



Департамент здравоохранения города Москвы



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Научно-практическая
конференция к
120-летию ГKB № 40
«Многопрофильная больница
современного города: прошлое,
настоящее и будущее».
Тезисы**

Москва 2018

120 лет ГKB № 40

История поистине народной больницы отсчитывается с 1898 г., когда на заседании Московского уездного земства опытному доктору Евгению Федоровичу Печеркину было поручено организовать Ростокинский медицинский участок и построить больницу. Территория, назначенная для больницы, представляла собой пустырь. Началось больничное дело с четырех арендованных крестьянских избышек, в которых разместились амбулатория с аптекой, приемный покой и комнаты для фельдшерско-акушерского персонала и семьи. Медицинская помощь оказывалась населению окружающих селений, фабрично-заводским рабочим, которым ранее за лечением приходилось ездить за 20-30 верст в Мытищи.

В 2018 году Московская городская клиническая больница №40 Департамента здравоохранения города Москвы отмечает 120-летие со дня основания. С тех пор больничное дело выросло в современный многопрофильный стационар с онкологической специализацией, где квалифицированную высокотехнологичную помощь получают десятки тысяч пациентов в год.

Сегодня уровень экспертизы в области организации медицинской помощи в ГKB № 40 позволяет внедрять опыт работы многопрофильной больницы с онкологической специализацией в практическую деятельность ЛПУ для повышения эффективности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий у пациентов с различными онкологическими заболеваниями.

В честь празднования 120-летнего юбилея ГKB № 40 проводит научно-практическую конференцию. По итогам участия в мероприятии участники смогут ориентироваться в современных направлениях лечения онкологических заболеваний; узнают новые стандарты помощи онкологическим пациентам с беременностью и различными интеркуррентными заболеваниями; узнают современные алгоритмы лечения различных форм ЦВБ; узнают о последних достижениях и перспективах в работе ГKB №40.

*С. Э. Аракелов, главный врач ГБУЗ «ГKB № 40 ДЗМ»,
онколог, доктор медицинских наук*

Содержание

Непрерывное медицинское образование по специальности «онкология»: вызов сегодняшнего дня.....	5
Лапароскопическая герниопластика послеоперационных вентральных грыж.	10
Антибиотикопрофилактика хирургических инфекций ...	15
Функциональное состояние почек у диспансерных больных гипертонической болезнью	24
Малоинвазивный хирургический доступ в онкогинекологии.....	27
Возможности микроволновой абляции опухолей поджелудочной железы.	31
Осложнения лапароскопической аппендэктомии.	35
Панкреатодуоденальная резекция при злокачественных новообразованиях периампулярной зоны: ключевые аспекты реконструктивного этапа.	40
Ближайшие и отдаленные результаты оперативных вмешательств на молочной железе	42
Роль D2 лимфодиссекции в снижении частоты локо-регионарных рецидивов у больных ранним раком желудка.	55
Роль ручного ассистирования в освоении лапароскопической хирургии в онкоурологии.	57

Лечение длительно незаживающих ран с использованием биологически обогащенной тромбоцитами плазмы (БотП)	60
Эндоскопический инфильтрационный гемостаз коллагеновым биоматериалом.	64
Особенности оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, вегетативного и психоэмоционального статуса пациентов с гипертонической болезнью	68
Пролапс митрального клапана – результаты 15-летнего наблюдения	71
Атеросклероз и остеопороз у женщин менопаузального периода	76
Недифференцированная дисплазия соединительной ткани и сосудистая ригидность у женщин репродуктивного возраста	79
Патогенетическая роль окислительного стресса в формировании особенностей гипертонической болезни с транзиторными ишемическими атаками	81
Эволюция хирургического лечения рака молочной железы.	84
Эффективность и безопасность эндосонографии средостения с тонкоигольной пункцией в онкологической практике	90

Непрерывное медицинское образование по специальности «онкология»: вызов сегодняшнего дня.

М.Д.Тер-Ованесов^{1,2}, М.Ю.Кукош^{1,2}, А.С.Габоян^{1,2}, А.В.Левицкий^{1,2}, А.Б.Макешова²

¹ ГБУЗ Городская клиническая больница №40, г.Москва (главный врач ГБУЗ ГКБ №40 ДЗМ – С.Э.Аракелов)

² Кафедра онкологии и гематологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН (зав.кафедрой-профессор д.м.н. М.Д.Тер-Ованесов)

В 2018 г борьба с онкологическими заболеваниями объявлена одной из приоритетных задач нашего государства. По словам Президента Российской Федерации В. В. Путина, реализация общенациональной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями невозможна без «появление в специальности перспективных молодых специалистов».

Произошедшие в последние годы кардинальные изменения в сфере высшего образования, затронувшие идеологию медицинского образования, декларация пациенториентированности как главного тренда национального здравоохранения, внедрение системы непрерывного медицинского образования, отразились на подходах к разработке образовательных стандартов и учебных программ, формах и методах обеспечения гарантии качества образования.

Реализация системы непрерывного медицинского образования по специальности «онкология», организация качественного мультидисциплинарного обучения в течение всей профессиональной жизни специалиста-онколога, омоложение кадрового состава за счет привлечения перспективных выпускников ВУЗов и врачей других специальностей через

опцию переподготовки – вызов сегодняшнего дня для всех кафедр онкологии нашей страны. Успешное решение поставленных задач невозможно без «перезагрузки» учебно-методического обеспечения преподавания в соответствии с мировыми стандартами.

На сегодняшний день клиническая онкология представляет собой мультидисциплинарную, бурно развивающуюся область медицины, постоянно обогащающуюся новейшими достижениями в диагностике и лечении. Грандиозные достижения в нашей специальности были бы не возможны без внедрения компьютерных технологий, системы телемедицины, технических инноваций.

Кафедра онкологии и гематологии (зав.кафедрой – проф. д.м.н. М.Д.Тер-Ованесов), основанная в 2015 году на базе Медицинского института (директор- проф., д.м.н. А.Ю.Абрамов) и факультета повышения квалификации медицинских работников (декан- проф., д.м.н. П.П.Огурцов) РУДН, главной задачей ставила качественное изменение уровня последипломного образования по специальности «онкология», приведение его в соответствии с международными стандартами с использованием современных информационных технологий. За три года работы кафедры, обучение, в соответствии с поставленными задачами прошли более 800 слушателей из 20 городов Российской Федерации, подготовлен один ординатор, к защите готовится кандидатская диссертация.

Основными направлениями преподавание по специальности «онкология» на нашей кафедре является: ординатура, переподготовка (учебная программа 504 ак.ч.), общее усовершенствование, сертификационный цикл (учебная программа 144 ак.ч.), тематическое усовершенствование по актуальным вопросам онкологии (от 18 до 72 ак.ч.). Таким образом, в настоящее время на кафедре реализуется 14 учебных программ. Во всех учебных программах от 50 до 60 % тем подается слушателям с применением дистанционной технологии- видео

презентаций в режиме вебинара off-line. В тоже время, по нашему глубокому убеждению, никакие современные информационные технологии не могут заменить слушателю/ординатору процесс «обучения у постели больного», общения с опытным педагогом, прохождение мастер-класса у хирургов-онкологов высочайшего уровня. Городская клиническая больница №40, являющаяся клинической базой кафедры онкологии и гематологии ФНМО РУДН, представляет собой многопрофильный стационар, специализирующейся на оказании всех видов онкологической помощи (хирургической, лекарственной, радиотерапевтической), в том числе высокотехнологичной. Кооперация ГКБ №40 и кафедры онкологии и гематологии плодотворна и взаимовыгодна: ординаторы и слушатели получают возможность активно участвовать в повседневной практической деятельности клиники, а персонал клиники получает возможность использовать интеллектуальный потенциал профессорско-преподавательского состава кафедры, знакомиться с новейшими достижениями в онкологии, реализовывать новые технологии, пополняться молодыми специалистами-выпускниками кафедры.

Мастер-классы входят в учебные программы таких циклов тематического усовершенствования, направленных на приобретение практикующими онкологами новых профессиональных компетенций, как «Современные подходы к диагностике и лечению рака легкого», «Современные подходы к диагностике и лечению рака желудка» «Гипертермическая интраоперационная интраперитонеальная химиотерапия в лечении злокачественных новообразований», «Современные подходы к диагностике и лечению колоректального рака».

Главной целью обучения по программе общего усовершенствования считаем дополнение сложившегося у специалиста стереотипа новыми знаниями в диагностике и лечении злокачественных новообразований. Так отдельные модули 144-часовой программы дважды в год обновляются данны-

ми доказательной медицины, представляемыми на авторитетнейших форумах онкологического сообщества - ASCO и ESMO.

Во всех программах, реализуемых кафедрой, предусмотрено несколько уровней тестирования (входной, промежуточный, итоговый) для надежного и объективного контроля полученных знаний и освоенных новых профессиональных компетенций и практических навыков. Предлагаемые слушателям тесты отвечают требованиям надежности, клинической значимости и объективности.

Одной из форм обучения в системе непрерывного медицинского образования является организация и проведение кафедрой научно-практических конференций, касающихся современных достижений в диагностике и лечении онкологических больных. Так «фирменным знаком» стала ежегодная декабрьская конференция «Ключевые достижения в онкологии», традиционно проводящаяся в первую субботу декабря и пользующуюся популярностью у специалистов - онкологов и слушателей кафедры. Другим знаковым мероприятием кафедры является «Межрегиональный форум руководителей ЛПУ онкологического профиля собирающий главных врачей и директоров ведущих онкологических клиник страны.

Большое значение на кафедре уделяется вопросу приобретения новых профессиональных компетенций по специальности «онкология» у врачей первичного лечебного звена. Ведь врачи общей практики - это та «первая линия обороны» в диагностике злокачественных опухолей и маршрутизации пациентов онкологического профиля, от которой во многом зависят своевременная постановка диагноза, результаты противоопухолевого лечения и прогноз. В 2017 г. была разработана и успешно реализована учебная программа тематического усовершенствования с применением дистанционных обучающих технологий «Актуальные вопросы онкологии в практике врача-терапевта» (36 ак.ч.), состоящая из теорети-

ческих модулей, охватывающих «сферы пересечения» клинической онкологии и практическую деятельность врача-терапевта. Особое внимание уделяется вопросам онкологической настороженности и ранней диагностики злокачественных новообразований основных локализаций, разбору и анализу клинических случаев несвоевременной диагностики онкологических заболеваний. Компактный модульный формат, возможность обучения на рабочем месте (выездной цикл), как и опция частичного дистанционного освоения материала, делают эту обучающую программу особо привлекательной и востребованной.

Следование девизу кафедры – «соответствие вызову сегодняшнего дня» невозможно без постановки и скорейшего решения амбициозных задач: расширение блока дистанционного обучения; создание «симуляционных станций» для экзамена первичной специализированной аккредитации; создание электронного учебника «Онкология»; мобильного приложения «Онкология для врачей общей практики»; внедрение информационных систем с применением технологий телемедицины, позволяющих быть на связи с выпускниками кафедры, проводить с ними телеконференции, обеспечивать им при необходимости «Электронные онкоконсилиумы» и «второе мнение» ведущих опинион-лидеров.

Лапароскопическая герниопластика послеоперационных вентральных грыж.

Попов Ю.П., Акилин К.А., Иванов Н.А., Попов П.А., Конопля А.Г.
Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО
МГМСУ (зав. Кафедрой член-корр. РАМН И.В. Ярема) г. Москва.
Городская клиническая больница №40 ДЗМ г. Москвы.
popovbk@bk.ru, ivanoffsurg@yandex.ru

В настоящее время послеоперационные грыжи брюшной стенки занимают второе место после паховых грыж, составляя от 3 до 20,6% этой патологии. Несмотря на бурное внедрение и развитие лапароскопической хирургии, даже в наиболее развитых странах выполняется большое количество операций лапаротомным доступом, из которых в 10% случаев в последующем выявляется рецидив болезни. В то же время, широкое распространение лапароскопических операций влечет за собой появление постстроакарных грыж. Стремление хирургов к малоинвазивным операциям привело к возникновению нового направления - лапароскопической пластики послеоперационных грыж.

С 2016 г. на базе ГКБ №40 г. Москвы внедрена методика лапароскопических герниопластик при малых и средних послеоперационных вентральных грыжах с использованием имплантов российского производства Реперен (Компания АйконЛабГмбх (IconLab)). Имплантаты созданные на основе материала Реперен (пространственно сшитый полиуретанаккрилат) зарегистрированы в России, Европе и США. Реперен®. IPOM представляет собой прозрачный эндопротез для антиспаечных внутрибрюшинных лапароскопических или открытых операций по устранению вентральных, пупочных и паховых грыж. Особенностью имплантата является отсутствие усадки, оптимальная интеграция и высокая биосовместимость.

В нашей работе мы поставили цель сравнить и проанализировать два основных метода аллогерниопластики, применяемые при лечении послеоперационных вентральных грыж: лапароскопическая герниопластика IPOM и открытая аллогерниопластика sub-lay. Нами были проанализированы и сравнены основные параметры, такие как среднее время операции, длительность пребывания пациентов в стационаре, выраженность болевого синдрома после перенесенной операции, характер осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, а так же частота рецидивов.

За 2016-2018 гг. в нашем исследовании приняли участие 72 пациента, из них 30 выполнена лапароскопическая аллогерниопластика IPOM, 32 пациентам выполнена герниолапаротомия с герниопластикой sub-lay с использованием облегченных полипропиленовых и полиэстеровых сеток и 10 пациентам выполнена открытая IPOM аллогерниопластика. Все пациенты были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст 54+/- 4,6 года). В исследовании включены пациенты, имеющие медиальные и медиа-латеральные грыжи с разными количествами рецидивов от 0 до 2-х и имеющие размер грыжевого дефекта не превышающие 10 см. в диаметре. Такая верхняя граница размеров грыжевого дефекта обусловлена тем, что в клинике при использовании лапароскопической IPOM пластики применяется bridging методика (M-любое, R-0-2. W-1-2). В работе использовали классификацию EHS (европейского общества герниологов). В таблице приведено количество пациентов оперированных в период исследования 2016-2018 гг.

В клинике применялись методики операций с расположением сетки sub-lay, а так же с интраабдоминальным расположением IPOM. Сетка Реперен имеет две стороны: исключительно гладкую висцеральную (анти-адгезивную, обеспечивает анти-адгезивность в 100% случаев) и париетальную, с микроструктурой для интеграции. Операции

проводились под ЭТН с наложением карбоксиперитонеума 10-12 мм.рт.ст. Первый троакар вводился под контролем зрения или с использованием оптического троакара. Количество манипуляторов выбирается индивидуально. Нами использовалось от 2-х до 4-х троакаров. После рассечения спаек, низведения грыжевого мешка в брюшную полость и выполнения тщательного гемостаза, в брюшную полость вводился и устанавливался имплант. Разметка импланта выполнялась экстраабдоминально с использованием транслюменисценции через переднюю брюшную стенку. На сетку накладывалось от 2-х до 4-х лигатур, использовались сетки с перекрытием грыжевого дефекта не мене 4-х см. с каждой стороны. Сетка фиксировалась сквозными швами через переднюю брюшную стенку, укреплялось герниостеплером или отдельными узловыми швами. Дренажирование брюшной полости не проводилось. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартное обезболивание, проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика однократным введением цефалоспоринов 2-го поколения.

Сравнительный анализ длительности операций, среднее время оперативного пособия при IPOM пластики составил 96 минут в сравнении с 124 минутами при установке сетки sub-lay. Следует отметить, что в обеих группах длительность операции в основном колебалась от наличия и тяжести спаечного процесса после ранее перенесенной операции. При отсутствии спаечных сращений среднее время фиксации сетки составило 45 минут, в сравнении с 75 минутами при открытой герниопластики sub-lay.

Среднее время пребывания пациентов в стационаре при лапароскопической герниопластики составило 3,4 койко-дня, в сравнении с 6,3 койко-днями при выполнении открытой герниопластики sub-lay.

При анализе болевого синдрома нами использована десятибалльная шкала. Каждые шесть часов оценивали выра-

женность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде на протяжении 72 часов. Сравнивалось так же количество и частота применяемых обезболивающих средств. Пациенты перенесшие лапароскопическое пособие в первые сутки оценивали болевой синдром на 3,3 балла, а к вторым на 1,4 балла. Пациенты, перенесшие открытое пособие, оценивали болевой синдром на 4,5 баллов в первые 24 часа и 2,3 балла к концу 2-х суток после операции. Полной отмены обезболивающих средств в группе IPOM удалось достигнуть к концу 2-х суток, тогда как в группе перенесших sub-lay пластику, длительность была вдвое выше.

Наиболее частым осложнением в обеих группах было образование послеоперационных сером. При IPOM пластике наиболее частая локализация скоплений жидкости - это остающаяся часть грыжевого мешка. Эти пациенты были пунктированы под контролем ультразвуковой визуализации.

При исследовании отделенных результатов учитывалась частота рецидивов и наличия или отсутствия хронического болевого синдрома. В группе пациентов перенесших IPOM пластику был выявлен один (2,4%) рецидив (пациентка оперирована повторно IPOM). При пересмотре интраоперационной видеозаписи установлено, что причиной рецидива явилось неверное расположение импланта, с недостаточным перекрытием за пределами грыжевого дефекта. В группе перенесших sub-lay герниопластику выявлен также один рецидив (3,1%), что связано с несоблюдением пациентом предписанного режима в послеоперационном периоде. У одного пациента после лапароскопической аллогерниопластики отмечался хронический болевой синдром (2,4 %), что обусловлено применением не рассасывающихся клипс. В настоящее время в клинике применяется методика фиксации сетки отдельными узловыми швами. Общее количество поздних послеоперационных осложнений среди исследуемых пациентов 4,2%.

Заключение. Использование лапароскопической IPOM-пластики сетками Реперен является альтернативным методом у пациентов с малыми и средними послеоперационными вентральными грыжами. Косметический эффект этого метода бесспорен, уменьшается так же интенсивность болевого синдрома и длительность стационарного лечения. Метод является безопасным, простым в освоении и может быть рекомендован к широкому применению в повседневной клинической практике.

Антибиотикопрофилактика хирургических инфекций

Т.В. Шахова, С.Э. Аракелов, М.Д. Тер-Ованесов, А.А. Сохликов

Проблема профилактики послеоперационных гнойных осложнений в хирургии до настоящего времени остается актуальной.

Это в значительной степени связано с тем, что с возрастанием числа сложных операций с применением современных технологий увеличивается объем и продолжительность оперативных вмешательств, повышаются травматичность тканей и кровопотеря, которые способствуют развитию послеоперационных инфекционных осложнений, в первую очередь – раневой инфекции. Лечение раневой инфекции требует дополнительных затрат и значительно увеличивает время пребывания больного в стационаре.

Экспериментальные и клинические исследования убедительно показали, что рациональное проведение антибиотикопрофилактики в определённых ситуациях позволяет снизить частоту послеоперационных инфекционных осложнений с 20-40% до 1,5-5%. В настоящее время целесообразность антибиотикопрофилактики при хирургических операциях не вызывает сомнения, в литературе дискутируются вопросы не о том, нужен ли антибиотик вообще, а какой антибиотик следует применять и в каком режиме с точки зрения максимальной клинической эффективности и фармакоэкономической обоснованности.

Согласно определению комитета по антимикробным препаратам Американского общества хирургической инфекции, профилактическим применением антибиотиков является их назначение больному до микробной контаминации операционной раны или развития раневой инфекции, а также

при наличии признаков контаминации и инфекции, когда первичным методом лечения является хирургическое вмешательство, а назначение антибиотика имеет своей целью снизить до минимума риск развития раневой инфекции.

Другими словами, антибиотикопрофилактика в отличие от антибиотикотерапии подразумевает назначение антибактериального средства при отсутствии активного процесса и высоком риске развития инфекции в целях её предупреждения.

Целью антибиотикопрофилактики является предупреждение развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде и уменьшение стоимости и продолжительности лечения больных в стационаре.

Задачи профилактики: создание терапевтических (бактерицидных) концентраций антибиотика в тканях, подвергающихся бактериальной контаминации во время операции - от наркоза до закрытия раны.

В зависимости от риска развития послеоперационных инфекционных осложнений все хирургические вмешательства принято подразделять на 4 категории.

Характеристика оперативного вмешательств:

Чистые

Нетравматические плановые операции без признаков воспаления, которые не затрагивают ротоглотку, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт или мочеполовую систему, а также ортопедические операции, мастэктомия, струмэктомия, грыжесечение, флебэктомия у больных без трофических нарушений, протезирование суставов, артропластика, операции на аорте и артериях конечностей, операции на сердце.

Условно чистые

Чистые операции с риском инфекционных осложнений (плановые операции на ротоглотке, пищеварительном тракте, женских половых органах, урологические и пульмонологические операции без признаков сопутствующей инфек-

ции), флэбэктомия у больных с трофическими нарушениями, но без трофических язв, повторное вмешательство через “чистую” рану в течение 7 дней, погружной остеосинтез при закрытых переломах, urgentные и неотложные операции по другим критериям, входящие в группу “чистые”, тупые травмы без разрыва полых органов.

Загрязненные

Оперативные вмешательства на желчных и мочеполовых путях при наличии инфекции, на желудочно-кишечном тракте при высокой степени его контаминации, операции при нарушении асептики или при наличии воспалительного процесса (но не гнойного воспаления). Операции при травматических повреждениях, проникающих ранениях, обработанных в течение 4 ч

Грязные

Оперативное вмешательство на заведомо инфицированных органах и тканях при наличии сопутствующей или предшествующей инфекции, раны или перфорация желудочно-кишечного тракта, прокто-гинекологические операции, проникающие ранения и травматические раны, обработанные по истечении 4 ч, флэбэктомия у больных с трофическими нарушениями и язвами, операции при гнойном воспалении на инфицированных тканях.

Антибиотикопрофилактика показана при всех условно чистых и загрязненных операциях. При чистых операциях профилактику проводят в случаях, когда потенциальная инфекция представляет серьезную угрозу жизни и здоровью больного, а также при наличии у больного факторов риска развития послеоперационных инфекций.

Факторы риска развития послеоперационных инфекционных осложнений:

возраст свыше 70 лет, нарушения питания (ожирение или гипотрофия), цирроз печени, почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет,

алкоголизм или наркомания, злокачественные новообразования, спленэктомия, врожденные или приобретенные иммунодефицитные состояния, лечение кортикостероидами или цитостатиками, антибиотикотерапии до операции, гемотрансфузии, кровопотеря, длительность операции более 4 ч, длительная госпитализация до операции.

Основные принципы антибиотикопрофилактики:

Не следует стремиться к полной эрадикации бактерий;

Эффективная концентрация антибиотика в операционной ране должна быть достигнута к началу операции и сохраняться до ее окончания;

Введение антибиотика ранее, чем за 1 час до операции или после ее окончания является неэффективным в плане снижения частоты гнойных хирургических осложнений;

Внутривенный путь введения антибиотика признан оптимальным;

Антибиотик при плановых и экстренных операциях должен быть введен во время вводного наркоза - за 30 - 40 минут до начала операции (первого разреза).

Исключение: операция кесарева сечения - препарат вводится матери внутривенно сразу после пережатия пуповины.

Инфекцию в отдаленных участках (например, пневмонию, инфекцию мочевыводящих путей и др.) не рассматривают как неэффективность антибиотикопрофилактики.

Важным для целей профилактики является выбор антимикробного препарата. Ориентирами служат учет характера микрофлоры, вегетирующей в оперируемом органе, а также полная информация о госпитальных штаммах данного стационара. В этих условиях средством выбора являются антибиотики широкого спектра действия, которые способны эффективно воздействовать на потенциального возбудителя. При выборе антибиотика одним из важных условий является обеспечение достаточной концентрации в крови и тканях оперируемого органа на весь период оперативного вмеша-

тельства. Антибиотик должен обладать минимальной токсичностью. Препарат должен быть оптимальным с позиции стоимость/эффективность.

Микробная контаминация операционной раны является неизбежной даже при идеальном соблюдении правил асептики и антисептики, и к концу операции раны обсеменены различной микрофлорой: *Staphylococcus aureus* 25%, *Enterococcus faecalis* 15%, *Klebsiella pneumoniae* 10% , *Escherichia coli* 5%

Учитывая локальные данные о возбудителях раневых инфекций и их чувствительности к антибиотикам, вида оперативного вмешательства в ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ», разработана и внедрена схема антимикробной профилактики инфекционных осложнений (таблица 1).

Таблица 1

Схемы антимикробной профилактики инфекционных осложнений
в онкологической хирургии

Операции	Препарат	Доза перед операцией	Доза после операции
Желудок, двенадцатиперстная кишка	Амоксициллин/ Клавуланат	1,2 гр. в/в	1,2 гр. x 3р в/в (до 72 ч.)
	или Цефазолин	2 гр. в/в	2 гр. x 3р в/м (до 72 ч.)
Желчевыводящие пути, печень, поджелудочная железа	Амоксициллин/ Клавуланат	1,2 гр. в/в	1,2 гр. x 3р в/в (до 72 ч.)
Кишечник	Амоксициллин/ Клавуланат	1,2 гр. в/в	1,2 гр. x 3р в/в (до 72 ч.)

Операции	Препарат	Доза перед операцией	Доза после операции
Молочная железа	Цефазолин	2 гр. в/в	Нет показаний
	или Амоксициллин/ Клавуланат	1,2 гр. в/в	
Кожа	Цефазолин	2 гр. в/в	Нет показаний
Диагностическая пункционная биопсия	Цефазолин	2 гр. в/в	Нет показаний
Онкоурология	Ципрофлоксацин	400 мг. в/в	400 мг. x 2р в/в
	или Офлоксацин	400 мг. в/в	400 мг. x 2р в/в (до 48 ч)
Трансуретральная резекция предстательной железы	Ципрофлоксацин	400 мг. в/в	Нет показаний
	или Офлоксацин	400 мг. в/в	
Гинекологические операции	Амоксициллин/ Клавуланат	1,2 гр. в/в	1,2 гр. в/в (через 8 ч)
	или Цефазолин + Метронидазол	2 гр.в/в 500 мг. в/в	2 г в/в через 8 и 16 часов после операции

в абдоминальной хирургии

Операции	Препарат	Доза перед операцией	Доза после операции
Желудок, двенадцатиперстная кишка	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	1,2 гр. x 3р в/в (до 24 ч.) 2 г в/в через 8 и 16 часов после операции 80 мг. в/в
	или Цефазолин	2 гр. в/в	
Холецистэктомия	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	Нет показаний
	или Цефазолин	2 гр. в/в	
Печень, поджелудочная железа (кроме панкреонекроза)	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	1,2 гр. в/в через 8 и 16 часов после операции
Кишечник	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	Нет показаний
Аппендэктомия (аппендикс без перфорации)	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	Нет показаний
Грыжесечение	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	Нет показаний
ПХО раны	Цефазолин	2 гр. в/в	Нет показаний
Проникающая травма живота	Амоксициллин/ клавуланат	1,2 гр. в/в	Нет показаний

В гинекологии

Операции	Препарат	Доза перед операцией	Доза после операции
Экстирпация матки	Амоксициллин/ Клавуланат Цефазолин+ Метронидазол	1,2 гр. в/в 2 гр. в/в 500мг.в/в	Нет показаний

в торакальной хирургии

Операции	Препарат	Доза перед операцией	Доза после операции
Непроникающие ранения грудной клетки	Амоксициллин/ клавуланат или Цефазолин	1,2 гр. в/в 2 гр. в/в	Нет показаний
Проникающие ранения грудной клетки без повреждения внутренних органов	Амоксициллин/ клавуланат или Цефазолин	1,2 гр. в/в 2 гр. в/в	Нет показаний
Опухоли пищевода. легких, плевры, средостения, ребер	Амоксициллин/ клавуланат или Цефазолин	1,2 гр. в/в 2 гр. в/в	1,2 гр. x 3р в/в (до 72 ч.) 2 гр. x 3р в/м (до 72 ч.)
Диагностическая пункционная биопсия	Цефазолин	2 гр. в/в	Нет показаний

Примечание:

антибактериальный препарат вводят внутривенно за 15-30 мин. до операции во время вводного наркоза.

обязательно отмечать в истории болезни название препарата, путь введения и время.

при высоком риске инфекционных осложнений возможно продление антимикробной профилактики в послеоперационном периоде до 48-72 часов.

(лечащий врач обязан указать в истории болезни показание для продления антимикробной профилактики в послеоперационном периоде)

при аллергии на бета-лактамы вместо Цефазолина вводить Линкомицин 600 мг.в/в

Амоксициллин/клавуланата – Ципрофлоксацин 400 мг.в/в

У пациентов моложе 18 лет и при непереносимости фторхинолонов использовать Цефазолин.

У пациентов с ХПН доза Цефазолина составляет 1 гр. в/м или в/в

В заключение следует отметить, что профилактическое применение антибиотиков в хирургии является важным компонентом улучшения результатов оперативного вмешательства и сокращения сроков пребывания пациентов в хирургической клинике.

Функциональное состояние почек у диспансерных больных гипертонической болезнью

А. И. Завьялова, Л. А. Панченкова, Х. А. Хамидова, Д. А. Сапунова
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра госпитальной терапии №1.

Гипертоническая болезнь (ГБ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (ИБС: инфаркта миокарда, стенокардии, сердечной недостаточности), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) заболеваний и хронической болезни почек (ХБП) любой этиологии. Адекватный контроль АД замедляет прогрессирование перечисленных состояний. В свою очередь ХБП является важным независимым фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе фатальных.

Под ХБП в настоящее время понимают наличие признаков повреждения почек, (выявленных при клинико-лабораторных и инструментальных исследованиях), существующих в течение 3 месяцев и более. Скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на уровне 90 мл/мин/1,73 м² принята в качестве нижней границы нормы при определении функциональной способности почек. В зависимости от её величины различают 5 стадий ХБП. СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² соответствует умеренному снижению функции почек при гибели более 50% нефронов. Каждое определение концентрации креатинина в сыворотке крови в медицинской документации должно сопровождаться расчетом СКФ. Снижение функции почек необходимо рассматривать в качестве причины ускоренного развития изменений сердечно-сосудистой системы.

В широкой клинической практике для расчета СКФ мо-

гут быть использованы формулы Кокрофта Голта, MDRD, СКД-ЕРІ. Последняя формула лучше соотносится с данными, полученными референтными способами, что позволяет рекомендовать ее для амбулаторной практики. Показатель может быть рассчитан автоматически с помощью калькуляторов, представленных в интернете: http://www.kidney.org/professional/kdoqi/gfr_calculator.cfm, http://nkdep.nih.gov/professional/gfr_calculator/index.htm.

При расчете СКФ по этой формуле учитывается раса, пол, возраст и уровень креатинина сыворотки, что позволяет преодолеть влияние различий в мышечной массе лиц разного возраста и пола

Цель исследования: провести скрининговую оценку функционального состояния почек по уровню СКФ у пациентов находящихся на диспансерном учете с диагнозом ГБ.

Материалы и методы: проведено обследование 57 пациентов от 20 до 63 лет, средний возраст составил 45 лет, находящихся на диспансерном учете с диагнозом ГБ. Для оценки функционального состояния почек проведен подсчет СКФ по формуле MDRD, что позволяет выявить незначительные нарушения функции почек даже при нормальном уровне креатинина.

Результаты: СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73м² была у 24 человек, что составило 42%. Уровень СКФ от 89 до 60 мл/мин/1,73м², соответствующий 2 стадии ХБП, выявлен у 28 пациентов, СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² была выявлена у 5 пациентов. Минимальный уровень СКФ составил 46 мл/мин/1,73м².

Таким образом, у 58% обследованных СКФ снижена и составляет менее 90 мл/мин/1,73м². У 9% находящихся на диспансерном учёте по поводу ГБ уровень СКФ соответствует 3 стадии ХБП.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о высоком проценте пациентов со сниженной функцией почек среди состоящих на диспансерном учёте больных по поводу ГБ. В ме-

дицинской документации каждое определение концентрации креатинина в сыворотке крови должно сопровождаться расчетом СКФ. Скрининг ХБП должен занять важное место в структуре профилактики как почечной, так и сердечной патологии. Основной задачей должно стать выявление ранних стадий болезни и выделение групп с высоким риском развития нефропатии, прежде всего у пациентов, состоящих на диспансерном учёте по поводу ГБ.

Малоинвазивный хирургический доступ в онкогинекологии

Саранцев А.Н., Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Зыков А.Е., Хасан А.Ш., Панова Н.П., Морозова К.В., Елоева Е.А., Тер-Ованесов М.Д.

Актуальность.

Уровень развития современной медицины позволяет активно применять малоинвазивные доступа в диагностике и лечении онкологических больных. Благодаря малой травматичности, хорошей визуализации, позволяющей выполнить прицельную диссекцию тканей, данный метод получил широкое применение у онкогинекологических больных. Лапароскопический доступ на современном этапе позволяет достичь высокой эффективности оперативного лечения с соблюдением условий радикальности. Помимо расширенных объемов хирургического вмешательства, лапароскопический доступ широко применяется в диагностике для оценки распространенности опухолевого процесса, выполнении прицельных биопсий для морфологической верификации опухолевого процесса, а также позволяет проводить мониторинг эффективности проводимого лечения. Применение малоинвазивного доступа позволяет значительно сократить длительность послеоперационного периода, благодаря ранней активизации достигается снижения частоты послеоперационных осложнений. Применение лапароскопического доступа позволяет ускорить проведение дополнительных этапов специального противоопухолевого лечения в ближайшее время после хирургического вмешательства. В современной онкогинекологии лапароскопия широко применяется в составе комплексного подхода в диагностике и лечении рака шейки матки, тела матки и яичников. Учитывая высокий

процент пациенток с отягощенной соматической патологией, применение малоинвазивных методик хирургического вмешательства оправдано и значительно улучшает прогнозы по ранней активизации, а как следствие и своевременное проведение следующих этапов противоопухолевого лечения.

Цель.

Оценить роль лапароскопического доступа в хирургическом лечении онкогинекологических заболеваний в практике отделения онкогинекологии ГКБ №40 г.Москвы при участии сотрудников кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета РНИМУ им.Н.И. Пирогова.

Материалы и методы.

В отделении онкогинекологии ГБУЗ ГКБ №40 г. Москвы в период с 2015 по 2017 гг. выполнено более 1103 оперативных вмешательств лапароскопическим доступом при онкопатологии женской репродуктивной системы.

Результаты. Подавляющее большинство радикальных операций лапароскопическим доступом было выполнено при раке тела матки I стадии G1-G2 дифференцировки опухоли: было выполнено 465 вмешательств в объеме экстирпации матки с придатками; при G-3 дифференцировке и при II стадии онкопроцесса любой степени дифференцировки в сочетании с тазовой лимфаденэктомией – 115 операций. На втором месте по распространенности оказались начальные формы рака шейки матки, а именно стадии in situ и T1a1NoMo, молодым пациенткам с выполненной репродуктивной функцией была выполнена лапароскопическая экстирпация матки с придатками или маточными трубами, без яичников с целью сохранения гормональной функции. При распространенности опухолевого процесса, соответствующего стадии T1b1-1b2NoMo было выполнено 42 операции Вертгейма лапароскопическим доступом с соблюдением рекомендуемого объема радикального вмешательства.

Возможности лапароскопического доступа оправдали

себя и у группы пациенток репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении фертильности в случае установки диагноза рака шейки матки T1a2NoMo. За период наблюдения было выполнено двухэтапное хирургическое вмешательство 2 пациенткам. При данной клинической ситуации, требующей выполнение первым этапом тазовой лимфаденэктомии, с последующим выполнением органосохраняющего вмешательства в объеме трахелэктомии при отсутствии метастатического поражения лимфоузлов.

Отдельное место занимает лапароскопия в лечении пограничных опухолей и рака яичников. В случае начальной стадии T1aNoMo рака или пограничных опухолей яичников и возможности выполнения органосохраняющего лечения у пациенток репродуктивного возраста в объеме аднексэктомии с пораженной стороны, биопсии контролатерального яичника, оментэктомии в онкогинекологическом отделении ГКБ №40 лапароскопическим доступом было выполнено 212 операций. Соблюдение принципов абластики достигается в данном случае путем извлечения удаленных органов из брюшной полости в специальном герметичном контейнере без нарушения целостности капсулы образования.

При подозрении на распространенный опухолевый процесс лапароскопия широко применяется с диагностической целью, благодаря высокому качеству визуализации. Лапароскопический доступ позволяет минимально травматично выполнить ревизию органов брюшной полости для принятия решения о возможности выполнения первичной циторедукции. В отделении онкогинекологии было проведено 267 диагностических вмешательств лапароскопическим доступом в период с 2015-2017 гг.

В последние годы возрастает число пациенток в возрастной группе более 75 лет, требующих выполнения оперативного вмешательства по поводу рака гинекологической локализации, в данном случае при отсутствии противопоказаний

лапароскопический доступ предпочтителен ввиду малой травматичности и возможности ранней активизации пациенток в раннем послеоперационном периоде. У пациенток с выраженным ожирением лапароскопический доступ также является методом выбора, что позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, связанных с заживлением послеоперационной раны.

Выводы.

Таким образом, на основании полученных данных малоинвазивный лапароскопический доступ активно применяется в практике отделения онкогинекологии с диагностической и лечебной целью у пациенток с онкологическими заболеваниями женской репродуктивной системы.

Применение лапароскопического доступа позволяет сократить длительность послеоперационного периода, произвести раннюю активизацию пациенток, что благоприятно отражается на их состоянии.

Возможности микроволновой абляции опухолей поджелудочной железы.

М.Д. Тер-Ованесов, А.С. Габоян, А.А. Акопян, Д.А. Кочанов.
ГБУЗ ГКБ №40 г. Москвы, кафедра онкологии и гематологии ФПКМР РУДН

Метод радиочастотной абляции (РЧА) широко применяется как в качестве вспомогательного, так и нередко в качестве основного способа лечения онкологических заболеваний различной локализации. Параллельно с РЧА в мире активно внедряется и применяется метод микроволновой абляции (МВА) злокачественных опухолей. Данный метод основан на генерации электромагнитных волн сверхвысокой частоты, от 900 до 2450 мГц. Некроз опухоли достигается за счет повышения температуры вследствие интенсивного трения молекул воды под воздействием электромагнитного излучения. Благодаря этому метод позволяет при значительно меньшей мощности генератора добиться существенно более высоких температур в очаге и сократить время воздействия на каждый из очагов. Главными достоинствами МВА является генерация более высокой температуры (до 90° и выше) в зоне некроза, формирование большей зоны коагуляционного некроза и меньшее время его достижения. По сравнению с ограниченным нагревом тканей при РЧА метод создает существенно большую зону активного тепла, что приводит к значительно более равномерному лучевому воздействию на ткань в целевой зоне, включая крупные кровеносные сосуды. В связи с этим при выполнении МВА, в отличие от РЧА, значительно менее выражен феномен теплоотводящего действия вблизи крупных сосудов. Данный метод не требует установки заземляющих пластин, его эффективность не зависит от электропроводности тканей. Эти данные позволяют

рассчитывать на высокую эффективность МВА при лечении пациентов с опухолями более 3 см в диаметре. В российских источниках упоминаний о накопленном опыте МВА при опухолях поджелудочной железы мы не нашли.

Ниже будет приведено клиническое наблюдение первого опыта выполнения СВЧ-абляции по поводу рака поджелудочной железы. Пациентка Г. 66 лет поступила в ГКБ №40 с картиной механической желтухи. При обследовании по данным УЗИ и КТ брюшной полости выявлена опухоль головки поджелудочной железы размерами 19x16x31 мм, равномерно накапливающая контраст с признаками компрессии терминального отдела холедоха, а также наличием увеличенных до 10 мм лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки. Признаков отдаленных МТС выявлено не было. Диаметр Вирсунгова протока составлял 3 мм. Общий билирубин при поступлении 78,5 мкмоль/л, СА-19.9 - 213 Ед/мл, СЕА - 85 нг/мл. По данным ЭГДС выявлены признаки инвазии опухоли в заднюю стенку двенадцатиперстной кишки с выраженными инфильтративными изменениями зоны БДС, по результатам гистологического исследования биоптата выявлены клетки аденокарциномы G2. Пациентке выполнено наружное дренирование желчного пузыря под УЗ-наведением. Уровень билирубина снизился до 20,5 мкмоль/л, также нормализовались другие биохимические показатели. После предварительной предоперационной подготовки пациентка была оперирована. Интраоперационно было установлено, что опухоль инфильтрирует гепатодуоденальную связку, двенадцатиперстную кишку, воротную вену. Также имелись МТС в лимфатических узлах большого сальника, брыжейки тонкой кишки, по ходу воротной вены, чревного ствола и селезеночной артерии. С учетом широкой лимфогенной диссеминации и местного распространения опухоли от выполнения радикальной операции решено было воздержаться, в связи с чем выполнена циркулярная лимфодиссекция гепатодуоденальной связки,

сформированы обходные гастроэнтеро- и гепатикоэнтероанастомозы, и также была выполнена СВЧ-абляция опухоли. Использовался аппарат Valleylab фирмы Тусо. Абляцию производили одиночным электродом 16 G с выходной частотой микроволн 915 Mhz и мощностью 40 W в режиме «Impedance control», в течение 3 минут их трех точек (согласно рекомендациям производителя).

Контроль лабораторных анализов не выявил клинически значимой элевации уровня амилазы, липазы и лейкоцитов в крови. На 10-е сутки после операции было сформировано ограниченное жидкостное скопление сальниковой сумки размерами 54x39x22мм, которое было успешно дренировано под УЗ-наведением. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение на 13-е сутки после оперативного вмешательства. После выполнения симптоматической операции с абляцией первичной опухоли пациентке проведено 6 курсов ПХТ по схеме Гемцитабин + Цисплатин в лечебных дозах. При динамическом наблюдении в течение 12 месяцев по данным контрольного ультразвукового исследования брюшной полости признаков дальнейшего прогрессирования процесса не выявлено.

За период с апреля 2013г по август 2018г. по аналогичной методике одиночным электродом 16 G с выходной частотой микроволн 915 Mhz и мощностью 40 W в режиме «Impedance control» в течение 3 минут их трех точек были проведены сеансы МВА у 15 пациентов с опухолями тела и хвоста поджелудочной железы размерами, не превышающими 3см, имеющими признаки широкой лимфогенной диссеминации. В группу исследования не включали пациентов, у которых опухоль располагалась ближе чем 5мм от крупных сосудистых структур. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений, динамический УЗ-контроль не выявил формирования жидкостных скоплений в зоне абляции. У двух пациентов в послеоперационном периоде отме-

чалась амилаземия до 600 ед/л без каких-либо клинических проявлений панкреатита, регрессировавшая на 3-и сутки на фоне терапии синтетическими аналогами сандостатина. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем на 8-е сутки послеоперационного периода. В динамике наблюдения через 2 месяца после оперативного вмешательства у всех пациентов отмечено снижения уровня СА-19.9 с уровня 130-160 ед/л до 30-65 ед/л. В течение 6 месяцев по данным контрольного ультразвукового исследования брюшной полости признаков прогрессирования онкопроцесса в брюшной полости не выявлено.

Заключение: методика МВА является высокоэффективным методом локального воздействия на первичные опухоли ПЖЖ, позволяющим без увеличения частоты пост-лечебных панкреатитов воздействовать на очаги неоплазии с целью их абляции. Для получения выводов по эффективности данной методики рекомендуется проведение проспективных исследований по сравнению методики МВА опухолей ПЖЖ с другими методами локального воздействия в программе комбинированного и комплексного лечения.

Осложнения лапароскопической аппендэктомии.

Попов Ю. П., Акилин К. А., Харитонов В. В., Марьяновский А.Ф.,
Попов П. А., Гереева З. К.

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО
МГМСУ (зав. Кафедрой член-корр. РАМН И.В. Ярема) г. Москва.

Городская клиническая больница №40 ДЗМ г. Москвы (главный
врач Аракелов С.Э.).

Результаты исследования основаны на анализе историй болезни пациентов с острым аппендицитом, которые находились на лечении в ГКБ №40 в хирургическом отделении.

Нами проанализирована 631 история болезни пациентов с острым аппендицитом, которым выполнены лапароскопические и традиционные оперативные вмешательства. Основную группу составили больные, перенесшие лапароскопические аппендэктомии – 395(62,5%) больных, а контрольную – группу сравнения – 236(37,5%) человек, оперированные традиционным, открытым способом.

Больные основной группы были молодого, трудоспособного возраста от 15 до 54 лет, а средний возраст составил $31 \pm 2,1$ года. Мужчин было 161(40,7%), а женщин – 234(59,3%), заболевание практически с одинаковой частотой диагностировано у обоих полов. Следует также отметить, что пациентов старше 60 лет в основной группе не было. Основными причинами отказа от выполнения лапароскопической аппендэктомии в этой группе явились: сроки заболевания (превышающие 2 и более суток от появления симптомов), ряд сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность), а также ранее неоднократно выполненные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

По форме патоморфологических изменений в червеобраз-

ном отростке выявлены следующие изменения: катаральная форма – у 16(2,5%) больных, флегмонозный аппендицит - у 477(75,6%) человек, гангренозный – у 104(16,4%) и гангренозно-перфоративный – у 34(5,5%) из 631 оперированного в клинике пациента.

Среди оперированных пациентов диагностированы следующие патоморфологические формы острого аппендицита:

Катаральный аппендицит – 0

Флегмонозный аппендицит – у 32 (8,1%) из 395 пациентов основной группы

Гангренозный аппендицит – у 4 (0,5%) пациентов

Местный перитонит диагностирован у 3 (0,7%) пациенток.

При постановке диагноза «острый аппендицит», помимо физикальных методов исследования использованы клинико-инструментальные методы, а именно: общеклинические анализы крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полостей (в сомнительных случаях), а также при необходимости – серошкальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Нами также использована диагностическая лапароскопия, как один из способов постановки правильного диагноза.

Среди пациентов группы сравнения в зависимости от патоморфологической формы аппендицита, наличия или отсутствия перитонита использованы следующие доступы к червеобразному отростку: доступ Мак Бурнея – у 211 (89,4%) пациентов, доступ Ленандера – у 4 (1,7%) больных, нижняя срединная лапаротомия – у 12 (3,8%) человек и средняя срединная лапаротомия – у 9 (3,8%).

Среди наших пациентов основной группы в большинстве наблюдений использован способ электрокоагуляции в режиме биполяр с целью пересечения брыжеечки отростка. Он применен у 352 (89,1%) из 395 больных.

Лигатурный способ пересечения брыжеечки червеобраз-

ного отростка использован нами лишь у 18 (4,6%) пациентов основной группы во время накопления опыта выполнения лапароскопических аппендэктомий. Метод клипирования аппендикулярной артерии использован нами у 20 (5,1%). Аппаратный метод пересечения брыжеечки отростка использован нами лишь у 5 (1,3%) больных основной группы.

В основной группе отмечены следующие интраоперационные осложнения. Повреждение сальника при установке первого 10 мм троакара: кровотечение диагностировано при ревизии, установлены троакары в типичных для лапароскопической аппендэктомии местах, гемостаз осуществлен коагуляцией кровоточащего сосуда. Кровотечение из аппендикулярной артерии диагностированы у 3 (0,8%) больных. Необходимости в выполнении конверсии (перехода на традиционный, открытый способ операции) не возникло.

Такое интраоперационное осложнение, как соскальзывание лигатуры, наложенной на основание червеобразного отростка и диагностированное после отсечения аппендикса выявлено у 1 (0,3%) пациента. Далее выполнена лапаротомия по Мак Бурнею, купол слепой кишки и культия червеобразного отростка выведены в рану, выполнено повторное лигирование, культия погружена в кيسетный и z-образный шов.

Пересечение червеобразного отростка лигатурой, наложенной на его основание, в нашей серии наблюдений отмечено у 4 (1,0%) больных. Главной причиной этого осложнения явились выраженные воспалительные изменения основания отростка, переходящий на купол слепой кишки. Это осложнение стало основной причиной выполнения конверсии у наших пациентов. У всех больных с вышеописанным интраоперационным осложнением операция закончена традиционным способом, культия червеобразного отростка погружалась атипично (отдельные узловые серозно-мышечные швы на купол слепой кишки), вмешательство заканчивалось дренированием брюшной полости.

Послеоперационные осложнения раннего послеоперационного периода в основной группе распределены следующим образом. Среди наших пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде (через 3 и 5 часов после операции) диагностированы два таких осложнения – внутрибрюшных кровотечения, которые составили 0,5% всех наблюдений.

Наиболее грозным осложнением послеоперационного периода у больных после лапароскопической аппендэктомии является перитонит. Данное осложнение диагностировано нами у 2 (0,6%) пациентов основной группы. В нашем наблюдении причиной возникновения перитонита стала миграция лигатуры, наложенной на культю червеобразного отростка.

Таким образом, инфекционные осложнения раннего послеоперационного периода диагностированы у 11 (2,8%), оперированных больных основной группы

Наиболее часто в группе сравнения диагностированы воспалительные осложнения, связанные с операционной раной. Среди 236 больных группы сравнения у 29 (12,3%) человек выявлены воспалительные инфильтративные изменения (инфильтраты передней брюшной стенки). Таким образом, в контрольной группе инфильтраты передней брюшной стенки диагностированы в 6 раз чаще, чем у пациентов основной группы (12,3% против 2,0%).

Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость выявлена у 2 (0,8%) пациентов группы сравнения. Причиной непроходимости оказался сформированный штрэнг между большим сальником и брюшиной правой подвздошной области. Больные оперированы на 5 и 8-й день после операции, использован лапаротомный доступ (срединная лапаротомия) с рассечением штрэнга и назоинтестинальной интубацией кишечника.

В группе сравнения у 3 (1,3%) пациентов в раннем послеоперационном периоде диагностировано внутрибрюшное кровотечение. Источником кровотечения оказалась культя

брыжеечки червеобразного отростка (аппендикулярная артерия) с которой произошла миграция шелковой лигатуры. Релапаротомии выполнены в срок, произведено повторное лигирование сосуда.

В позднем послеоперационном периоде в группе сравнения нами диагностировано 5 (2,1%) осложнений. Через 6 мес. после традиционной лапаротомии у 3 (1,3%) больных диагностированы послеоперационные вентральные грыжи. Ранее операция выполнена доступом Мак Бурнея (2 человека) и нижняя срединная лапаротомия (1 больной). Эти пациенты оперированы в плановом порядке, выполнены герниопластики местными тканями. В последующем рецидива грыж не диагностировано.

Изучив отдаленные результаты в группе сравнения, нами установлено, что еще 1 (0,4%) пациент оперирован в другой клинике в экстренном порядке по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости.

Таким образом, индекс качества жизни у пациентов основной группы как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде оказался достоверно выше, чем у больных группы сравнения. На наш взгляд, полученные результаты исследования наглядно продемонстрировали преимущества лапароскопической аппендэктомии перед использованием традиционного, открытого доступа.

Панкреатодуоденальная резекция при злокачественных новообразованиях периампулярной зоны: ключевые аспекты реконструктивного этапа.

Тер-Ованесов М.Д., Габоян А.С., Кочанов Д.А., Акопян А.А.

Российский университет дружбы народов, кафедра онкологии и гематологии.

ГБУЗ "ГКБ № 40 ДЗМ" онкологическое отделение № 2

Цель. Улучшение результатов радикального хирургического лечения больных с периампулярным раком.

Методы исследования. Было выполнено 92 панкреатодуоденальные резекции, из них 30 (32,6%) при раке головки поджелудочной железы, 42 (45,7%) - раке большого дуоденального сосочка, 17 (18,5%) - раке дистального отдела холедоха и 3 (3,2%) - раке двенадцатиперстной кишки. Обязательным условием предоперационной подготовки больных с механической желтухой (90,3%) является декомпрессия желчных протоков путем внутреннего отведения желчи при помощи эндопротезирования холедоха или формирования эхоконтролируемой наружной холангиостомы.

Результаты. При выполнении панкреатодуоденальной резекции методика реконструкции желудочно-кишечного тракта у всех 92 больных была одинаковой и подразумевала формирование анастомозов на двух изолированных петлях тонкой кишки, позволяющая уменьшить нагрузку на панкреатико- и гепатикоэнтероанастомозы и разобщить пищевой химус с панкреатическим соком и желчью. В 67 (72,8%) случаях панкреатикоэнтероанастомоз формировался на потерянном дренаже панкреатического протока, 23 (25,0

%) случая — без дренирования и в 2 (2,2 %) -х случаях культя поджелудочной железы была исключена из пищеварения. Главными условиями формирования анастомозов являлись: прецизионная техника, применение инертных шовных материалов (рассасывающийся “maxon” и нерассасывающийся “prolen”, диаметр используемых нитей не менее 5/0 – 6/0), наружная декомпрессия панкреатического протока, фармакологическая защита культи поджелудочной железы. Наиболее частым специфическим осложнением в послеоперационном периоде после данной операции является панкреонекроз, который наблюдался у 8 (8,9 %) пациентов и несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза на фоне данного осложнения. У указанных выше 8 больных в 3 (3,4 %) случаях на фоне панкреонекроза развилась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза. Важно отметить, что несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза развилась у тех больных, которым анастомоз был сформирован без декомпрессии панкреатического протока.

Выводы. Применяемая методика реконструкции желудочно-кишечного тракта после панкреатодуоденальной резекции, включающая в себя обязательное формирование анастомозов на двух изолированных петлях тонкой кишки, использование прецизионной техники оперирования и монофиламентного ареактивного шовного материала, что способствовало значительному снижению частоты специфических послеоперационных осложнений.

Ближайшие и отдаленные результаты оперативных вмешательств на молочной железе

Ронзин А. В.², Степанянц Н. Г.², Магомедов М. Р.², Незнамов А. Н.²,
Тер-Ованесов М. Д.^{2,3}, Ярема В. И.¹, Сафронова В. В.¹

¹ МГМСУ имени А.И. Евдокимова,

² ГКБ №40 ДЗ г. Москва,

³ Кафедра онкологии и гематологии ФПК МР РУДН.

Введение

Рак молочной железы является самым распространённым в мире видом злокачественных заболеваний у женщин. Ежегодно его диагностируют более чем у миллиона женщин [1].

В России рак молочной железы занимает 2-е место (11,4%) среди наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований, находясь на первом месте по распространенности в женской популяции (20,9%). У женщин прирост показателя заболеваемости раком молочной железы за период с 2004 по 2014 г. составил 29,5% [2].

Стандартное лечение рака молочной железы, в зависимости от стадии, возраста пациента, сопутствующей патологии и гистологической структуры опухоли, включает в себя оперативное вмешательство, химиотерапию, гормонотерапию и лучевую терапию.

Объемы оперативного лечения могут различаться, но чаще выполняют органосохраняющие операции или радикальную мастэктомию по Маддену или Пейти. Органосохраняющие операции также показаны не для всех пациенток: в данном случае имеет значение размер опухоли, размер молочной железы, количество и расположение образований, диффузное поражение, невозможность проведения лучевой терапии

в дальнейшем и т.д. Большая часть пациенток нуждается в проведении расширенного хирургического вмешательства, а именно – модифицированной радикальной мастэктомии, проведение которой улучшает прогноз на выживаемость, но вместе с тем ухудшает качество жизни женщины [3].

После мастэктомии по поводу рака молочной железы реконструктивные вмешательства позволяют снизить уровень тревоги, соответственно, и улучшить качество жизни пациенток. Восстановление молочной железы можно проводить одномоментно (во время мастэктомии) или отсрочено (в любое время после нее). Реконструкция молочной железы после радикальной мастэктомии включает такие хирургические методики, как использование имплантатов и тканевых расщипителей, а также аутологичных тканей [4, 5, 6].

Нельзя не отметить, что риск хирургических осложнений меньше при отсроченных реконструктивно-пластических операциях, чем при одномоментных реконструкциях [5].

При выборе реконструкции собственными тканями существуют два наиболее распространенных варианта: лоскут из широчайшей мышцы спины и DIEP-лоскут. Аутологичная реконструкция молочной железы позволяет добиться наиболее естественного результата, но такая реконструкция представляет собой более сложную хирургическую процедуру с большей вероятностью развития осложнений [7].

По результатам наблюдений установлено, что реконструкция молочных желез не оказывает влияния на онкологический процесс, в том числе, не влияет на возникновение рецидива рака молочной железы. Так же, назначение адъювантной химиотерапии не влияет на реконструктивное вмешательство. В проспективном исследовании University of Alabama at Birmingham, в котором сравнивали 125 пациенток, подвергшихся одномоментной реконструкции молочной железы, со 125 пациентками, перенесших только мастэктомию, были получены следующие результаты: не наблюдалось раз-

личий по времени начала химиотерапии и частоте осложнений (18%) [8].

Таким образом, целью нашего исследования стала оценка результатов различных хирургических вмешательств на молочной железе при наличии злокачественной опухоли.

Материалы и методы

За период с 2012 по 2017 г. нами проанализированы результаты хирургического лечения 192 пациенток с диагнозом «рак молочной железы» в 1 онкологическом отделении ГКБ №40 ДЗ г. Москвы.

Возраст пациенток колебался от 32 до 60 лет, средний возраст женщин, перенесших оперативное вмешательство, составил 49,8 лет. Стадии РМЖ были от I до IIIС, преимущественно I-IIВ (78%). Гистологически в 89% случаев опухоль была представлена инвазивным неспецифицированным раком, у большинства пациенток лечение было комплексным (84%).

Что касается собственно хирургического лечения, то за это время были выполнены 192 радикальные мастэктомии по Мадден с реконструкцией железы и без неё. Среди них, 44 пациенткам выполнена радикальная мастэктомия по Мадден, 4 пациенткам выполнена кожесохранная мастэктомия с одномоментной реконструкцией силиконовым имплантом, 137 - радикальная кожесохранная мастэктомия с установкой тканевого экспандера с последующей заменой его на силиконовый имплант, 7 пациенткам выполнена радикальная мастэктомия с реконструкцией TDL-лоскутом

Таким образом, 148 женщинам в дальнейшем проведено реконструктивное лечение.

Отсроченная реконструкция молочной железы проводилась через 6-12 месяцев после хирургического лечения/адьювантной химиотерапии.

Результаты исследования

Длительность стационарного пребывания и амбулаторно-

го лечения отличались в зависимости от типа операции. Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.
Продолжительность стационарного и амбулаторного лечения в зависимости от типа операции

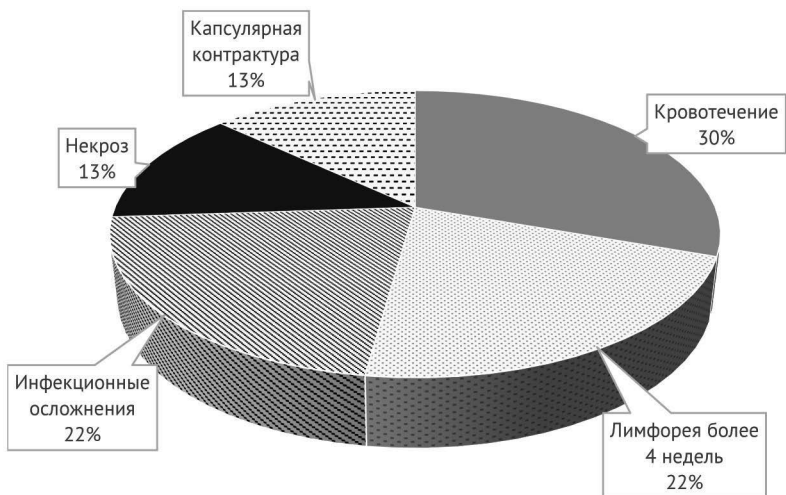
Вид оперативного вмешательства	Стационарное пребывание, сут	Амбулаторное лечение, сут
РМЭ	11,0 ±1,12	14,4±1,16
РМЭ + одномоментная реконструкция силиконовым имплантом	10,4±1,05	11,8±1,04
РМЭ + отсроченная реконструкция с установкой тканевого экспандера на первом этапе и заменой его на силиконовый имплант на втором этапе	12,1±1,01	12,6±1,17
РМЭ + реконструкция торакодorzальным лоскутом	9,2±1,5	10,3±1,20

Так как одними из осложнений при использовании DIEP-лоскута являются неудовлетворительный косметический результат на животе, риск некроза лоскута и использование микрохирургической техники, возможность использования которой имеется не во всех стационарах, то далее мы не приводим результаты данной операции.

Через полгода после операций пациентки анкетированы психологом, 127 (66%) пациенток оценили косметические результаты операции как хорошие, 50 (26%) пациенток - как удовлетворительные и 15 (8%) – как неудовлетворительные.

К неудовлетворительным результатам, прежде всего, были отнесены операции, после которых встречались различные послеоперационные осложнения, в виде нагноения послеоперационной раны, лимфореи и др. Таких пациенток было 23 и их осложнения представлены на диаграмме (диаграмма 1).

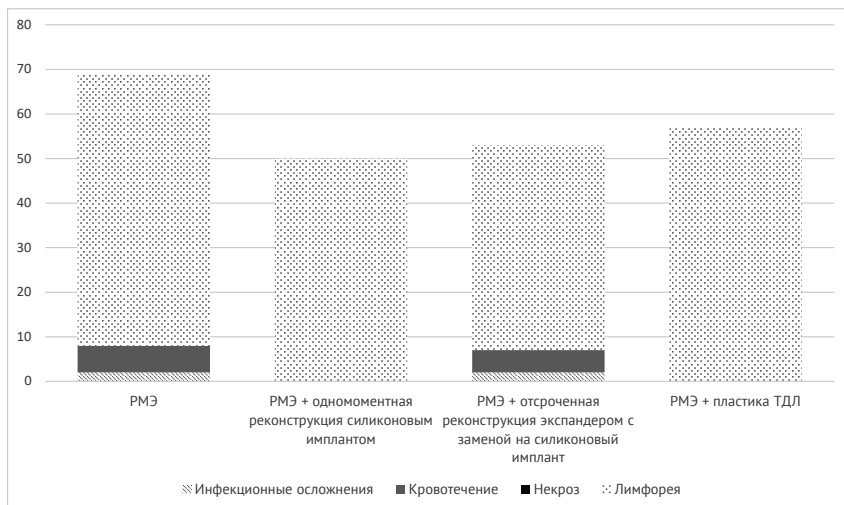
Диаграмма 1. Виды и число послеоперационных осложнений



Ранние послеоперационные осложнения, развившиеся у пациенток при нахождении в стационаре в зависимости от типа операции, представлены на диаграмме 2.

Как видно из диаграммы 2, вид оперативного вмешательства не влияет на частоту таких осложнений, как инфекционные осложнения, ранние послеоперационные кровотечения, лимфоррея.

Диаграмма 2. Ранние п/о осложнения



Все пациентки наблюдаются на данный момент. У 3 женщин (6,8%) после радикальной мастэктомии и у 7 (5,1%) женщин после проведенной радикальной мастэктомии с реконструктивным вмешательством развился рецидив рака. У 3 (2,1%) пациенток образовалась капсулярная контрактура (3-4 степени), потребовавшая замену силиконового импланта. В одном случае произошел некроз кожи над установленным экспандером и в одном случае над имплантом (фото 8 и 9), что послужило поводом к повторной операции.

Поздние послеоперационные осложнения представлены в таблице 3, а также на диаграммах 3 и 4.

Таблица 3. Количество поздних послеоперационных осложнений

Варианты вмеша- тельств	Всего	Поздние послеоперационные осложнения				
		Лимфорея бо- лее 4 недель	Гнойно-воспали- тельные	Капсулярная контрактура	Рецидив рака	Неудовлет- ворительные косметические результаты
РМЭ	44	2	0	0	3	6
РМЭ + одномомент- ная реконструк- ция силиконовым имплантом	4	0	0	1	0	1
РМЭ + отсроченная рекон- струкция	137	3	1	2	7	6
РМЭ + реконструк- ция торакодорсаль- ным лоскутом	7	0	0	0	0	2

Диаграмма 3. Отдаленные результаты лечения

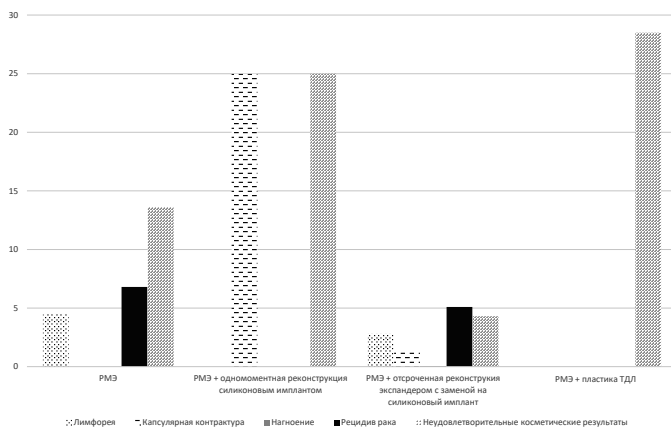
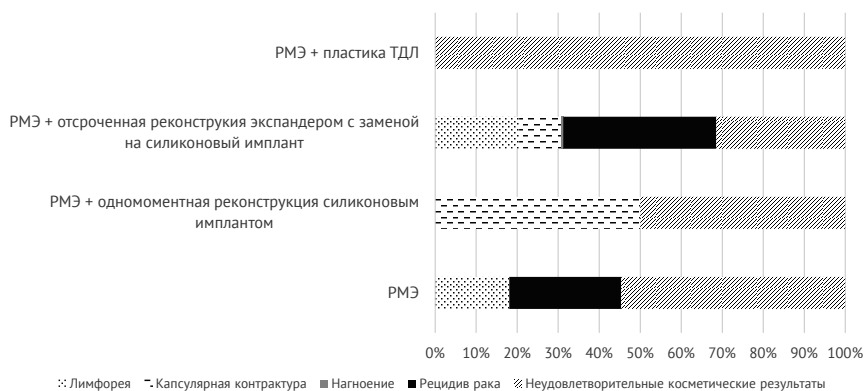


Диаграмма 4. Удельный вес поздних послеоперационных осложнений среди всех осложнений в зависимости от вида операций



Послеоперационная лимфорея является самой сложной проблемой из-за удлинения амбулаторного этапа лечения всех пациенток, вне зависимости от типа операции.

Таким образом, при идентичных ранних послеоперационных осложнениях мы получаем более качественные косметические отдаленные результаты при выполнении реконструктивных операций.

В реконструктивной хирургии молочных желез существует несколько методик восстановления утраченной формы молочной железы, при этом у онкохирургических пациентов целесообразен индивидуальный подход в каждом конкретном случае. Технически, использование экспандеров и силиконовых имплантов проще и удобнее для хирурга и пациента. Женщинам с выраженным птозом при проведении реконструктивного этапа лечения с использованием аллотрансплантатов лучше проводить двухмоментную реконструкцию.

При отсутствии птоза и без показаний к лучевой терапии в послеоперационном периоде возможно проведение кожно-сохранной РМЭ с одномоментной установкой силиконового импланта (экспандер, имплант). В данном случае предпочтение лучше отдать двухэтапной методике, в виду более эстетически предсказуемого результата реконструкции.

При желании пациентки восстановить молочную железу при помощи пластики собственными тканями, необходимо помнить, что TDL-лоскут больше подойдет женщинам с небольшим размером органа. При восполнении большего объема молочной железы целесообразно использование комбинирования TDL и аллотрансплантата. “Золотым стандартом” аутологичной реконструкции молочной железы следует считать DIEP-лоскут.

Проведение лучевой терапии пациентам с раком молочной железы способствует развитию специфических изменений в зоне облучения в виде фиброза покровных тканей, следует отдать предпочтение лоскутным методикам реконструкции. В целом, плюсы и минусы реконструктивных операций можно разделить следующим образом (табл. 4).

Таблица 4. Преимущества и недостатки различных реконструктивных вмешательств

Вид реконструктивного вмешательства	Плюсы	Минусы
Экспандер+силиконовый имплант	<p>Простота операции</p> <p>Возможность создания птоза</p> <p>Короткий восстановительный период</p>	<p>Необходимость посещения врача для раскачивания эспандера</p> <p>Необходимость повторной операции для замены эспандера на имплант</p> <p>Некроз кожи при быстром растяжении эспандера</p> <p>Риск развития контрактур</p> <p>Необходимость симметризирующей коррекции</p>
Силиконовый имплант	<p>Простота операции</p> <p>Короткий восстановительный период</p>	<p>Осложнения в виде ротации импланта</p> <p>Риск развития контактур</p> <p>Необходимость симметризирующей коррекции</p>
TDL-лоскут	<p>Минимальный риск нарушения кровоснабжения лоскута</p> <p>Возможность одномоментного восполнения объема при небольшом размере молочной железы</p> <p>Возможность комбинации с аллотрансплантатом</p>	<p>Травматичность операции</p> <p>Неудовлетворительный косметический результат в донорской зоне</p>

Вид реконструктивного вмешательства	Плюсы	Минусы
ДИЕР-лоскут	Ткани в области реконструкции максимально приближены к здоровой железе	Риск некроза лоскута Неудовлетворительный косметический результат на животе Использование микрохирургической техники Длительность восстановительного периода Травматичность и длительность операции

Количество рецидивов и генерализации онкопроцесса мы анализировали спустя 3 года у пациенток после первичной операции. Результаты представлены на диаграммах 5 и 6.

Диаграмма 5. Количество рецидивов после РМЭ и РМЭ с последующей реконструкцией

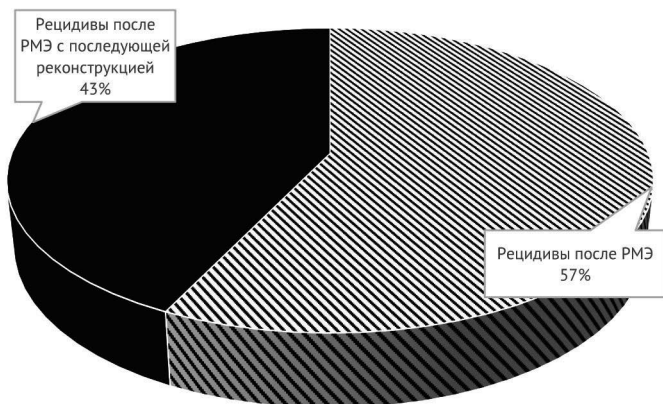
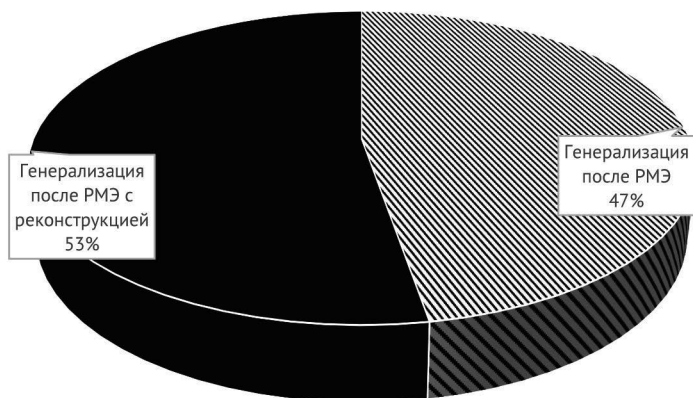


Диаграмма 6. Генерализация онкопроцесса через 3 года



Это говорит, о том, что реконструктивные вмешательства не влияют на течение онкопроцесса.

Выводы

Реконструктивные вмешательства улучшают качество жизни женщин и ускоряют их реабилитацию в обществе, в целом не влияя на выживаемость и срок безрецидивного периода.

На выбор метода реконструкции молочной железы, после операций по поводу рака, влияет стадия онкопроцесса, размер здоровой железы, наличие или отсутствие птоза, проведение лучевой терапии в зоне первичного очага и желание пациента. Учитывая все данные параметры, возможно получить более благоприятные непосредственные и отдаленные эстетические результаты.

Список использованной литературы:

Корнеев К.В. Современные направления профилактики

лимфореи у больных раком молочной железы после радикальных мастэктомий (обзор литературы).

Петрова Г.В., Каприн А.Д., Старинский В.В., Грецова О.П. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена 2014; 5: 7.

Amit Agrawal, Abraham Abiodun, Kwok Leung Cheung. Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery.// ANZ Journal of surgery. 2006. V76. P.1088-1095.

Волченко А.А. Реконструктивно-пластические операции при комплексном в лечении больных раком молочной железы. Дис. доктора мед. наук. М., 2014.

Chevray P.M. Timing of breast reconstruction: immediate versus delayed. Cancer J 2008; 14(4): 223-9.

Edlich R.F., Winters K.L., Faulkner B.C. et al. Advances in breast reconstruction after mastectomy. J Long Term Eff Med Implants 2005; 15(2): 197-208.

Ismail Jatoi, Manfred Kaufmann, Jean Y.Petit. Atlas of Breast Surgery, 2009, стр. 91.

К.И. Бленд, М.У. Бухлер, А. Ксендес, М.Г. Сарр, О.Д. Гарден, Д. Уонг. Хирургическое лечение рака молочной железы и меланомы, 2015, стр. 180.

Роль D2 лимфодиссекции в снижении частоты локо-регионарных рецидивов у больных ранним раком желудка.

А.В. Левицкий¹, М.Д. Тер-Ованесов¹, А.С. Габоян, Э.Э. Леснидзе.

Цель исследования: Аспекты рецидивов раннего рака желудка после хирургического лечения чаще всего в литературе представляются в виде комплексной оценки морфологических факторов отрицательного прогноза без отражения возможностей хирургического метода в их профилактике. Целью данного исследования явилась оценка роли D2 лимфодиссекции в снижении частоты локо-регионарных рецидивов после радикальных хирургических вмешательств у больных ранним раком желудка.

Материалы и методы: Изучены закономерности, факторы риска и влияние объема лимфодиссекции (D1 vs. D2) на общую частоту рецидивов и частоту локо-регионарных рецидивов у 361 радикально оперированного пациента в ГKB 40 с 1997 по 2013 г.

Результаты: Из анализируемой группы рецидивы в различные сроки диагностированы у 17 пациентов (4,7%). Из них только рецидив в анастомозе и регионарных лимфатических узлах отмечен у 1 больного (5,9%), только отдаленное метастазирование - у 5 (29,4%), локорегионарный рецидив в сочетании с отдаленным метастазированием - у 9 больных (52,9%). У всех без исключения наблюдались метастазы в регионарных лимфоузлах. У 2 больных (11,8%) структура прогрессирования неизвестна. При многофакторном анализе получена достоверная зависимость частоты рецидивов от фактора лимфогенного метастазирования ($p < 0,001$), лимфатической инвазии ($p < 0,001$), венозной инвазии ($p < 0,001$), размера опухоли ($p = 0,02$), объема выполняемой лимфодиссекции ($p = 0,02$).

Среди больных, перенесших вмешательства с лимфодиссекцией D2 общая частота рецидивов оказалась достоверно ниже, чем среди больных, оперированных в объеме D1: 1,3% против 6,7% ($p < 0,05$). Признаков локорегионарного рецидива после D2 не наблюдалось, после D1 частота составила 4,3%. Эффективность D2 лимфодиссекции наиболее демонстративна в группе с поражением лимфатических узлов. Общая частота рецидивов и частота локорегионарных рецидивов в группе pN0 не отличалась независимо от объема выполняемой лимфодиссекции: 2,7% и 2,1% после лимфодиссекции D1 и 0% после D2 ($p = 0,15$). В то же время в группе pN+ общая частота прогрессирования после D2 составила 9,5%, после D1 - 39,1% ($p < 0,05$), частота локорегионарных рецидивов - 0% и 26% соответственно.

Вывод: Выполнение D2 лимфодиссекции у больных ранним раком желудка при наличии факторов риска лимфогенного метастазирования позволят достоверно снизить частоту локорегионарных рецидивов и улучшить результаты хирургического лечения.

Роль ручного ассистирования в освоении лапароскопической хирургии в онкоурологии.

Кобзев Д.С., Кобзев С.Д., Пьяных П.П., Лапшихина Е.А.
ГБУЗ ГКБ №40 ДЗМ г.Москвы (главный врач, д.м.н. С.Э. Аракелов).

В современной мировой хирургии все более широкое распространение находят операции с использованием эндоскопического доступа. Эндоскопические вмешательства по сравнению с открытыми обладают такими положительными свойствами, как уменьшение интраоперационной кровопотери, послеоперационного болевого синдрома, создают условия для более ранней активизации больного, что ведет к снижению периода пребывания в стационаре и его нетрудоспособности, а также обеспечивают лучший косметический эффект, что существенно улучшает качество жизни пациентов.

До 2011 года все оперативные вмешательства при опухоли почки, выполненные в нашем отделении, проводились открытым доступом. В настоящее время «золотым стандартом» хирургического лечения рака почки I-III стадии при невозможности органосохраняющей операции является радикальная лапароскопическая нефрэктомия. Для освоения данной техники нами был выбран метод лапароскопической нефрэктомии с ручным ассистированием. Это альтернативная, легко воспроизводимая в процессе обучения концепция эндоскопии с применением LAP-диска, которая позволяет использовать руку хирурга в качестве универсального инструмента. Использование ручной ассистенции позволяет уменьшить время операции на этапе освоения метода, обеспечивает такую же тактильную чувствительность хирургу, как и при открытых операциях, и сохраняет все преимуще-

ства лапароскопического доступа, обеспечивая, таким образом, преимущество между лапароскопическими и открытыми операциями.

Указанная методика основывается на введении доминирующей руки хирурга в операционное поле через мини-лапаротомию длиной 6-7 см, в которой фиксировано устройство, сохраняющее пневмоперитонеум. Доминирующая рука используется для манипуляции стандартными лапароскопическими инструментами, вводимыми через троакары. Благодаря наличию «руки помощи» в брюшной полости, хирург сохраняет тактильную чувствительность, трехмерную ориентацию в пространстве, имеет возможность идентификации анатомических ориентиров, пальпации органов и тканей, их ретракции и диссекции, а также способен контролировать гемостаз. В связи с этим стандартные лапароскопические инструменты на этапе освоения методики более адекватно применяются для острой диссекции, электрокоагуляции или использовании ультразвука, что также может снижать риск ятрогенных повреждений. Кроме того, через порт для доступа руки могут быть введены дополнительные инструменты, способствующие любому этапу операции.

С января 2011 по февраль 2014 гг в 4 онкологическом отделении ГКБ № 40 выполнено 74 эндовидеохирургические операции с использованием LAP-диска. Из них 73 больным была выполнена лапароскопическая нефрэктомия, 1 – лапароскопическая резекция почки. У 5 пациентов выполнены симультанные операции – у троих одновременно произведена лапароскопическая холецистэктомия, у одной пациентки – двусторонняя резекция яичников, у одной – ТУР мочевого пузыря. Средний возраст пациентов составил 52,2 года (от 32 до 76 лет). Преимущественно опухоль локализовалась в правой почке – 46 (59,2%), слева – у 28 (40,8%) больных. Средний размер опухоли составил 3,7 см (от 2,0 до 10,0 см).

Всем больным удалось выполнить операцию лапароско-

пическим доступом с ручным ассистированием без конверсии. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную и симптоматическую терапию. Осложнений, потребовавших повторного хирургического вмешательства, летальных исходов не было. Длительность лапароскопической нефрэктомии с ручным ассистированием составляла в среднем – 110,7 мин, лапароскопической резекции – 150 мин. Интраоперационная кровопотеря в среднем 50,0 мл. Средний послеоперационный койко-день составил 6,4.

Полученные результаты позволяют говорить о высокой эффективности и безопасности лапароскопической нефрэктомии с ручным ассистированием. Данный метод способствует уменьшению интраоперационной кровопотери, послеоперационного болевого синдрома, снижению послеоперационного койко-дня и периода нетрудоспособности, обладает лучшим косметическим эффектом, а так же позволяет хирургу с большим количеством открытых операций быстро освоить лапароскопический доступ.

Благодаря накопленному опыту, на сегодняшний день лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая резекция почки при раке, радикальная лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая нефрэктомия, лапароскопическая нефроуретерэктомия с резекцией мочевого пузыря, радикальная лапароскопическая и экстраперитонеоскопическая простатэктомия, выполняемые в 4 онкологическом отделении с февраля 2014 года, проводятся без ручного ассистирования; установка и использование LAP-диска в нашей клинике рассматривается только как альтернатива конверсии.

Лечение длительно незаживающих ран с использованием биологически обогащенной тромбоцитами плазмы (БоТП).

Попов Ю.П., Попов П.А., Гереева З.К., Иванов Н.А., Конопля А.Г., Неустроев Д.Г.

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ (зав. Кафедрой член-корр. РАМН И.В. Ярема) г. Москва.

Городская клиническая больница №40 ДЗМ г. Москвы (главный врач Аракелов С.Э.)

rorovbk@bk.ru

В процессе лечения многих хирургических заболеваний, особенно тех, которые выполняются по экстренным показаниям, нередко приходится сталкиваться с лечением длительно незаживающих ран в послеоперационном периоде. Наиболее перспективным направлением, в лечении длительно не заживающих ран, является использование факторов ускоряющих и стимулирующих регенераторные процессы в ране. Первым шагом в этом направлении были введения аутокрови при различных патологических состояниях. Однако лишь в последние годы стало очевидным, что основным действующим фактором цельной крови являются тромбоциты, обладающие факторами роста, влияющими на переход циклина-А и циклин зависимой киназы в кероциты человека. Они находятся в α -гранулах тромбоцитов и имеют в своем составе два трансформирующих фактора: фактор роста эпителия, инсулиноподобный фактор, фактор роста фибробластов, антигепариновый фактор и фактор активации тромбоцитов. Проведенные молекулярные исследования клеточной пролиферации, миграции и имунноблотинга в клетках кероцитов, обработанных обогащенной тромбоцитами плазмы показали

значительное увеличение темпов клеточной пролиферации, что в конечном итоге приводит к заметному ускорению регенераторных процессов.

При проведении бактериологических исследований было установлено что, наличие обильной микрофлоры на гранулирующей поверхности безусловно влияет на течение репаративного процесса в данной фазе заживления. В первой фазе раневого процесса микробы, могут играть полезную роль, способствуя самоочищению раны, что для хирургов звучит парадоксально, в фазе же гранулирования и эпителизации присутствие микробной флоры поддерживает патологическое раздражение и отрицательно влияет на течение процесса регенерации. Однако реакция на присутствие бактерий часто протекает в вялой форме, а в некоторых случаях имеет место полная ареактивность тканей. В любом случае повышение реактивных способностей организма и тканей, улучшение трофических свойств имеет важное значение в течении раневого процесса и сроках заживления раны. Сочетание БоТП терапии с традиционными методами лечения (антибиотикотерапией, обработкой раны антисептиками и др.) позволяет уменьшить количество микроорганизмов, добиться исчезновения отдельных видов микробов, усилить реактивность тканей.

При гистологическом исследовании подкожной клетчатки у пациентов, получавших наряду с традиционными способами лечения инъекции биологически обогащенной тромбоцитами плазмы, отмечается более выраженная клеточная реакция. На 3-е сутки появляются очаги формирования грануляционной ткани, которая состоит из ориентированных фибробластов, коллагеновых волокон и многочисленных сосудистых элементов, при этом отмечена менее заметная лейкоцитарная инфильтрация, а так же присутствие значительного количества макрофагов, лимфоидных клеток и нейтрофилов. На 6-е сутки видна выраженная эпителизация

раневого поверхности многослойным плоским эпителием различной степени зрелости, а также грануляционная ткань содержащая фибробласты. Уже к 9-м суткам рана практически полностью эпителизирована, в субэпителиальных слоях отмечается зрелая фиброзная ткань, в состав которой входят коллагеновые волокна и клетки фибробластического ряда.

Исследования раневого экссудата показывают яркое оживление мезенхимальной реакции в ране, фагоцитарная реакция нейтрофилов становится активной и полноценной. Появляются молодые мононуклеарные клетки активной мезенхимы – полибласты, свидетельствующие об усилении реактивных процессов. Наряду с появлением молодых форм полибластов имеет место вызревание и переход в макрофаги, которые в свою очередь обладают высокой фагоцитарной способностью. Большое количество указанных клеток и активирование их фагоцитарной реакции свидетельствует о более сильном оживлении мезенхимальной реакции в ране.

При изучении микроциркуляторного русла у пациентов, которым проводились инъекции БоТП. Отмечена более быстрая нормализация параметров микроциркуляции. И нормализация тканевого дыхания, что способствовало быстрому уменьшению отека в тканях краев раны, увеличению содержания кислорода и повышение противомикробной активности, что в конечном итоге приводит к более быстрой эпителизации раны. Использование терапии обогащенной тромбоцитами плазмой в лечении длительно не заживающих ран способствовало более быстрому снятию посттравматических изменений и стимуляции репаративных процессов, что вело к более быстрому восстановлению целостности структуры и эффективности микроциркуляции поврежденных тканей.

Иммуногистохимический анализ установил, что у пациентов, которым применялась терапия обогащенной тромбоцитами плазмой, на 7-е сутки отмечается более выраженный

синтез коллагена I типа. Полученные результаты доказывают, что стимулирование процесса образования зрелого коллагена факторами роста, содержащихся в БотП, ускоряют процессы регенерации, что способствует заживлению ран в более короткие сроки.

Заключение. Полученные нами результаты проведенных исследований и клинического применения биологически обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении длительно не заживающих ран, показали обоснованность и эффективность метода и позволили рекомендовать его для широкого практического применения.

Эндоскопический инфильтрационный гемостаз коллагеновым биоматериалом.

Попов Ю.П., Макаров В.А., Попов П.А., Смирнов А.Б., Аюшев О.А., Черняев А.В.

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ (зав. Кафедрой член-корр. РАМН И.В. Ярема) г. Москва.

Городская клиническая больница №40 ДЗМ г. Москвы (главный врач Аракелов С.Э.)

popovbk@bk.ru

Работа посвящена оценке результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, путем разработки и внедрения метода эндоскопической интергастральной инфильтрации биоматериала на основе очищенного коллагена. Опубликованные ранее предварительные результаты были дополнены новыми данными, полученными в ходе дальнейших исследований, которые свидетельствует об эффективности и безопасности данной методики, а так же о целесообразности ее применения в клинической практике.

Лечение гастродуоденальных кровотечений до настоящего времени остается нерешенной проблемой экстренной хирургии. Послеоперационная летальность остается высокой, а применяемые в клинической практике методы эндоскопического воздействия, далеко не всегда дают стабильный гемостатический эффект и в 25-30% случаев кровотечения рецидивируют.

В последнее время в различных отраслях медицины все чаще используется коллагеновый биоматериал, как объемобразующее средство и как важнейший компонент реконструкции ткани после ее поражения, а также как естественный субстрат для адгезии, роста и дифференцировки клеток.

Препараты на основе коллагена обладают всеми вышеперечисленными свойствами, а кроме того их биофизические параметры, в частности способность инфильтрировать ткани с последующим их склерозированием, создают предпосылки для проявления механического сдавления сосудистого русла в зоне кровотечения, что делает целесообразным его применение при гастродуоденальных кровотечениях.

Для достижения поставленной цели, было обследовано и пролечено 68 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст – 49,2 года).

Согласно схеме рандомизации пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от режима терапии:

Группа 1. Группа комбинированной терапии – 34 пациентам с имеющимся гастродуоденальным кровотечением эндоскопический гемостаз осуществлялся с использованием биоматериала;

Группа 2. Группа сравнения. 34 пациентам с имеющимся гастродуоденальным кровотечением проводилась эндоскопическая остановка кровотечения по стандартным методикам.

Протокол исследования включал оценку выраженности основных проявлений гастродуоденального кровотечения, площади и характера изменений в желудке. Одним из важнейших критериев, по которому оценивали результаты лечения больных считали частоту рецидивов острого гастродуоденального кровотечения. Необходимо сразу уточнить, что речь идет именно о рецидиве остановленного тем или иным путем кровотечения, а не об активном продолжающемся артериальном кровотечении (Форрест 1а), поскольку в этих случаях мы считаем необходимым выполнять экстренное оперативное вмешательство с кратковременной подготовкой на операционном столе, а иногда и без нее. Рецидивы кровотечения возникли в основной группе у 3 (8,8%), в контрольной

у 9 (26,3%) пациентов. Ранние рецидивы кровотечения как в основной так и в контрольной группах возникали при неуверенном эндоскопическом гемостазе, как правило, у больных с глубокими каллезными, пенетрирующими язвами с аррозией крупного сосуда, а также в тех случаях, когда возникают сложности при эндоскопическом исследовании из-за локализации патологического процесса (например в кардиальной части желудка или в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. На высоте кровотечения в основной группе оперировано 8,8% пациентов. Высокий процент хирургической активности в основной группе может быть объяснен большим количеством пациентов с кровотечением Forrest 1a и наличием у них активного кровотечения с высоким риском рецидива. Одна из наблюдаемых нами пациенток с низкой язвой двенадцатиперстной кишки пенетрирующей в поджелудочную железу умерла. В послеоперационном периоде у нее развился дуоденальный свищ и забрюшинная флегмона, которые стали непосредственной причиной смерти. В контрольной группе, т.е. там, где коллагеновый биоматериал не вводился, оперировано 17,6% пациентов - эти пациенты значительно чаще подвергались риску оперативного вмешательства и его осложнений. Основным видом оперативного вмешательства в нашей клинике остается операция Бальфура, т.к. эта операция позволяет максимально разгрузить двенадцатиперстную кишку, что особенно важно у пациентов с пенетрирующими и низкорасположенными язвами. Средние сроки пребывания больных в стационаре составили 13,8 в основной и 17,5 койко-дней в контрольной группе.

Заключение. Применение коллагенового биоматериала «коллост» для остановки гастродуоденальных геморрагий обосновано патогенетически, а его физико-химические свойства позволяют осуществлять эндоскопические инъекции на высоте кровотечения. Остановка кровотечения осуществляется за счет инфильтрации и фиксации биоматериала в

патологически измененных тканях с объемобразующим эффектом. Фиксированный очищенный коллагеновый биоматериал ускоряет процесс тромбообразования, стимулируя выработку компонентов гемостаза и цитокинов и фактически представляет собой «биологический лифтинг».

Особенности оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, вегетативного и психоэмоционального статуса пациентов с гипертонической болезнью

Макарова И.А., Передерко А.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кафедра госпитальной терапии №1

Введение. У 30-45% взрослого населения экономически развитых стран констатируется гипертоническая болезнь (ГБ). В настоящее время принято рассматривать ГБ как психосоматическое заболевание.

Цель исследования. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС), вегетативного и психоэмоционального статуса пациентов с ГБ, при повышенном АД и спустя 3 месяца после назначения адекватной антигипертензивной терапии.

Методы исследования и группы больных. Проведено обследование 60 пациентов с ГБ в возрасте от 20 до 50 лет, средний возраст - 38,0 (34,5-45,0) лет, 44 мужчин, 16 женщин. Включенные пациенты либо не получали антигипертензивной терапии, либо проводимая антигипертензивная терапия была неэффективна. Всем пациентам проводилось: комплексное обследование на момент включения в исследование, а затем повторно через 3 месяца после достижения и сохранения целевых значений АД, определение антропометрических показателей (рост, вес, подсчет индекса массы тела (ИМТ)), исследование параметров центральной гемодинамики (частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД)), оценка вегетативного статуса (подсчет индекса Кердо). Оценка психоэмоционального ста-

туса пациентов проводилась с использованием следующих опросников: 1. “Перечень учета симптомов - 90 - пересмотренный” (SCL-90R) 2. Характерологический опросник Леонгарда 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) 4. Опросник субъективной характеристики качества жизни (SF-36) 5. Болевой опросник МакГилла (MPQ). Работа одобрена локальным этическим комитетом. Все обследованные пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistica 10.0», Statsoft (США).

Результаты. Была отмечена склонность пациентов к избыточному весу и ожирению. Зарегистрировано статистически достоверное снижение САД и ДАД, урежение ЧСС, снижение индекса Кердо после подбора или коррекции антигипертензивной терапии. Чаще всего встречался эмотивный тип акцентуации личности, вторым по распространенности был гипертимический тип. В ходе проведенного исследования выявлено достоверное повышение уровня тревоги и депрессии, показателей всех шкал опросника SCL-90, отмечено преобладание сенсорного компонента головной боли на фоне сохраняющегося повышенного АД у пациентов с ГБ. Была выявлена ведущая роль соматизации и обсессивно-компульсивного параметра в психологическом профиле пациентов с ГБ по результатам опросника SCL-90R при первом обследовании, и их наиболее выраженное снижение после нормализации уровня АД. Отмечен высокий уровень межличностной чувствительности, тревожности, враждебности. Было показано достоверное снижение уровня тревоги и депрессии, улучшение качества жизни, снижение показателей по всем шкалам опросника MPQ после нормализации АД. В ходе корреляционного анализа выявлены статистически достоверные взаимосвязи между типом акцентуации личности по Леонгарду, основными показателями опросника SCL-90R, уровнем тревоги и депрессии, качеством жизни, характеристиками

головной боли, антропометрическими показателями, состоянием вегетативной нервной системы (ВНС) пациентов с ГБ.

Заключение. В ходе исследования было отмечено преобладание регулирующего влияния симпатического отдела ВНС при отсутствии контроля АД, показан психологический профиль личности, а также взаимосвязи между антропометрическими показателями, состоянием ВНС и психоэмоциональным статусом пациентов с ГБ.

Пролапс митрального клапана – результаты 15-летнего наблюдения

Е.В. Акатова, А.И. Мартынов, О.П. Николин, И.В. Урлаева.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Кафедра госпитальной терапии №1

Цель исследования: по результатам когортного проспективного многолетнего наблюдения разработать тактику ведения и лечения пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) на основании комплексной оценки динамики их клинических, фенотипических, психологических особенностей, а так же функционального состояния сердеч-но-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 31 пациент с ПМК: 18 мужчин (средний возраст 39.4 ± 0.9) и 13 женщин (средний возраст 38.9 ± 1.1), у которых были выявлены изначально выраженные фенотипические нарушения ДСТ, в т.ч. ПМК и регулярно принимавшие магний в течение 15 лет. Пациенты получали оротат магния в дозе 1500 мг в сутки (97,4 мг элементарного Mg) в течение всего периода наблюдения (15 лет) 2 раза в год (продолжительность курса 3 месяца). Всем пациентам проводилось клиническое обследование, оценивались фенотипические особенности, проводилась оценка психопатологического статуса, проводились эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, суточное мониторирование артериального давления (АД), спектральный анализ variability ритма сердца. При морфологическом исследовании биоптатов кожи оценивались морфологические признаки патологии кожи, отражающие активность патологического процесса в коже до и после лечения. Определялось содержание Mg в волосах, уровень общего К в сыворотке крови, проводилось исследование

эндогенной опиоидной системы и иммунно-интерфероновой системы, психологическое обследование и оценка качества жизни методом самооценки обследуемых по шкалам VAS (Visual Analog Scale - Шкала визуальных аналогий) и DISS (Disability Scale - Шкала недееспособности), а также эффективность фармакотерапии.

Результаты: в результате длительного приема магния оротата отмечена положительная динамика, проявляющаяся в улучшении как общего состояния и самочувствия, так и в изменении конкретных симптомов и синдромов. После терапии количество больных с кардиалгиями уменьшилось более чем в 3 раза, боли в левой половине грудной клетки у всех больных возникали не чаще одного раза в месяц. Установлено, что частота болей в грудном и поясничном отделе позвоночника на фоне применения соли магния достоверно уменьшилась более чем в 2 раза. Так же отмечено положительное влияние на расстройства желудочно-кишечного тракта, психогенную дизурию, нарушение терморегуляции. Достоверно уменьшилась после терапии тяжесть сосудистых нарушений и геморрагического синдрома (носовые кровотечения, склонность к возникновению синяков, кровоточивость десен, длительные и/или обильные менструации). Синкопальные состояния были представлены обмороками с нейрогенным и ортостатическим механизмом, причем, последние диагностированы в 1.5 раза реже. После обследования ортостатические и нейрогенные синкопы выявлялись с такой же частотой, как и до лечения. Отмечено достоверное уменьшение глубины пролабирования и степени митральной регургитации, уменьшение максимального систолического и диастолического АД, нормализовалась вариабельность систолического и диастолического АД за сутки. Отмечено также достоверное увеличение тонуса парасимпатического и уменьшение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), самооценка больных достоверно

улучшилась, отмечено улучшение по всем трем шкалам DISS. Полное или почти полное исчезновение симптомов заболевания (значительный индекс эффективности) выявлено в 51.6% случаев, частичное (средний индекс эффективности) - в 35.5% и незначительное улучшение (минимальный индекс эффективности) - в 12.9%.

Выводы: магния оротат, при длительном его приеме, эффективен в отношении большинства клинических проявлений у больных с ПМК: общее состояние пациентов значительно улучшается, уменьшается частота и степень тяжести всех клинических синдромов и симптомов заболевания. Глубина пролабирования митрального клапана, степень митральной регургитации, размеры левого предсердия уменьшаются. Также уменьшаются средняя и максимальная ЧСС, количество эпизодов тахикардии, продолжительность интервала QTc, частота пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, улучшается КЖ.

A. I. Martynov, E. V. Akatova, A. P. Nikolin, I. V. Urlaeva.

The purpose of the study: the results of the prospective cohort long-term observations to develop the tactics of conducting and treatment of patients with mitral valve prolapse (MVP) based on a comprehensive assessment of their clinical, phenotypic, psychological characteristics and also the functional state of the cardiovascular system.

Materials and methods: the study involved 31 patients with PMK: 18 men (mean age 39.4 ± 0.9) and 13 women (mean age 38.9 ± 1.1), which was identified initially expressed phenotypic DST violations, including PMK and regularly taking magnesium for 15 years. Patients received magnesium orotate in a dose of 1500 mg per day (97,4 mg of elemental Mg) during the entire period of observation (15 years) 2 times per year (course duration is 3 months). All patients underwent clinical examination, was estimated

phenotypic features were assessed psychopathological status was conducted echocardiography (EchoCG), Holter monitoring , daily monitoring of blood pressure (BP), spectral analysis of heart rate variability. A morphological study of biopsy specimens of the skin were assessed for morphological signs of disease of the skin, reflecting the activity of the pathological process in the skin before and after treatment. We determined the Mg content in hair, the total level in serum, a study was conducted of the endogenous opioid system and the immune interferon system, psychological examination and evaluation of the quality of life by self-assessment of surveyed on the scale of VAS (Visual Analog Scale) and DISS (Disability Scale), as well as the effectiveness of pharmacotherapy.

Results: as a result of long reception of magnesium orotate positive dynamics, manifested in the improvement of the General condition and well-being, and to change the specific symptoms and syndromes. After therapy the number of patients with cardialgia decreased by more than 3 times, pain in the left side of the chest in all patients appeared at most once per month. It is established that the frequency of pain in the thoracic and lumbar spine with application of magnesium salts significantly decreased more than in 2 times. Also noted positive effect on disorders of the gastrointestinal tract, psychogenic dysuria, disturbance of thermoregulation. Significantly decreased after therapy the severity of vascular disorders, and hemorrhagic. Syncope was presented with syncope and neurogenic orthostatic mechanism, whereas the latter is diagnosed in 1.5 times less. After the examination, orthostatic, and neurogenic syncopes were detected with the same frequency as before the treatment. We observed a statistically significant decrease in the depth of the prolapse and degree of mitral regurgitation, a decrease in the maximum systolic and diastolic blood pressure, normalized heart rate variability in systolic and diastolic BP during the day. Also noted a significant increase of parasympathetic tone and reduced tone of the sympathetic division of the autonomic nervous system

(ANS), the self-esteem of patients significantly improved marked improvement on all three scales DISS. Complete or almost complete disappearance of symptoms (a significant index of efficiency) identified in 51.6% of cases, partial (average performance index) in 35.5% and a slight improvement (minimum efficiency index) - 12.9%.

Conclusions: magnesium orotate, when the appointment, effective against most clinical manifestations in patients with MVP: the General condition of patients improved significantly, decreases the frequency and severity of all clinical signs and symptoms of the disease. The depth of the prolapse of the mitral valve, the degree of mitral regurgitation, the left atrium is reduced. Also reduced the average and maximum heart rate, the number of episodes of tachycardia, duration of the interval QTc, frequency of paroxysmal supraventricular tachycardia, supraventricular and ventricular arrhythmia, the QOL improved.

Атеросклероз и остеопороз у женщин менопаузального периода

Майчук Е.Ю., Воеводина И.В., Передерко А.В., Иванова О.С.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова
Кафедра госпитальной терапии №1

Снижение уровня женских половых гормонов и, прежде всего, эстрогенов в постменопаузе ведет к изменению состояния сосудистого русла с развитием доклинических, а впоследствии и клинических атеросклеротических изменений, а также – к снижению минеральной плотности кости. Суммарная оценка изменений сосудов и костной ткани на основании сопоставления шкал SCORE и программы FRAX в единой системе координат дает возможность достоверно определить степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений и риск переломов в недалеком будущем у каждой конкретной пациентки.

Цель исследования: суммарная оценка доклинических атеросклеротических изменений сосудистой стенки и снижения минеральной плотности кости у женщин в период ранней постменопаузы с расчетом риска развития сердечно-сосудистых осложнений и переломов методом сопоставления шкалы SCORE и программы FRAX.

Материалы и методы: 25 условно здоровых женщин были обследованы с целью выявления доклинических атеросклеротических изменений сосудов и определения минеральной плотности кости. Оценка всего периода исследования как перименопаузального проведена ретроспективно, через 3 года после исследования, когда все женщины уже более чем 1 год находились в постменопаузе. Пациентки при включении в исследование отрицали наличие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и остеопороза (ОП).

Всем включенным в исследование проводилось стандартное клиническое обследование, определение показателей углеводного и липидного обмена, определение скорости пульсовой волны (СПВ), ультрозвуковая доплерография магистральных артерий головы (УЗДГ МАГ) с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ). Исследование минеральной плотности кости (МПК) выполнялось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА). У всех обследованных женщин проводился поиск факторов риска ССЗ с последующим определением суммарного 10-летнего риска возникновения ССЗ по шкале SCORE и по Фремингамской шкале. Также был определен риск развития переломов по программе FRAX.

Результаты: У обследованных женщин в перименопаузального периода с сохраненной менструальной функцией показатели ранних маркеров атеросклеротического поражения сосудов в среднем соответствовали нормальным значениям как по данным СПВ ($10,0 \pm 2,3$ м/сек), так и по величине показателя толщины КИМ ($0,78 \pm 0,08$ мм). При появлении и увеличении числа ФР ССЗ выявлено постепенное увеличение значений маркеров атеросклероза, с достижением максимальных показателей у женщин с наличием 3-х и более ФР, превышающих референсные значения нормальных показателей, но не достигая достоверных различий.

При анализе показателей МПК отмечено нормальное значение показателя, однако выявлена связь с ФР ССЗ. Так, при отсутствии ФР ССЗ показатели МПК были нормальными во всех зонах ее определения. По мере же появления ФР ССЗ и роста их числа МПК демонстрировала существенные отклонения от нормальных показателей, достоверно снижаясь как в области шейки бедра, так и в бедре в целом. Снижение показателя продемонстрировано как в абсолютных значениях, так и по Т-критерию. Изменения МПК в области поясничного отдела позвоночника имели лишь тенденцию уменьшения.

Полученные результаты свидетельствуют об однонаправленных процессах формирования атеросклероза и снижения МПК у женщин перименопаузального периода и зависимости развития этих процессов от наличия и числа определяемых ФР ССЗ. При совместной оценке рисков ССЗ и переломов в соответствии с полученными показателями шкалы SCORE и программы FRAX выявлено преобладание женщин, занявших исходно позиции низкого риска ССЗ и переломов, тогда как анализ данных пациенток через 3 года (ранняя постменопауза) демонстрирует отчетливое направление в сторону повышения рисков как осложнений атеросклероза, так и формирования остеопороза.

Заключение: сохранение у женщин перименопаузального возраста нормальных показателей СПВ и толщины КИМ в сочетании с нормальной МПК еще раз убедительно свидетельствует в пользу протективных эффектов женских половых гормонов. С появлением и увеличением количества ФР ССЗ закономерно появляются и увеличиваются не только показатели доклинического атеросклеротического поражения сосудов, но и формируется достоверное уменьшение МПК, что подтверждает патогенетическую взаимосвязь этих распространенных патологических процессов, которые могут быть объективно оценены совместным анализом шкалы SCORE и программы FRAX.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани и сосудистая ригидность у женщин репродуктивного возраста

Сапунова Д.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Кафедра госпитальной терапии №1

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) включает в себя генетически обусловленные синдромы – дифференцированные формы ДСТ и мультифакторные – недифференцированные ДСТ (нДСТ), которые имеют генетическую основу, но проявляются под воздействием многих факторов.

Более 15 синдромов выделяют к настоящему времени при нДСТ, один из которых сосудистый.

Сосудистый синдром характеризует то, что разрывы аневризм аорты и других сосудов были основной причиной смерти в 10% случаев внезапной смерти молодых людей (15-39 лет) с нДСТ, а также при нДСТ инсульты дебютируют в возрасте до 30 лет.

Цель – оценить формирование жесткости сосудистой стенки как предиктора ремоделирования сосудов у женщин репродуктивного возраста с нДСТ.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациенток, возраст которых составил $26,15 \pm 5,09$ лет. Внешние фены нДСТ определялись методом анкетирования и клинического осмотра на основе Национальных рекомендаций российского научного медицинского общества терапевтов 2016г. Сосудистая жесткость определялась на аппарате VaSera VS-1500N (Fukuda Denshi, Япония) с помощью индекса жесткости артериальной стенки – cardio-ankle vascular index (CAVI) – сердечно-лодыжечного сосудистого индекса. Эта методика позволяет выявить группу лиц с ранним старением (ремоделированием)

сосудов, с доклиническим развитием атеросклероза различных локализаций.

Результаты. Данная выборка молодых женщин характеризуется индексом массы тела $21,57 \pm 3,69$, систолическим артериальным давлением (АД) $117,68 \pm 11,04$ мм.рт.ст. и диастолическим АД $72,35 \pm 8,34$ мм.рт.ст. Синдром аритмии выявлен у каждой третьей из респонденток. Индекс жесткости САВИ составил в обсуждаемой группе $6,12 \pm 0,55$, при этом следует отметить, что данный показатель в когорте здоровых людей в возрасте 21-30 лет составляет $7,2 \pm 0,61$. Таким образом, предполагаемая концепция раннего старения сосудов (Early Vascular Aging – EVA синдром) не подтвердилась. По данным литературы, развитие ряда вариантов нДСТ связано с системной врожденной неполноценностью соединительной ткани вследствие генетически обусловленных дефектов синтеза коллагена III типа, что, возможно, приводит к качественным изменениям артериальной стенки с последующим формированием аневризм и мальформаций. Т.к. обследуемая когорта женщин находится в репродуктивном возрастном диапазоне, малоизученность сосудистого синдрома при нДСТ определяет гинекологические риски в вопросах наступления беременности, вынашивания плода и родов.

Выводы. Результат определения индекса жесткости САВИ оказался ниже, чем в сопоставимой популяции здоровых лиц, что определяет необходимость более полного обследования пациентов репродуктивного возраста с нДСТ, в том числе используя междисциплинарный подход.

Патогенетическая роль окислительного стресса в формировании особенностей гипертонической болезни с транзиторными ишемическими атаками

Юн В.Л., Гороховская Г.Н.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность: Транзиторные ишемические атаки (ТИА) являются угрожающими предикторами инсульта и маркерами нарушения церебрального кровотока, несущего риск развития инфаркта мозга и летального исхода. С целью предотвращения роста смертности и инвалидизации населения необходима своевременная диагностика ранних проявлений, в связи с чем разработка более чувствительных методов и понятие патогенетического развития первостепенны. В последнее время уделяется внимание новой концепции окислительного стресса (ОС) в повреждении клеток мозга, обусловленных его ишемией. Окислительный стресс—это резкое усиление окислительных процессов (свободнорадикального окисления — СРО и перекисного окисления липидов — ПОЛ) при недостаточности системы антиоксидантной защиты. Образующиеся в процессе ПОЛ гидроперекиси представляют собой высокотоксичные соединения, которые действуют разрушающе на мембрану и внутриклеточные структуры клетки. Разрушение липидной основы мембраны, выход большого количества жирных кислот активируют образование эйкозаноидов, способствующих агрегации форменных элементов крови, образованию фактора активации тромбоцитов и вазоконстрикции, что создает дополнительные нарушения микроциркуляции и усугубляет ишемический процесс.

Цель: Установить патогенетическое значение ОС в форми-

ровании ТИА у больных ГБ.

Задачи: Выявить клинико-anamnestические особенности больных ГБ с ТИА. Определить влияние ОС при ГБ с ТИА по маркерам: уровню карбонильных продуктов окисления белка (КАРБ-ПР); кобальт-связывающей способности белков сыворотки крови (КСС-БСК).

Материалы и методы: Объектом исследования явились 48 больных с наличием остро возникшей клинической картины ТИА, как следствие ГБ, с установленным и подтвержденным диагнозом ТИА по неврологическому статусу и результатам инструментального обследования (КТ/МРТ головного мозга), госпитализированных в ОРИТ и по стабилизации состояния переведенных в неврологическое отделение ГКБ № 40. Контрольную группу составили 30 условно здоровых лиц, у которых в анамнезе отсутствовали эпизоды ГБ с ТИА. При визитах цифры АД находились в пределах референсных значений (до 139/89 мм рт.ст.). Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее сбор и анализ клинико-anamnestических, лабораторных, в том числе данных окислительно-го стресса, нейровизуализационных исследований.

Результаты: Общий средний возраст больных составил $61,9 \pm 1,19$, среди мужчин - $50,7 \pm 3,7$, среди женщин - $65,3 \pm 1,3$. У всех больных ($n=48$) ГБ классифицировалась третьей стадией, третьей степенью, риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) средним - у 13%, высоким - у 36%, очень высоким - у 51%. Сопутствующие заболевания, характеризующие степень коморбидного состояния больного, присутствовали у 93%, и 7% не имели хронических заболеваний в анамнезе. Ведущими заболеваниями, сопутствующие ГБ, осложненной ТИА, явились ИБС: стенокардия напряжения 2-3 ФК (71%), НК I-IIб ст. (69%), сахарный диабет 2 типа легкого и среднего течения (32%), экзогенно-конституциональное ожирение 1-3 ст. (30%). В результате исследования у больных ГБ с ТИА при сравнении с контрольной группой выявлены резкие изменения ОС

в виде повышения КАРБ-ПР максимально в 3,75 раз, КСС-БСК – в 1,6 раз. Повышение маркеров ОС соответствовало повышению степени АД: при 2 степени средний показатель КАРБ-ПР составил $0,59 \pm 0,045$ нмоль/мл, КСС-БСК – $0,5 \pm 0,03$ нмоль/мл, при 3 степени КАРБ-ПР – $1,21 \pm 0,025$ нмоль/мл, КСС-БСК – $0,58 \pm 0,065$ нмоль/мл. Показатели маркеров ОС максимально были увеличены при высокой степени коморбидности (более 3-ех сопутствующих заболеваний): КАРБ-ПР был повышен в среднем в 2,8 раз, КСС-БСК – в 1,2 раза. Максимальное отклонение показателей ОС от показателей контрольной группы отмечено в случае трансформации ГБ с ТИА в ишемический инсульт.

Выводы: На основании полученных результатов выявлено достоверное различие в параметрах свободно-радикальной активности и антиоксидантной системы у больных ГБ с ТИА.

Эволюция хирургического лечения рака молочной железы

Тер-Ованесов М.Д. , Ронзин. А.В. , Степанянц Н.Г., Магомедов М.Р.
Незнамов А.Н.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: ГБУЗ ДЗ Городская клиническая
больница № 40 г. Москва

Резюме: В статье рассмотрены основные варианты хирургических вмешательств, используемых в лечении рака молочной железы. Определены роль и место консервативной хирургии, представлены современные методики органосохраняющего лечения рака данной локализации.

Введение.

Проблема рака молочной железы (РМЖ) продолжает оставаться одной из самых актуальных в современной клинической онкологии. Огромные достижения как молекулярной, так и прикладной медицины во многом позволили пересмотреть отношение клиницистов-онкологов к этому заболеванию. Сейчас уже понятно, что особенности клеточных характеристик опухоли в значительной степени определяют прогноз и отдаленную выживаемость. С другой стороны, полноценная трактовка опухолевого фенотипа позволяет максимально индивидуализировать лечебную тактику. В большинстве фундаментальных работ последних десятилетий было убедительно показано, что максимально положительный эффект дает комбинированный, либо комплексный вариант терапии. Данный факт, безусловно, не мог не повлиять на изменение идеологии хирургических подходов в лечении рака данной локализации.

Ключевые слова: рак молочной железы, радикальная мастэктомия, радикальная резекция, туморэктомия, лампэктомия, биопсия сентинального лимфатического узла

Цель.

целью нашей работы было изучение эволюции хирургического метода лечения рака молочной железы, с оценкой влияния выбора объема оперативного вмешательства на отдаленные результаты.

В 1891—1894 гг. W. Halsted и W. Meyer представили результаты предложенного ими хирургического вмешательства, включавшего удаление молочной железы вместе с грудными мышцами и лимфатическим узлами (ЛУ) 3 уровней. Так возникла, а затем сформировалась классическая операция по Холстеду-Мейеру, которая на протяжении более 100 лет оставалась основной в хирургическом лечении больных РМЖ большинства стадий.

В 1898 г. D. Patey и W. Dyson предложили свой вариант модифицированной радикальной операции, который предусматривал сохранение большой грудной мышцы с пересечением и удалением малой грудной мышцы (что позволяло легче удалить все 3 уровня подмышечной клетчатки с ЛУ) в едином блоке. При изучении отдаленных результатов было установлено, что они оказались идентичными и сравнимыми с операцией Холстеда.

Преимуществами этой модификации считают лучшее заживление раны, незначительное число послеоперационных осложнений и лучшие косметические, а также функциональные результаты.

Следующим этапом в развитии модифицированных операций было удаление ЛУ I—II уровня в едином блоке с молочной железой с сохранением обеих грудных мышц, предложенное J. Madden (1965). Собственно, именно этот тип хирургического вмешательства стал прообразом современной операции с сохранением обеих грудных мышц. Начиная с 90-х годов, модифицированный вариант радикальной мастэктомии с сохранением большой и малой грудных мышц является стандартом оперативных пособий при всех стадиях РМЖ.

Тенденция к органосохраняющим операциям

Еще одним важным событием в истории хирургического лечения РМЖ следует считать появление в 70—80-е годы прошлого столетия так называемой органосохраняющей операции. Отсутствие молочной железы — не только калечащая физически, но и тяжелая психическая травма, оказывающая влияние на адаптацию женщин в быту и в обществе. Неудовлетворенность внешностью - 70%, Депрессия - 90%, Снижение либидо - 30% и как итог распад семьи - 22%

Привлекательность методики состояла в том, что сохранялась часть молочной железы без ущерба для радикализма, но с несравненно более высоким косметическим результатом. Нюансом лечебной тактики являлось обязательное облечение оставляемой части органа в целях максимального контроля возможности развития локального рецидива.

Первые операции подобного типа продемонстрировали высокую результативность как с онкологических, так и с реабилитационных позиций, при том что удаляемый при квадрантэктомии объем ткани молочной железы был достаточно большим. В России органосохраняющие операции впервые начали проводить в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

В ходе обобщенного анализа крупных рандомизированных исследований был наглядно продемонстрирован следующий важный факт: квадрантэктомия с ЛТ на оставшуюся часть молочной железы — разумная альтернатива радикальной мастэктомии.

Следует отметить, что при одинаковых отдаленных результатах частота развития местных рецидивов была высокой только в группе не облучившихся больных.

Сегодня радикальные резекции (термин, принятый в Российской Федерации) по праву являются альтернативным радикальной мастэктомии вариантом операций практически при всех стадиях РМЖ. По данным РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, при различном лечении 4505 больных первичным

РМЖ радикальная резекция была выполнена 1125 (20,4 %) пациенткам

Наиболее часто органосохраняющему лечению подвергаются пациентки с относительно небольшими опухолями (I—IIa стадии заболевания). Однако в условиях эффективно-неоадьювантного лечения данное вмешательство возможно и при более распространенных клинических случаях (III стадия опухолевого процесса).

Эффективность применения радикальной резекции в комбинированной и комплексной терапии РМЖ неоднократно подтверждена результатами отдаленной выживаемости больных

В своем развитии радикальная резекция претерпела значительные изменения, прежде всего касающиеся объема удаляемых тканей молочной железы. По современным представлениям допустимым считается отступ от пальпируемого края опухоли на 1 см, при этом обязателен морфологический и рентгенологический контроль краев резекции. При отсутствии опухолевых клеток по краю резекции (срочное морфологическое исследование) и при отсутствии отсеков или микрокальцинатов (срочное рентгенологическое исследование) данный объем удаляемых тканей можно считать адекватным. В англоязычной литературе этот вид резекции принято называть «туморэктомией», или «лампэктомией».

В тех случаях, когда в краях резекции находят опухолевые клетки (позитивный край), объем удаляемых тканей должен быть расширен — ре-резекция или мастэктомия.

Следует отметить, что при медиальной локализации опухоли в молочной железе радикальная резекция выполняется из 2 разрезов, а методом контроля локо-регионарного распространения может служить эндоскопическое (торакоскопическое) удаление парастернальных ЛУ.

Выбор данного типа операции во всех случаях определяет необходимость послеоперационного облучения оставшейся

части молочной железы по любой из общепринятых методик. Наиболее успешным методом, особенно у больных ранними стадиями РМЖ, является интраоперационная ЛТ (система TARGIT, ELIOT), характеризующаяся максимальным эстетическим результатом и минимальным спектром лучевых повреждений.

Совершенствование программ скрининга и ранней диагностики привело к увеличению числа больных с минимальной степенью распространенности опухолевого процесса (преинвазивные карциномы и инфильтративный рак стадии T1), локорегионарное распространение при котором, в целом, отмечается значительно реже. В процессе совершенствования хирургической техники и стремление минимизации объема хирургического лечения без ущерба для радикализма, появился вопрос: зависит ли поражение регионарных ЛУ от величины опухоли в молочной железе.

Подобный факт не мог не повлиять на изменение идеологии хирургического лечения. Ответ на вопрос: можно ли не удалять регионарные ЛУ в полном объеме при отсутствии клинических признаков их поражения — должна была дать методика осуществления биопсии сентинального или сигнального лимфатического узла.

Данная методика позволяет оценить состояние подмышечных ЛУ с меньшим риском развития осложнений, чем классическая лимфодиссекция.

Научный прогресс в онкомамологии, внедрение высокоточных диагностических методов и эффективных методов лучевой и химио-гормонотерапии, а также более глубокое раскрытие клинико-биологических свойств опухоли позволят в XXI веке лечить больных раком молочной железы с использованием щадящих операций, сохраняя символ женственности.

Сейчас мы все чаще говорим об эстетической хирургии, которая при сохранении лечебной составляющей способствует решению не менее важной задачи, заключающейся в максималь-

ном продлении качественной и социально-активной жизни для большинства женщин. В настоящее время даже наличие ранее выполненной Радикальной мастэктомии (РМЭ) не является приговором. Ранняя реабилитация и возвращение к полноценной социальной и семейной жизни определяет разработку и совершенствование методов реконструктивно-пластических операций. Реконструкция на сегодняшний день является важным и необходимым этапом в комплексном лечении больных раком молочной железы.

Выбор метода реконструкции молочной железы производится строго индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от стадии заболевания, конституции и соматического состояния больной, наличия неoadьювантной терапии, состояния второй молочной железы.

Оптимальным методом реконструкции считаем использование свободного DIEP- лоскута.

Использование перемещенного TRAM-лоскута оправдано после лучевой терапии, с отягощенным соматическим статусом.

У больных ранними стадиями РМЖ при центральной локализации опухолевого узла считаем оптимальным выполнение радикальной мастэктомии с сохранением кожи с одномоментной реконструкцией.

Общая и безрецидивная выживаемость больных раком молочной железы после радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией не отличается от выживаемости пациенток без пластической операции

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эволюция хирургических методов лечения при РМЖ, безусловно, не завершена. Многовековой опыт хирургического лечения РМЖ привел к отказу от сверхрадикальных и появлению органосохраняющих и функционально-щадящих операций. В заключение хотелось бы отметить, что эстетический аспект не должны ухудшать прогноз заболевания.

Эффективность и безопасность эндосонографии средостения с тонкоигольной пункцией в онкологической практике

Сивокозов И. В. (1, 2), Юн О. А. (1, 2), Тер-Ованесов М.Д., Левицкий А.В., Кукош М.Ю.

Отделение эндоскопии ГКБ 40 ДЗМ, Москва

Отделение эндоскопии ЦНИИТ, Москва

Кафедра онкологии и гематологии ФПК МР РУДН

Цель. Оценить эффективность и безопасность эндосонографии средостения с тонкоигольной пункцией (ЭУС-ТИП) в условиях крупного онкологического стационара

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 23 пациентов (10 женщин, 13 мужчин), которым была выполнена ЭУС-ТИП лимфоузлов либо образований средостения с целью верификации диагноза, либо стадирования онкологического процесса. Оценивалась эффективность цитологического и гистологического исследования полученных материалов пункции, частота клинически значимых осложнений, а также общая эффективность биопсий при злокачественных и доброкачественных процессах.

Результаты. Средний возраст пациентов в анализируемой выборке составил $51,9 \pm 19,3$ года. В 13 случаях (57%) исследование выполнялось с целью верификации процесса, в 8 случаях (35%) с целью как верификации, так и стадирования, и в двух случаях – с целью стадирования (8%). В подавляющем большинстве случаев использовался доступ через пищевод с помощью эхобронхоскопа (EUS-b-FNA – 20 пациентов, или 87%), в 2 случаях (8%) – трансбронхиальный доступ (EBUS-TBNA), и в одном случае использовался трансагастральный доступ с применением эхогастроскопа (EUS-FNA). Средняя длительность исследования составила $11,2 \pm 6,9$ минут, все

исследования, за исключением EUS-FNA выполнялись под местной анестезией, в последнем случае исследование было выполнено в условиях седации. Средний размер лимфоузла/образования средостения составил $25,2 \pm 12,8$ мм, в большинстве случаев выполнялась биопсия лимфоузлов бифуркационной группы (№7), лимфоузлов средостения (15 пациентов, или 65,2%), второй по частоте биопсий стала группы 4L (5 пациентов, или 21,7%). У 8 пациентов из 23 был установлен диагноз рака легкого (аденокарцинома – 3 случая, плоскоклеточный рак – 3 случая, крупноклеточный рак – 2 случая), в двух случаях, где биопсия была неинформативна, по данным оперативного вмешательства был подтвержден рак легкого (аденокарцинома). У 10 пациентов был установлен диагноз саркоидоза, при этом лишь в одном случае диагноз не был подтвержден с помощью эндосонографии. Еще у трех пациентов был установлен диагноз - саркоидоз, во всех случаях он был подтвержден по материалам ЭУС-ТИП. Таким образом, диагностическая эффективность ЭУС-ТИП при диагностике и стадировании рака легкого составила 80%, при диагностике саркоидоза внутригрудных лимфоузлов – 90%, а при диагностике саркоидоподобных реакций – 100%. У 6 пациентов из 23 были отмечены незначительные побочные реакции после выполнения ЭУС-ТИП процедур (26%), представленные в основном слабыми болевыми ощущениями в грудной клетке (22%), и транзиторной фебрильной лихорадкой, разрешающейся спонтанно в течение суток после манипуляции (4%).

Заключение. Эндосонография средостения с выполнением тонкоигольной пункции является безопасным и эффективным методом диагностики как при доброкачественных, так и злокачественных процессах грудной клетки.

