

**ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения РФ  
ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии»**

**84-я ВСЕРОССИЙСКАЯ  
БАЙКАЛЬСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ И СТУДЕНТОВ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,  
«АКТУАЛЬНЫЕ  
ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»,  
ПОСВЯЩЕННАЯ 95-ЛЕТИЮ НАУЧНОГО  
ОБЩЕСТВА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ  
ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА**

**г. Иркутск, 24–26 апреля 2017 года**

УДК 616-061  
ББК 53.5+54.1+57.1  
М34

Материалы 84-й Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины», посвященной 95-летию Научного общества молодых ученых и студентов им. И.И. Мечникова / Под ред. доц., к.м.н. А.Г. Макеева, Д.А. Ступина, А.В. Валиулина. – Иркутск: ИНЦХТ, 2017. – 380 с.

В сборнике опубликованы тезисы научно-исследовательских работ, выполненных студентами вузов Российской Федерации, Монголии, Узбекистана, Украины, Беларуси и учащимися средних школ Иркутской области представленные на 84-й Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины», посвященной 95-летию Научного общества молодых ученых и студентов им. И.И. Мечникова

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

**И.И. Петрашенко**

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,  
г. Днепропетровск, Украина*

**Актуальность.** Проблема диагностики и своевременного лечения острых хирургических заболеваний до настоящего времени остаётся актуальной. Лапароскопия при острой абдоминальной патологии прошла долгий путь развития от устройств с сугубо диагностическими возможностями, до современных видеолапароскопических систем с возможностью выполнения широкого объёма оперативных вмешательств.

**Цель.** Оценить возможности применения лапароскопических операций в диагностике и лечении острой абдоминальной патологии.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты видеолапароскопических операций, проведённых в хирургической клинике областной больницы им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска, и их удельный вес среди ургентной хирургической помощи с 2012 по 2017 г.

**Результаты и их обсуждение.** Из 381 операции при остром холецистите 367 (96,3 %) выполнено лапароскопическим доступом, 3 (0,8 %) больным была выполнена холецистостомия под контролем УЗИ. Все больные с острым холециститом были оперированы в сроки до 48 часов с момента поступления. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците выполнена 112 (61,2 %) больным из 183 оперированных. Показанием к лапароскопической аппендэктомии являются все формы деструктивного аппендицита, кроме общего перитонита, требующего интубации кишечника. Обработка культи червеобразного отростка у 105 (93,7 %) больных выполнена лигатурным способом эндопетлёй ПДС, 2 (1,8 %) больным – с наложением кистетного шва и 5 (4,5 %) – с помощью клипс. Осложнений, связанных с обработкой культи отростка, не отмечено. Видеолапароскопия при остром аппендиците и сложности с дифференциальной диагностикой этой патологии позволила значительно уменьшить число «напрасных аппендэктомий» и выполнить 38 (95 %) операций из 40 при гинекологической патологии. Также произведена одна лапароскопическая резекция дивертикула Меккеля при дивертикулите, симулировавшем острый аппендицит. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы было выполнено 4 (11,1 %) пациентам. При панкреонекрозе 22 (27,5 %) больным выполнено лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, 12 (15 %) – лапароскопическая некрсеквестрэктомия, в том числе и этапная. По одной операции выполнено при острой спаечной кишечной непроходимости (2,6 %) и тупой травме живота (25 %). При механической желтухе опухолевого генеза наложено 12 билиодигестивных анастомозов. Преимущество отдавалось наложению холедоходуоденоанастомозу, который формировали как однорядным узловым швом, так и непрерывным однорядным нитью V-LOK. При дуоденальной непроходимости на почве опухоли поджелудочной железы выполнен лапароскопический гастроэнтероанастомоз с помощью аппарата Endo GIA.

**Выводы.** Таким образом, в ургентной хирургии, при соответствующем оснащении, имеются все возможности для использования видеолaparоскопических технологий, а для более широкого их развития необходимо преодоление психологического барьера хирургов с необходимой подготовкой, а также разработки стандартов лапароскопии при различных заболеваниях на основе доказательной медицины.

## ГАСТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ГЕМОСТАЗ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ – ВЕЙССА

А.С. Будникова

*Научный руководитель: ассистент, к.м.н. И.Ю. Олейников*

*Кафедра общей хирургии*

*Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия*

**Актуальность.** При поступлении больных в больницу хирургами чаще выставляется синдромальный диагноз «желудочно-кишечное кровотечение» (ЖКК), а синдром Маллори – Вейсса (СМВ) – достаточно редко. По данным статистики, СМВ занимает около 10 % от всех причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ.

**Цель.** Выяснить частоту встречаемости СМВ в структуре ЖКК, эффективность эндоскопического гемостаза.

**Материалы и методы.** Истории болезней ОГАУЗ ИГКБ № 1, программа Excel, пакет Statistica 0.8.

**Результаты.** На базе клиники проанализировано 146 историй болезни с данным диагнозом. В 62 % случаев был выставлен синдромальный диагноз «желудочно-кишечное кровотечение» без уточнения причины. В 27 % случаев был выставлен диагноз «острый панкреатит» или «холецистит». И лишь в 21 % случаев хирург приёмного отделения заподозрил синдром Маллори – Вейсса. Это обусловлено некачественно собранным анамнезом и ссылками на диагнозы, выставленные сотрудниками «Скорой помощи». Среди пациентов, чьи истории болезни были проанализированы, преобладали мужчины – 73 %. Возрастные группы были представлены следующим образом: от 21 до 30 лет 20 %, от 31 до 40 лет – 16,5 %, от 41 до 50 лет – 18,5 %, от 51 до 60 лет – 17,1 %, от 61 до 70 лет – 18,5 %, старше 70 лет – 9,4 %. При проведении эндоскопического исследования (ЭГДС), в проанализированных историях болезни локализация синдром СМВ находилась в области нижней трети пищевода и кардии. На левой боковой стенке – в 13 %, на правой боковой – в 28,8 %, на передней – в 16,4 %, на задней – в 17,1 %, в 24,7 % случаев были разрывы на нескольких стенках. Длина разрыва в большинстве случаев (40,4 %) составляла 1–1,5 см, в 38,4 % случаев – 0,5–1,0 см. Продолжающееся кровотечение, возникшее при синдроме Маллори – Вейсса, составило лишь 12,3 %, в остальных случаях кровотечение было остановившимся до исследования. С целью