

## Сведения об авторах:

Белов Сергей Анатольевич – к.м.н., врач-хирург урологического отделения Приморского краевого противотуберкулезного диспансера; e-mail: sur\_belowe@mail.ru;

Шаповалов Алексей Сергеевич, торакальный хирург Приморского краевого противотуберкулезного диспансера;

Пименов Н.А., Приморский краевой противотуберкулезный диспансер

Бобырева Марина Геннадьевна, заведующая хирургическим отделением Приморского краевого противотуберкулезного диспансера

Суднищиков Владимир Викторович, торакальный хирург Приморского краевого противотуберкулезного диспансера

© Коллектив авторов, 2017 г.

**УДК 616.342-002.4489**

DOI: 10.5281/zenodo.835005

А.А. Берсенев<sup>1</sup>, С.С. Чернявский<sup>1</sup>, А.А. Чеботов<sup>1</sup>, А.И. Баранов<sup>2</sup>, А.А. Фаев<sup>2</sup>, Р.Е. Лебедев<sup>3</sup>

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

<sup>1</sup>ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница №29», Новокузнецк;

<sup>2</sup>НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Новокузнецк;

<sup>3</sup>ООО МТЦ «Магнезия», Кемерово

**Актуальность.** В настоящее время абдоминальная травма занимает одно из ведущих мест, в структуре травм различных систем организма. Способствуют этому следующие факторы: ДТП, криминализация общества, террористические акты, ухудшение социальных условий, суицидальные действия. Летальность при абдоминальной травме составляет 7–70% в зависимости от поврежденных органов брюшной полости. Послеоперационные осложнения наблюдаются у 12–90% пациентов.

Основным способом оперативного лечения травм живота в настоящее время является лапаротомия, но данный способ отличается высокой травматичностью доступа. Данные о лапароскопическом методе лечения травм живота носят единичные публикации. В связи с этим, поиск и совершенствование способов доступа в брюшную полость при абдоминальной травме и адекватной ревизии органов брюшной полости остаются востребованными и актуальными задачами.

**Цель.** Совершенствование хирургического лечения при абдоминальной травме живота путем использования эндоскопических технологий.

**Материалы и методы.** В ГБУЗ КО «НГКБ №29» прооперировано 6 пациентов. Мужчин было 3, женщин 3. Возраст от 23 до 48 лет. С закрытой травмой живота 4 человека, проникающее ножевое ранение 2 человека. При поступлении в стационар всем пациентам производились стандартные диагностические мероприятия, включающие в себя: клиническое исследование крови, мочи, биохимическое исследование крови, обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

Во всех случаях оперативное лечение начинали с

обзорной лапароскопии. В зависимости от интраоперационных находок, принимали решение о возможности, закончить операцию лапароскопически или мануально-ассистированно: при помощи установки порта для ручного ассистирования Dextrus компании Ethicon в рану мини-доступа, включающего раневой ретрактор и крышку с диафрагмой для введения руки хирурга, обеспечивающего герметичность брюшной полости и защиту краев раны.

**Результаты и их обсуждение.** При лапароскопической ревизии брюшной полости в 2 случаях (33,2%) выявлено повреждение селезенки, ранения тонкой кишки выявлено у 1 пациента (16,7%), в 1 наблюдении (16,7%) выявлен разрыв печени, у 1 пациента (16,7%) повреждение печени и желчного пузыря, и у 1 пострадавшего (16,7%) констатирован разрыв брыжейки тонкой кишки с некрозом участка последней. В 3 случаях (50%) операция произведена полностью лапароскопическим способом, у 1 пациента (16,7%) выполнена лапароскопически ассистированная операция и в 2 наблюдениях (33,3%) – операция лапароскопически мануально-ассистированная.

Было выполнено 2 спленэктомии, одна из них лапароскопически мануально-ассистированно, 1 остановка кровотечения коагуляцией из раны печени, 1 лапароскопически ассистированное наложение энтеро-энtero анастомоза из мини-доступа, 1 лапароскопически мануально-ассистированная ревизия органов брюшной полости, ушивание ранений тонкой кишки, 1 остановка кровотечения коагуляцией из раны печени, лапароскопическая холецистэктомия.

Продолжительность операции составляла от 30 до 90 (63,6) мин. Длина мини-доступа во всех случаях

• Короткие сообщения

не превышала 8 см. Послеоперационных осложнений, повторных операций, летальных случаев не было. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 5,5 (4-7) сут.

**Выводы:**

1. Лапароскопические операции при абдоминальной травме, при строгом соблюдении показаний к приме-

нению, являются адекватной и малотравматичной заменой лапаротомии.

2. Способ мануально-ассистированной лапароскопии позволяет использовать мануальные навыки хирурга для упрощения ревизии и лечебных воздействий на органах брюшной полости с хорошей визуализацией и малой травматичностью присущей лапароскопическому доступу.

**Сведения об авторах:**

Берсенев Андрей Александрович (автор-корреспондент), e-mail: bersenev\_88@mail.ru

© Коллектив авторов, 2017 г.  
УДК 617.58:616.13-004

DOI: 10.5281/zenodo.835294

И.Н. Бродский<sup>1</sup>, В.А. Луценко<sup>2</sup>, Р.В. Деев<sup>3</sup>, А.А. Исаев<sup>3</sup>

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

<sup>1</sup>КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Хабаровского края, г. Хабаровск;

<sup>2</sup>ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», г. Кемерово;

<sup>3</sup>ПАО «Институт стволовых клеток человека», г. Москва

**Актуальность:** заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) – основные причины нетравматических ампутаций. Распространенность ЗАНК составляет от 10 до 20% всей популяции. Число случаев критической ишемии конечности (КИК) варьирует от 50 до 100 на 100 тыс. населения. Возможности медицинской помощи больным с ЗАНК ограничены, особенно драматичен прогноз при КИК, консервативная терапия лишь у 40% в течение года позволяет сохранить конечность, в 50% возможна хирургическая реваскуляризация, КИК купируется только у 25%, а к концу года наблюдения, только у 45% пациентов имеется шанс сохранения конечности, 30% – живут с ампутированной конечностью, летальность составляет 25%.

Развитие геннотерапевтического направления в России в лечении ЗАНК, позволяет пересмотреть устоявшиеся традиции в способах профилактики развития критической ишемии. В настоящий момент в арсенале врача имеется препарат, механизм действия которого направлен на стимуляцию терапевтического ангиогенеза (лечебный рост сосудов), ведущего к уменьшению ишемии нижних конечностей.

**Цель исследования:** изучить результаты лечения пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей на докритических стадиях, при использовании в комплексной терапии препарата Неоваскулген®.

**Материалы и методы:** в случайном порядке было сформировано две группы пациентов по 45 человек в каждой с ЗАНК со II–III стадиями хронической арте-

риальной недостаточности (ХАН). Все пациенты проходили лечение в амбулаторных условиях и получали стандартный курс терапии, включающий применение дезагрегантов и антикоагулянтов, коррекцию артериального давления и, при необходимости, гликемии и липидемии. Пациентам основной группы помимо стандартной терапии вводили препарат для стимуляции неоангиогенеза Неоваскулген®, дважды, с интервалом в 2 недели. Группы были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания, а также по степени нарушения артериального кровотока.

Средний возраст пациентов составил  $63,3 \pm 5,8$  лет в основной и  $62,45 \pm 8,4$  лет в контрольной группе, продолжительность основного заболевания в основной группе составила  $4,5 \pm 1,2$  года, а в контрольной –  $8,2 \pm 4,5$  года, что указывает на несколько более злокачественное течение ЗАНК в основной группе.

В 80% причиной ЗАНК был атеросклероз, в остальных случаях он сочетался с диабетической ангиопатией. Во всех случаях выявлен многоуровневый стеноклеточный характер поражения артерий голени и стопы. Продолжительность наблюдения за больными составила 60 мес. В качестве критериев эффективности использовались: дистанция безболевой ходьбы (ДБХ), транскутальное напряжение кислорода (ТКНК) на стопе (проекция 1 межпальцевого промежутка), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ).

**Результаты.** У всех пациентов основной группы отмечена хорошая переносимость лечения, отсутствие