

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

**МАТЕРИАЛЫ
ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»**

12–13 октября 2017 года

Казань – 2017

Результаты: в исследовании мы ориентировались на классификацию УЗ-изображений эхинококковых кист, рекомендованную рабочей группой ВОЗ по эхинококкозу, основанной на базе УЗ-изображений различных типов эхинококковых кист (Gharbi). Чрескожным вмешательствам подвергали эхинококковые кисты типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4 и CE5. Для достижения сколецидного эффекта применяли гермициды: глицерин от 80%, гипохлорит натрия 1%, хлорида натрия от 20%. Чрескожные вмешательства представлены тремя основными типами:

1. Пункция, аспирация, введение гермицида (PAI);
2. Пункция, аспирация, введение гермицида, реаспирация (PAIR);
3. Дренирование, аспирация, введение гермицида, реаспирация, удаление оболочек (чрескожная закрытая эхинококкэктомия).

Минимально инвазивными чрескожными методами под УЗ-наведением оперированы 46 (70%) пациентов, открытым методом – 18(27%), лапароскопически – 2 (3%). При сочетанном поражении органов грудной и брюшной полостей, после ликвидации кисты в животе, оперировали торакоскопически и открыто 5 (7%)

пациентов. Нагноившиеся погибшие эхинококковые кисты оперированы в 6 случаях (9%). У 7 пациентов, поступивших после операций в других ЛПУ (10%), были нагноения остаточных полостей. Все первично инфицированные эхинококковые кисты были оперированы чрескожно под УЗ-наведением. Связь с желчными протоками выявлена в 6 случаях (9%). Наружные желчные свищи были ликвидированы в процессе полной облитерации остаточной полости во всех случаях. Смертельных исходов не было.

Выводы: 1. Минимально инвазивные чрескожные методы под УЗ-наведением эффективны при осложненном эхинококкозе печени, селезенки, почек. 2. Модифицированная перицистэктомия с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией фиброзной капсулы обладает рядом преимуществ перед традиционной эхинококкэктомией и перицистэктомией. 3. Пациенты после любого типа эхинококкэктомии требуют регулярного наблюдения в течение 10 лет с интроскопическим контролем, определением динамики титра IgG в крови для своевременного выявления и минимально инвазивного хирургического воздействия на рецидив.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

И.И. Петрашенко, Т.Н. Паникова, А.П. Петулько

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Днепр, Украина

Лабораторная диагностика острого аппендицита у беременных сопровождается рядом трудностей, связанных с физиологическими изменениями в организме женщины в период гестации. Клиническая диагностика острого аппендицита традиционно стоит на первом месте среди других диагностических методов, однако информативность многих аппендикулярных симптомов во время беременности невелика. Самым распространенным лабораторным методом остается клинический анализ крови. Появляются сообщения, что уровень лейкоцитов не имеет никакого практического значения в диагностике острого аппендицита и тем более не позволяет предположить его форму. Между тем, возможность клинического анализа крови при остром аппендиците у беременных раскрыты недостаточно.

Цель исследования: определение диагностического значения содержания в крови

лейкоцитов и нейтрофилов при остром аппендиците на фоне беременности.

Материал и методы. Были обследованы 79 беременных женщин с подозрением на острый аппендицит, у которых изучали отдельные показатели лейкоцитарной формулы.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование выявило значительные колебания количества лейкоцитов в крови у беременных женщин, вместе с тем его повышение при деструктивных формах очевидно. Низкий уровень лейкоцитов не опровергает диагноз острого аппендицита, а наличие только повышенного количества общих лейкоцитов, без учета сдвига лейкоцитарной формулы, не позволяет считать их диагностическим критерием при остром аппендиците у беременных. Обычно повышенный лейкоцитоз свидетельствует в пользу аппендицита и в общем отображает глубину воспалительного процесса. Но учитывая то обстоятельство, что

у беременных лейкоцитоз – явление физиологическое, судить о характере воспалительного процесса, деструкции в червеобразном отростке и говорить о морфологической форме аппендицита при таких изменениях лейкоцитоза не представляется возможным. Учитывая наличие физиологически повышенного содержания лейкоцитов в периферической крови во время беременности, за лейкоцитоз принимали его значения $10,0 \times 10^9/\text{л}$ и выше.

Важным критерием, на наш взгляд, является изменение морфологических показателей нейтрофилов в периферической крови. У женщин с подтвержденным диагнозом острого аппендицита содержание палочкоядерных и сегментоядерных гранулоцитов увеличивалось, что свидетельствовало о выраженности интоксикационного процесса вследствие нарастания воспалительных изменений. При сравнении катаральной и деструктивных форм

заболевания имело место статистически значимое увеличение этих показателей ($p < 0,05$), что указывало на наличие и глубину воспалительного процесса в червеобразном отростке и позволяло четко отличать серозную стадию воспалительного процесса от выраженного деструктивного. При этом содержание лимфоцитов проявляло обратную динамику.

Выводы. 1. Показатели лейкограммы имеют высокую информативность в оценке степени тяжести течения воспалительного процесса и деструктивных изменений при остром аппендиците у беременных. 2. Наличие лейкоцитоза как диагностического критерия острого аппендицита у беременных женщин следует рассматривать лишь в совокупности с нейтрофилией. Методика позволяет быстро дополнить диагностику острого аппендицита для достижения максимального лечебного эффекта.

АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНОМ МЕДИАСТИНИТЕ

А.Н. Погодина, Е.С. Владимирова, Ю.А. Радченко

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Москва, Россия

Актуальность. Аррозионные кровотечения при гнойном медиастините относятся к чрезвычайно тяжелым видам осложнений и сопровождаются высокой летальностью.

Клинический материал. Отобраны 125 больных с аррозионными кровотечениями, возникшими у 15% пациентов с гнойным медиастинитом (823). Причинами гнойного медиастинита были перфорации, разрывы и ранения пищевода (76), одонтогенная и тонзиллогенная инфекция (17), сочетанная травма груди (14), операции на сердце и магистральных сосудах (14).

Методы исследования. Клинический, ультразвуковой, эндоскопический, рентгенологический, КТ, ангиографический.

Результаты. У 119 больных источниками кровотечения были артерии – 102, вены – 11, артерии и вены одновременно – 6, сердце – 4 и селезенка – 2 случая.

Аррозионное кровотечение из аорты развилось у 12 больных, плечеголового ствола – у 23, общей сонной артерии – у 10, подключичной артерии – у 2. У 60 больных возникло аррозионное кровотечение из немагистральных артерий (щитовидной, язычной, межреберной, диафрагмальной, бронхиальной, легочных, артерий пищевода и желудка).

Аррозия верхней полой вены отмечена у 2 пациентов, плечеголовой – у 3, подключичной – у 3, немагистральных вен – у 24. Кровотечение из раны сердца возникло у 4 больных (после ранения сердца – у 2, по причине кардиохирургических операций – 2).

Сроки возникновения кровотечения составили от 5 до 60 сут после операции, при этом почти у половины пациентов было отмечено сигнальное кровотечение.

По поводу аррозионного кровотечения из 125 больных оперированы 116 пациентов. Операция не была выполнена 9 больным с аррозией плечеголового ствола из-за остро возникшей асфиксии и смерти.

С целью осуществления гемостаза были произведены торакотомия, стернотомия, лапаротомия, цервикотомия, трансцервикальная медиастинотомия. Все больные с кровотечением из аорты были оперированы, но попытки ушивания дефекта аорты оказались безуспешными, смерть наступила в ходе хирургического вмешательства от продолжающегося кровотечения. Из 23 больных с аррозией плечеголового ствола оперированы 14, им произведена стернотомия, перевязка плечеголового ствола, выжили 3 больных. При аррозии общей сонной артерии (10) выполнена перевязка (8)