего составляющих группу пациентов с рецидивным камнеобразованием.

Обсуждение: Согласно Российским и Европейским клиническим рекомендациям первой линией лечения пациентов с камнями почек более 2 см коралловидными камнями почек - является перкутанная нефролитотомия. При этом, несмотря на свою малую инвазивность и относительную безопасность метод не лишен осложнений и не гарантирует SFR. Только неукоснительное соблюдение техники операции, а также учет собственных ошибок на будущее могут помочь в улучшении собственных результатов. Большим подспорьем в этом являются инструменты направленные на обобщение имеющихся материалов - реестры или регистры. Необходимость создания подобного инструмента в отношении хирургического лечения МКБ в нашей стране, сведения в котором будут постоянно обновляться, контролироваться и статистически обрабатываться, в российском урологическом сообществе обсуждалась уже давно. В 2013 году на базе ФГБУ ВЦЭРМ им АМ Никифорова МЧС России был создан первый Российский реестр по проблеме хирургического лечения мочекаменной болезни - «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни».

Созданный реестр обладает рядом несомненных позитивных сторон: непрерывный сбор и анализ информации, а также доступность её для всех участвующих в исследовании учреждений здравоохранения позволяет оценивать качество медицинской помощи и намечать пути для её улучшения согласно общепринятым стандартам диагностики и лечения пациентов с данной патологией, создавая платформу для открытого обсуждения этих важных вопросов. В качестве первого шага мы попытались проанализировать данные урологов 8 хирургических стационаров расположенных в 3-х города Российской Федерации: Санкт-Петербург, Москва и Муром. Согласно полученным данным суммарный SFR по всем центрам составил 83%, что немногим выше данных приведенных CROES регистром – в котором эта цифра составила 75.7%, что в целом примерно сопоставимо с нашими данными. Не исключено, что столь высокая цифра в нашем исследовании является результатом гетерогенности методов послеоперационной оценки SFR среди участвовавших в исследовании центров – УЗИ, обзорная урография, КТ. По данным регистра пациенты после стандартной ПНЛ по большей части дренируются с помощью нефростомы, тогда как после мини-ПНЛ чаще стентом либо и в меньшей степени по бездренажной методике. Возможно это связано с меньшей степенью кровоточивости при мини- ПНЛ, что в принципе подтверждается рядом исследований и как следствие с меньшим риском обтурации полостной системы сгустком с развитием почечной колики. При этом важно понимать что дренирование стентом или по бездренажной методике может значительно сократить длительность пребывания пациента в стационаре, с соответствующей финансово-экономической выгодой. К большому сожалению

процент пациентов получивших бездренажную ПНЛ, а также оставшихся под послеоперационным наблюдением ничтожно мал для всех без исключения участвовавших в данном исследовании центров - возможно это связано либо с большой хирургической нагрузкой и отсутствием свободного времени у врачей либо недостаточным уровнем современных знаний о методах метафилактики у врачей, а также отсутствия понимания необходимости и важности метафилактики у пациентов. Не секрет, что ПНЛ сопряжена с риском развития различного рода осложнений, так по данным DelaRossette и соавт. в исследовании CROES включавшем в себя 5 803 пациента было показано что, наиболее частыми осложнениями были послеоперационная лихорадка (подъем температуры тела выше 38 градусов) 598 (10,5%) и кровотечение 446 (7,8%). При этом авторы отмечают, что проведение гемотрансфузии потребовалась только 328 (5,7%) пациентам. Наши данные вполне соответствуют международным, что свидетельствует о соблюдении общепринятой техники выполнения операции и раннего послеоперационного ведения пациентов. Приведенные данные имеют ряд недостатков, о которых нельзя не упомянуть:

1) «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» собирает информацию, которая вносится урологами на добровольных началах и потому вряд ли охватывает все выполненные операции, более того категория коллег активно участвующих в заполнении регистра могут иметь более лучшие результаты, чем те кто не подает данные в регистр, однако с увеличением информированности урологов есть надежда, что все больше коллег подключатся к этому процессу.

2) Добровольный характер занесения информации может привести к тому, что какие-то осложнения или характер SFR могут заноситься неверно, однако необходимо, чтобы коллеги понимали - абсолютно все вводимые персональные данные пациентов анонимны для остальных коллег и даже для администратора регистра без исключения и именно результаты лечения непосредственно будут основой для внутреннего и внешнего аудитов.

На настоящий момент регистр насчитывает более 1000 операций с активным участием множества урологов и мы надеемся эта тенденция сохранится и количество участвующих урологов будет неуклонно расти. Однако нужно понимать, что полученные данные имеют предварительный характер и дальнейшее заполнение данного Реестра урологами нашей страны позволит дать ответы на многие вопросы касательно хирургического лечения крупных и коралловидных камней.

Заключение: Первый анализ результатов «Регистра» демонстрирует положительные тенденции в хирургическом лечении больных с камнями почек в стационарах Российской Федерации: преобладание эндоурологических методик, над открытыми операциями говорит о положительной динамике в смене хирургической парадигмы лечения МКБ в нашей стране, уровень заявленных осложнений хирургического лечения МКБ в отдельных центрах соответствует общемировым

данным, достаточно невысокое использование бездренажных методик после ПНЛ и низкий процент послеоперационного наблюдения пациентов указывает на необходимость акцентирования внимания на данный аспект.



РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПОЧЕК, АПОСТЕМАТОЗНЫХ НЕФРИТОВ, ПАРАНЕФРАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ. ОПЫТ РАБОТЫ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СПб ГБУЗ “ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 26” ЗА 2012-2016 ГГ.

Тиктинский Николай Олегович, Долаберидзе Заза Георгиевич, Шиндяпин Сергей Владимирович (СПб ГБУЗ “Городская больница № 26”).

Ключевые слова: ретроперитонеоскопия, абсцесс, паранефрит

Актуальность и цели. Продемонстрировать высокотехнологичность, малоинвазивность и наибольшую адекватность дренирования гнойных внебрюшинных полостей, резекций почек в зоне абсцедирования по сравнению с люмботомической и пункционной методиками.

Пациенты и методы. С 2012 по 2016 гг. нами было прооперировано 66 пациентов (47 женщин и 19 мужчин) с абсцессами почек, апостематозными нефритами, ограниченными внебрюшинными абсцессами. Возраст больных от 19 до 85 лет. 49 пациентам была выполнена люмботомия, 17 – ретроперитонеоскопия. Пункция и дренирование паранефрального абсцесса выполнено у 14 больных. Люмботомическая методика применялась пациентам с более массивными гнойными процессами в почках и паранефрии, а также больным с паранефральным инфильтратом или ранее перенесенными хирургическими вмешательствами в зоне гнойного очага. Пункция и дренирование абсцессов под контролем УЗИ выполнялись наиболее тяжелым, гемодинамически нестабильным больным. Ретроперитонеоскопические эндовидеохирургические (ЭВХ) операции были выполнены больным в средне тяжелом состоянии в возрастном диапазоне от 19 до 27 лет.

Результаты. 6 из 14 пациентов с пункцией паранефральных абсцессов пришлось повторно пунктировать и дренировать гнойные полости. Больным с люмботомической санацией и дренированием паранефрального пространства требовались неоднократные смены дренажных трубок, длительный туалет ран, заживление ран вторичным натяжением. Всем 17 больным, перенесшим ретроперитонеоскопическую ЭВХ операцию не потребовались смена дренажей, открытое ведение ран и повторные операции. Средний койко-день в данной группе пациентов (ЭВХ) 7 дней, у больных с открытым дренированием – 26 .

Интраоперационное и послеоперационное кровотечение у больных с люмботомической ревизией и дренированием было у 9 пациентов, после пункционного дренирования – у 2 пациентов, после ЭВХ операций – кровотечений не было.

Заключение. Использование ретроперитонеоскопии в хирургическом лечении абсцессов почек, апостематозного нефрита и ограниченных паранефральных абсцессов позволяет уменьшить послеоперационный койко-день и минимизировать интраоперационные осложнения, в том числе, связанные с пересечением поясничных мышц, а в последующем - предотвратить образование послеоперационных грыж. Все эти преимущества ЭВХ методики позволяют рассматривать ее как основную при лечении локализованных абсцессов почек и паранефрального пространства.



СРАВНЕНИЕ ДЛТ КАК МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНАЦИИ С ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ.

Комяков Борис Кириллович (СПб ГБУЗ «Городская Многопрофильная больница №2», отделение урологии)

Акимов Александр Николаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Тагиров Наир Сабирович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Гаджиев Нариман Казиханович (ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, клиника №2)

Абумислимов Эльдар Казиахмедович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Мусаев Султан Абдулаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, перкутанная литотрипсия, лечение камней почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2008 по 2016 г к нам обратились 59 пациентов с 61 КК. КК определялись как камни выполняющие лоханку почки и большинство ее чашечек (по меньшей мере 2 из 3). Из 59 пациентов 11 ввиду противопоказаний к общей анестезии-3, дистальной обструкции-3, ожирения-1 и отказа от рандомизационного лечения-4 в исследование не вошли. Остальные же случайным порядком были размещены в группы 1 и 2. При госпитализации все пациенты были обследованы:

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

физикальный осмотр, лабораторные исследования - клинический анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки и электрокардиография. Внутривенная урография, а некоторым пациентам ретроградная или нефросцинтиграфия, выполнялась всем пациентам. Размеры камня, длина и ширина, определялись по нативной урограмме. Степень дилатации ЧЛС расценивалась соответствующим образом: 0-отсутствие, 1-незначительное, 2 - умеренное, 3-чрезмерное, 4-чрезмерное с картиной множественного каликоза. Всем пациентам, парентерально, с учетом результатов посева, предоперационно, за 24-36 часов, назначалась антибактериальная терапия. В случаях отрицательного результата посева назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия (ципрофлоксацин, клафоран, таваник). ДЛТ в виде монотерапии. ДЛТ выполнялось на литотрипторах Дорнье НМЗ. Пациенты госпитализировались за 1-2 дня до процедуры, где им тут же парентерально назначались АБП. ДЛТ проводилась под эпидуральной анестезией. Непосредственно перед ДЛТ в ипсилатеральный мочеточник устанавливался полиэтиленовый стент 5,6 Ch, для профилактики обструктивных осложнений. Для предотвращения заваливания мочеточника фрагментами конкрементов сначала дробился камень лоханки, затем камни верхней, средней и только затем нижней группы чашечек. Каждый сеанс включал 2500-3000 ударных волн на 13-25 киловольт. Большинство пациентов были выписаны на следующий день после ДЛТ. Не выписывались лишь те, которых беспокоила боль и высокая температура тела. Дальнейшее планирование лечебной тактики осуществлялось лишь после отхождения большинства фрагментов от предыдущего сеанса. Дезинтеграция считалась успешной в случае размельчения КК на осколки не превышающих 3 мм в диаметре. Стент удалялся после отхождения большинства фрагментов. Основной целью было освобождение почки от камня или наличия фрагментов не превышающих 3 мм. Послеоперационное наблюдение включающее обзорную урографию, осуществлялось в следующем порядке: 1 раз в неделю в течение 1-го месяца, а затем ежемесячно. При подозрении на обструкцию мочеточника фиксированным фрагментом проводилась в/в урография.

Во 2 группе пациентов, госпитализация осуществлялась аналогично 1-ой группе за 2 дня с одновременным назначением АБП. ПНЛТ выполнялась в два этапа. На 1-м этапе в рентгеноперационной под местной анестезией и в/в седацией устанавливалась нефростома через нижнюю группу чашечек. Межреберный доступ через верхнюю группу чашечек выполнялся у 6-ти пациентов. При крупных «полных» КК мы предпочитаем межреберный доступ через верхнюю группу чашечек, особенно при массиве камней в верхней группе чашечек, или сложных камнях в нижней группе. Верхнечашечный доступ за счет параллельности оси ЧЛС обеспечивает доступ практически ко всем участкам ЧЛС при работе с ригидным нефроскопом. Этот метод позволять раздробить конкремент через один нефростомический ход. У 17 пациентов

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

удалось добиться размельчения камня в 90-95% через 1 нефростомический ход. Выполнение дополнительного хода потребовалось у 2 пациентов. У 4 пациентов камень удалось размельчить лишь на 80%. Нефростомический ход обычно расширялся до 22-24Ch, после чего устанавливалась нефростома. На втором этапе выполнявшимся через 2 дня, под общей анестезией, нефростомический тракт расширялся до 30 Ch с установкой коужа Амплац. Для предотвращения миграции конкрементов в мочеточник в пиелoureтеральном соустье раздувался баллон оклюзирующего катетера. Размельчение камней достигалось с помощью УЗ-литотриптора и щипцов с помощью ригидного нефроскопа. В большинстве случаев использование гибкого нефроскопа ограничивалось плохой видимостью из-за внутрилоханочного кровотечения начинавшегося через 2-3 часа после начала работы. Мы верим, что использование гибкого нефроскопа особенно оправданно при удалении фрагментов во время повторного сеанса нефроскопии. В конце процедуры пациентам устанавливалась нефростома. Нефрограмма в нашем исследовании выполнялась всем пациентам в течение 48-72 часов после операции для определения размера резидуальных камней и их количества. При наличии резидуальных фрагментов спустя 2-3 дня выполнялась ДЛТ с помощью аппарата Дорниер НМЗ.

Обе группы пациентов сравнивались по изначальному размеру камня, степени расширения ЧЛС и характера бактериальной культуры. Также сравнивались такие показатели как количество сессий трипсии, частоты использования наркотических препаратов, эпизодов почечной колики, септических осложнений, необходимость применения незапланированных манипуляций, длительность госпитализации, общая длительность лечения, бактериальная культура, безрецидивность на 12-ти месяцах наблюдения. Для статистического анализа использовался тест Фишера и тест Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты случайным порядком рассортировывались в группы ДЛТ-монотерапии (27 пациентов 1 группа) и КОТ (23 пациента 2 группа). Возраст, пол, размеры камня, степень расширения ЧЛС а также процент пациентов с положительным посевом мочи существенно не отличались друг от друга в группах. В наше исследование мы включали пациентов с КК выполняющими большую часть ЧЛС (длина КК 71 мм в 1 -ой группе, 69 мм во второй, ширина 49 мм в первой и 52 мм во второй). Степень расширения ЧЛС в обеих группах варьировала от умеренной до тяжелой. Все КК по определению в исследовании были большого объема и сложной конфигурации. Полнота избавления от КК по завершению лечения была достоверно выше во 2-ой группе (74 против 22%, $p=0.00005$). Более 50 % пациентов в 1-ой группе имели резидуальные камни с суммарным диаметром остаточных фрагментов более 16 мм, в сравнении с 8% во второй группе. Мы попытались стратифицировать полноту избавления от КК и степень расширения ЧЛС в обеих группах. Определить

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

какую либо корреляцию между двумя этими показателями не удалось. Примечательным явился тот факт, что большинство камней в нашем исследовании были большого объема. Пациенты с нормальной и незначительно расширенной ЧЛС (0 или 1 степень) в 1-ой группе имели среднюю длину КК 64 мм, ширину - 45 мм (произведение диаметров=2.88 мм²). Даже при таких показателях дилатированности ЧЛС частота избавления от КК была низкой (только у 4 из 11 пациентов, или 36% пациентов были избавлены от камней). Мы попытались оценить количество сеансов лечения необходимых для полного избавления от КК. Из 6 пациентов избавленных от КК в 1-ой группе 1 сеанс потребовался одному, 3 потребовалось 2, 1 потребовалось три, и 1 потребовалось четыре сеанса ДЛТ. Из 17 пациентов 2-ой группы избавленных от КК 4 потребовалось по одному сеансу ПКЛТ, тогда как остальным 13 пациентам ПКЛТ и по одному сеансу ДЛТ. К счастью ни у одного из пациентов первой группы мы не встретили трудностей ни с фрагментацией конкрементов (ни у одного не встретился цистиновый камень), ни со спонтанным отхождением фрагментов дезинтегрированных конкрементов. Частота осложнений в 1-ой группе была значительно выше несмотря на рутинную установку стента перед каждым сеансом ДЛТ. 15 случаев послеоперационного септического течения (температура >38.5 в течение 3-х дней) у 10 пациентов в сравнении с 2 эпизодами во второй группе (p=0.007). Все данные эпизоды требовали повторной госпитализации. «Каменная дорожка» требовавшая вмешательства была диагностирована у 3 пациентов в 1 ой группе. Единственным значительным осложнением во второй группе был 1 случай плеврального выпота леченного с помощью установки дренажа в плевральную полость и антибактериальной терапии. Случаев дисэлектролитемии, профузных кровотечений во второй группе пациентов не наблюдалось. Не смотря на инвазивность КОТ мы старались работать из одного почечного доступа, что позволяло минимизировать риск кровотечения. Необходимо отметить, что ни у одного пациента второй группы показаний к гемотрансфузий не было. КОТ была значительно болезненней что отражалось большей необходимостью послеоперационного применения наркотических препаратов (3.56 против 0.96 в 1-ой группе, p=0.002). Однако частота почечных коликов была значительно выше в 1-ой группе (0.26 против 0.04, p=0.09). Частота дополнительных незапланированных сеансов лечения была значительно выше в 1-ой группе. 8 дополнительных вмешательств потребовалось у 7 пациентов 1ой группы: установка нефростомы у 5-ти пациентов; ПКЛТ большого резидуального камня у 1-го; цистолитотрипсия камня мочевого пузыря развившегося на дистальном завитке уретерального стента у одного и этого же -КЛТ «каменной дорожки». И только одно незапланированное вмешательство – установка плеврального дренажа - потребовалось во второй группе пациентов, p=0.03. Не было существенных различий между 2 группами как при сравнении количества процедур выполненных под анестезией так и в количестве койко-дней проведенных в

стационаре. Общая длительность лечения во второй группе была значительно короче (1 против 6 месяцев в 1-ой группе, $p=0.0006$). Не найдено корреляции между степенью расширения ЧЛС и размером резидуальных камней в 1 группе ($r=0.24, p=0.22$) или во второй группе ($r=0.20, p=0.35$). Выявлена взаимосвязь между степенью расширения ЧЛС и количеством процедур выполненных под анестезией в 1-ой группе ($r=0.55, p=0.003$). В начале лечения 63% пациентов 1-ой группы и 48% пациентов второй группы и положительные «культуры» в моче. В конце лечения 33.3% и 22% пациентов имели инфекцию мочевых путей. В каждой группе был пациент у которого после лечения развивалась инфекция мочевых путей несмотря на отрицательные посеы мочи. Изменение микрофлоры наблюдалось у 4 пациентов второй группы и у 2 пациентов 2-ой группы.

ОБСУЖДЕНИЕ. Лечение КК остается одной из самых сложных и неразрешенных проблем в урологии. Пассивное ведение КК в конечном счете приведет к гибели почки и в 30 % к летальному исходу. Вот почему диагноз КК до сих пор является показанием к оперативному лечению. В прошлом анатрофическая нефролитотомия была операцией выбора при КК. Бурное развитие ПНЛТ и ДЛТ произвело переворот в оперативной тактике лечения КК. В настоящее время существует 4 альтернативные позиции ведения пациента с КК: открытая, ПНЛТ, ДЛТ и ПНЛТ+ДЛТ. В современной литературе данные по результативности имеющихся альтернативных лечебных модальностей весьма противоречивы. Несмотря на все многообразие лечебных опции необходимо помнить о главной цели- удаление всего камня без остатка - быстро и безопасно для пациента. Иными словами максимальное избавление пациента от КК с минимальными осложнениями и вторичными незапланированными процедурами. Полнота избавления от КК варьировала от 25.6% до 74.4% при ДЛТ монотерапии, и с 67.8% до 90.5% при КОТ. Осложнения и вторичные незапланированные вмешательства также имели значительное варьирование (2.2 - 81.6% в 1-ой группе и 3.9-61.1% во второй группе. Такой разброс скорее всего из ретроспективности анализа, отсутствия единой схемы классификации степени расширения чашечно-лоханочной системы, единой техники проведения КОТ и перечня клинических параметров по которым можно судить о клинической эффективности.

С целью воспроизведения результатов обладающих рекомендательной значимостью мы составили и провели проспективное исследование в котором все пациенты с КК случайным образом распределялись в две лечебные группы: ДЛТ-монотерапия и КОТ: ПНЛТ с или без ДЛТ. КК в нашем исследовании определялись как камни выполняющие большую часть ЧЛС (в основном лоханка+1 или более чашечек). Мы также предприняли попытку оценить размер камней и степень расширения ЧЛС. Описание степени дилатированности ЧЛС осуществлялось с 5 - ти групп. Определение КК, которое мы предложили, позволило унифицировать КК и проводить

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

сравнение лечебных исходов и осложнений с высокой достоверностью, а также составлять рекомендации. Общепринято лечение камней почек должно быть наименее инвазивным. ДЛТ, даже с необходимостью многократных сеансов всеми принято наименее инвазивным методом с меньшим числом осложнений, нежели ПНЛТ. При сравнении ДЛТ и ПНЛТ мы решили снизить инвазивность последнего метода. Таким образом несмотря на выполнение ПНЛТ, количество доступов было сведено к одному. Было доказано, что 1 почечный доступ не влияет на почечную функцию. В нашем исследовании только двоим пациентам потребовалось создание дополнительного доступа в связи с невозможности дезинтегрировать конкремент с помощью одного хода. Мы старались не выполнять вторичные ПНЛТ после ДЛТ. Вторичные ПНЛТ, несмотря на то что они менее болезненны - это повторные операции нуждающиеся в анестезиологическом пособии. Что примечательно, ни один из пациентов не нуждался в открытом оперативном вмешательстве с каликорафией. При сравнений двух наших групп не было найдено различий в количестве процедур выполненных в каждой группе (2.37 против 1.97 процедур на камень в 1-ой и 2-ой группах соответственно). Во второй группе только 5 пациентов нуждались в ПНЛТ монотерапии, остальные же 16 нуждались в 1-м сеансе ДЛТ, 1 в 2 сеансах и 1 в 4 сеансах ДЛТ. И напротив в 1-ой группе 1,1,2,3,4 и 5 сеансов ДЛТ требовалось 7,10,5,3 и 2 пациентам соответственно. Не было также значительной разницы и в днях госпитализации (16.8 в 1-ой группе и 13.7 во второй группе). Период госпитализации можно было бы сократить на 2 дня во второй группе если бы можно было выполнить ПНЛТ в один этап. Даже в этом случае длительность стационарного лечения сопоставима с приводимыми данными (10-18 дней). КОТ значительно болезненнее, что демонстрируется более частой потребностью в наркотическом обезболивании (3.56 против 0.96 во 2 и 1 группах соответственно, $p=0.002$). С другой стороны частота эпизодов почечных коликов была крайне высока в 1-ой группе ($p=0.09$). Частота бактериурии по окончании лечения также мало чем отличалась (33.3 и 22.2 в 1-ой и 2-ой группах соответственно). Мы не смогли доказать взаимосвязь между полнотой избавления от камня и «отрицательностью» посевов мочи. Из 28 пациентов (56%) обеих групп с положительным предоперационным посевом мочи у 19 оставались резидуальные камни, среди частота встречаемости положительных посевов мочи наблюдался лишь в 37%. У оставшихся 9 пациентов полностью избавленных от камней частота встречаемости положительных посевов была к нашему вящему удивлению выше-44%. Почки с пиелонефритом, гидронефрозом, даже при полном избавлении от камней, очевидно влияют на появление культур в моче. Также мы заметили, что некоторые пациенты со стерильным посевом мочи имели далеко зашедшие формы инфекционных изменений. Анализ наших результатов в отношении 3-х основных лечебных исходов, выявило значительное превосходство КОТ. Применение КОТ позволяло в 77% достигать полного избавления от КК против 22%

при ДЛТ монотерапии ($p=0.0005$). Наши «22%» гораздо меньше заявленных результатов. Что касается 2 остальных значительных критериев: частоты осложнений и вторичных незапланированных то выявлено значительное различие между 1 и 2-ой группой. Частота осложнений была гораздо ниже во второй группе $p=0.007$, так же как и частота незапланированных вторичных вмешательств $p=0.003$. По нашему мнению установка перкутанной нефростомы, в довесок к внутреннему стентированию при ДЛТ монотерапии позволить снизить частоту осложнений. Однако в данном случае ДЛТ сложно будет назвать неинвазивным методом. Мы проводили сравнение длительности лечения. Общая продолжительность лечения была короче во второй группе (1 против 6 месяцев в 1-ой группе, $p=0.0006$). В течение всего периода лечения пациенты 1-ой группы находились с внутренними мочеточниковыми стентами. Из-за чего многие испытывали ирритативную симптоматику и нуждались в бдительном диспансерном наблюдении в течение всего периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наше исследование позволило определить преимущество КОТ над ДЛТ монотерапией. КОТ превосходила ДЛТ-монотерапию максимальным избавлением от конкрементов, меньшим количеством осложнений, меньшим количеством дополнительных процедур. Также отличия имелись и в более коротком периоде лечения в группе КОТ. По этой причине КОТ должна являться терапией выбора при КК.



ЧРЕСКОЖНАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОГОНАДИЗМОМ.

Комяков Борис Кириллович (СПб ГБУЗ «Городская Многопрофильная больница №2», отделение урологии)

Акимов Александр Николаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Тагиров Наир Сабирович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Гаджиев Нариман Казиханович (ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, клиника №2)

Абумислимов Эльдар Казиахмедович (СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», урологическое отделение)

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, перкутанная литотрипсия, гипогонадизм

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

Введение. Чрескожная нефролитотомия (ЧКНЛ) первоочередный способ лечения почечных камней, размером более 2-х см, в большинстве центров. Чрескожный доступ к почке – один из наиболее важных шагов в данной процедуре. Когортные исследования сообщают о более высоких уровнях излечения от камней и более низком уровне осложнений, когда урологи, а не радиологи, выполняют чрескожную пункцию. Это также предоставляет им повышенную гибкость по времени и выбору локализации. Метод, используемый для почечного доступа, развивался с годами. Исследования были изучены различные радиологические методики по выполнению пункции собирательной системы, безопасного и эффективного метода дилатации тракта, и налаживанию дренажных систем, выполняемых в конце процедуры. Тем не менее, имеется недостаток хорошо-структурированных рандомизированных исследований. Баллонный дилататор, а также дилататоры Amplatz и Alken, обычно используются для создания нефростомических трактов в чрескожной хирургии. Выбор методики находится в большой зависимости от доступных технологий и опыта и предпочтений хирурга.

Способы. Способы лечения, возможные у пациентов с струвитными и чашечковыми камнями включают экстракорпоральную ударноволновую литотрипсию, ЧКНЛ и открытую нефролитотомию. Нашим первым выбором будет ЧКНЛ, т.к. это высокоэффективная процедура с минимальным доступом, более низкой морбидностью, чем открытая хирургия, кроме того её можно проводить повторно.

Техника. Мы цистоскопически вводим уретральный катетер размера 6F перед тем как уложить пациента в необходимое положение. Пункция собирательной системы проводится под флюороскопическим контролем. Мы используем метиленовый синий, смешанный с контрастом, который вводится через уретральный катетер для подтверждения расположения иглы в собирательной системе. Нашим стандартным методом для дилатации – использование ригидного дилататора Alken размером до 30F перед введением Amplatz корпуса. Мы используем коаксиальные дилататоры из нержавеющей стали. Эта система состоит из серии дилататоров, соединенных вместе в телескопическую систему. Корпуса проводятся один на другой до расширения тракта. Так как эта система очень ригидна, она более эффективна даже у пациентов, перенесших ранее чрескожную почечную хирургию. Более того, система может использоваться вновь, сберегая денежные средства. Дилататоры доступны в порядке размеров 9F, 12F, 15F, 18F, 21F, 24F, 27F и 30F. Дизинтеграция камней выполняется с использованием ультразвуковых литотрипсических зондов в комбинации с баллистическим литотриптером (Lithoclast Master; EMS Corporation, Dallas, TX). Гибкие нефроскопы используются для извлечения фрагментов камней из чашечек., которые недоступны ригидными нефроскопами. В конце процедуры нефростомный извитой катетер размера 8F проводится через тракт.

Обсуждение. Ригидные дилататоры для расширения нефростомных трактов

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

используются с 1970-х годов. Ригидные дилататоры предлагают несколько преимуществ, включая высокий уровень успешности манипуляций, универсальность и более низкую стоимость. Не существует прямых сравнений уровня успешности манипуляций при использовании разных систем для расширения нефростомных трактов. В одном из исследований Mannheim группа показала менее 3.5 % неудачных результатов в более чем 300 случаях, когда ригидная дилатационная система использовалась как первичная методика для расширения трактов. В действительности, их показатели излечения от камней были 96.5% за 4 недели. В сравнении, в качестве инициальной дилатационной методики может быть использована баллонная система. Joel и соавт. сообщают, что в 17 из 99 случаев успешной дилатации тракта достичь не удалось. Эти исследователи использовали альтернативные технологии для доступа к тракту у этих больных. Несмотря на то, что популяционные характеристики и опыт могут способствовать части различий, возможность более высокого уровня неудач при дилатации баллонной системой не может быть проигнорирован. Safak и коллеги сообщают о своем опыте работы с баллонной дилатационной системой у 95 пациентов и сравнивают её с своим предыдущим опытом дилатации катетером Amplatz в 35 случаях. Среднее оперативное время и время формирования тракта для группы с баллонной дилатации и группы с дилатацией полужестким катетером были 106.8 ± 41.4 и 11.2 ± 3.0 , и 116.4 ± 23.7 и 16.3 ± 2.4 минут, соответственно. Разница не была статистически существенна между двумя группами. Небольшое сравнительное исследование 20 пациентов Nouri и соавт. показала существенное уменьшение времени дилатации и времени флюороскопии для баллонной дилатации с сопоставимой морбидностью. Ригидные дилататоры используют аксиальные и радиальные силы для расширения тракта, сопоставимые с преобладающей радиальной силой при баллонной дилатации. Следовательно, шансы успешного создания тракта более высоки, особенно в таких условиях как наличие предшествующих операций на почках и периренальный фиброз. Не существует объявленных исследований, сравнивающих методы дилатации у пациентов, переносящих повторяющиеся чрескожные процедуры. Тем не менее, Joel и соавт., сообщая о своем опыте баллонной дилатации как первичной методики, обнаружили, что баллонная дилатация была чаще неуспешна у пациентов с предыдущей почечной хирургией (25% v 8%). На деле, ригидная дилатация доказала свою успешность в подобных ситуациях даже, если баллонная до этого не привела к успеху. Исследователи пришли к выводу, что знание и навык обращения с альтернативными дилатационными системами, такими как Amplatz или металлический Alken дилататоры, необходимы. В то время как некоторые могут ожидать повышение риска перфорации собирательной системы при использовании ригидного дилататора в подобных трудных ситуациях, на деле частота осложнений была сравнима между двумя дилатационными системами в других исследованиях. У

пациентов со струвитными и ветвящимися конкрементами в некоторых случаях необходимо прибегать к супракопальной, а не субкопальной пункции. Исследования показали, что баллонная дилатация чаще бывает неуспешна при таких подходах (18% v 9% частота неудач). Формирование удачного тракта также зависит от наличия места между камнем и точкой пункции в собирательной системе. Ригидная дилатационная система предлагает плоский наконечник, в отличие от конусовидного в баллонной. При полных струвитных и чашечковых камнях адекватное пространство между камнем и собирательной системой может отсутствовать. Это может привести к одной из двух неудовлетворительных исходов баллонной дилатации: тракт может не предоставить полного доступа к собирательной системе или баллон может расщепить чашечку и/или воронку рядом с камнем. Ригидные дилататоры обычно предоставляют равномерный диаметр тракта к камню в такой ситуации. Баллон, в то же время, из-за своего конусовидного кончика может суживать или образовывать меньший диаметр тракта в месте входа в чашечку. Это может вести к неудаче или неправильному расположению тракта. Ригидные дилататоры также образуют прямой рабочий канал для вычищения основной массы камня с использованием ригидного нефроскопа. Баллонная дилатация на деле не приемлема, когда есть необходимость расширить плотную рубцовую ткань, такую как при периренальном фиброзе после предшествующей хирургии. Она также может быть неприменима при полных струвитных камнях, когда место для использования баллона ограничено. Нефростомный тракт – частый источник кровотечений. Три ретроспективных когортных исследования показали снижение частоты кровотечений при использовании баллонной системы. 7-9 исследователей в высокоопытном центре, тем не менее, показали ту же или более низкую частоту кровотечений при использовании ригидной дилатационной системы. Lee и колл. в своем обзоре по снижению и ведению кровотечений после чрескожной нефролитотомии предположили, что фамиллярность, опыт и навык оператора – в большей степени являются причиной различий в результатах, чем сами дилатационные системы. Кровотечение при создании чрескожного тракта обычно может быть минимизировано пункцией через чашечку и избеганием искривлений при дилатации. Ригидные металлические дилататоры, особенно в опытных руках, предотвращают эти искривления и снижают риск кровотечений. Также нередко можно обнаружить, что надутый баллон искривился в течение дилатации, что ведет к искривлению нефростомного тракта, когда ткани ригидны. Это может создать предпосылки для большего кровотечения в процессе дезинтеграции камня из-за движущей силы, действующей на нефростомный тракт. Вкратце, ригидные дилататоры формируют более прямые тракты и предлагают значительное облегчение использования ригидного нефроскопа и ультразвукового литотриптера для дезинтеграции камня. Также имеются сообщения о «обильном венозном кровотечении», которые вызывается чрезмерным введением

баллона при дилатации в почечную вену. В свиных животных моделях уровни почечной травмы, вызванные ригидным и баллонным дилататором в течение чрескожной ренальной хирургии были сопоставимы. Острые и хронические эффекты на ренальную паренхиму в обоих методах расширения трактов были почти идентичны. Последовательные дилататоры также повторно используются, что ведет к снижению расходов. Для баллонной дилатации однократные цены, в среднем на €А 250 (\$300) больше на процедуру, чем при повторном использовании ригидного дилататора.

Выводы. Ригидная дилатация используется более четверти века. Она предлагает надежный источник для дилатации нефростомного тракта с высоким уровнем успеха. В сравнении, баллонная дилатация не предлагает никаких дополнительных преимуществ. Надежный успех при дилатации необходим для успешного исхода, особенно в трудных случаях; напротив, неудачная дилатация может существенно привести к осложнениям. Мы уверены, что дилататоры Alken предоставляют наиболее надежные методы доступа. Нерандомизированные исследования показали положительный прирост в успешных исходах, эффективности и снижении затрат при использовании ригидных дилататоров. Более того, ригидная дилатационная система ведет к большему количеству успешных результатов у пациентов, которые перенесли почечную хирургию и более универсально подходит для субкостального и супракостального доступов. Оперативное время, частота осложнений и уровень почечной травмы сопоставимы в обеих группах. Баллонная система может быть использована только в неосложненных случаях, что ограничивает её рутинное использование в высокозагруженных центрах. Более высокие расценки также являются обстоятельством против её рутинного использования. На деле, нашей стандартной практикой является использование ригидных дилататоров Alken для большинства ЧКНЛ.



ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Винцовский Станислав Геннадьевич (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница)

Хотченков Михаил Вячеславович (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница)

Учваткин Георгий Викторович (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница; Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ)

Ключевые слова: Эмболизация артерий простаты, ДГПЖ, ЭАП, эндоваскулярная эмболизация, аденома простаты, РАЕ.

Актуальность и цели. Продемонстрировать возможности эндоваскулярной эмболизации артерий простаты не только как метода предоперационной подготовки перед аденомэктомией или трансуретральной резекции (ТУР), но и как самостоятельного метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Пациенты и методы. С 2015г. в нашей клинике была выполнена эндоваскулярная эмболизация артерий простаты 36 пациентам. 25 пациентам эмболизация выполнялась как предоперационная подготовка перед аденомэктомией. 11 пациентам выполнена лечебная эмболизация артерий простаты. Алгоритм обследования включал в себя все необходимые лабораторные и клинические исследования, как при операциях по поводу ДГПЖ. В связи с повышением уровня ПСА >4 нг/мл. 5 пациентам выполнена трансректальная биопсия предстательной железы, подтвердившая доброкачественный процесс в предстательной железе. Средний возраст пациентов составил 66.3(+/-7,3) лет. Предоперационная и лечебная эмболизация технически ничем не отличались друг от друга. Процедура проводилась на стационарном ангиографе Philips allura xper FD20 в отделении РХМДЛ, а предоперационная подготовка и постоперационное ведение в отделении урологии ЛОКБ. Местная инфильтрационная анестезия лидокаином 2%. Чаще всего использовался правый бедренный доступ (34), в 1 случае использовался бифеморальный доступ. После установки интродьюсера в аорту проводился катетр (UFE 5Fr), катетеризировались контралатеральная общая, а затем внутренняя подвздошная артерия, далее микракатетером на микропроводнике выполнялась суперселективная катетеризация простатической артерии и её эмболизация сферическим эмболизационным материалом размером 500-700мкм. до редукции кровотока по дистальным отделах артерии. Аналогичные действия проводились на ипсилатеральной стороне. Оценка эффективности лечебной эмболизации проводилась по 5 параметрам: объем предстательной железы, уровень простат специфического антигена (ПСА), остаточный объём мочи, международная шкала оценки простатических симптомов (IPSS), оценка качества жизни (QOL). Эффективность лечения оценивалась через 1,3,6 мес. после эмболизации.

Результаты. Предоперационная эмболизация артерий простаты позволила значительно сократить время аденомэктомии, снизить интраоперационную кровопотерю и, как следствие, частоту гемотрансфузий. При выполнении аденомэктомии по стандартной методике, практически не отмечалось кровотечения во время операции. После ушивания мочевого пузыря и установке системы орошения

VIII РАЗДЕЛ «УРОЛОГИЯ»

цвет промывной жидкости соответствовал таковой после выполнения ТУР с тщательным гемостазом. Гемотрансфузии после аденомэктомии с предопрецизионной эмболизацией артерий простаты не проводились. В группе лечебной эмболизации за 3 мес. наблюдения объем предстательной железы уменьшился на 41%, объём остаточной мочи уменьшился на 52%, уровень ПСА уменьшился на 39%, IPSS и QOL увеличились до удовлетворительных значений на 54% и 32% соответственно. Интраоперационно был 1 случай перекручивания катетера в аорте в узел, что потребовало использование второго бедренного доступа, но ни к каким осложнениям со стороны места доступа это не привело. Послеоперационных осложнений не было. 40% испытывали так называемый постэмболизационный синдром, характеризующийся умеренными болями в промежности, режками по ходу уретры при мочеиспускании. Билатеральную суперселективную эмболизацию удалось выполнить 33 пациентам (92%), 3 пациентам их группы предоперационной эмболизации с одной стороны выполнена суперселективная эмболизация простатической артерии, с противоположной стороны эмболизация внутренней подвздошной артерии гемостатической губкой. В 1 случае выполнить эмболизацию не удалось, в виду атеросклеротического стено-окклюзивного поражения подвздошных артерий, в группу исследования он не включался.

Заключение. Эмболизация артерий простаты является перспективным, эффективным и относительно безопасным малоинвазивным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы при неэффективности консервативной терапии. Данный метод позволяет в течении 3-6 мес. значительно уменьшить объем предстательной железы, нормализовать акт мочеиспускания и улучшить качество жизни. Перспективным подходом для данного метода лечения будет являться лечение пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким анестезиологическим риском, большим объемом ПЖ и как следствие невозможность выполнения ТУР, пациенты с цистостомой и сохранной функцией детрузора, молодой возраст пациента и желание сохранить репродуктивную функцию.



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ (ТРАВМОЦЕНТРЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ).

Чернышев Денис Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ганин Валерий Николаевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Разумейко Александр Владимирович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Линькова Наталья Игоревна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: травмоцентр, обследование, пострадавшие, политравма.

Актуальность и цели. Болезнь современного общества – травматизм, представляет наиболее затратную сферу медицины. Основной особенностью лечения политравмы является мультимодальный подход, как в диагностике, так и в лечении пострадавшего. Необходимость совмещения различных методов диагностики, привлечение к обследованию врачей разных специальностей создает необходимость создания единого алгоритма обследования пострадавшего, что позволит достигнуть сокращения времени обследования, увеличить точность диагностики, достигнуть лучших результатов лечения.

Цель исследования: на основании оценки информативности различных методов диагностики сочетанных повреждений, разработать оптимальный комплекс обследования пострадавших с политравмой в травмоцентре I уровня.

Пациенты и методы. На основании ретроспективного анализа 100 историй болезней, пострадавших с сочетанной травмой умерших в первом и втором периодах травматической болезни. Условиями отбора в анализируемую группу явился спектр необходимых диагностических исследований. По результатам исследования, сформирован алгоритм необходимого обследования пострадавшего с политравмой в условиях травмоцентра I уровня:

- общий осмотр пострадавшего врачом анестезиологом-реаниматологом, хирургом, травматологом, нейрохирургом и одновременное проведение реанимационных мероприятий, лабораторных исследований, мониторингом витальных параметров пострадавшего;

- прицельное ультразвуковое исследование живота, грудной полости при травме (FAST), которое выполняется по определенной схеме и направлено на выявление свободной жидкости. Осмотр начинают с полости перикарда, далее плевральные полости и глубокие зоны брюшной полости, а именно, правый и левый верхние квадранты и ректовезикальное пространство;

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

- выполнение в условиях операционной рентгенологического исследования, которое включает в себя обязательные области: органы грудной полости, поясничный отдел позвоночника, кости таза, конечности по результатам осмотра врача-травматолога;

-выполнение СКТ ГМ, шейного отдела позвоночника и таза считаем необходимым при любых высокоэнергетических травмах.

В случае выделения в приоритет по тяжести травмы определенной области тела, обязательный комплекс исследования дополняется выполнением

- СКТ органов грудной полости с ангиоконтрастированием и ЭКГ-синхронизацией;
- ЭХО-КГ;
- Цистографией;
- селективной ангиографией;
- лапароскопией;
- эндоскопическими методами исследования ФГДС и ФБС.

Результаты. По нашему мнению, сократить время исследований позволит внедрение такого метода, как выполнение СКТ всех областей тела методом «толстых срезов», с дальнейшим более детальным анализом выявленных повреждений. Возможность выполнения такого исследования позволит отказаться от низкочувствительных и затратных по времени исследований. Выполнение FAST исследования органов брюшной полости лишает необходимости выполнении инвазивных исследований, а именно, диагностического лаважа брюшной полости.

Заключение. Предложенный стандарт обследования позволит в кратчайшие сроки, без дополнительной транспортировки пострадавшего выявить приоритетные повреждения и сформировать оптимальную хирургическую тактику, не нарушив принцип «золотого часа» от момента получения травмы до начала оказания медицинской помощи и предотвратить подчас тяжелые и необратимые последствия травматического шока.



АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИДОСТУПА.

Трунин Евгений Михалович, Татаркин Владислав Владимирович, Смирнов Александр Александрович, Рыбаков Владимир Александрович, Щеголев Андрей Игорьевич

(Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО СЗГМУ И.И. Мечникова Минздрава России)

Шадричева Фарида Вилориевна, Жижина Ольга Леонидовна, Жемчугова Ирина Александровна

(СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: папиллярный рак, минидоступ, традиционный доступ, парез гортани.

Актуальность и цели. На сегодняшний день папиллярный рак щитовидной железы занимает первое место по заболеваемости населения в структуре злокачественных неоплазий эндокринных органов. Высокие требования к косметическому результату операции обуславливают такую тенденцию современной хирургии как активное развитие минимально инвазивных типов вмешательств. Несмотря на значительные преимущества минидоступов, которые связаны с меньшей операционной травмой, остаются дискуссионными вопросы их использования в онкологической практике, так как сокращение количественных значений многих критериев оценки операционного доступа значительно усложняет ход операции, возможность соблюдения принципов абластики, визуализацию важных анатомических структур, что, возможно, послужит причиной увеличения количества осложнений.

Материалы и методы. На период с 1997 по 2015 гг. на базе ГБ №3 были прооперированы 233 пациента с диагнозом «папиллярный рак щитовидной железы». Сформированы 2 группы: основная, в которой использовался минидоступ по передней поверхности шеи (МД) - 85 пациентов, и контрольная, в которой использовался традиционный доступ по Кохеру (ТДК) - 148 пациентов. Группы были сопоставимы по возрасту, по половому составу в обеих группах преобладали женщины ($P \gg 0,05$). В группах сравнения регистрировались возможные осложнения: кровотечения, гипопаратиреоз, односторонний или двусторонний парез гортани. Полученные данные обрабатывались с использованием программы STATISTICA for Windows версия 10 Лиц. ВХХR310f965808FA-V). Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), критерии Фишера.

Результаты. Односторонний парез гортани в группе МД имел место в 7,06% случаев, а в группе ТДК – в 2,70% случаев. Двусторонний парез гортани в группе МД отмечен в 1,18% случаев. В группе ТДК таких осложнений отмечено не было. Транзиторный или постоянный гипопаратиреоз, который возникает вследствие повреждения, критического нарушения трофики, или удаления одной или нескольких околощитовидных желез наблюдались в 8,24% случаев в группе МД, и в 4,05% случаев – группа ТДК. Опасным осложнением при оперативных вмешательствах, является кровотечение, которое имело место в 1,18% случаев в группе МД, и в 0,68% в группе ТДК. Несмотря на несколько более высокий процент операционных осложнений в группе МД по сравнению с группой ТДК, достоверных статистических

различий в двух группах выявлено не было. По результатам применения критериев хи-квадрат и Фишера $P > 0,8$.

Заключение. Анализ использования традиционного и минидоступа не показал статистически достоверных различий в возникновении осложнений при хирургическом лечении папиллярного рака щитовидной железы в группах сравнения. Это свидетельствует о безопасности применения минидоступа на передней поверхности шеи при выполнении оперативных вмешательств в объеме тиреоидэктомии, несмотря на технически более сложные, по сравнению с традиционным доступом, манипуляции в операционной ране.



АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ.

Романчишен Анатолий Филиппович, Гостимский Александр Вадимович, Акинчев Алексей Львович, Карпатский Игорь Владимирович

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»

Ключевые слова: многоузловой зоб, щитовидная железа, повторные операции

Актуальность и цели. Вопросы повторных вмешательств в хирургии щитовидной железы всегда занимают особое место. В мировой литературе до сих пор нет единого мнения о причинах рецидивирования доброкачественных заболеваний после органосохраняющих операций. Особого внимания заслуживают вопросы лечения рецидивного зоба у больных пожилого возраста.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы.

Пациенты и методы.

В Санкт-Петербургском Центре эндокринной хирургии и онкологии, функционирующем на базе кафедр госпитальной хирургии и общей медицинской практики СПбГПМУ, за период с 1973 по 2012 гг оперировано 27523 пациента с различными заболеваниями щитовидной железы, в том числе 21220 операций было выполнено по поводу узлового и полинодозного зоба, а также диффузного и узлового токсического зоба. Хирургические вмешательства в связи с рецидивом зоба были осуществлены у 1415 (5,2%) больных. Среди них абсолютное большинство составили женщины (96,3%). Мужчин было 53 (3,7%). Средний возраст пациентов составил $50,2 \pm 4,6$ лет.

Результаты.

В клинической практике Центра послеоперационные рецидивы мы разделяем в зависимости от двух факторов – времени выявления после предыдущей операции (ложные и истинные рецидивы) и характера возникшего заболевания (рецидив прежнего или новое заболевание). Ложные рецидивы – это, по сути, продолжение прежней болезни из очагов патологически измененной тиреоидной ткани в результате её неадекватной резекции, что выявляется, как правило, вскоре после операции в ходе диспансерного обследования больных.

Истинные рецидивы, в нашем понимании – это появление прежнего или нового заболевания ЩЖ под действием прежних или новых патогенетических факторов, или их сочетания через значительный промежуток времени в оставленной неизменной тиреоидной ткани (после адекватной операции). Между операцией по поводу узлового зоба и выявлением истинного рецидива прошло, в среднем, $13,9 \pm 3,2$ г. Это значит, что истинный рецидив узлового зоба можно ожидать не ранее, чем через 10 лет после адекватной характеру и степени распространения заболевания операции. Средний возраст больных (табл. 3.5.1), оперированных по поводу рецидивного зоба превышал, обычно, 50 лет, а между возрастом и локализацией зоба нами была установлена неблагоприятная для локализации и техники выполнения операции зависимость, то становится понятным необходимость раннего (до 60 лет) хирургического лечения больных. В более позднем возрасте, помимо заболеваний, связанных с ним, появляются признаки компрессии органов шеи и средостения, а в 3,1% наблюдений необходимость в трансстернальном доступе для удаления зоба шейно-загрудинной локализации IV-V степени.

Сравнение показало, что в относительном выражении количество первый раз и повторно оперированных было примерно одинаковым: по поводу узлового эутиреоидного зоба – 76,4% (15131 больных) и 74,7% (1055 больных); диффузного токсического зоба – 15,6% (3089 больных) и 18,2% (256 больных); узлового токсического зоба – 1584 (8,0% больных) и 7,4% (104 больных).

С другой стороны, если бы 1415 рецидивов возникло после наших 21220 первичных операций по поводу доброкачественной тиреоидной патологии, доля рецидивов была бы примерно одинаковой (между 6,4 и 7,5% при узловом эутиреоидном, узловым токсическим и диффузным токсическим зобом). Это значит, что вероятность рецидивирования доброкачественных болезней ЩЖ примерно одинакова и основными факторами прогноза при хирургическом лечении этих пациентов является выбор адекватного объёма и техники операций. Решение этих двух задач и определяет проблему профилактики рецидивов перечисленных заболеваний.

Заключение. Структура доброкачественной тиреоидной патологии при первичных и повторных операциях оказалась практически идентичной, как и вероятность

рецидива этих заболеваний щитовидной железы. Основными прогностическими факторами рецидивов доброкачественных заболеваний щитовидной железы являются рациональный объем и техника хирургических вмешательств, а не вид заболевания и его особенности. Решение данных проблем является основой профилактики рецидивов доброкачественных заболеваний щитовидной железы.



АППАРАТНАЯ СПИЦЕВАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ ПРИ ЗАКРЫТИИ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Найденов Александр Александрович (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Богданов Андрей Николаевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»; Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Паршин Михаил Сергеевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Ключевые слова: дермотезия, обширный раневой дефект, аппаратная спицевая дозированная дермотензия.

Актуальность и цели.

Актуальность поиска более современных способов закрытия ран неизмеримо выросла в последние десятилетия. Причиной тому является необходимость более эффективного и менее продолжительного лечения, возрастающие социальные запросы населения, необходимость следовать международным стандартам по функциональным исходам. Техническое обеспечение закрытия обширных дефектов кожных покровов остается несовершенным. Создание и внедрение в клиническую практику новых видов раноадапционного инструментария, которым края раны удерживаются в сближенном положении без помощи рук хирурга, являются неперенным условием прогресса хирургии.

Общепризнано, что наилучшие функциональные и косметические результаты при закрытии обширных ран мягких тканей зафиксированы при использовании различных вариантов пластики полнослойным кожным лоскутом, и в первую очередь, - местными тканями, поскольку лоскут из близлежащих тканей близок по своей структуре, толщине и особенностям кровоснабжения тканям дефекта и как нельзя лучше способен восполнить имеющийся изъян. В связи с этим в последнее время все большее распространение для закрытия обширной раневой поверхности получает аппаратная спицевая дермотензия – растяжение окружающей рану кожи при помощи проведенных параллельно оси раны спиц Киршнера, закрепленных в

браншах аппарата. Данный метод позволяет производить дозированное закрытие раны под контролем состояния кровоснабжения краев раны.

При разработке новых конструкций исходят из той предпосылки, что вероятность осложнений будет минимальной, если силы натяжения в момент сближения краев раны будут приложены по всему ее периметру, а не в отдельной точке.

Пациенты и методы.

В целях закрытия обширных раневых дефектов нами было разработано: «Устройство для сведения краев раны», патент на полезную модель № 107036, Паршин М.С., Юсупов Ю.Н. Косачев И.Д. Выдан ФИПС РФ. – М., 2011 г. устройство содержит два телескопических Г-образных каркаса, соединенных между собой через отверстия. На концах каркасов располагаются универсальные фиксаторы с отверстиями и зажимными гайками для нити или спиц. Спицы проводятся вдоль краев раны. В местах выхода концов спиц подводится устройство. При помощи вращения регулировочных гаек и гаек, фиксирующих телескопические Г-образные каркасы, на резьбовых стержнях подбирается длина и ширина устройства в зависимости от формы и размеров раны. Концы спиц проводятся в отверстиях фиксаторов и фиксируются зажимными гайками. В процессе сближения краев раны хирург вращает гайки на резьбовых стержнях, что приводит к сближению друг к другу телескопических Г-образных каркасов с краями раны. После сближения краев раны аппарат демонтируется, накладываются вторичные швы, удаляются спицы.

Нами проведен анализ лечения 83 больных в возрасте от 19 до 85 лет с обширными гнойными ранами мягких тканей различной локализации за период с 2000 по 2010 гг. в ФГУ 442 ОВКГ МО РФ (г. Санкт-Петербург) и СПб ГБУЗ «Городская больница № 26».

Мужчин было 56, женщин 27. Все больные разделены были на 2 группы: контрольная (I) и исследуемая (II). В I-ой контрольной группе (40 больных) закрытие раневых дефектов осуществлялось традиционным способом (использование узлового шва). Во II группе (43 больных) применялась аппаратная спицевая дермотензия с помощью разработанного нами устройства.

Результаты. Во всех группах гнойные раны возникали вследствие послеоперационных гнойных осложнений, после хирургического лечения острых гнойных заболеваний, после хирургического лечения анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей, после травматического повреждения мягких тканей. Раны локализовались в различных областях тела: в области груди, живота, спины, ягодиц, верхних и нижних конечностей.

В контрольной группе 28 больным накладывался ранний вторичный шов, 12 больным – поздний вторичный шов. Площадь раневых дефектов в этой группе колебалась от 18 см² до 183 см². В исследуемой группе 30 больным применялся метод в сроки раннего вторичного шва, а 13 больным - в сроки позднего вторичного

шва. Площадь раневых дефектов в исследуемой группе колебалась от 6 см² до 230 см².

Средняя продолжительность лечения больных в контрольной группе составила 30,9 дней, в опытной группе – 25 дней. Средний срок заживления раны в контрольной группе составил 17,9 дней, в опытной группе – 13,5 дней. Средний срок дермотензии (от момента наложения шва до сведения краев раны) в контрольной группе составил 6 дней, в опытной – 3,9 дней.

У 20 больных контрольной группы во время дермотензии наблюдалось прорезывание частичное расхождение краев раны, что требовало повторного наложения швов и продолжения дермотензии (в дальнейшем формировался широкий рубец с большим количеством странгуляционных полос). У 15 пациентов контрольной группы после заживления раны и снятия швов в течение первых суток наблюдалось частичное расхождение краев раны. Дальнейшее заживление проходило вторичным натяжением с неудовлетворительными косметическими результатами.

У 8 больных опытной группы во время дермотензии (на голени) из-за чрезмерного натяжения краев раны наблюдалось прорезание спиц, что требовало повторного их проведения. Трём пациентам, в последующем, понадобилась аутодермопластика расщепленным трансплантатом (но уже значительно меньшего раневого дефекта). У 1 больного в опытной группе с локализацией раневого дефекта в пяточной области на 3 сутки дермотензии развился некроз краев раны, что в дальнейшем также потребовало проведения аутодермопластики расщепленным трансплантатом.

Выводы. Таким образом, аппаратная спицевая дермотензия обладает рядом положительных свойств при закрытии обширных раневых дефектов: уменьшается продолжительность лечения больных в стационаре, сокращается срок заживления раны, не требуется переноса сложных лоскутов при обширных дефектах мягких тканей. Метод позволяет сближать края раны полнослойными едиными лоскутами, исключая их деформацию. Нахождение на конечности аппарата длительное время создает стабильную фиксацию тканей для формирования полноценного рубца. При этом обеспечивается равномерное дозированное распределение силы натяжения по всей поверхности краев раны, при возможности контроля за течением раневого процесса, полноценной ревизии в случае развития гнойных осложнений.



ВНУТРИБРЮШНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА СЕТЧАТЫМ ЭКСПЛАНТАТОМ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Терешичев А.А. (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»)

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Ромашкин-Тиманов М.В. (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»)

Бондарев М.Р. (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»)

Вербицкий В.Г. (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова)

Таратыркин Е.К. (Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова)

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, сетчатый эксплантат, послеоперационные вентральная грыжи.

Актуальность и цели. Изучить результаты хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных разработанным нами методом оперативного вмешательства.

Пациенты и методы. В НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2012 по 2017 г.г. было прооперировано 62 пациента по поводу послеоперационных вентральных, пупочных и грыж белой линии живота, которым была выполнена ЛВГП с использованием сетчатого трансплантата «Линтекс» без его перитонизации. Из 62 пациентов было 26(42%) мужчин и 36(58%) женщин. Средний возраст прооперированных больных составил 57,4 года. По поводу пупочной грыжи было оперировано 35(56%) человек, по поводу вентральной грыжи - 24(39%) больных, по поводу грыжи белой линии живота - 3(5%) пациента. В двух случаях (3%) была выполнена одномоментная лапароскопическая холецистэктомия и герниопластика. Сетчатый эксплантат устанавливался изнутри на брюшину и его перитонизация не проводилась.

Результаты. С 2015 г. по 2017 г. проводили опрос для оценки качества жизни пациентов, оперированных таким способом, используя для этого «EQ-5D-5L». В предоперационном периоде было опрошено 38 пациентов, через 3 месяца после операции опрошено 38 пациентов, а через 6 месяцев - 33 пациента. Положительную динамику после операции по опросу, в сравнении с предоперационным периодом и опросом через 3 месяца и полгода отметили 100% больных. У 6% сохранялся дискомфорт в области операции на уровне 2 баллов. Наиболее частыми жалобами при обращении пациентов с вентральными грыжами являются жалобы на боли и дискомфорт в области грыжевого выпячивания. По показателю «Боль/Дискомфорт» в предоперационном периоде боли отмечали 92 % пациентов, через три месяца после операции 50 % больных, через полгода 12%. Через полгода 82% опрошенных пациентов имели по всем пунктам опросника 1 балл.

У двух пациентов в отдаленном периоде времени были выполнены лапароскопические операции по поводу других заболеваний (острый калькулезный

холецистит, грыжа передней брюшной стенки другой локализации). При осмотре зоны ранее выполненных операций сращений органов брюшной полости с трансплантатом установлено не было.

Заключение. Таким образом, клинический опыт использования ЛВГП без перитонизации эксплантата, и оценка отдаленных результатов говорит о возможности использования данной методики и необходимости ее дальнейшего изучения.



ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОЖИРЕНИЯ.

Кучерова Евгения Владимировна (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Поздняков Борис Владимирович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Татаркин Владислав Владимирович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Трунин Евгений Михайлович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Щёголев Андрей Игоревич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, минилапаротомия, ожирение

Актуальность и цели: Продемонстрировать возможности минилапаротомии для хирургического лечения желчнокаменной болезни у пациентов с тяжелыми формами ожирения.

Материалы и методы: Произведен анализ топографии передней брюшной стенки в области правого подреберья и внепеченочных желчных путей у лиц различной конституции с тяжелыми формами ожирения путем прижизненной неинвазивной визуализации с использованием мультиспиральной компьютерной томографией (СКТ).

Ожирение III степени и морбидное ожирение являются противопоказаниями для использования минимальноинвазивных способов хирургического вмешательства. В большинстве случаев степень ожирения определяется путем вычисления индекса массы тела (ИМТ). При этом не учитывают таких факторов как тип ожирения и преимущественное скопление жировой ткани. Основным ограничивающим фактором применения набора минидоступа для использования в условиях ожирения является

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

глубина рана, критерием ограничения является длина рабочей части инструмента (190 мм).

Выполнен анализ результатов мультиспиральной компьютерной томографии живота 120 женщин и 100 мужчин, не имевших патологии и не подвергавшихся оперативному вмешательству в изучаемой области. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) при выполнении СКТ была диагностирована у 15 пациентов женского пола, причем у 10 обследованных это заболевание выявлено впервые. Возраст обследованных – от 20 до 75 лет. Распределение по возрасту среди лиц женского пола: молодой возраст (18 лет – 44 года) были отнесены 15% (18) пациенток, средний возраст (45 лет – 59 лет) - 66 % (79), пожилой возраст (60 лет – 74 года) - 8 % (10), старческий возраст – 11 % (13). В группе исследуемых лиц мужского пола выявлено следующее распределение по возрасту: молодой возраст – 12%; средний возраст – 70%; пожилой возраст – 13% и в группе старческого возраста – 5%.

Распределение по типам телосложения (Шевкуненко В.Н.) осуществляли путем измерения межреберного угла, в каждом из типов телосложения выявляли исследуемых с ожирением (определялся ИМТ), и уточняли тип ожирения и преимущественную локализацию жировой ткани. В группу исследуемых с астеническим типом телосложения было отнесено 10 исследуемых женского пола и 8 исследуемых мужского пола, ожирение (ИМТ более 40) было выявлено у двух исследуемых женского пола, в обоих случаях диагностировано гиноидное ожирение. В группу гиперстенического телосложения были отнесены 68 женщин и 52 мужчины. В этой группе ожирение (ИМТ более 40) выявлено у 65 женщин и 49 мужчин, в большинстве случаев (80 % в группе исследуемых женского пола и 75% в группе исследуемых мужского пола) диагностировано андроидное ожирение с центральным типом преимущественного скопления жировой ткани (передняя брюшная стенка). К группе с нормостеническим типом телосложения отнесено 42 обследуемых женского пола (ожирение выявлено у 35%) и у 40 обследуемых мужского пола (ожирение выявлено у 20%). У женщин с нормостеническим типом телосложения преимущественно определялся гиноидный тип ожирения с преимущественным скоплением жировой ткани в области ягодиц (80% исследуемых), у мужчин этой группы чаще диагностирован андроидный тип ожирения с преимущественной локализацией жировой ткани в нижних отделах живота (по типу «фартука») - 7 случаев.

Спиральную компьютерную томографию выполняли в положении на спине, исследование проводили в кранио-каудальном направлении. Объем исследования – от купола диафрагмы, до входа в малый таз. Шаг исследования (толщина томографического среза) – 5 мм. Оценивали нативную, артериальную и венозную фазы исследования. Проводили внутривенное контрастирование. Производили анализ изображений в фронтальной, саггитальной и аксиальной плоскостях. В ходе

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

анализа СКТ - изображения подтверждали наличие у пациента ожирения, и определяли его тип.

Глубину раны вычисляли следующим образом: в режиме многоплоскостных реконструкций визуализировали общий желчный проток и место его слияния с пузырным протоком, производили маркировку (метка №1). Через эту точку проводили две прямые – одна параллельно вертикальной оси тела, другая – перпендикулярно. В месте пересечения второй прямой и кожи производили маркировку (метка №2). С помощью измерительных функций в компьютерной программе определяли расстояние (в мм) между метками.

Результаты. Наибольшее расстояние между метками (220 мм) выявлено у исследуемых женского пола с андронидным типом ожирения и центральным типом распределения жировой ткани. У этих пациентов жировая ткань преимущественно располагалась в верхних областях передней брюшной стенки и верхнем этаже брюшной полости. Наименьшее расстояние - 60 мм определялось у исследуемых женского пола с гиноидным типом ожирения и преимущественной локализацией жировой ткани в области бедер и ягодиц.

Заключение. Таким образом, использование минилапаротомии для проведения холецистэктомии возможно у значительной части пациентов с тяжелыми степенями ожирения. Для выявления пациентов с тяжелым ожирением, которым может быть произведена холецистэктомия из минидоступа, показана неинвазивная визуализация (СКТ) передней брюшной стенки в области правого подреберья, желчного пузыря и внепеченочных желчных путей.



ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.

Бегишев Олег Бурханович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Кучерова Евгения Владимировна (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Татаркин Владислав Владимирович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Трунин Евгений Михайлович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Щёголев Андрей Игоревич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Ключевые слова: геморрой, амбулаторное лечения, малоинвазивные способы лечения

Актуальность и цели. Показать возможности малоинвазивного лечения пациентов с хроническим внутренним геморроем 2-3 стадии в условиях амбулаторного приема

За специализированной медицинской помощью в указанный период обратилось 967 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет, средний возраст – 41,7 лет. Отмечалось незначительное преобладание пациентов мужского пола (54%). При первичном обращении большинство пациентов предъявляли жалобы на дискомфорт в области ануса (зуд, жжение), наличие образования в области ануса, кровотечения из ануса, боли в области ануса (как связанные с актом дефекации, так и не связанные с дефекацией), явления кишечной диспепсии.

Все пациенты, впервые обратившиеся, за специализированной медицинской помощью были обследованы согласно Национальным клиническим рекомендациям по колопроктологии. При первичном приеме производился сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, производилась визуальная оценка промежности и ануса (наличие асимметрии, изменение цвета кожных покровов, локальная гипертермия, наличие новообразований промежности), выполнялось пальцевое исследование прямой кишки, при котором оценивалось состояние внутреннего сфинктера, анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки. После этого производилось эндоскопическое исследование прямой кишки в объеме аноскопии и ректороманоскопии. Дополнительные исследования (лабораторные, эндоскопические, лучевые, консультация профильных специалистов) производились при неясном клиническом диагнозе либо с целью уточнения диагноза. После проведения вышеуказанных исследований поражение геморроидальных сплетений выявлено у 116 (12%) пациентов. Хронический внутренний геморрой выявлен у 60% (70 человек), хронический наружный геморрой выявлен у 10 % (11 человек), хронический комбинированный геморрой диагностирован у 10 % (11 человек). Наиболее часто встречалась вторая (50%) и третья (30%) стадии хронического внутреннего геморроя.

Согласно клиническим рекомендациям пациенты с первой стадией хронического геморроя получали консервативное лечение (нормализация стула, флеботоники, местное лечение противовоспалительное лечение в виде свечей и мазей), пациенты со второй и третьей стадией хронического внутреннего геморроя получали консервативное лечение и малоинвазивное лечение в объеме латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов (выполнено 56 пациентам) и склеротерапии (препарат выбора – 1% этоксисклерол, выполнено 14 пациентам), пациенты с 4 стадией внутреннего геморроя и комбинированным геморроем направлялись на плановое оперативное лечение в объеме геморроидэктомии в условиях стационара.

Результаты. Интраоперационных (в момент выполнения процедуры) осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде осложнения составили 1 % (скудное выделение крови из прямой кишки после акта дефекации, обусловленные отторжением некротизированного геморроидального узла и реактивный тромбоз внутренних геморроидальных узлов, - разрешены с помощью консервативной терапии). По окончании лечения производилась его оценка, которая включала в себя удовлетворенность результатами (быстрота наступления положительного эффекта, длительность и устойчивость положительного эффекта, частота рецидивов), выраженность болевого синдрома во время лечения, потеря трудоспособности во время лечения. Хорошие и отличные результаты отмечаются в 65-75% случаев. При активном динамическом наблюдении (1,3,6,12 месяцев) рецидив внутреннего геморроя в ходе эндоскопического исследования выявлены у 9% пациентов. Средний срок наблюдения составил 13 месяцев (от 6 до 28 месяцев).

Заключение. Малоинвазивные способы лечения геморроя на амбулаторном этапе позволяют адекватно купировать явления дискомфорта, улучшить функциональный статус и повысить качество жизни больного.



ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ.

Горшенин Тимофей Леонидович (ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Министерства Здравоохранения Российской Федерации)

Дулаева Сабина Казбековна (ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Министерства Здравоохранения Российской Федерации)

Ключевые слова: пилородуоденальный стеноз, гастроэнтероанастомоз, пожилой и старческий возраст, хирургическое лечение.

Актуальность и цели. Провести сравнительный анализ лечения больных с пилородуоденальным стенозом лиц пожилого и старческого возраста, оперированных традиционным способом, и с использованием эндовидеотехники. Улучшить результаты лечения пилородуоденального стеноза у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности, путем применения оптимальной предоперационной подготовки и современных высокотехнологичных методов оперативного лечения.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 80 пациентов с пилородуоденальным стенозом. Все пациенты были распределены на две группы. Контрольную группу составили 40 больных, оперированных с

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

использованием традиционного лапаротомного оперативного вмешательства и общепринятой предоперационной подготовки. В исследуемую группу были включены 40 больных, которым проводилась предоперационная подготовка с включением ранней энтеральной терапии, нутриционной поддержки и выполнением в последующем эндовидеохирургической операции. С целью проведения более объективного статистического анализа методом подбора копий-пар было включено число пациентов сходных по социально-демографическому составу и клиническому состоянию. В целом, в основной и контрольной группах, мужчины составили 57,8%, женщины 42,5%. Указанные различия статистически значимы ($p < 0,5$). Эта же тенденция распределения сохраняется и в рассмотренных возрастных группах. В основной и контрольной группах средний возраст обследованных пациентов был практически одинаков и составлял, соответственно, 78,3 и 78,0 лет. В целом, в возрасте до 70 лет было 13,2% всех обследованных, 70-79 лет - 36,8%, 80 лет и старше - 50,0% от общей численности обследованного контингента. Влияние коморбидности на течение периоперационного периода оценивалось с помощью возраст-зависимого индекса Charlson. Во всех случаях для больных была характерна полиморбидность. Наиболее часто отмечались сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной и дыхательной систем. В среднем, на одного пациента приходилось до 6 - 7 нозологических форм одновременно протекающих заболеваний. В основной группе пилородуоденальные стенозы язвенной этиологии были у 5 (12,5%) больных, онкологической природы у 35 (87,5%), в контрольной - соответственно у 4 (10%) и у 36 (90%). В работе использовали общепринятую классификацию стенозов с выделением компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной степени. В основной группе больных с субкомпенсированным стенозом было 15 (37,5%), с декомпенсированным - 25 (62,5%), в контрольной с субкомпенсированным 8 (20%), с декомпенсированным 32 (80%). При выявлении гиповолемии, кислотно-основного состояния определяли срочность комплексной трансфузионной терапии направленной на восстановление ОЦК, устранение дегидротации, нормализацию кислотно-основного состояния и электролитного баланса. Пациентам основной группы при поступлении устанавливали назогастральный зонд, на основании лабораторных данных и соматометрических показателей, оценивался трофологический статус и степень его выраженности. Производился подсчет необходимого коллаража индивидуально для каждого пациента, затем осуществлялся динамический контроль лабораторных данных. Питание осуществлялось сбалансированными энтеральными смесями. Ведение которых начинали со скорости 50 мл в час, при адекватном усвоении каждые последующие сутки скорость введения увеличивали на 25 мл в час. При определении трофологического статуса у подавляющего большинства больных была выявлена

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

белково-энергетическая недостаточность (БЭН), эйтрофический статус выявлен у 17,5 % больных основной группы и у 20 % больных контрольной группы. Таким образом, у большинства пациентов с пилородуоденальным стенозом имела место белково-энергетическая недостаточность различной степени выраженности (в основной группе – 57,5 %, в контрольной – 55,5 %). Оперативное вмешательство выполняли с использованием комбинированной анестезии. В контрольной группе больных (40), после верхне-срединной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости, формировали впередиободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с Брауновским соустьем. Для создания соустья использовали монофиламентный рассасывающийся шовный материал. В исследуемой группе больных (40) оперативное вмешательство начинали с диагностической лапароскопии. После оценки интраабдоминальной ситуации, визуализировали первую петлю тощей кишки, расположенную в 50 - 60 см от связки Трейтца и анастомозировали её через минидоступ с желудком, используя сшивающие аппараты. В брюшную полость устанавливали дренаж.

Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что средняя длительность дооперационного периода пребывания в стационаре среди пациентов основной группы составила 5,0 дней, в контрольной группе - 9,1. Средняя продолжительность операции среди пациентов основной группы составила 62,4 мин., в контрольной группе 104,1 мин. Средняя длительность послеоперационного периода среди пациентов основной группы составила 14,2 дня, в контрольной группе - 18,5 дней. Так, у пациентов основной группы длительность пребывания в стационаре в среднем, составила 23,6 дня, у пациентов контрольной группы - 27,9 дней. При анализе числа послеоперационных осложнений в обеих группах установлено, что наибольший процент осложнений встречался в контрольной группе у 13 (32, 5 %) больных, из них наиболее частыми осложнениями были острый инфаркт миокарда, ИОХВ (инфекция области хирургического вмешательства), тромбоэмболия легочной артерии, пневмония.

Заключение. Использование энтеральной нутритивной поддержки до операции и в послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста с пилородуоденальным стенозом улучшает показатели трофологического статуса, позволяет ускорить сроки самостоятельной активации, способствует лучшему функционированию гастроэнтероанастомоза в послеоперационном периоде. Применение эндовидеохирургической техники при формировании гастроэнтероанастомоза позволяет значительно уменьшить операционное время, травматичность, снизить число послеоперационных осложнений с 32, 5 % до 12, 5 %, летальных исходов с 20 % до 10 %.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЕРГИИ ВЫСОКОТЕМПЕРАТУРНОГО ДВУХУРОВНЕВОГО ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.

Сигуа Бадри Валериевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Соколова Анна Сергеевна (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Черепанов Дмитрий Феликсович (ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»)

Винничук Сергей Анатольевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Никифоренко Андрей Владимирович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Сахно Денис Сергеевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, высокотемпературный двухуровневый плазменный поток, подкожная клетчатка, лимфорея, профилактика осложнений.

Актуальность и цели. Одним из самых частых послеоперационных осложнений у пациентов с вентральными грыжами являются серомы. Частота их формирования может достигать до 70% от общего числа осложнений после устранения послеоперационных вентральных грыж. Отчасти это связано с тем, что интраоперационно повреждается большое количество лимфатических капилляров и сосудов, а используемые в хирургии методы коагуляции (электрокоагуляция) сосудов подкожной клетчатки приводят к формированию термических ожогов. В свою очередь глубокие некротические изменения тканей провоцируют длительную дилатацию в послеоперационном периоде.

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами путем разработки и внедрения в клиническую практику методики обработки подкожной клетчатки с помощью энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного потока.

Пациенты и методы. В рамках исследования был проведен анализ результатов лечения 113 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В основную (I) группу вошли 39 (34,5%) человек. Контрольная (II) группа включала 74 (65,5%) пациента. Возраст больных в исследуемых группах варьировал от 20 до 87 лет, а по

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

медиане составил 59 лет. Пациенты контрольной группы были обследованы согласно принятым диагностическим алгоритмам и стандартам. Выбор типа протезирования сетчатыми имплантами осуществлялся непосредственно хирургами. Выполнялось дренирование послеоперационной раны. Алгоритм обследования пациентов основной группы был дополнен фиброколоноскопией и спиральной компьютерной томографией. Преимущественно выполнялась пластика сетчатыми эндопротезами методом sub-lay. Всем пациентам перед ушиванием раны, на завершающем этапе операции, проводилась обработка подкожно-жировой клетчатки высокотемпературным плазменным потоком по оригинальной методике с целью профилактики лимфореи и пропотевания интерстициальной жидкости в послеоперационном периоде. В 3 (2,65%) случаях было выполнено дренирование раны с целью контроля гемостаза. В остальных наблюдениях рана была ушита наглухо.

Результаты. На разработанную методику обработки подкожной клетчатки получена приоритетная заявка (№ 2017110750 (018953), заявл. 30.03.2017. «Способ профилактики лимфореи при хирургическом лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами»). Проводился анализ сроков дренирования: в основной группе дренажи были установлены 3 пациентам со средней длительностью 2 суток. В контрольной группе дренаж был установлен 61 пациенту со средней продолжительностью 3,1 суток, у 7 пациентов длительность установки дренажей была более 6 суток и в среднем составила 8 суток. При оценке осложнений было отмечено, что в основной группе серомы возникли у 2 пациентов (1,8%), которые были разрешены консервативно. В контрольной – у 9 пациентов отмечена серома (8%), 2 (1,8%) – с краевой некроз раны, 1 (0,9%) пациент с инфильтратом послеоперационной раны, 1 (0,9%) с нагноением послеоперационной раны, 1 (0,9%) с расхождением краев раны, 1 (0,9%) острой кишечной непроходимостью. Летальных случаев не было. При анализе продолжительности пребывания в стационаре было установлено, что в контрольной группе средний койко-день составил 19,2, а в основной группе длительность госпитализации 6,8 койко-дней.

Заключение. Данные результаты позволяют утверждать, при лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами необходимо проводить профилактические мероприятия по предотвращению лимфореи. Использование энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного потока для обработки подкожно-жировой клетчатки, позволяет в большинстве случаев отказаться от дренирования раны, а также достоверно снизить частоту осложнений с 13,4% до 1,8% и, как следствие, длительность пребывания пациента в стационаре.



КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ.

Дюков Алексей Карпович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Сигуа Бадри Валериевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Земляной Вячеслав Петрович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Данилов Анатолий Михайлович (СПбГУ. Кафедра факультетской хирургии)

Климов Сергей Евгеньевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: закрытая травма живота, повреждение печени, диагностика, консервативное лечение.

Актуальность: Диагностика и хирургическая тактика при травматических повреждениях печени остается наиболее сложной и нерешенной проблемой неотложной хирургии. В последние годы, особенно в зарубежной литературе, отмечена тенденция к использованию консервативной тактики ведения пострадавших с закрытыми травмами печени.

Цель исследования: уточнить показания для применения консервативной тактики лечения пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени в условиях многопрофильного стационара.

Пациенты и методы: За период 1991 по 2015 гг., в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 5134 пострадавших с закрытой травмой живота. Проанализированы результаты лечения 556 (10,8%) пострадавших с повреждением печени, госпитализированных в хирургические отделения. У 38 (6,8%) пострадавших выявлено изолированное закрытое повреждение печени с формированием внутripеченочных или субкапсулярных гематом. Среди них мужчин было 76,3% (29), а женщин – 23,7% (9). Все пострадавшие находились в возрасте до 44 лет, при этом средний возраст составил $31,4 \pm 9,5$ лет. Подавляющее большинство пострадавших было доставлено в первые 6 часов с момента получения травмы – $84,2 \pm 5,9\%$ (32), в последующие 6–24 часов было доставлено $15,8 \pm 5,9\%$ (6) пациента. В 26 (4,7%) наблюдениях использовалась консервативная тактика ведения пострадавших.

Результаты. Гемодинамически стабильные пострадавшие обследовались в условиях приемного покоя. При этом, в данной группе, у всех пострадавших была диагностирована закрытая травма живота с изолированным повреждением печени и

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

формированием внутриспеченочных или субкапсулярных гематом. По данным УЗИ было выявлено отсутствие или минимальное количество крови в брюшной полости, стабильный характер гематом печени I-II степени по классификации E. Moore (1994), которые локализовались в проекции VI, VII, и VIII сегментов печени – 19,2% (5), 61,6% (16) и 19,2% (5) соответственно. В сложных диагностических случаях применялось СКТ брюшной полости с болюсным внутривенным контрастированием. При отсутствии признаков экстравазации контраста и возможности применения консервативной тактики пострадавшим назначался строгий постельный режим в течении 3 – 5 суток, проводилась гемостатическая терапия с контролем показателей свертывающей системы крови и динамическое УЗИ живота. Динамическое УЗИ органов брюшной полости подразумевало проведение исследования каждые 4–5 часов в первые сутки, дважды на вторые сутки и один раз в день в течении последующих трех суток. Противопоказаниями к консервативному лечению являлись: УЗ-признаки нестабильности размеров гематомы, появление зон турбулентного потока в гематоме, а также появление и/или увеличение количества свободной жидкости в брюшной полости как признак кровотечения. Все пострадавшие после окончания стационарного лечения находились под наблюдением хирурга амбулаторно-консультативного отделения. Ежеженедельно проводился клиничко-биохимический контроль анализов. УЗИ контроль выполнялся через 2 и 4 недели с момента получения травмы. Максимальный срок наблюдения за пострадавшими данной группы составил 2,5 года, и ни в одном случае не было отмечено осложнений и летальных исходов.

Заключение. Применение консервативной тактики лечения у пострадавших при закрытой травме живота с изолированным повреждением печени позволяет отказаться от традиционного хирургического вмешательства и снизить вероятность развития осложнений. Показанием к консервативному лечению является изолированное повреждение печени I степени по классификации E. Moore (1994) с формированием стабильной подкапсулярной гематомы печени диаметром до 5,0 см. Обязательным элементом лечения является строгий постельный режим в течении 3–5 суток, а также УЗИ контроль органов брюшной полости в динамике.



НПВС-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГАСТРО- И ЭНТЕРОПАТИЯ. СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И ПРОФИЛАКТИКА.

Ефимов Алексей Львович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации)

Сигуа Бадри Валериевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Сахно Денис Сергеевич (ГБОУ ВПО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»)

Захаров Евгений Алексеевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Гринев Алексей Михайлович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, язвы, эрозии, гастропатия, энтеропатия.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) широко используются в мире. Одним из основных факторов, ограничивающих применение данных препаратов, является их побочное действие на желудочно-кишечный тракт. Клиническая значимость энтеропатии, индуцированной приемом НПВП остается недооцененной, несмотря на ее опасность и угрозу жизни пациентам. Этиология, патогенез, а также клиническая картина и диагностика острых язв тонкой кишки недостаточно хорошо изучены и знакомы клиницистам. В настоящее время нет общепринятой тактики лечения и профилактики острых язв тонкой кишки.

Гастропротекция при использовании НПВП нашла адекватную фармакологическую коррекцию и обеспечивается преимущественно путем угнетения такого фактора агрессии как желудочная секреция. Для этого используются ингибиторы протонной помпы и H₂-антигистаминные средства. Однако длительное угнетение желудочной секреции имеет также свои осложнения. НПВП могут вызывать язвы и у пациентов с ахлоргидрией. В этом случае заместительная терапия простагландинами (мизопростол), которые угнетаются на фоне терапии НПВС и при этом являются ключевыми гастропротективными факторами, возможно, будет оптимальным решением для этой категории пациентов. Кроме того были разработаны препараты, которые не являются простагландинами, но так же оказывают протективное действие на слизистые оболочки. Одним из таких препаратов является ребамипид. Ребамипид стимулирует образование простагландинов, «очищает» слизистую от свободных радикалов. Тепренон относится к противоязвенным средствам, которые обеспечивают защиту слизистой путем активации белков теплового шока (HSP70). Тактика ведения пациентов, использующих НПВП, зависит от степени риска развития осложнений.

Механизмы, лежащие в основе энтеропатии, отличаются от патогенеза развития язв и эрозий верхних отделов желудочно-кишечного тракта, возникающих вследствие приема НПВП. Большое значение уделяется изменению кишечной микрофлоры с развитием дисбиоза. Широкое использование в клинической практике для гастропротекции эффективных антисекреторных препаратов (ингибиторы

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

протонной помпы) может ухудшать течение НПВП-индуцированной энтеропатии, замыкая «порочный круг». Мизопростол продемонстрировал свою эффективность, однако его побочные эффекты (диарея, абдоминальные боли и др.) ограничивают его использование. Было также продемонстрировано позитивное действие ребамипида и тепренона. Коррекция дисбиоза может иметь положительный эффект для лечения и профилактики НПВП-индуцированной энтеропатии, особенно, когда предотвращается увеличение грамм-отрицательной микрофлоры. Ряд исследований и экспериментальных работ продемонстрировали эффективность антибактериальной терапии, воздействующей на грамм-отрицательные бактерии. Однако и здесь есть свои ограничения в виду развития устойчивых штаммов и других осложнений.

Важен выбор оптимального НПВП. С целью уменьшить побочные эффекты предложено использование НПВП, высвобождающих сульфид водорода и оксид азота. Другим подходом к производству более безопасных НПВП является присоединение к молекуле НПВП фосфатидилхолина. Для верхних отделов ЖКТ использование селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 является более безопасным.

В клинической практике основное значение для лечения кровотечения из острых язв и эрозий имеют методики лечебной эндоскопии. В случае перфорации острых язв – хирургическое лечение.

Имеются новые экспериментальные данные о глюкокортикоидных гормонах. Глюкокортикоидные гормоны, продуцирующиеся при остром стрессе, в отличие от терапии глюкокортикоидами в фармакологических дозах, обладают универсальным гастропротективным действием, так как способны защищать слизистую оболочку желудка от воздействия ulcerогенных стимулов различной природы. Это оказывается особо значимым в ulcerогенных моделях, связанных с дефицитом простагландинов благодаря их компенсаторному взаимодействию в регуляции поддержания целостности слизистой оболочки желудка.

Таким образом, лечебная тактика и профилактика НПВП-индуцированной энтеропатии существенно отличается от лечения поражений верхних отделов ЖКТ, вызванных приемом НПВП, при этом многие вопросы до сих пор остаются открытыми и требуют дальнейшего изучения.



ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.

Гавщук Максим Владимирович (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»)

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Гостимский Александр Вадимович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава Российской Федерации)

Романчишен Анатолий Филиппович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава Российской Федерации)

Найденов Александр Александрович (СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»)

Ключевые слова: анапластический (недифференцированный) рак щитовидной железы, комбинированная терапия, интраоперационная фотодинамическая терапия, продолжительность жизни больных.

Актуальность и цели. Проблема лечения больных анапластическим раком щитовидной железы (АРЩЖ) остается нерешенной, протоколов комбинированной терапии с доказанной эффективностью нет. В большинстве случаев средняя продолжительность жизни больных после диагностики АРЩЖ составляет 2-5 месяцев. Одним из способов повышения эффективности хирургического удаления этой карциномы может стать фотодинамическая терапия (ФДТ), которая успешно применяется при опухолях различных локализаций, как в России, так и зарубежом.

Пациенты и методы. Анализирован опыт лечения 279 больных АРЩЖ в период с 1974 по 2015 года. Средний возраст больных на момент поступления был $69,9 \pm 8,34$ года. Преобладали пациентки женского пола - 239 (85,7%) человек, соотношение лиц мужского и женского пола – 1 : 6. Пациенты получали хирургическое лечение, лучевую терапию и их комбинации. С 2012 года при операциях по поводу рака щитовидной железы проводится ФДТ. В качестве фотосенсибилизатора использован фотодитазин, который вводился внутривенно капельно в 200 мл физиологического раствора за 60 минут до начала операции. С учетом массы тела больных, доза препарата соответствовала рекомендованному интервалу 0,5-0,8 мг/кг веса тела. На глаза пациента надевались солнцезащитные очки. Емкость с раствором и инфузионная система защищались от света с помощью простыни или специально сшитого рукава.

Во время операции после удаления опухоли и остановки кровотечения, края раны фиксировались в разведенном состоянии с помощью отдельных швов и проводилось облучение зоны операции с подведением плотности энергии в диапазоне 200-300 Дж/см². При этом ассистент в специальных защитных очках контролировал состояние раны. По окончании облучения выполнялись завершающие этапы операции – контроль гемостаза, дренирование и закрытие раны.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

После начала введения фотодитазина пациент в течение 3 суток постоянно находился в солнцезащитных очках. Осложнений после ФДТ наших наблюдениях не было.

Для оценки эффективности различных вариантов лечения проведено сравнение продолжительности жизни пациентов.

Для характеристики распределения продолжительности жизни пациентов использованы показатели: среднее, медиана, мода, максимальное и минимальное значение, 75% перцентиль, 25% перцентиль. Эти показатели дают полноценное описание массива данных вне зависимости от типа распределения показателей.

Результаты. Лучшие показатели продолжительности жизни выявлены в группе больных, получивших комбинированную терапию в виде хирургического вмешательства и последующей лучевой терапии (среднее - 9,0 месяцев, медиана - 5,5 месяцев, 75% перцентиль - 7,3 месяца, 25% перцентиль - 4,2 месяца, мода - 5,5 месяцев, минимум - 2,1 месяцев, максимум - 70,0 месяцев).

На втором месте показатели оперированных пациентов, с применением ФДТ (среднее - 4,2 месяцев, медиана - 2,0 месяцев, 75% перцентиль - 6,3 месяца, 25% перцентиль - 1,5 месяца, мода - 2,0 месяцев, минимум - 0,5 месяцев, максимум - 14,0 месяцев). Хуже показатели продолжительности жизни у больных, которым проводилось только хирургическое вмешательство (среднее - 2,7 месяцев, медиана - 2,5 месяцев, 75% перцентиль - 4,1 месяца, 25% перцентиль - 1,1 месяца, мода - 2,1 месяцев, минимум - 0,1 месяцев, максимум - 9,1 месяцев). Однако при проверке продолжительности жизни пациентов, которым выполнена только операции и которым проведена интраоперационная ФДТ разница статистически не значима (критерий Колмогорова-Смирнова 1,07 при критическом значении 1,36 для $p=0,05$). Наихудшие показатели выживаемости у больных, которые получали только лучевую терапию (среднее - 2,4 месяцев, медиана - 2,1 месяцев, 75% перцентиль - 3,1 месяца, 25% перцентиль - 1,7 месяца, мода - нет, минимум - 1,5 месяцев, максимум - 3,5 месяцев) или симптоматическую терапию (среднее - 1,0 месяцев, медиана - 1,2 месяцев, 75% перцентиль - 1,5 месяца, 25% перцентиль - 0,3 месяца, мода - 1,5 месяцев, минимум - 0,1 месяцев, максимум - 2,5 месяцев). При этом, статистически значимой разницы продолжительности жизни в этих группах нет (U-критерий Манна-Уитни 122 при критическом значении 32 для $p=0,05$).

Выполненные операции отличались по объему, что само по себе влияло на продолжительность жизни. Наилучшие результаты получены после субрадикального удаления опухоли в пределах неизмененных тканей (среднее - 3,1 месяцев, медиана - 3,2 месяцев, 75% перцентиль - 4,2 месяца, 25% перцентиль - 2,2 месяца, мода - 3,5 месяца, минимум - 0,1 месяцев, максимум - 6,1 месяцев). В то же время при сравнении продолжительности жизни больных в случаях симптоматической резекции опухоли для трахеостомии (среднее - 1,2 месяцев, медиана - 1,1 месяцев,

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

75% перцентиль – 1,8 месяца, 25% перцентиль – 0,5 месяца, мода – 2,1 месяца, минимум – 0,1 месяцев, максимум – 3,5 месяцев) и симптоматической консервативной терапии (среднее – 1,0 месяцев, медиана – 1,2 месяцев, 75% перцентиль – 1,5 месяца, 25% перцентиль – 0,3 месяца, мода – 1,5 месяцев, минимум – 0,1 месяцев, максимум – 2,5 месяцев) статистически значимой разницы не выявлено (U-критерий Манна-Уитни 214,5 при критическом 167 для $p=0,05$). Но симптоматические резекции опухоли с трахеостомией облегчали состояние пациентов и позволяли избегать смерти больных от удушья.

Относительно малое количество случаев применения интраоперационной ФДТ делает нецелесообразным анализ по видам выполненных операций, но он будет интересен по мере накопления опыта.

Заключение. Новый метод воздействия – ФДТ во время операции после удаления АРЩЖ, обеспечивает тенденцию к большей продолжительности жизни больных по сравнению с таковой после только хирургических вмешательств, что позволяет рекомендовать активное внедрение этого метода воздействия в комбинированное лечение больных этой карциномой. С учетом редкости этой карциномы, объединение опыта применения ФДТ в различных центрах, позволит быстрее накопить достаточное количество наблюдений для доказательства эффективности этого метода терапии.



ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ И ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ.

Дюков Алексей Карпович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Сигуа Бадри Валериевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Земляной Вячеслав Петрович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Данилов Анатолий Михайлович (СПбГУ. Кафедра факультетской хирургии)

Климов Сергей Евгеньевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: печень, повреждение печени, закрытая травма живота с повреждением печени, диагностика, хирургическое лечение.

Актуальность: В последние десятилетия отмечается интенсивный рост и изменение структуры травматизма, в том числе и повреждений печени. Закрытая травма печени в подавляющем большинстве случаев (68,0–85,2%) обусловлена

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

автодорожной и рельсовой травмой и в 48,0–75,9% случаев носит сочетанный характер. Летальность при сочетанной травме живота с повреждением печени может варьировать от 9,0 до 74,0%.

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших сочетанной травмой (СТ) головы и живота с повреждением печени в условиях многопрофильного стационара.

Пациенты и методы: За период 1991 по 2015 гг., в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 5134 пострадавших с закрытой травмой живота. Проанализированы результаты лечения 147 (2,9%) пострадавших с СТ головы и живота с повреждением печени, госпитализированных в хирургические отделения. При этом 87,1% (128) пострадавших составляли мужчины. В первые 6 часов с момента получения травмы было доставлено в больницу 93,2% (137) пострадавших. В большинстве случаев отмечалась автотравма – 40,1% (60) наблюдений. В состоянии шока доставлено 76,9% (113) пострадавших. Повреждение органов брюшной полости в 128 (87,1%) случаях было исключено с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) – чувствительность методики составила 86,4%.

Обзорная лапароскопия выполнена 116 (78,9%) пострадавшим: диагностический характер носила в 117 (79,6%) случаях с последующей конверсией, в 13 (8,8%) наблюдениях выявлено повреждение печени I–II степени по E. Moore (1994) с продолжающимся кровотечением из паренхимы – достигнут эндовидеохирургический гемостаз, а в 17 (11,6%) установлено повреждение печени без продолжающегося кровотечения – ограничились дренированием брюшной полости.

До 2004 г. для диагностики черепно-мозговой травмы (ЧМТ) использовалась М-ЭХО и обзорная рентгенография черепа (чувствительность методов составила 23,9% и 0% соответственно). С 2004 г. рутинно стала использоваться спиральная компьютерная томография (СКТ) головного мозга. Во всех случаях применения СКТ головного мозга диагностических ошибок не было. Все пострадавшие были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пострадавшие, проходившие лечение в больнице в период с 1991 по 2000 гг. (n= 52), во вторую – с 2001 по 2015 гг. (n= 95).

Результаты исследования: Специфических клинических симптомов у пострадавших с СТ головы и живота с повреждением печени выявлено не было. При оценке тяжести ЧМТ ушиб средней и тяжелой степени был выявлен у 84 (57,1%) пострадавших. Нарушение сознания по шкале ком Глазго до уровня: 13–15 баллов отмечалось у 59 (40,1%) пострадавших, 8–12 баллов отмечено у 41 (27,9%) поступивших и 4–7 баллов у 41 (27,9%) пострадавших, 3 балла в 6 (4,1%) случаях. Показаниями к нейрохирургическим вмешательствам являлись смещение срединных структур головного мозга более чем на 5–10 мм., объем гематом в заднечерепной

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

ямке $\geq 15-20$ мл., в височной области ≥ 30 мл. и в лобной ≥ 50 мл. Характер и объем оперативных вмешательств в группах был идентичен, за исключением миниинвазивных нейрохирургических вмешательств (13 наблюдений), которые выполнялись только во II группе, и заключались в декомпрессивной трепанации черепа с эвакуацией внутричерепной гематомы (38 случаев), хирургической обработке вдавленных переломов (23 наблюдения) и наружном дренировании желудочковой системы в точке Кохера по Арендту (13 случаев). Лечение при повреждениях печени – только оперативное. У пострадавших I группы только в 2 (3,8%) наблюдениях был осуществлен эндовидеохирургический доступ, позволивший ограничиться дренированием брюшной полости при повреждениях печени без продолжающегося кровотечения. При повреждениях печени I и II степени в 17 (32,7%) случаях применялся первичный шов раны печени, который у 3 (5,8%) пострадавших был дополнен тампонированием из-за неустойчивого гемостаза. При более тяжелых повреждениях осуществлялось тампонирование дефекта печени – 30 (57,7%) наблюдений, при этом в 3 (5,8%) случаях тампонирование было дополнено гепатопексией. Также устранялись сопутствующие повреждения органов брюшной полости. При травме живота во II группе в 53 (55,8%) случаях удавалось достигнуть гемостаза путем формирования первичного шва раны печени. В 5 (5,3%) случае была выполнена атипичная резекция печени. Тампонирование повреждений печени, как основной оперативный прием, использовался лишь в 7 (7,3%) случаях и, как правило, в рамках тактики «Damage control». В 2 (2,1%) случае тампонирование было дополнено гепатопексией. У 13 (13,7%) пострадавших удалось достигнуть эндовидеохирургического гемостаза, а в 15 (15,8%) случаях при диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости.

Летальный исход среди пострадавших I группы отмечен в 36 (69,2%) наблюдениях. Причинами летального исхода в 23 наблюдениях был отек и дислокация головного мозга, что составило 44,2%. При этом было отмечено, что у 14 из 23 погибших от дислокации головного мозга, при поступлении клинических данных за тяжелую черепно-мозговую травму выявлено не было, а весь симптомокомплекс проявился в течение первых 3-х дней с момента получения травмы. Несомненно, в данной группе поздняя диагностика тяжелой черепно-мозговой травмы привела к неблагоприятному исходу. Используемый во II группе диагностический алгоритм способствовал ранней диагностике черепно-мозговой травмы и позволил у 20 (21,1%) пострадавших из 95, поступивших в клинику с диагнозом закрытой травмой живота, выявить повреждения головного мозга, при отсутствии клинических данных за травму головы. Летальность в данной группе составила 40,0% (38), при этом летальность от отека и дислокации головного мозга составила 12,6% (12). Предложенный диагностический алгоритм позволил достоверно снизить уровень

летальности от отека и дислокации ГМ при СТ головы и живота с 44,2% (23) до 12,6% (12) ($p < 0,001$).

Заключение: У пострадавших с СТ рутинное использование СКТ ГМ позволяет достоверно снизить летальность от отека и дислокации головного мозга с 44,2% (23) до 12,6% (12) ($p < 0,001$). При лечении повреждении печени могут использоваться различные виды хирургического гемостаза, однако применение тампонирования ран печени допустимо только в рамках тактики Damage control.



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ АППАРАТНОЙ НИТЕВОЙ ДОЗИРОВАННОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ОБШИРНЫМИ РАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Богданов Андрей Николаевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»; Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Паршин Михаил Сергеевич (СПб ГБУЗ «ГБ № 26»)

Овденко Андрей Григорьевич (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Ключевые слова: дермотезия, обширный раневой дефект, аппаратная нитевая дозированная дермотензия.

Актуальность и цели: В современной хирургии остается актуальной проблема лечения ран и раневых дефектов, как после травматических повреждений кожных покровов, так и в результате гнойных осложнений. Актуальность проблемы неуклонно возрастает на фоне высокой частоты бытового травматизма, распространения локальных вооруженных конфликтов, природных и техногенных катастроф. Задачей нашего исследования была оптимизация закрытия дефектов мягких тканей, улучшение косметических результатов лечения за счёт применения аппаратной нитевой дозированной дермотензии.

Пациенты и методы. Для достижения поставленной цели нами разработан ряд аппаратов: «Устройство для дозированного динамического натяжения нити при наложении непрерывного шва на рану» (патент на полезную модель № 96752, Паршин М.С., Косачев И.Д., Юсупов Ю.Н., МПК А 61 В 17/04, 2010 г.); «Устройство для сведения концов раны» (патент на полезную модель № 105152, Паршин М.С., Юсупов Ю.Н., Косачев И.Д., МПК А 61 В 17/03, 2010 г.); «Устройство для сведения краев раны» (патент на полезную модель № 107036, Паршин М.С., Юсупов Ю.Н., Косачев И.Д., МПК А 61 В 17/03, 2011 г.); «Устройство для сведения краев раны при наложении внутрикожного шва на рану» (удостоверение на рационализаторское предложение № 12478/10, ВМедА, 2010 г.); «Устройство для закрытия раны при

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

наложении внутрикожного шва» (удостоверение на рационализаторское предложение № 12479/10, ВМедА, 2010 г.).

В основу исследования были положены результаты лечения 123 больных с обширными дефектами мягких тканей, поступивших на стационарное лечение в 2000 - 2017 гг. в ФГУ 442 ОВКГ МО РФ (г. Санкт-Петербург) и СПб ГБУЗ «Городская больница №26». Все больные были разделены на 2 группы: контрольная (I) и исследуемая (II). В 1-ой контрольной группе (54 больных) закрытие раневых дефектов осуществлялось традиционным способом (использовался узловой шов). Во II группе (69 больных) применялась аппаратная нитевая дозированная дермотензия с помощью разработанных нами устройств. Мужчин было 115 (93,5%), женщин – 8 (6,5%).

В контрольной группе для осуществления закрытия дефектов накладывались П-образные швы. В исследуемой группе края дефектов мягких тканей дозировано сводились при помощи разработанных нами аппаратов.

Результаты:

В ходе работы была выявлена достоверная зависимость сроков заживления раны от метода закрытия кожного дефекта. Так при использовании традиционного способа в контрольной группе срок заживления раны составил $18,7 \pm 0,4$ дней, а в группе с нитевой аппаратной дермотензией – $14,2 \pm 0,3$ дней ($p < 0,001$).

Продолжительность нахождения пациентов в стационаре в зависимости от применяемого метода лечения сократилась в среднем на 6 дней и составил в I (контрольной) группе $30,7 \pm 0,7$ дней, а во II (исследуемой) - $25 \pm 0,5$ дней ($p < 0,001$).

Технические трудности с закрытием дефектов мягких тканей методом дермотензии возникали на переднемедиальной поверхности голени, стопы, в области голеностопного, коленного и локтевого суставов. Это объясняется минимальным количеством подкожной клетчатки, отсутствием мышечной ткани, спаянностью кожи с подлежащими тканями.

Применение аппаратной нитевой дермотензии считалось перспективным, если сохранялось $\frac{3}{4}$ кожи по окружности конечности. Попытки закрытия более обширных дефектов приводили к частому прорезыванию нити и многократному их перепроведению. В последующем приходилось применять аутодермопластику расщепленным трансплантатом.

В ходе исследования было установлено, что при использовании аппаратной нитевой дермотензии важное значение имела не только площадь дефекта, но и соотношение длины и ширины раны. Учитывая неправильный по геометрической форме характер дефектов, шириной считалась самая широкая его часть. Чем больше было соотношение длины и ширины, тем более мобильными были края раны и тем быстрее происходило закрытие дефекта. При соотношении 3 и более, заживление раны происходило без осложнений.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

В ходе лечения обширных раневых дефектов в обеих группах наблюдали ранние послеоперационные осложнения: прорезывание нити и некроз краев раны. Среди поздних осложнений мы наблюдали у 4 пациентов в I (контрольной) группе изъязвление рубца, которое возникало, как правило, спустя месяц после выписки из стационара. Локализация дефектов кожных покровов у данных пациентов была в функционально значимой анатомической области – нижняя треть передней поверхности голени, в области голеностопного сустава, в верхней трети голени, области коленного сустава, где были ограничены возможности растяжения кожи.

Наиболее частым осложнением в обеих группах было прорезывание нити – у 36 пациентов. Это было связано с чрезмерным натяжением тканей и возникающими вследствие этого нарушениями микроциркуляции, развитием воспаления. В этом случае производили замену лигатур, с продолжением дермотензии. В исследуемой группе данное осложнение встречалось в среднем 6 раз меньше по сравнению с контрольной, так как при использовании аппаратной нитевой дермотензии сила натяжения лигатуры равномерно распределялась по всей поверхности краев раневого дефекта, в отличие от традиционного метода.

В 11 случаях из 123 наблюдались поверхностные некрозы краев раны, которые не являлись основанием для прекращения дермотензии. В последующем, раны заживали вторичным натяжением. В случае изъязвления рубца, в отдаленном периоде, местное лечение и иммобилизация конечности приводили к заживлению язвенных дефектов.

Таким образом, при закрытии дефектов кожных покровов в группе с использованием аппаратной нитевой дермотензии не осложненное течение раневого процесса встречалось чаще, чем при использовании традиционного метода (89,9% и 18,5 %, соответственно, $p < 0,001$). Частота встречаемости осложнений в исследуемой группе была соответственно ниже и составила 10,1 % (в контрольной группе - 81,5 %).

Выводы: Таким образом, аппаратная дозированная нитевая дермотензия, с помощью разработанных нами, устройств имеет значительные преимущества в лечении обширных гнойных ран: уменьшается продолжительность лечения больных в стационаре, сокращается срок заживления раны, достигается хороший косметический результат. При этом, обеспечивается равномерное дозированное распределение силы натяжения по всему периметру раны, позволяющее постепенно сближать края, контролируя течение раневого процесса, осуществляя полноценную ревизию и санацию без снятия швов.



ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Кабанов Максим Юрьевич (ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн», ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра общей хирургии)

Яковлева Диана Михайловна (ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн», ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра общей хирургии, СПб ВМедА им. С.М. Кирова кафедра военно-морской хирургии)

Семенцов Константин Валерьевич (ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн», ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра общей хирургии)

Дегтярев Денис Борисович (ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн»)

Беликова Мария Яковлевна (ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн»)

Дымников Денис Александрович (СПб ВМедА им. С.М. Кирова кафедра военно-морской хирургии)

Здасюк Сергей Олегович (ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн»)

Ключевые слова: билиарное дренирование, стент, эндопротез

Актуальность и цели. Создание нового медицинского оборудования и его применение в хирургии позволило изменить тактику диагностики и лечения больных с различными заболеваниями органов брюшной полости. Внедрение в практическую работу современных методов интервенционной диагностики и малоинвазивных методов лечения расширяют возможности раннего выявления онкологических заболеваний, послеоперационных осложнений, а также в некоторых случаях позволяют заменить лапаротомное вмешательство дренирующим, что сокращает койко-день и послеоперационную летальность, в особенности у лиц пожилого и старческого возраста.

Пациенты и методы. С 2016 по 2017 год миниинвазивные технологии эндоскопические и чрескожные были применены в 618 случаях у 554 пациентов с различной хирургической патологией. Наиболее часто выполнялись чрескожные биопсии, эндоскопические литоэкстракции, а также антеградные или ретроградные билиарные дренирования. У пациентов с механической желтухой злокачественного генеза не подлежащих радикальному хирургическому лечению вторым этапом выполнялись эндоскопические и чрескожные стентирования саморасправляющимися нитиноловыми стентами (54 пациента). Характеристики используемого нитинолового стента в каждом конкретном случае подбирались индивидуально. При доброкачественных стриктурах применялся многоэтапный или гибридный подход. В случае ятрогенного повреждения чрескожное дренирующее вмешательство сочеталось с лапароскопическим (1). В случаях доброкачественных стриктур (наиболее часто ранее сформированного билиодигестивного анастомоза) в сочетании или без холедохолитиаза выполнялось ЧЧХД с последующим эндопротезированием (1). Этапная замена эндопротеза осуществлялась по мере его

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

обтурации. При первичном склерозирующем холангите – билиарное дренирование правой и левой доли печени с последующим стентированием (1). При «трудном» холедохолитиазе использована методика «grande-vous» (3 пациента). В связи с тяжелой коморбидной патологией пациентов старшей возрастной группы операцией выбора в случае острого обтурационного холецистита являлась чрескожная чреспеченочная холецистостомия. При невозможности удаления холецистостомического дренажа нами выполнялась чрескожная литоэкстракция (2). 1 больному выполнено эндоскопическое дренирование кисты головки поджелудочной железы, чрескожный цистогастроанастомоз также 1 пациенту. 2 пациентам выполнено стентирование воротной вены в связи с ее тромбозом в раннем послеоперационном периоде.

Результаты. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями литоэкстракций и дренирующих вмешательств на желчном дереве были: холангит, кровотечения из слизистой желудка, желчеистечение в свободную брюшную полость на фоне миграции дренажа, панкреатит среднетяжелого течения. Из редких – гемобилия, поддиафрагмальные абсцессы и клинически значимые подкапсульные гематомы, панкреонекроз.

Летальных исходов при выполнении миниинвазивных вмешательств всего было 38. 21 больных скончались от прогрессирования полиорганной недостаточности, 13 – после выполнения чрескожных вмешательств, 4 – эндоскопических. При эндоскопических вмешательствах 2 пациента скончались от панкреонекроза, 2 – от билиарного сепсиса; после ЧЧХ-дренирования – 2 от панкреонекроза, 11 – от сепсиса. В случаях лечения доброкачественных стриктур летальных исходов не было.

Заключение. Внедрение гибридных миниинвазивных технологий улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, в особенности у пациентов старшей возрастной группы. Миниинвазивные вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста с крайне высоким операционным риском являются жизнеспасающими.



ПРИМЕР МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ КОМОРБИДНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Невельский В.В., Шендеров С. В., Егорова Н.А., Юзвинкевич С.А., Свеклов Д.А., Тугбаев М.В., Смирнов А.Н., Белков М.А., Болотов И. И., Гостимский В.А., Курникова Е.А. (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Ключевые слова: рентгенэндоваскулярной, коронарная патология, кишечное кровотечение, ангинозные боли, нарушение кинетики миокарда, коронарография,

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

стентирование коронарных артерий, послеоперационные осложнения, резекция сигмовидной кишки.

Актуальность и цели. Пациенты с онкологическими заболеваниями на сегодняшний день имеют обширный перечень сопутствующей коронарной патологии, которая может являться предиктором различных осложнений при проведении внесердечных хирургических вмешательств, в т.ч. внезапной сердечной смерти. Целью нашего сообщения является демонстрация возможностей рентгенэндоваскулярной хирургии в лечении коморбидной коронарной патологии в условиях многопрофильного стационара у пациента с осложненным раком ректосигмоидного отдела толстой кишки.

Пациенты и методы. Пациент Э. госпитализирован в хирургическое отделение СПб ГБУЗ «Городская больница №26» в экстренном порядке в связи с развитием клинической картины кишечного кровотечения. Из анамнеза известно, что у больного в течение 1,5 месяцев отмечается учащенный стул с примесью крови. При проведении ФКС выявлена кровоточащая опухоль ректосигмоидного перехода, осложненная стенозированием (сужение просвета кишки до 0,5 см). Гистологическое исследование биоптата опухоли - низкодифференцированная аденокарцинома. Во время подготовки к оперативному лечению у пациента появились жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке не превышающей 4 МЕТ (ходьба по коридору на расстояние менее 10 м). По данным ЭКГ у пациента регистрировалась впервые возникающая субэндокардиальная ишемия в области нижней, боковой стенки ЛЖ, при Эхо - КГ - выявлены ранее не фиксировавшиеся нарушения локальной сократимости миокарда в виде гипокинезии нижнедиафрагмального, заднебокового и передневерхушечного сегментов ЛЖ, глобальная сократимость миокарда снижена незначительно – ФВ ЛЖ (S) 50%. Учитывая низкий функциональный статус пациента, высокий функциональный класс стенокардии напряжения, результаты инструментальных исследований, свидетельствовавшие о высоком риске коронарных осложнений в периоперационном периоде при внесердечном хирургическом вмешательстве, наличие абсолютных показаний для оперативного лечения рака прямой кишки, было принято решение о необходимости проведения коронарной ангиографии для уточнения характера поражения венечных артерий с возможным последующим стентированием коронарных артерий.

Данные коронарографии: Правый тип коронарного кровоснабжения. LMCA- без гемодинамически значимых стенозов. LAD – хроническая окклюзия в проксимальном сегменте, дистальное русло заполняется по внутрисистемным коллатералям. LCx – без гемодинамически значимых стенозов. RCA – протяженный стеноз до субокклюзии в проксимальном и среднем сегментах, в дистальных сегментах признаки конкурентного кровотока из бассейна LCA.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Проведена реваскуляризация миокарда путем стентирования RCA с установкой 3-х голометаллических стентов. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. После выполнения реваскуляризации миокарда ангинозных болей и их эквивалентов не отмечалось. На четвертые сутки после ЧКВ выявлена асимптомная транзиторная АВ-блокада 2 ст. типа Мобитц – 2 с частотой замещающего узлового ритма (ЧЖС 35 - 45 в мин), что потребовало проведения временной эндокардиальной стимуляции правого желудочка. На 2 сутки после выполненной реваскуляризации миокарда с целью минимизации риска интраоперационного кровотечения произведена отмена двойной антитромбоцитарной терапии (с потенциально максимально ранним возобновлением приема при достижении устойчивого гемостаза), продолжена антикоагулянтная терапия фракционированными гепаринами. На 7 сутки после проведения стентирования RCA, выполнена временная эндокардиальная стимуляция правого желудочка на фоне на фоне которой выполнена лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с лимфодиссекцией по D-2, с наложением первичного анастомоза с использованием циркулярного сшивающего аппарата. Интраоперационно в течение всего анестезиологического пособия пациент был гемодинамически стабилен, желудочковых нарушений ритма сердца не регистрировалось, отмечалась 100% работа ВЭКС. Через сутки после оперативного вмешательства у больного отмечалось восстановление АВ-проведения, ВЭКС удален на 3-е сутки. В послеоперационном периоде ангинозных болей и их эквивалентов не отмечалось.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, толерантность к физической нагрузке возросла до 7 МЕТ, двойная антитромбоцитарная терапия возобновлена по достижении устойчивого гемостаза..

Пациент выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии, через 2 недели после операции, направлен для консультации и дальнейшего лечения в ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)».

Заключение. Таким образом, выполнение ЧКВ на этапе предоперационной подготовки, несмотря на увеличение риска геморрагических осложнений, связанных с проведением двойной антитромбоцитарной терапии, позволяет минимизировать вероятность развития кардиальных осложнений при внесердечных хирургических вмешательствах, улучшить восстановление функционального статуса больного в послеоперационном периоде.



ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Стрижелецкий Валерий Викторович (Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия», г. Санкт-Петербург)

Соловьева Мария Олеговна (Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия», г. Санкт-Петербург)

Макаров Сергей Анатольевич (Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия», г. Санкт-Петербург)

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, безопасность, стандартизация оперативных вмешательств, мультидисциплинарный подход

Актуальность. Ожирение – хроническое, пожизненное, рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме и ведущее к увеличению общей заболеваемости и смертности населения. Ожирение увеличивает вероятность развития следующих заболеваний: сахарный диабет, артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения, дислипидемия, синдром ночного апноэ, рак, неалкогольный стеатогепатит. Бариатрическая хирургия является самым эффективным способом лечения ожирения. Результаты консервативного лечения говорят о том, что 95% пациентов в течение 5 лет набирают вес. В связи с вышеуказанными фактами закономерно увеличивается число операций во всем мире. Но несмотря на опыт, квалификацию хирургов и применение современных технологий, количество осложнений и летальных исходов в абсолютных числах также увеличивается.

Цель. Разработка комплекса мер обеспечения безопасности бариатрических вмешательств на основе анализа результатов работы городского центра комплексного лечения ожирения и метаболических нарушений.

Материалы и методы. Организуя Центр бариатрической хирургии и стремясь повысить безопасность данных вмешательств, мы выделили ряд аспектов: 1) организационный 2) технический 3) анатомический. Организационный аспект включал в себя выполнение следующих условий: 1) подробное консультирование больного с информированием о всех возможных осложнениях (разработка формы информированного согласия); 2) организация расширенного предоперационного обследования; 3) работа с психологом и специалистом по рациональному питанию; 4) подготовка персонала клиники; 5) наличие необходимых медикаментозных препаратов; 6) активное ведение послеоперационного периода. Используется ранняя активизация больных – через 3-4 часа после операции необходимо поднять пациента. Эта категория пациентов очень чувствительна к обезвоживанию, поэтому

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

необходимо проводить адекватную инфузионную терапию с контролем уровня электролитов. Необходима серьезная профилактика пареза кишечника, заключающаяся в раннем энтеральном питании и активизации пациента, а также при необходимости – применении эпидурального катетера. Даже при безусловно проведенной операции существует риск кровотечений, тем более на фоне антикоагулянтной терапии, поэтому необходим контроль показателей крови. В соответствии с Российскими рекомендациями, всем пациентам, независимо от риска необходимо проводить профилактику тромбэмболических осложнений, так как в любой группе риска без профилактики уровень осложнений может варьировать от 0,5% до 6%. Все бариатрические пациенты относятся к группе самого высокого риска, поэтому необходимо проводить как механическую профилактику, так и применение антикоагулянтов, действие которых доказано. Немаловажен технический аспект темы безопасности. Необходимо наличие операционного стола, грузоподъемностью не менее 250 кг, позволяющего укладывать пациента в положение «на шезлонге», что в свою очередь также снижает риск тромбэмболических осложнений и уменьшает натяжение передней брюшной стенки. При проведении анестезиологического пособия у бариатрических пациентов применяются современные ингаляционные анестетики, что требует постоянного контроля газов крови, т.е. применения капнографа. Во время осуществления доступа в брюшную полость целесообразно использовать оптические троакары для контроля прохождения всех слоев передней брюшной стенки. У большинства пациентов с ожирением необходимо использовать не только удлиненные троакары и инструменты, но и удлиненную оптику. Использование высококачественных сшивающих аппаратов позволяет стандартизировать методику выполнения операций и уменьшить риск возникновения осложнений.

Немаловажно учитывать анатомические особенности пациентов. Очень важно определить тип ожирения. При абдоминальном типе ожирения заведомо нужно ожидать технические сложности в виде выраженных жировых отложений в области малого сальника, брыжейки кишки, большого сальника. При этом отмечается малая подвижность кишки, которое может привести к ее повреждению во время операции, натяжению тканей в зоне анастомоза. Необходимо использовать стандартные доступы, с небольшим смещением в соответствии с конституцией пациента. Не надо стремиться к уменьшению количества троакарных доступов и пренебрегать вспомогательным инструментом. Нужно отметить, что при высокой степени стандартизации операции количество осложнений уменьшается статистически значимо.

Заключение. Таким образом, необходимо отметить принципиальные моменты, обеспечивающие безопасность бариатрических вмешательств, особенно на начальных этапах: 1) тщательное предоперационное обследование пациента и

консультация с психологом; 2) качественное анестезиологическое пособие; 3) высокая квалификация хирурга и команды; 4) активное (агрессивное) послеоперационное ведение пациента; 5) использование механического шва; 6) стандартизация этапов операции. Все это позволяет уменьшать количество как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений после бариатрических вмешательств.



ПРОГНОЗ МЕСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Хайдаров Валерий.Михаилович,Усиков Вадим Владимирович., Ткаченко Александр Николаевич, Мансуров Джалолидин Шамситдинович, Купарадзе Иракли. (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова”)
Ранков Максим Михайлович, Хомутов Виктор Викторович. (Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Ключевые слова: Инфекционные осложнения. Патология позвоночника. Позвоночник. Раневая инфекция. Некроз.

Актуальность и цели. В современной литературе живо обсуждаются вопросы, касающиеся улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в хирургическом лечении патологии позвоночника. Вместе с тем, сведения о возможностях прогнозирования инфекции области хирургического вмешательства после таких операций остаются противоречивыми. Поэтому изучение проблем, связанных с прогнозированием, особенностями диагностики и предупреждением местных гнойных осложнений в спинальной хирургии является актуальной темой научных медицинских изысканий.

Цель исследования. улучшить результаты лечения заболеваний позвоночника на основании анализа данных о ранних послеоперационных осложнениях у больных, перенесших хирургическое лечение. На основании этих данных проведен поиск прогностических критериев для создания математической системы моделирования течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших операции на позвоночнике

Пациенты и методы. За анализируемый период было проведено 344 операции на позвоночнике пациентам в возрасте от 20 до 77 лет. При среднем возрасте больных $48,5 \pm 5,8$ лет большинство (215 чел. – 62,5%) пациентов составили мужчины. У 244

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

больных (70,9%) выявлялось, как минимум, одно сопутствующее заболевание. Наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, что, несомненно, не могло не отразиться на течении послеоперационного периода. Показатель послеоперационной летальности отмечен на уровне 0,6% (2 наблюдения). Причинами случаев летальных исходов оказалась: острая сердечная недостаточность. Выписаны 342 человека. Осложнения в зоне вмешательства в раннем послеоперационном периоде развились у 42 из них (12,2%). Как правило, это были гематома (9 наблюдений), лимфоррея (10 случаев), краевой некроз раны (у 11 пациентов), поверхностное нагноение послеоперационной раны (у 8 больных), глубокая ИОХВ (у 4 пациентов).

Результаты. Выявлено, что на развитие ранних гнойных послеоперационных осложнений влияют такие прогностические критерии как: возраст, пол, характер и компенсация сопутствующей патологии, качество предоперационной подготовки, длительность предоперационного периода, условия проведения и длительность операции, применение металлоконструкций во время вмешательства, наличие интраоперационных осложнений, объем интраоперационной кровопотери и др.

Все эти факторы оценены количественно. На основании последнего создан программный продукт, позволяющий прогнозировать осложнения в зоне хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Использование данного программного продукта в пилотном формате позволило прогнозировать осложнения с вероятностью 80% и обеспечить снижение их частоты в 1,5 раза.

Заключение. Прогноз развития ряда осложнений послеоперационного периода, а также выявление факторов риска возможны на основании количественной оценки прогностических критериев. Это позволяет на дооперационном этапе прогнозировать осложнения и целенаправленно заниматься их профилактикой до операции, во время вмешательства и после него.



ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ.

Майстренко Николай Анатольевич (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России)

Ромашенко Павел Николаевич (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России)

Прядко Андрей Станиславович (ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России)

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Алиев Арсен Камильевич (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России)

Ключевые слова: ятрогенный, холецистэктомия, повреждения желчевыводящих протоков.

Актуальность и цели. Активное внедрение эндовидеохирургических технологий в лечении больных желчнокаменной болезнью, несмотря на малоинвазивность оперативных вмешательств, привело к увеличению ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП) в 3 раза. При этом отсутствие своевременной диагностики ЯПЖП и выбора рациональной дифференцированной хирургической тактики по-прежнему объясняют развитие большого числа послеоперационных осложнений (48,7%), высокой летальности (13-25%) и неудовлетворительных отдаленных результатов (20-30%).

Цель исследования – уточнить основные критерии, определяющие программный подход к диагностике и лечению пострадавших ЯПЖП.

Материалы и методы. Обобщен и проанализирован опыт обследования и лечения 269 пациентов с различными вариантами ЯПЖП, полученными во время операций на органах гастробилиодуоденальной зоны в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области, которые впоследствии поступили в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова ВМедА, и на ее клиническую базу в хирургическое отделение Ленинградской областной клинической больницы. Появление современных классификационных подходов позволили отобрать 69 пациентов с ЯПЖП, полученными при холецистэктомии в период с 2005 по настоящее время. Пострадавшие с ЯПЖП, полученными во время других оперативных вмешательств, не рассматривались.

Для характеристики ЯПЖП у пострадавших руководствовались классификацией «АТОМ» (2011,2013). На основании признаков, приведенных в данной классификации разработан способ диагностики и лечения больных ЯПЖП, основанный на рациональном поэтапном применении инструментальных исследований в зависимости от клинических проявлений ЯПЖП с оценкой основных критериев, влияющих на выбор варианта оперативного вмешательства.

Результаты.

Установлено, что основными признаками ЯПЖП во время операции, являются желчеистечение и деформация контура холедоха, а в послеоперационном периоде – желтуха, желчеистечение по дренажу и перитонит. Интраоперационная холангиография при подозрении на ЯПЖП во время операции, позволяет выявить повреждение, а также установить уровень и его масштаб. Выявлено, что основными

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

методами диагностики ЯПЖП после операции являются УЗИ-живота, чрездренажная фистулография, МРХПГ и диагностическая лапароскопия.

Изучение данных диагностики ЯПЖП, проведенного нами ранее экспериментального исследования с оценкой морфологических изменений в желчных протоках в зависимости от механизма повреждения, а также анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пострадавших позволил нам выделить основные критерии, влияющие на выбор рационального варианта оперативного вмешательства: общесоматическое состояние пациента, наличие инфекционно-гнойных осложнений, масштаб повреждения, диаметр пересеченного основного желчного протока, механизм повреждения (термический или механический) ($p < 0,05$).

Полученные нами данные свидетельствуют, что восстановительные операции в виде формирования билиобилиарного анастомоза (ББА) при полном ЯПЖП, выявленном как во время операции, так и в послеоперационном периоде не оправдано, в связи с его полным рубцеванием. Восстановительные операции обоснованы при выявлении частичного повреждения общего желчного протока (ОЖП) как во время операции, так и после неё, и заключается в ушивании дефекта желчного протока на каркасном дренаже со сроком дренирования не менее 1 года с целью профилактики рубцовой стриктуры. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование при частичном повреждении основного желчного протока является альтернативой длительного каркасного дренирования. Устранение желчеистечения из неосновных желчных протоков достигается их клипированием или ушиванием.

Установлено, что выполнение наружного дренирования при полном ЯПЖП, выявленном во время операции или после нее, целесообразно при узком диаметре ОЖП, наличии инфекционно-гнойных осложнений, высоком операционно-анестезиологическом риске (ASA-IV), термическом характере повреждения, которое позволяет избежать риск развития грозных осложнений и обеспечивает возможность выполнения успешной реконструктивно-восстановительной операции через $3,5 \pm 1,2$ месяца ($p < 0,05$). Реконструктивно-восстановительное оперативное вмешательство в виде формирования гепатикоеюноанастомоза по Ру, является основным методом по устранению полных повреждений ОЖП, обеспечивающим хорошие отдаленные результаты, выполнение которого обосновано при диаметре ОЖП более 6 мм, отсутствии инфекционно-гнойных осложнений, тяжести соматического состояния пострадавшего по шкале ASA I-III.

Заключение. Таким образом, построение рациональной программы обследования пострадавших ЯПЖП с учетом современных представлений и классификационных позиций, учитывающих интегральную оценку основных параметров травмы, позволяет обосновать выбор адекватного варианта

хирургического вмешательства, позволяющего достоверно уменьшить число осложнений, летальности и повысить качество жизни в отделенном периоде.



ПРОФИЛАКТИКА КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА.

Чернышев Денис Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»)

Ширай Ольга Владимировна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК), инфекционный контроль, протокол катетеризации центральной вены.

Актуальность и цели. Продемонстрировать необходимость внедрения протоколов катетеризации центральной вены, ухода за центральными венозными катетерами для снижения показателей заболеваемости катетер-ассоциированными инфекциями кровотока.

Пациенты и методы. Количество КАИК варьирует в различных по структуре и профилю отделениях и стационарах и составляет по данным различных исследований от 0,9 случаев на 1000 дней катетеризации в специализированных отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), и до 7,7 случаев у пациентов ОРИТ общего профиля.

В Елизаветинскую больницу ежегодно госпитализируется около 70 000 больных различного профиля. Катетеризация центральных вен проводится в среднем у 8 000 пациентов.

В период с 1996 по 2016 годы плотность инцидентности катетер-ассоциированных инфекций кровотока составила 0,6 случаев на 1000 дней катетеризации. При исследовании использовались следующие материалы и методы: эпидемиологический анализ антибиотикорезистентности этиологически значимых при КАИК микроорганизмов (компьютерная аналитическая программа WHONET 5.4.), данные карт стационарного больного, эпидемиологическое наблюдение с использованием стандартного определения случая инфекции кровотока, бактериологические исследования.

Результаты. Доказана необходимость внедрения протоколов катетеризации центральной вены, ухода за центральными венозными катетерами для снижения показателей заболеваемости катетер-ассоциированными инфекциями кровотока.

Заключение. Эффективное лечение пациентов на современном этапе неразрывно связано с необходимостью катетеризации сосудов для введения лекарственных средств и проведения инвазивного мониторинга состояния больного. Внедрение протоколов катетеризации центральной вены, ухода за центральными венозными катетерами снижает показатели заболеваемости катетер-ассоциированными инфекциями кровотока и финансовые затраты на лечение данной группы пациентов.



РАННИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Найденов Александр Александрович (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Комаров Михаил Владимирович (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Хозин Ринат Шамильевич (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Сусаев Хизир Мусаевич (СПб ГБУЗ «Городская больница №26»)

Ключевые слова: перфорация барабанной перепонки, минно-взрывная травма, контузия лабиринта, тимпаноластика.

Актуальность и цели. В условиях постоянно существующей террористической угрозы на территории Российской Федерации особое значение имеет выработка алгоритма оказания специализированной оториноларингологической помощи пациентам, оказывающимися жертвами теракта. В отечественной литературе нет четких алгоритмов, определяющих сроки и очередность проведения восстановительных операций на органе слуха при минно-взрывной травме, что может приводить к вынужденному увеличению периода реабилитации пострадавших и повышать риск их стойкой инвалидизации.

Пациенты и методы. Алгоритм, внедренный в оториноларингологическом отделении СПб ГБУЗ «Городская больница №26» был отработан в отношении жертв террористического акта, произошедшего 3.04.2017 в Петербургском метрополитене. В общей сложности специализированная оториноларингологическая помощь в условиях круглосуточного стационара была оказана 12 пострадавшим. Трое из них имели сочетанные повреждения. Посттравматические разрывы барабанной перепонки были выявлены в 8 ушах (у 6 пациентов). Разрыв барабанной перепонки диагностировался при первичном осмотре посредством отомикроскопии. Поверхность разрыва варьировала от одного квадранта до тотальной перфорации перепонки. Кроме того, у всех пациентов была выявлена контузия внутреннего уха,

подразумевающая ту или иную степень сенсоневрального компонента тугоухости. Контузия внутреннего уха определялась посредством тональной пороговой аудиометрии (повышение порогов звуковосприятия), а так же с помощью импедансометрии – исчезновение стапедиальных рефлексов.

Результаты. Всем пациентам с разрывом барабанной перепонки в сроки от 2 до 7 суток после получения травмы была выполнена тимпаноластика в объеме миринголастики. В двух случаях миринголастика была дополнена оссикулопластикой. Миринголастика выполнялась с использованием аутофасции височной мышцы (методика under-lay), оссикулоластика - с использованием частичных титановых оссикулярных протезов. Так же в отношении всех пациентов проводилась противоневритическая терапия, включавшая системную кортикостероидную (в отсутствие противопоказаний) и широкую ноотропную терапию в течение 10 и более дней. Срок наблюдения прооперированных пациентов составил не менее 6 месяцев. Анатомический результат был достигнут в 100% случаев и подтвержден посредством отомикроскопии и импедансометрии. Функциональный результат – уровень социально-адекватного слуха был также достигнут у 100% пациентов и подтвержден посредством проведения контрольной тональной пороговой аудиометрии.

Заключение. В условиях оториноларингологического отделения многопрофильного стационара тимпаноластика при посттравматическом разрыве барабанной перепонки и дислокации слуховых косточек должна быть выполнена в кратчайшие сроки для своевременной реабилитации пострадавшего. Курс консервативной терапии при посттравматической контузии внутреннего уха должен соответствовать продолжительности и объему консервативного лечения применяемого в отношении пациентов с идиопатической острой сенсоневральной тугоухостью.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Стрижелецкий Валерий Викторович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Шульга Александр Федорович (кафедра общей хирургии СПбГУ)

Протасов Андрей Анатольевич (2кафедра общей хирургии ПСПБГПУ им. акад. И.П.Павлова)

Суворов Игорь Иванович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Соловейчик Аркадий Соломонович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Рыбакова Екатерина Вадимовна (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Красовский Андрей Геннадьевич (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Давтян Армен Аликович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Покровский Кирилл Александрович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Габедава Годердзи Тамазович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Жуков Олег Александрович (Городская больница №4 «Святого великомученика Георгия»)

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, осложнения панкреатита, летальность.

Актуальность и цели: Острый панкреатит остается одной из самых актуальных проблем ургентной хирургии. Летальность при тяжелых формах составляет в среднем 15-45%. Инфекционные осложнения составляют 80% причин смерти больных. Сложными задачами у больных деструктивным панкреатитом являются определение степени деструкции поджелудочной железы и выбор оптимальной тактики лечения.

Пациенты и методы: Для оценки распространенности данного заболевания и возможных причин развития проанализированы истории болезни пациентов находившихся на лечении в городской больнице №4 «Святого Великомученика Георгия» гор. Санкт – Петербурга за 2015-2016 годы. Общее количество больных острым панкреатитом составило 546, из них мужчин – 413, женщин – 133. Количество больных с нетяжелыми формами составило 340(62,3%), с тяжелыми формами – 206 (37,7%), с исходом в панкреонекроз 62 (11,36%). Все больные доставлены в сроки от 3х часов до 6 суток от начала заболевания. Наиболее частыми жалобами являлись боли в животе (100%), у 64,5% отмечалась тошнота и рвота, повышение температуры тела у 26%. Развитие заболевания после приема алкоголя отмечали 33,7% больных, после погрешности в диете 41,3% и 25% на фоне желчнокаменной болезни.

При лабораторном исследовании у всех больных определялась гипермилаземия, у 86% больных – лейкоцитоз. При ультразвуковом исследовании отек головки и тела поджелудочной железы выявлен у 87% больных, жидкостные скопления в сальниковой сумке – у 21,3% больных, а в брюшной полости - у 16,4% больных, признаки деструкции поджелудочной железы – у 8,63% больных. С момента госпитализации всем больным проводилась инфузионная, антибактериальная,

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

антисекреторная (октреотид, сандостатин, квамател), анальгетическая терапия. При тяжелых формах заболевания использовали экстракорпоральные методы детоксикации (гемосорбцию, плазмоферез, УФ-облучение аутокрови).

Результаты: Интенсивная многокомпонентная терапия с первых суток госпитализации способствовала снижению интоксикации и уменьшению пальпируемого парапанкреатического инфильтрата в течение 3-8 суток. Амилаза крови прогрессивно снижалась в течение 5 суток и к 7 дню отмечались нормальные показатели у больных с нетяжелыми формами заболевания. У 11,3% (n=62) больных развились деструктивные формы заболевания, им выполнены оперативные вмешательства. Большинству больных первым или окончательным этапом в первые дни госпитализации при наличии выпота в брюшной полости выполнялась эндовидеохирургическая диагностика и санация с дренированием брюшной полости. Всего лапароскопическое дренирование выполнено 166 больным. Всем больным с тяжелыми формами заболевания ежедневно выполнялась УЗИ брюшной полости. После 18 суток после выполнения СКТ брюшной полости и забрюшинного пространства и получения данных о формировании гнойно-септических осложнений и продолжающейся интоксикации и секвестрации железы или забрюшинной клетчатки, 10 пациентам выполнено открытое дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства с некрсеквестрэктомией. Повторные оперативные вмешательства в виде санационных релапаротомий выполнялись 18 больным. Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ у больных с единичными жидкостными гнойными очагами выполнены 12 пациентам.

Койко-день при нетяжелой форме заболевания колебался от 7 до 18 суток. При тяжелой форме заболевания койко-день составил от 18 до 60 дней. За анализируемый период всего умерло 12 пациентов, из них 10 после выполненных оперативных вмешательств. Общая летальность составила 2,2%, послеоперационная – 6,02%.

Заключение: Таким образом, интенсивная многокомпонентная терапия, раннее санационное эндовидеохирургическое дренирование брюшной полости, рациональный подход к выбору сроков и способа операции (после выполнения МСКТ брюшной полости), включая малоинвазивные технологии (пункционно-дренирующие), позволили снизить риск повторных оперативных вмешательств и улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом, особенно его деструктивных форм, снизить общую и послеоперационную летальность.



РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Глушков Н.И., Найденов А.А., Сафин М.Г., Пахмутова Ю.А., Бельский И.И., Щур М.С.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГБУЗ «Городская больница» №26)

Введение: Острая кишечная непроходимость является одной из актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии, на долю которой приходится до 10% от всех больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости. Важным фактором в патогенезе острой кишечной непроходимости является повышенное внутрибрюшное давление, которое является одной из наиболее частых причин развития синдрома интраабдоминальной гипертензии. Уровень летальности при развитии этого синдрома, несмотря на проводимое интенсивное лечение, достигает 42-68%. Без лечения, эти пациенты погибают в 100% случаев.

Цель работы: Изучить влияние интраабдоминальной гипертензии на прогнозирование тяжести заболевания у больных с острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 150 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Все больные были распределены на две группы. Контрольную группу составили 75 пациентов с острой кишечной непроходимостью без предварительного измерения внутрибрюшного давления. В исследуемую группу вошли 75 пациентов, которым наряду с общепринятым диагностическим алгоритмом измеряли внутрибрюшное давление. Внутрибрюшное давление оценивали непрямым методом по способу I. Kron и Iberti в 1984 г., который заключается в измерении давления в мочевом пузыре. Для определения степени интраабдоминальной гипертензии использовали классификацию Meldrum D. и соавт. (1997), согласно которой при I степени интраабдоминальной гипертензии давление в брюшной полости достигает 10-15 мм рт. ст., при II - 15-25 мм рт. ст., при III - 25-35 мм рт. ст. при IV - свыше 35 мм рт. ст.

Результаты: При обследовании пациентов с острой кишечной непроходимостью было определено, что степень интраабдоминальной гипертензии выражает тяжесть морфофункциональных нарушений, обусловленных развитием синдрома абдоминальной компрессии. У 25 (33,3%) больных выявлена I степень интраабдоминальной гипертензии. Повышение внутрибрюшного давления при этом не связано с развитием осложнений. В эту группу вошли пациенты с динамической кишечной непроходимостью и спаечной болезнью, поступившие в первые часы от начала заболевания. У 23 (30,7%) больных выявлена II степень интраабдоминальной гипертензии, которая достоверно свидетельствовала о нарушении моторной и секреторно-резорбтивной функции кишечника, прогрессировании эндогенной интоксикации, гуморальных нарушениях. У 17 (22,7%) больных выявлена III степень, и у 10 (13,3%) – IV степень интраабдоминальной гипертензии. Данные нашего исследования подтверждают, что абдоминальная гипертензия оказывает выраженное отрицательное влияние на результаты лечения больных с острой

кишечной непроходимостью и приводит к развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. Мониторинг внутрибрюшного давления позволяет определить степень интраабдоминальной гипертензии и тяжесть состояния у пациентов с острой кишечной непроходимостью. Степень ИАГ является важным критерием при выборе тактики лечения больных. При I степени ИАГ у больных с ОКН допустимо проведение консервативной терапии с дальнейшим мониторингом ВБД. При II степени ИАГ рекомендовано эндовидеохирургическое вмешательство. В случаях с отсутствием явной клинической картины острой кишечной непроходимости и общим состоянием больного ближе к удовлетворительному, возможно проведение консервативной терапии и традиционного исследования с бариевой взвесью с мониторингом ВБД каждые 2 часа. При степенях абдоминальной гипертензии III-IV показано экстренное хирургическое вмешательство.

Выводы: Ранняя активная хирургическая тактика и мониторинг внутрибрюшной гипертензии в послеоперационном периоде для оценки состояния пациента и выявления развития угрожающих состояний позволили снизить осложнения с 17,3% до 14,6%, а летальность с 21,3% до 9,4%



РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.

Глушков Н.И., Найденов А.А., Пахмутова Ю.А., Петросян А.А., Бельский И.И. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГБУЗ «Городская больница» №26)

Введение: Летальность от острого панкреатита достигает 15%, при деструктивных формах существенно возрастает и может составлять более 35%. Несмотря на имеющиеся успехи в диагностике и лечении острого панкреатита, крайне важно обращать внимание на насущную потребность в своевременной и точной диагностике функциональных и морфологических нарушений при остром панкреатите, и их изменений в динамике, определяющих исход заболевания.

Цель: изучить влияние интраабдоминальной гипертензии и изменение регионарной гемодинамики на прогнозирование тяжести заболевания у больных острым панкреатитом.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования и лечения 200 пациентов острым панкреатитом. Больные распределены на две группы. В исследуемой группе пациентам наряду с общепринятым диагностическим алгоритмом определяли внутрибрюшную гипертензию и оценивали изменения регионарной гемодинамики в бассейне чревного ствола и притоках воротной вены.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Всем пациентам выполнялись малоинвазивные эндовидеохирургические вмешательства.

Результаты: Повышение уровня внутрибрюшной гипертензии и регионарные гемодинамические изменения достоверно указывали на прогрессирование воспалительно-деструктивного процесса в брюшной полости, что подтверждалось наличием клинических признаков перитонита, пареза кишки и развившихся гнойно-септических осложнений, а также данными лабораторных тестов. У пациентов, с регистрацией внутрибрюшной гипертензии I и II ст. ВБГ осложнений не наблюдалось, выздоровление отмечено у 100% пациентов. С повышением ВБГ до III ст. необходимость перехода на конверсию потребовалась в 35,3% случаев, без летальных исходов. С повышением до IV ст. и выше во всех случаях потребовался переход на конверсию, гнойно-септические осложнения возникли в 90,0 %, летальный исход в одном случае, выздоровление у 90,0% пациентов. Следует отметить, что при увеличении уровня ВБГ наблюдалось снижение скоростных показателей в непарных притоках воротной вены (селезеночная вена и верхняя брыжеечная вена) и увеличение скоростных показателей в непарных ветвях аорты (чревный ствол, общая печеночная артерия, селезеночная артерия и верхняя брыжеечная артерия). При этом установлена значимая корреляция между уровнем внутрибрюшной гипертензии, изменениями регионарной гемодинамики и распространенностью панкреатогенного воспалительного процесса брюшной полости и забрюшинного пространства

В контрольной группе полное выздоровление достигнуто у 67 (67,0%) больных и связано с ранним обращением пациентов в стационар в ферментативную фазу заболевания, проведением интенсивной консервативной терапии. Конверсия на лапаротомию выполнена 32 (32,0%) пациентам, гнойно-септические осложнения наблюдались в 33 (33,0%) случаях с последующей лапаротомией, летальные исходы в 3 (3,0%). В исследуемой группе полное выздоровление достигнуто у 91 (91,0%) больного, конверсия на лапаротомию выполнена 14 (14,0%) пациентам, гнойно-септические осложнения наблюдались в 9 (9,0%) случаях с последующей лапаротомией, а летальные исходы в 1 (1,0%).

Выводы: Таким образом, мониторинг интраабдоминальной гипертензии и региональной гемодинамики, наряду с традиционными методами диагностики, позволяет прогнозировать тяжесть состояния больных острым панкреатитом до развития манифестных органических изменений, определять оптимальную хирургическую тактику и уменьшить количество осложнений с 33% до 9%, а летальности с 3% до 1%.



ТРЕПАНБИОПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Трунин Евгений Михалович, Татаркин Владислав Владимирович, Смирнов Александр Александрович, Рыбаков Владимир Александрович, Щеголев Андрей Игорьевич

(Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО СЗГМУ И.И. Мечникова Минздрава России)

Шадричева Фарида Вилориевна, Жижина Ольга Леонидовна, Жемчугова Ирина Александровна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: папиллярный рак, трепанбиопсия, подозрение на злокачественность, ТПАБ.

Актуальность и цели. В системе современной медицинской помощи больным, страдающим узловыми образованиями щитовидной железы, по стандартам, для определения клеточного состава узла, проводится тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия. Относительная простота и безопасность метода позволяет получить в ходе процедуры аспират, содержащий клетки или группу клеток из патологического очага. К сожалению, небольшой диаметр иглы и способ биопсии (аспирация) не позволяет сохранить в получаемой пробе цитоархитектонику, присущую новообразованию, что усложняет морфологическую верификацию, а в случае фолликулярных неоплазий - делает определение потенциала злокачественности невозможным на этапе предоперационной диагностики. Все вышеуказанное приводит к тому, что, по разным данным, до 35% образцов, полученных с использованием ТПАБ оказываются неинформативными. Решением указанной проблемы может послужить использование методики трепанбиопсии, которая позволяет извлечь из патологического очага столбик ткани, с сохранным соотношением клеточных и стромальных элементов, в объеме достаточном для гистологического исследования.

Материалы и методы. На базе эндокринологического центра городской больницы №3 на период с 2015 по 2017 гг. было произведено 30 трепанбиопсий узловых образований щитовидной железы у пациентов с цитологическими заключениями «фолликулярная опухоль» и «подозрение на злокачественность» с использованием оригинального устройства для взятия пробы ткани щитовидной железы (пат. Российской Федерации на изобретение №2551957, приоритет изобретения от 05.05.2014). Процедура выполнялась под УЗ-контролем в условиях операционной,

после осуществления биопсии проводился локальный гемостаз с использованием светодиодного лазерного коагулятора АЛМОХ-0,1 ЛАМН. Полученные образцы направлялись на гистологическое исследование. Затем пациентам в плановом порядке выполнялась операция в объеме гемитиреоидэктомии, резецированная доля так же направлялась на гистологическое исследование, после чего проводилось сравнение предоперационного и послеоперационного заключений врача-морфолога.

Результаты. При гистологическом исследовании проб тканей полученных путем трепанбиопсии у 10 пациентов с цитологическим заключением «фолликулярная опухоль» оказалось, что точно установить морфологический диагноз возможно было лишь в случае небольшого размера узла (1,0x0,5 см), в 3 случаях, в остальных случаях объем получаемой ткани был недостаточен. Однако, в случае с цитологическим заключением «подозрение на злокачественность», диагноз папиллярного рака был установлен в 18 случаях из 20, а совпадение предоперационных и послеоперационных морфологических заключений составило 90%. Установлено, что более точная диагностика обусловлена увеличением объема получаемой ткани, а также сохранением соотношений стромальных и клеточных элементов.

Заключение. Таким образом, предлагаемая методика является малоинвазивным способ биопсии узлов щитовидной железы в объеме достаточном для гистологического исследования, что увеличивает чувствительность и специфичность метода по сравнению с ТПАБ в отношении группы узловых образований с неустановленным злокачественным потенциалом (за исключением фолликулярных опухолей, для верификации злокачественности которой требуется исследование всей пораженной доли). Предложенное устройство может использоваться в клинической работе, с указанием ограниченности метода по отношению к фолликулярным опухолям щитовидной железы.



ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.

Решетов А.В. Северо-западный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Найденов А.А. СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Невельский В.В. СПбГБУЗ «Городская больница №26»

Актуальность и цели. Хирургические подходы к лечению спонтанного пневмоторакса (СП) до настоящего времени остаются дискутабельными. Цель настоящего исследования заключается в оценке результатов лечения СП с применением видеоторакоскопии (ВТС).

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Пациенты и методы. За период с 2014г по настоящее время в ГБ № 26 пролечено 242 пациента со СП в возрасте от 18 до 83 лет. 48 (19.8%) из них оперированы. Показания к операции были следующие. У больных с первичным СП (n=40) операцию выполняли при отсутствии эффекта от дренирования плевральной полости и продленном сбросе воздуха по дренажу в течении 7 суток (n=23). Другим показанием к операции служили рецидив пневмоторакса (n=13). При вторичном СП (n=8) показания к операции были те же: продленный сброс воздуха по дренажам (n=4), рецидив заболевания (n=4). У больных старшей возрастной группы с вторичным спонтанным пневмотораксом и высоким риском оперативного вмешательства при рецидиве пневмоторакса использовали индукцию плевродеза путем введения в плевральную полость через дренаж доксициклина, редко талька. Внутривнутриплеврального введения талька избегали, особенно при первичном спонтанном пневмотораксе, в связи с развивающимся выраженным плевропневмофиброзом. 48 больным выполнено 49 операций. Один пациент оперирован повторно в связи с продолженным сбросом воздуха по дренажам из плевральной полости.

В подавляющем большинстве случаев для оперативного доступа использовали ВТС. В условиях однологочной вентиляции накладывали 3 торакопорта, причем для проведения одного из торакопортов использовали место постановки плеврального дренажа. В 4 случаях использовали аксилярную торакотомию, в 2 случаях использовали стандартную боковую торакотомию. Показанием к торакотомии было наличие у больного тяжелой степени ХОБЛ с выраженной смешанной эмфиземой легких и значительными нарушениями функций внешнего дыхания, при которых однологочная вентиляция была нежелательна.

Всем больным выполняли атипичную резекцию измененного участка легочной ткани. При отсутствии видимых изменений (булл, блебс) удаляли макроскопически наиболее измененный фрагмент легочной ткани, как правило, в области верхушки с последующим гистологическим исследованием для исключения вторичной его природы. С целью индукции плевродеза и предотвращения рецидивов заболевания выполняли костальную плеврэктомию. Больным с первичным спонтанным пневмотораксом выполняли апикальную костальную плеврэктомию – от купола до уровня 4 ребра. Больным с вторичным спонтанным пневмотораксом, и выраженной эмфиземой легочной ткани выполняли субтотальную костальную плеврэктомию (до уровня реберно-диафрагмального синуса). Атипичную резекцию легочной ткани выполняли с использованием линейного сшивающего аппарата (n=40). В 4 случаях использовали наложение клипс на основание измененного участка с последующей его коагуляцией, в 4 случаях использовали эндопетлю. При использовании эндопетли после ее наложения на измененный участок легочной ткани дополнительно фиксировали нить двумя клипсами. Операцию заканчивали дренирование плевральной полости 2 дренажами, которые ставились, как правило, через

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

используемые во время операции торакопорты. Всем больным после операции проводилась активная аспирация из плевральной полости по дренажам до полного расправления легкого, профилактическая антибактериальная терапия.

Результаты. Видеоторакоскопический доступ давал возможность полноценно ревизовать все участки легкого, грудной стенки и диафрагмы. При аксилярной торакотомии без труда выполняются манипуляции на верхней доле и апикальная костальная плеврэктомия. Ревизия и манипуляции на наддиафрагмально расположенных участках легкого и грудной стенки весьма затруднительна. Обнаружены следующие изменения в легочной ткани у оперированных больных: в 23 случаях - разной степени выраженности буллы и блеблы, преимущественно в области верхушки. В 13 случаях обнаружен локальный спаечный процесс различной степени выраженности (в 3 из них разрыв васкуляризированной спайки явился причиной спонтанного пневмогемоторакса), в 12 случаях макроскопически видимых изменений легочной ткани выявлено не было. Обращает на себя внимание, что из 17 больных оперированных по поводу рецидивов спонтанного пневмоторакса буллы и блебсы в легочной ткани были обнаружены при ревизии только у 9 пациентов. Это свидетельствует в пользу мнения Ж.Массара и других авторов о том, что наличие булл и блебсов в легочной ткани, определяемых при компьютерной томографии или диагностической торакокопии, не влияют на частоту развития рецидивов заболевания. При гистологическом исследовании препаратов удаленной легочной ткани были обнаружены в разной степени выраженности эмфизематозная трансформация легочной ткани (n=32), фиброзные изменения (n=15). Диссеминированный процесс в легком по типу васкулита, ранее ни как не проявлявшейся клинически, был обнаружен у одного больного.

Все больные выписаны из стационара. Летальных исходов не было. Осложнения после операции наблюдали у 7 больных (14.5%). Осложнения были представлены продленным сбросом воздуха по дренажам (более 4 суток). В одном случае продленный массивный сброс воздуха по дренажам потребовал повторной операции на 10 сутки после видеоторакоскопической атипичной резекции буллезно измененного участка легочной ткани. При повторной операции в качестве оперативного доступа использовали аксилярную торакотомию. Причиной осложнения явилось недостаточно полное иссечение буллезно измененного участка. В остальных случаях продленный сброс воздуха был излечен длительным дренированием плевральной полости. У 3 пациентов потребовалось дополнительное дренирование плевральной полости. В 5 из 7 случаев продленный сброс воздуха по дренажам наблюдался при использовании эндопетли и клиппировании легочной ткани. Сроки пребывания в стационаре после операции при неосложненном течении колебались от 4 до 7 суток. При осложненном течении колебались от 8 до 17 суток. Рецидивов пневмоторакса у оперированных нами больных не наблюдалось.

Выводы. Видеоторакоскопический доступ является методом выбора при хирургическом лечении спонтанного пневмоторакса у больных с благоприятным коморбидным фоном. Показанием к хирургическому лечению является отсутствие эффекта от дренирования плевральной полости и продленный сброс воздуха в течении 7 дней или рецидивирующее течение заболевания. ВТС позволяет полноценно ревизовать плевральную полость и легкое, выполнить хирургическое лечение в необходимом объеме. Использование линейного сшивающего аппарата для резекции измененной легочной ткани является предпочтительным. Использование клипирования легочной ткани, перевязки булл с использованием эндопетли, электрокоагуляция булл возможны, но должны быть сведены к минимуму.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ШОКОМ В ТРАВМОЦЕНТРЕ 1 УРОВНЯ.

Чернышев Денис Александрович (СПбГБУЗ Елизаветинская больница)
Разумейко Александр Владимирович (СПбГБУЗ Елизаветинская больница)
Ганин Валерий Николаевич (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)
Ершова Надежда Борисовна (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)
Линькова Наталья Игоревна (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)
Силантьев Денис Сергеевич (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)

Ключевые слова: закрытая травма живота, тяжелая сочетанная травма

Актуальность и цели. В последние годы во всем мире наблюдается неуклонный рост травматизма. По данным ВОЗ смертность от механических травм занимает 3 место, а у лиц до 40 лет выходит на первое. Травма живота относится к наиболее опасным для жизни и имеет большое социальное и экономическое значение. В общей структуре механических повреждений повреждения живота встречаются в 2-5% случаев, летальность составляет от 30,0% до 85,0% и не имеет тенденции к снижению. Наиболее частой причиной являются ДТП, кататравма, реже бытовая травма (побои).

Цель: Проанализировать опыт работы при лечении пострадавших тяжелой сочетанной травмой с повреждением живота, сопровождающейся шоком и сформулировать хирургическую тактику обследования и лечения у таких пострадавших.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Пациенты и методы. Проведен анализ лечения 285 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ) с тупой травмой живота, сопровождающейся шоком, доставленных в протившоковое отделение Елизаветинской больницы за период с 01.01.2016 – 31.08.2017гг. В операционном отделении для протившоковых мероприятий (ОПШМ) при поступлении пострадавшего одновременно проводили: протившоковые мероприятия, обследование (клинико-лабораторные, лучевые и инструментальные методы), подготовку к оперативному лечению и выполняли экстренные операции. Оценку тяжести состояния проводили по шкале ВПХ-СП, оценки тяжести повреждения по шкалам AIS – ISS, ВПХ-П (МТ).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ [Microsoft Excel 2007](#) и [Statistica 7.0](#).

Результаты. Всего за время наблюдения бригадами скорой помощи было доставлено 285 пострадавших с тяжелой механической ТСТ, сопровождающейся шоком; закрытая травма живота была выявлена у – 106 (37,2%), из них в возрасте до 40 лет – 72 (67,9%). Мужчин было 75 (70,8%), женщин – 31 (29,2%), возраст пострадавших от 18 до 88 лет, средний возраст пострадавших у мужчин 34,1 года, у женщин – 41,7 лет.

Все больные были доставлены в сроки от 10 до 90 минут от момента получения травмы. По причине травмы: 62 (58,5%) ДТП, 34 (32%) кататравма, 10 (9,5%) пострадавших прочие (избит, невыясненные обстоятельства). Количество поврежденных областей от 2 до 6, и в среднем составило у выживших – 4,12, умерших - 4,69. Летальность в составила - 26 (24,5%), из них в течении первых суток умерло 11 пострадавших. Средний балл по шкале ВПХ-П среди умерших составил 12,94, среди выживших - 7,1 балл.

Оперировано 77 пациентов; 14 пострадавшим выполнялась только лапароскопия (диагностическая и лечебная), лапаротомия потребовалась 63 пострадавшим.

Повреждение селезенки было выявлено у 36 больных, печени – 41, отрыв желчного пузыря – 3, разрывы брыжейки – 13, отрыв кишки – 1, разрыв мочевого пузыря – 5 (внутрибрюшинных – 2, внебрюшинных – 3), отрыв почки – 1, разрыв почки – 3, инерционные разрывы брюшины – 18, ушиб поджелудочной железы – 4, разрыв левого купола диафрагмы – 2, разрывы кишки – 3 (толстой – 2, тонкой – 1).

В раннем послеоперационном периоде у 4 пострадавших наблюдались осложнения: спаечная кишечная непроходимость, рецидив кровотечения из раны печени, перитонит и панкреонекроз.

В ОПШМ разработана и применяется лечебно-диагностическая тактика оказания неотложной помощи пострадавшим с ТСТ с повреждением живота, и с последующим лечением пострадавших в отделении сочетанной травмы.

При поступлении пострадавшего в ОПШМ выполняется клинический и инструментальный стандарт обследования:

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

1. Клинический осмотр пострадавшего ответственным дежурным хирургом (ОПШМ), анестезиологом, травматологом, нейрохирургом.
2. УЗИ брюшной полости как метод скрининга при диагностике закрытой травмы живота.
3. При наличии в брюшной полости свободной жидкости малых объемов выполняется диагностическая лапароскопия.
4. При крайне тяжелом состоянии пострадавших и/или невозможности проведения лапароскопии выполняется лапароцентез и диагностический перитонеальный лаваж.
5. При выявлении повреждений внутренних органов и/или продолжающемся кровотечении выполняется лапаротомия.
6. Активное применение тактики «Damage control», когда тяжесть состояния пострадавшего не позволяет выполнить радикальную операцию, требующую специальной подготовки больного.

Выводы: Применение данной хирургической тактики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с повреждением живота позволяет снизить летальность и развитие осложнений.



ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ.

Сигуа Бадри Валериевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Дюков Алексей Карпович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Земляной Вячеслав Петрович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Рутенбург Григорий Михайлович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Данилов Анатолий Михайлович (СПбГУ. Кафедра факультетской хирургии)

Ключевые слова: закрытая травма живота, повреждение печени, лапароскопия.

Актуальность: Основной причиной смерти трудоспособного населения является множественная и сочетанная травма живота, летальность при которой варьирует от 50,0 до 74,0%. Закрытая травма живота в 26,7–40,8% наблюдений сопровождается повреждением паренхиматозных органов, при этом повреждение печени встречается в 56,0–66,8% случаев. Использование эндовидеохирургических

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

технологий может способствовать улучшению результатов лечения пострадавших с травмами органов брюшной полости.

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с закрытыми повреждениями печени путем внедрения эндовидеохирургических технологий в условиях многопрофильного стационара.

Пациенты и методы: За период 1991 по 2015 гг., в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 5134 пострадавших с закрытой травмой живота. Проанализированы результаты лечения 518 (10,1%) пострадавших с закрытой травмой живота и повреждением печени, госпитализированных в хирургические отделения Елизаветинской больницы за тот же период, которым осуществлялось хирургическое лечение. При этом 78,5% (407) пострадавших составляли мужчины. В первые 6 часов с момента получения травмы было госпитализировано 83,8% (434) пострадавших. В большинстве случаев отмечалась автотравма – 35,1% (182) случая или травма носила криминальный характер – 34,2% (177) наблюдений. Состояние шока отмечено у 60,6% (314) пострадавших. Сочетанный характер повреждений печени выявлен в 65,4% (339) случаев. Множественные повреждения печени отмечены в 38,6% (200) наблюдениях.

Результаты исследования: Специфических клинических симптомов у пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени выявлено не было. Основными причинами «смазанности» клинической картины следует считать повреждение других анатомических областей, а также отсутствие продуктивного контакта, которое было отмечено в 125 (24,1%) случаях. Диагностическая лапароскопия выполнена 385 (74,3%) пострадавшим. При этом показания к лапаротомии были выставлены в 331 (86,0%) наблюдениях. В 28 (7,3%) наблюдениях во время диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени I–II степени по классификации E. Moore (1994) с продолжающимся кровотечением из паренхимы, которое было остановлено с помощью эндовидеохирургической электрокоагуляции. Брюшная полость санировалась с последующим обязательным дренированием. У 26 (6,8%) пострадавших диагностированы повреждения печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости. В группе пострадавших, которым осуществлялся эндовидеохирургический гемостаз, летальных исходов не было. Однако были отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 3 пострадавших; пневмония диагностирована в 7 случаях у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, после длительной искусственной вентиляции легких; а также неинфекционные осложнения в 3 наблюдениях после трепанации черепа. Средний койко-день для изолированной закрытой травмы живота с повреждением печени составил $6,2 \pm 1,7$ дня, для сочетанной травмы с повреждением печени $12,8 \pm 4,7$ дня.

IX РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ»

Заключение: Диагностическая лапароскопия является золотым стандартом в диагностике травм живота в условиях многопрофильного стационара. Неоспоримой ценностью диагностической лапароскопии является быстрый переход в лечебную, что позволяет уменьшить хирургическую агрессию и снизить количество послеоперационных осложнений. Использование эндовидеохирургического гемостаза возможно только у гемодинамически стабильных пострадавших с повреждениями печени I–II степени по классификации E. Moore (1994).