



Медицинский вестник Юга России
Medical Herald of the South of Russia

ROSTOV STATE MEDICAL UNIVERSITY | РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Ростов-на-Дону

ISSN 2219-8075



9 772219 807619 >

Том Vol. 10 № 3/2019 (Приложение)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ



VI СЪЕЗД ХИРУРГОВ ЮГА РОССИИ

с международным участием,
посвященный 100-летию со дня рождения член-
корреспондента РАМН, профессора П.П. Коваленко

Тезисы

4 – 5 октября 2019 г.
Ростов-на-Дону

УДК 617-089 (063)
ББК 54.5
Ш 52

VI Съезд хирургов Юга России с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора П.П. Коваленко : тезисы, Ростов-на-Дону 4-5 октября 2019 г. / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д : Изд-во РостГМУ, 2019. – 467 с.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Редакторы:

Черкасов М.Ф. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, главный хирург ЮФО

Тотиков В.З. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России, главный хирург СКФО

СОДЕРЖАНИЕ

1. Хирургическая инфекция.....	с. 5
2. Герниология.....	с. 55
3. Колопроктология.....	с. 83
4. Малоинвазивные операции в неотложной хирургии.....	с. 132
5. Новые технологии в хирургии.....	с. 194
6. Пластическая хирургия.....	с. 282
7. Бариатрическая хирургия.....	с. 287
8. Сердечно-сосудистая хирургия, вопросы флебологии.....	с. 302
9. Онкология.....	с. 339
10. Военно-полевая хирургия, хирургия повреждений.....	с. 367
11. Трансплантология.....	с. 392
12. Мезентериальные тромбозы и эмболии.....	с. 394
13. Хирургия пищевода.....	с. 401
14. Детская хирургия.....	с. 420

Тезисы в пределах секций представлены в порядке поступления

ВНИМАНИЕ! Для поиска своей фамилии или ключевого слова в тексте нажмите **Ctrl+F** и введите искомое слово в окно поиска!!

Таким образом, использование в послеоперационном периоде программированной лапароскопии и программированной релапаротомии позволяют в ранние сроки диагностировать послеоперационные осложнения и продолженный тромбоз мезентериальных сосудов, при отсутствии клинических проявлений. При обширной резекции тонкого кишечника, во всех случаях, следует стремиться к одномоментному восстановлению пассажа по кишечному тракту.

42. Применение разработанного устройства для дренирования гнойных полостей при инфицированном панкреонекрозе

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Коссе Д.В., Полулях-Черновол И.Ф., Пархоменко А.В.

Донецк ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность проблемы. «Устройство для дренирования гнойных полостей» (полезная модель UA №135065 от 10.06.2019 г.) относится к перфузионно-аспирационным дренажам и может применяться для дренирования гнойных полостей паренхиматозных органов, брюшинного пространства, брюшной и грудной полостей. Дренирование таких гнойных полостей (при панкреонекрозе, абсцессе печени, абсцессе лёгкого, эмпиеме плевры и др.) до настоящего времени является актуальной проблемой.

Цель работы – применение разработанного «Устройства для дренирования гнойных полостей» у пациентов с инфицированным панкреонекрозом для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 16 пациентов с острым инфицированным панкреонекрозом, которые лечились в течение последнего года в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Среди них было 11 мужчин и 5 женщин в возрасте 25 – 67 лет. Все пациенты имели тяжёлую форму деструктивного панкреатита (в соответствии с классификацией, принятой в Атланте в 1992 году). Применены следующие методы исследований: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная томография, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование жидкости из брюшной полости, определение уровня амилазы, фистулография. Компьютерную томографию проводили с помощью томографа «SOMATOM AR.C» с внутривенным усилением. Пациенты разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 7 чел., которым применили разработанное устройство на фоне комплексного лечения. Комплексное лечение включало антибиотики, инфузионную терапию, сандостатин, 5-фторурацил, даларгин, рабелок, мексидол, парентеральное и раннее зондовое питание, плазмаферез, экстракорпоральную детоксикацию. Устройство содержит силиконовую трубку с дренажными отверстиями вдоль всей её длины, выполненную с возможностью нежёсткого закрепления в ней двухпросветной трубки с дренажными отверстиями, с капиллярным каналом в стенке, при этом рабочий конец силиконовой трубки имеет дополнительное круглое отверстие диаметром 5 – 7 мм для удаления секвестров; в середине двухпросветной трубки расположена трубка меньшего диаметра с запаянным рабочим концом, с отверстиями диаметром 1 мм вдоль всей её длины, заполненную сорбентным порошком, например, карболоном, в микропористой капроновой упаковке, причём двухпросветная трубка и сорбентный контейнер выполнены с возможностью многократной замены. Во 2-ю группу вошли 9 больных, которым промывали дренажи стандартными антисептическими растворами на фоне комплексного лечения.

Результаты и обсуждение. Применение компьютерной томографии с контрастным усилением позволило улучшить визуализацию паренхимы поджелудочной железы, оценить её структуру и размеры. На 2 – 3-й неделе заболевания образовавшаяся капсула накапливала контрастное вещество, стало возможным выполнять чрескожные пункционно-дренажные вмешательства под контролем УЗИ. У 11 пациентов выполнены

различные лапароскопические операции: некр-, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки и др. У 2 больных 2-й группы было тяжёлое прогрессирующее течение панкреонекроза, им проведены лапаротомные операции (1 пациент умер). В результате проеденного лечения у пациентов 1-й группы гнойные полости быстрее очищались, чем во 2-й группе. Длительность госпитализации пациентов 1-й группы уменьшилась на 4 – 6 дней.

Выводы. Малоинвазивное катетерное дренирование под УЗ-контролем следует применять при преобладании жидкого гноя в панкреатических абсцессах и флегмонах. При неэффективности такого лечения в течение 7 – 9 суток или наличии больших секвестров показано оперативное лечение (лапароскопическое или лапаротомное). Применение разработанного устройства позволяет уменьшить число осложнений и длительность госпитализации на 4 – 6 дней.

43. Оценка влияния различных методов лечения тяжелого острого панкреатита на качество жизни больных

Хлебников В.В.¹, Осокин А.С.²

Пермь

¹Госпиталь МСЧ МВД России по Пермскому краю

²Городская клиническая больница №4

Хирургическое лечение деструктивного панкреатита остаётся одним из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии. Одной из главных проблем в лечении панкреонекроза остается борьба с остаточными явлениями после данного заболевания. После выписки из стационара почти каждый второй больной тяжелым острым панкреатитом нуждается в реабилитации и продолжении лечения, причиной подобной ситуации является проявление в отдаленном послеоперационном периоде различных последствий панкреонекроза и перенесенных операций, а также значительное снижение качества жизни пациентов. (Ермолов А.С., 2016; Smith ZL, 2019). В оценке результатов того или иного метода лечения важна собственная оценка больным эффективности проводимых лечебных манипуляций: насколько субъективно улучшается или ухудшается состояние здоровья.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности лечения деструктивного панкреатита с определением качества жизни в зависимости от методов хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 78 больных острым деструктивным панкреатитом. С 2009 года мы используем свою оригинальную анкету, адаптированную для больных, оперированных по поводу острого панкреатита. Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Для оценки информативности предлагаемого опросника мы сравнили его с о широко используемым вопросником SF-36. Обе шкалы весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих качества жизни пациентов и их положительное течение после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопроснике SF-36 оценивается при помощи 2 вопросов. Для оценки интенсивности острой боли мы использовали визуальную аналоговую шкалу. Поэтому, по нашему мнению, имеется возможность относительно объективно оценивать выраженность болевого синдрома у этих больных.

Результаты и обсуждение. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослежен в сроки от 1 до 10 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78% оперированных больных. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения требовали продолжения консервативной терапии, а, зачастую, и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств. Рецидив острого панкреатита чаще возник у пациентов