

ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. ШЕВЧЕНКО

Медицинский факультет
Общество врачей хирургического профиля Приднестровья

СКЛИФОСОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

Материалы XII научно-практической конференции
с международным участием

6–7 апреля 2023 г.

Тираспол
*Издательство
Приднестровского
Университета*
2023

УДК 617:807.1
ББК 54.5

Ответственный за выпуск

А.А. Ботезату, д-р мед. наук, проф., зав. каф. хирургических болезней медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко

Редколлегия

Г.Н. Самко, канд. фарм. наук, доц., и.о. декана медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко

И.Ф. Гарбуз, д-р мед. наук, проф., зав. каф. травматологии и ортопедии медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко

А.Е. Андреева, главный онколог Приднестровья, врач высшей категории

Р.И. Райляну, канд. мед. наук, доц. каф. хирургических болезней медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко

В.Г. Мазур, зав. детским хирургическим отделением ГУ «РЦМиР», главный детский хирург Приднестровья, специалист высшей категории

"Склифосовские чтения", научно-практическая конференция (12 ; 2023 ; Тираспол). Склифосовские чтения : Материалы 12 научно-практической конференции с международным участием, 31 марта – 1 апреля 2023 г. / ответственный за выпуск: А. А. Ботезату ; редколлегия: Г. Н. Самко [и др.]. – Тираспол : ПГУ, 2023. – 96, [1] р.

Antetit.: Приднестр. гос. ун-т им. Т. Г. Шевченко, Медицинский фак., Общество врачей хирургического профиля Приднестровья. – 50 ех.

ISBN 978-9975-3610-2-6.

61(082)

C 435

Представлены материалы врачей различных специальностей Приднестровья, Молдовы, России и сотрудников медицинского факультета Приднестровского государственного университета. Рассмотрены актуальные вопросы хирургии, травматологии, детской хирургии, онкологии.

Предназначено для практических врачей различных специальностей, врачей-ординаторов, студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 617:807.1

ББК 54.5

ISBN 978-9975-3610-2-6.

© ПГУ им.Т.Г. Шевченко, 2023

Ботезату А.А., Архипова Л.М., Монул С.Г., Бурлак С.А.

Н.В. СКЛИФОСОВСКИЙ – ВЫДАЮЩИЙСЯ РОССИЙСКИЙ ХИРУРГ-ДИАГНОСТ XIX ВЕКА

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье*

E-mail: botezatuaa@mail.ru

Николай Васильевич родился 25 марта 1836 года на хуторе (ныне поселок Дзержинское) близ города Дубоссары, Тираспольского уезда Херсонской губернии. По всей видимости, истинная фамилия Склифосовского – Склифос, молдавского происхождения, весьма распространенная в Бессарабии и Румынии. Среднее образование получил в Одесской гимназии. В 1859 г. окончил курс медицинского факультета Московского университета и принял на себя заведование хирургическим отделением Одесской городской больницы. Степень доктора медицины получил в Харькове в 1863 г. за диссертацию «О кровавой околоматочной опухоли» (внематочная беременность). Как и Н.И. Пирогов получил высококвалифицированную подготовку в зарубежных клиниках: в 1866 и 1867 гг. работал в Германии в патологоанатомическом институте профессора Вирхова и хирургической клинике профессора Лангенбека; в прусской армии работал на перевязочных пунктах и в военном лазарете. Затем работал во Франции у Кломарта, и в клинике Нелатона, и в Англии у Симпсона.

По возвращении в Россию выпустил целую серию трудов, благодаря которым в начале 1870 г. был приглашен на кафедру хирургии в Киевский университет. В 1871 г. Склифосовский перешёл на кафедру хирургической патологии в Императорскую медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге.

Несколько раз Н.В. Склифосовский принимал участие в тех или иных военных кампаниях. Так было в период австро-прусской войны во время его стажировки за границей (1866–1868), в период франко-прусской войны (1870–1871), в период Балканской войны (1876), русско-турецкой войны (1877–1878). В военных кампаниях он приобрел практический опыт, работая в перевязочных пунктах, военно-полевым хирургом, хирургом-консультантом, ведущим хирургом русской армии.

В 1878 г. Склифосовский перешёл на кафедру академической хирургической клиники, а в 1880 г. – на кафедру факультетской хирургической клиники в Москве; при Склифосовском был осуществлен проект устройства новых клиник на Девичьем поле. Используя свой высокий врачебный авторитет в Москве, он собрал крупные пожертвования среди купечества на строительство этого городка. До сих пор сохранились эти строения входящие ныне в состав Российского научного центра хирургии и медицинской академии им. Сеченова.

В начале 1881 г. на 70-м году жизни заболел Н.И. Пирогов. Он заметил на слизистой оболочке твердого неба ссадину справа близ внутреннего края гладкого и вполне правильного валика десны, против места, соответствующего приблизительно 3–4 коренным зубам. Ощущения и вид болевшего места, по словам самого Пирогова, напоминали сначала просто ссадину или незначительный ожог слизистой оболочки неба, но затем ссадина довольно быстро приняла вид отверстия и оказалась входом во вполне возможный в данном месте зубной свищ, но выделения гноя из него не было.

В конце марта 1881 г. к нему в имение Вишенка из Москвы приехал Н.В. Склифосовский, который официально уведомил Н.И. Пирогова о намерении хирургической общественности организовать чествование по случаю его юбилея в Москве. Заодно профессор Н.В. Склифосовский осмотрел полость рта Пирогова на предмет болезни, высказав мнение, что язва мягкого неба полости рта не злокачественная, и что едва ли она может зажить. Окончательное решение по этому вопросу планировалось принять на консилиуме врачей во время юбилейных торжеств. По прибытии в Москву 24 мая Н.В. Склифосовский повторно осмотрел Пирогова. «Ни малейшего сомнения быть не может, что язва злокачественная, что существует новообразование эпителиального характера. Необходимо удалить, оперировать как можно скорее, – добавил Н.И. Склифосовский. – Иначе неделя другая и будет поздно и невозможно».

Консилиум врачей с участием других известных профессоров (Э.К. Валь, В.Ф. Грубе и Э.Э. Эйхвальд) согласился с мнением Склифосовского. «Теперь я удалю всю до чиста в 20 минут, а через две недели это едва ли будет возможно», – говорил Склифосовский и все согласилось с ним. Единогласное решение врачей, участвующих в консилиуме, было открыто высказано жене и сыну Пирогова. Однако по окончании торжеств (во время которых, Пирогову было присвоено звание Почетного гражданина г. Москвы) Пирогов решил выехать за границу и консультироваться у зару-

бежных коллег. Он остановился в Вене, где его консультировал известный профессор Бильрот, который с глубоким уважением встретил Н.И. Пирогова, затем терпеливо долго и спокойно выслушивал подробности начала и течения его болезни, не менее 10 минут осматривал полость рта, проводил исследование язвочки пальцами. Бильрот спокойно с полной уверенностью и категоричностью высказался, что о злокачественности язвы не может быть и речи; что он не видит и не находит не единого признака, позволяющего принять эту язву за раковую. Он высказался окончательно и вполне отрицал взгляды московских хирургов и никакой операции решительно не находил нужным предпринять. Однако уже через 1,5 месяца в июле 1881 г. Пирогов начал все более и более убеждаться в характере своей болезни. Он выразил свои размышления о постигшей его болезни в оставленной на столе особой записке, написанной за 26 дней до смерти: «ни Склифосовский, Валь или Грубе, ни Бильрот не узнали у меня *ulcus oris meum mas cancerosum secrediginosum* иначе, первые три не посоветовали бы операции, а последний, – не признал бы болезнь за доброкачественное. 1881 год, октябрь 27, Пирогов». Спокойно и без всякой мучительной борьбы Пирогов тихо умер в 8:25 вечера 23 ноября 1881 г.

На 4-й день после смерти тело Пирогова было тщательно бальзамировано приехавшим в Вишню из Петербурга доктором Д.И. Выводцевым, во время которой с согласия жены покойного была вырезана часть опухоли, занимавшей всю правую половину верхней челюсти, которая оказалась поражена новообразованием, распространившимся до полости носа. Исследования, проведенные в Киеве и Санкт-Петербурге, показали, что у Н.И. Пирогова был характерный роговой рак, что на современном языке означало бы плоскоклеточный рак слизистой оболочки мягкого неба с орогованием. Подобных больных в практике челюстно-лицевой хирургии в г. Тирасполя много. И на начальных этапах показано иссечение новообразования мягких тканей с последующей химио- и местной рентгенотерапии, после чего больные считаются практически излеченными. Не известно, помогла бы операция Н.В. Склифосовского, ибо на то время химиотерапия и локальное облучение не проводилось. Однако то, что он выставил правильный диагноз болезни и настоятельно доказывал необходимость срочной операции, в которой не сомневался – однозначно его прерогатива – как говорится, Бильрот был не прав.

Последние годы жизни Н.В. Склифосовского были омрачены тяжёлой болезнью – мозговым инсультом. Он покинул Москву и поселился в своей усадьбе Яковцы (пригород Полтавы). Немного оправившись от болезни,

ученый занялся садоводством. Но улучшение было недолгим, и вскоре, в 1904 г., Склифосовский скоропостижно умер. Похоронили выдающегося учёного неподалёку от места знаменитой Полтавской битвы в Яковцах.

В памяти о большом ученом каждые 4 года в Полтаве проводятся Склифосовские чтения, в которых участвовали и наши коллеги.

Имя Склифосовского присвоено институту скорой помощи в г. Москве.

Отдавая дань памяти нашему земляку, в Приднестровье с 2012 года проводятся ежегодные научно-практические конференции, посвященные Николаю Васильевичу Склифосовскому, с участием врачей Молдовы, Украины.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЛАНОВОЙ И УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Ботезату А.А.

ХИРУРГИЯ – ЭТО НЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ (исповедь профессора врача-хирурга, посвятившего 50 лет трудовой деятельности хирургии)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,

E-mail: botezatuaa@mail.ru

«Хирургия является первой
и главной из всех отраслей
медицины, она является
небесным даром и ореолом славы»
Индийский врач Сушрута
(600 лет до н. э.)

Понятие «хирургия» происходит от греческого слова «kheirougia», что в переводе означает ручная работа. Она появилась одновременно с возникновением человеческой цивилизации (оказание помощи при ранах, травмах, кровотечениях и т. д.). В Древнем Китае хирургия достигла расцвета во II–III вв. н. э., золотого века китайской культуры, когда жил выдающийся хирург Хуа То. Уже в то время он успешно проводил трепанацию черепа, кесарево сечение, удаление селезенки, использовал при проведении операции обезболивающие вещества, а при сшивании ран применял шов. В Европе хирургия обрела научную основу в XVIII в., став важнейшим разделом клинической медицины. Официально ее признание как науки состоялось в 1731 г. во Франции, где была основана Королевская хирургическая академия, выпускавшая настоящих врачей-хирургов и получившая те же права, что и университеты.

Сегодня хирургия – ведущая специальность, которая определяет уровень развития медицины в целом. По тому как работает хирургическая служба того или иного города, района, народ судит о благополучии или неблагополучии в здравоохранении. Порой события, имеющие место в хирургии, имеют большой резонанс в обществе. В 1979 г., принимая меня на работу в качестве заведующего отделением хирургии, главный врач говорил мне: «Понимаешь, я как руководитель больницы сплю спокойно, если в хирургии хорошо, и не могу спать, если в хирургии плохо». Поверим в искренность слов такого известного организатора здравоохранения, каким был Адил Исмаилович Ибрагимов.

Я – хирург и никогда не сожалел по поводу выбора специальности. Благодаря хирургии я состоялся как личность и получил признание в обществе. Более того, если бы сегодня стал вопрос выбора, я бы также пошел в хирургию. К сожалению, последние годы в хирургию идет не так много молодых коллег, как ранее.

Почему не идут в хирургию молодые специалисты? На мой взгляд, научно-технический прогресс привлекает их в другие специальности, имеющие более высокое техническое и технологическое оснащение. К примеру, если спросить, кто из молодых врачей хочет заниматься эндоскопической хирургией, уверен, что желающих будет гораздо больше. А в общей хирургии диагностические возможности порой сводятся к клиническому опыту и интуиции врача. И это в условиях, когда общая хирургия на 80 % – ургентная служба.

Порой хирург остается один на один с больным и в ограниченное время должен выставить правильный диагноз, в считанные часы принять верное решение и разрешить хирургическую ситуацию. К тому же ургентная хирургия – это дежурства по ночам, в выходные и праздничные дни в состоянии постоянного стресса, и, что греха таить, при небольшой зарплате.

Профессия хирурга сопряжена с колоссальными физическими и эмоциональными нагрузками. К примеру, операция по реконструкции брюшной стенки, которые мы практикуем при больших и гигантских грыжах, продолжается в среднем от 3,5 до 4 часов. А таких операций только за последние 10 лет нами выполнено более 200. Во время операции хирург работает в особом одеянии: на голове – многослойная маска, открыты только глаза; поверх хирургического костюма стерильный халат, также закрытого типа; на руках перчатки, на ногах бахилы. В результате этого риск тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, болезней

нижних конечностей чрезвычайно высок. Мой руководитель по кандидатской диссертации, профессор, заведующий кафедрой хирургии медицинского факультета университета Дружбы Народов Малярчук Валерий Иванович, умер в возрасте 52 лет от обширного инфаркта миокарда. Мои коллеги также рано ушли из жизни – В.С. Юшкевич умер в возрасте 71 года; И.А. Акперов – в 68 лет, а В.Н. Трищук не дожил до 60 лет два месяца. Все они в молодости обладали отменным здоровьем, занимались спортом, а на старости: Валентин Станиславович умер от тяжелой ишемической болезни сердца с декомпенсацией; Ибрагим Акперович перенес несколько инсультов, перешедших в лакунарную болезнь, умер в период пандемии. Василий Николаевич скончался от миеломной болезни с патологическим переломом позвоночника и почечной недостаточностью. Последнее 6 месяцев находился в нефрологическом отделении на гемодиализе. Все они были преданы хирургии и до последнего дня честно, добросовестно относились к своим обязанностям.

Молодой врач, желающий посвятить себя хирургии должен обладать крепким физическим здоровьем. Для поддержания физической формы хирург должен прибегать к различным физическим упражнениям, о чем в свое время много писал известный кардиохирург академик Н.М. Амосов. В этом плане хирург, как хороший спортсмен, постоянно, всю жизнь, должен следить за своим физическим здоровьем. Вот почему я взял за правило в день проходить не менее 15 км на работу и с работы, хожу только пешком, по вечерам прогуливаюсь по набережной Днестра (ранее совершал пробежки в Кицканском лесу). Парилка один раз в неделю стала неотъемлемой частью моей жизни. Кстати, тот же Н.М. Амосов писал, что полноценная парилка на 2,5–3 часа заменяет недельный бег по утрам. Постоянная физзарядка по утрам и упражнения с гантелями. И все это ради одного – поддержания физической формы.

Хороший хирург должен быть чрезвычайно трудолюбивым. Один корифей российской хирургии сказался так: «Хирургия – это не специальность, а образ жизни». При этом с самого себя требуется: не пей, не кури, к женщинам не присматривайся, будь здоров и паши, как папа Карло! Согласитесь, что при таких требованиях мало найдется желающих заниматься хирургией.

Один мой юный коллега, когда я ему сказал об этих требованиях, задал вопрос: «Так что мне монахом стать?» На что я ему ответил: «Жить придется если не по монастырскому уставу, то по близкому к этому». Кстати, о женщинах. Говорят, что у хирурга 2 жены: хирургия на работе – первая

жена, вторая жена – дома. Очень важно чтобы жена – защитница домашнего очага – понимала мужа и избранную им специальность. Я благодарен Богу за мою супругу, Людмилу Селивестровну, которая была и есть верной помощницей по жизни и всегда поддерживает меня, особенно в трудные времена, когда наряду с практической работой я оформлял два диссертационных исследования. На то время моя работа была связана с частыми командировками в г. Москву, при этом жена никогда не унывала, не проявляла чувство зависти, а наоборот искренне радовалась моим успехам.

Почему-то наши пациенты, благодаря нас, говорят: «Чтобы Ваши руки не болели!» или «У Вас золотые руки!» и так далее. Нет сомнения, что хирургия – это рукоделие, и успех операции во многом определяется умелыми руками. Руки у хирурга – от Бога, «дар небесный, которым отмечены только избранные врачи» (Пирогов Н.И. *Анналы хирургического отделения клиники Императорского Дерптского университета*, 1859). Но руки хирурга лишь на 50 % определяют успех его деятельности, остальные 50 % – это большой познавательный процесс, через изнурительный труд. Чтобы многого добиться в жизни, необходимо много работать, читать, обладать широким кругозором не только в своей, но и в других специальностях, порой даже не связанных с медициной.

Николай Иванович Пирогов (1810–1881 гг.) и немецкий хирург Бернгард Лангенбек (1810–1887 гг.) являются родоначальниками мировой научной хирургии – в противовес хирургии ремесленной. И если у Б. Лангенбека пробудился большой интерес к микроскопической анатомии, впоследствии оформившейся в самостоятельную науку – гистологию, Н.И. Пирогов глубоко и всесторонне разрабатывал макроскопическую анатомию, а результате родилась новая наука – топографическая анатомия. «Хирург должен оперировать не на глазок» – говорил Н.И. Пирогов. Грамотного специалиста-хирурга невозможно себе представить без глубоких знаний анатомии, гистологии, топографической анатомии и других дисциплин.

К сожалению, некоторые молодые хирурги мало читают. Популярных учебников по хирургическим болезням явно недостаточно, чтобы стать хорошим хирургом. Один наш интерн на экзамене по окончании интернатуры на замечание экзаменатора, что у него слабые теоретические знания, ответил: «Моей целью в интернатуре было научиться оперировать». Такой подход к хирургии в корне неправильный. Нехватка знаний легко может превратить любую операцию из искусства в «рукоблудие». Ученик Н.Х. Анестиади академик Г.П. Гидирим на чествовании учителя,

посвященном 80-летию со дня его рождения, рассказывал, что каждый раз, когда учитель уходил в отпуск, он брал с собой целый чемодан книг и журналов.

Хирург должен быть честным в своей профессиональной деятельности. Н.И. Пирогов первый и в *Анналах хирургического отделения клиники Императорского университета в Дерпте* откровенно заявил, что честный анализ ошибок в хирургии – это единственный путь к совершенствованию специальности и воспитания достойных учеников.

Мне неоднократно администрация больницы представляла на рецензию истории болезни умерших больных. К сожалению, на клинко-патологоанатомических конференциях в противовес аргументированной рецензии мне приходилось слышать от коллег, всякие оправдания, связанные с несвоевременным обращением больного за медицинской помощью, атипичной картиной заболевания, заблуждениями, связанными с результатами дополнительных методов исследования и только искреннего признания совершенной ошибки, не звучало.

На склоне лет Н.И. Пирогов написал последнюю книгу, которая называется «Вопросы жизни. Дневник старого врача», которую он не закончил по причине наступившего летального исхода 22 ноября 1881 г. В этой книге Н.И. Пирогов дает классификацию хирургов, которые, по его мнению, делятся на:

– хирург от случая – имеется в виду врач, работающий, в основном, не по специальности, а от случая к случаю, он выполняет кое-какие оперативные вмешательства;

– хирург-шулер – это хирург, который себе выбирает больных (легкие оперативные вмешательства, больных с заведомо благоприятным прогнозом выздоровления и т. д.);

– настоящий хирург, который не выбирает больных, а берется за лечение любого, невзирая на тяжесть состояния, или с неблагоприятным прогнозом выздоровления.

Я бы хотел пожелать моим молодым хирургам не быть «хирургом по случаю». В таких специалистах общество не нуждается. Не быть шулером в хирургии, такого не уважают больные и презирают коллеги. Будьте настоящими хирургами, честными и бескорыстными. Идите на помощь любому больному, оперируйте и надежных, и безнадежных, богатых и бедных, не считайтесь с личным временем, приходите в клинику в выходные и праздничные дни, помня о том, что вас ждет Больной. Знайте, что самое высокое признание хирурга – это искренняя любовь и уважение его паци-

ентов. Сделайте так, чтобы совесть вас не мучила: больной просил госпитализировать – а я отказал, больной просил оперировать – я тоже отказал. Приступая к лечению больного, не спрашивайте у него благодарности, а если он сочтет нужным, уходя домой, вас отблагодарить – не откажитесь, меня так учили. Кстати, о благодарностях: и здесь нам всем надо учиться у Пирогова. Надо полагать, что его также благодарили больные, которые сотнями приходили к нему на прием в селе Вишенка, иначе он не смог бы вернуть кредит, взятый в банке на строительство усадьбы; не нашлись бы средства у его жены на строительство церкви-усыпальницы и колокольни. Все это было построено на сбережения Пирогова. И вместе с тем, в аптеке Пирогова, которую он содержал на территории поместья, нам показали рецепты, на которых рукой Пирогова было написано «лекарство выдать бесплатно – бедный». Воистину, достойный для подражания пример милосердия и гуманизма! Одно из последних изречений Н.И. Пирогова гласит так: «Я сделал все что смог, пусть следующее поколение сделает больше и лучше меня» (Н.И. Пирогов, Вопросы жизни. Дневник старого врача, 1881).

В заключение хотелось бы остановиться на методе подготовке молодых хирургов за рубежом, в частности в США. В 2010 г. я побывал в г. Винница, где участвовал в работе научного конгресса – IV Пироговские чтения, посвященные 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова. Там я встретился с известным румынским хирургом, профессором Иринел Попеску – известный трансплантолог, благодаря которому в Румынии внедрена трансплантация печени. В частной беседе он рассказывал, что во время научной двухлетней командировки в США он наблюдал за стилем работы резидентов хирургов в сосудистой хирургии. С его слов работу они начинали в 2 часа ночи. Понятно, что в это время больные спали, а врачи резиденты работали с медицинской документацией. К 6:00 в отделение пребывал заведующий. Начинали общий обход. С 7:00 до 8:00 – завтрак, кратковременный отдых. После чего начиналась работа в операционных, которая продолжалась до 16:00. После этого продолжали работать с больными (перевязки, специфические исследования, разбор больных, идущих на операцию на следующий день), Рабочий день заканчивали к 18:00. После чего наступало время отдыха до 02:00, а затем следующий рабочий день. Жили они при больнице. По такому графику протекала их жизнь все 5 лет учебы в резидентуре. Кстати, врач-интерн французского происхождения, что в переводе означает врач при больнице. Он не имел право отвлекаться за пределы больницы разве, что по разрешению руко-

водителя. Итак, разница между нашими ординаторами и их резидентами налицо. В США в действительности пашут 5 лет как папа Карло. В отличие от них наши ординаторы живут при своих семьях. Редко несут дежурства по ночам, выходным и праздничным дням. Вот почему уровень знаний и умений ниже их американских коллег. Это ощущается при попытке лицензировать полученные документы об образовании на территории постсоветского пространства.

Чтобы помочь больному недостаточно одного лишь желания и самого искреннего сострадания. В основе чутья, интуиции, мастерства и профессионализма всегда лежат знания, добытые исключительно упорным трудом.

Когда-то великий Сократ сказал, что «самое сложное искусство жизни – это искусство учить, искусство лечить и искусство судить людей. Искусство врачевания и мудро, и гуманно, и многотрудно. Мудро потому, что требует ума и человеческой доброты. Гуманно, потому что все ценности врачевания направлены на благо человека, на сохранение его жизни и здоровья. Многотрудно, потому что врачевание не шаблон, не стандарт, а сложнообразный спектр индивидуальных реакций, индивидуальных вариантов течения болезни. Ибо каждый человек уникален и телом, и душой» (проф. Ю.Л. Шевченко. Очерки гнойной хирургии (вступительное слово к читателям), 4-е переиздание, 2006).

С древних времен врачевание признавалось обществом как самая почетная и важная профессия, а хирургия – первой и лучшей из всех медицинских наук, драгоценным произведением неба и вершинным источником славы. Самый лучший хирургический инструмент – это руки хирурга. Давно бытует определение нашей профессии: «Хирургия – это наука, хирургия – это искусство, хирургия – это ремесло, и я бы добавил хирургия – это образ жизни и призвание». Если ты все силы отдаешь избранному делу – ты хирург. Если ты отдаешь ей половину – ты хирург наполовину. Не бойтесь же трудностей, идите смело вперед, учитесь преодолевать страхи, которые могут встречаться на вашем пути становления. Учитесь у тех коллег, кто опытнее вас. Вот тот нравственный фундамент, без которого просто нельзя заниматься врачеванием, тем более хирургией и стать настоящими хирургами. Я искреннее это вам желаю!

*Коцюрба А.М., Бурлак В.А., Самбурский А.А.,
Райляну Р.И., Бозян А.П., Гордус А.А.*

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКОЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова Приднестровье

E-mail: sambur2012@gmail.com

Введение. Частота развития острой кишечной непроходимости среди других ургентных заболеваний органов брюшной полости составляет по данным разных авторов от 3,8 до 5 %. Наиболее часто кишечная непроходимость возникает у лиц в возрасте 40–60 лет и не является отдельной нозологической формой, а рассматривается как осложнение самых различных заболеваний, в том числе и желчекаменной болезни. Острая кишечная непроходимость на фоне обтурации просвета кишечника конкрементом, выпавшие в его просвет через внутренние билиодигестивные свищи, считается редкой формой хирургической патологии, так как диагностируется в пределах 0,3–3,0 % наблюдений от всех случаев выполненных операций по поводу острой кишечной непроходимости. Послеоперационная летальность при данной патологии высокая – 41–62 %. В связи с этим большое значение играют варианты ранней эндоскопической диагностики и лечения острой желчекаменной кишечной непроходимости для снижения числа послеоперационных осложнений.

Цель исследования: обратить внимание практикующих врачей хирургов и эндоскопистов на роль эндоскопических методов в своевременной диагностике и лечении острой кишечной непроходимости, вызванной желчными конкрементами.

Материалы и методы. Нами представлены редкие случаи острой высокой непроходимости кишечника, причиной которых явилась обтурация желчными камнями, мигрировавших в просвет кишечника через внутренний свищ билиарного тракта.

Больная П. 1952 г. р. обратилась самостоятельно в отделение эндоскопии 06.02.2023 г. для выполнения ультразвукового исследования органов брюшной полости и мочевыделительной системы, ЭГДС. Перед обследованием предъявляла жалобы на умеренные боли в верхних отделах жи-

вота, отсутствие аппетита, тошноту, ежедневную двукратную рвоту после еды. Со слов болеет около 7 дней.

Объективно: Сознание ясное. Правильного телосложения. Кожные покровы бледно-розовые. Живот правильной формы, чувствует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. УЗИ органов брюшной полости (аппарат экспертного класса ALPINION E-CUBE 8): в проекции желчного пузыря определялось объемное образование 75–55мм в диаметре с нечеткими и неровными контурами, с неоднородной гиперэхогенной структурой.

Заключение эхоскопии внутренних органов: Умеренное уплотнение эхоструктуры печени. Калькулезный холецистит? Сапсер желчного пузыря? Холедох не расширен, конкременты не содержит. В тот же день выполнена также в эндоскопическом отделении выполнено ЭГДС (фиброволоконный эндоскоп PENTAX)

Заключение: Пептический катаральный эзофагит. Поверхностный гастродуоденит. Застойное содержимое в полости желудка. Инородное тело луковицы 12 п. к., имеющее в диаметре 15–20 мм с овальной формой и шероховатой поверхностью; темно-зеленый цвет; плотную консистенцию. С небольшими техническими трудностями при помощи эндоскопической корзины инородное тело удалено, проходимость 12 п. к. полностью восстановлена. Таким образом у больной выявлены признаки высокой обтурационной желчекаменной тонкокишечной непроходимости, которую удалось ликвидировать при помощи ЭГДС.

Больной даны рекомендации о проведении консультация хирурга после выполнения компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастированием. 13.02.2023 г. в условиях отделения лучевой диагностики ГУ РКБ выполнена КТ органов брюшной полости. Заключение: КТ – картина пузырно-дуоденальной фистулы (между шейкой желчного пузыря и верхней горизонтальной частью 12 п. к.), калькулезного холецистита, пневмобилии. Пациентке в хирургическом отделении предложено оперативное лечение: холецистэктомия, ликвидация пузырно-дуоденального свища, однако пациентка отказалась от операции. Повторного её обращения за медицинской помощью не было.

Больной Б. 1939 г. поступил 28.01.2023 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, ежедневную многократную рвоту, отрыжку тухлым, общую слабость. С его слов болеет около 9 дней.

Объективно: Сознание ясное. Правильного телосложения. Кожные покровы бледно-розовые. Живот правильной формы, чувствует в акте

дыхания, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. В условиях приемного отделения выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, на которой имелось подозрение на декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка (на рентгенограмме определялся увеличенный в размерах желудок). 28.01.2023 г. в условиях эндоскопического отделения выполнена ЭГДС (фиброволоконный эндоскоп OLYMPUS). Заключение: Пептический катаральный эзофагит. Поверхностный гастродуоденит. Признаки высокой тонкокишечной непроходимости. Рекомендована рентгеноскопия желудка и 12 п. к. с контролем пассажа бария.

В этот же день проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (аппарат экспертного класса ALPINION E-CUBE 8). Заключение: Небольшое уплотнение эхоструктуры печени. Множественные кисты печени. Двусторонний нефросклероз. После ЭГДС больному дан барий, с интервалом 6 часов выполнены 2 обзорные рентгенограммы органов брюшной полости, на которых определялись признаки высокой тонкокишечной непроходимости (задержка пассажа на уровне тощей кишки, единичные чаши Клойбера).

В срочном порядке 29.01.2023 г. пациент оперирован: выполнена верхне-среднесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости показала наличие обтурации тощей кишки на расстоянии 50 см от связки Трейца. Её причиной являлось плотное овоидной формы образование диаметром 2,5–3,0 см. В подпеченочном пространстве обнаружен увеличенный желчный пузырь с признаками хронического воспаления и пузырно-дуоденальная фистула (между шейкой желчного пузыря и верхней горизонтальной частью 12 п. к.). Далее последовала энтеротомия с удалением желчного конкремента из просвета тощей кишки. Целостность кишечника восстановлена двухрядным узловым капроновым швом в поперечном направлении. Учитывая отсутствие признаков острого холецистита, возраст пациента и сопутствующую патологию, решено воздержаться от холецистэктомии и ликвидации пузырно-дуоденального свища. Послеоперационный период протекал гладко, лапаротомная рана зажила первичным натяжением, выписан в удовлетворительном состоянии на 17 сутки после операции.

Выводы: 1. Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость – редкое осложнение ЖКБ возникающее в результате формирования пузырно-дуоденального свища. 2. Наиболее часто эти осложнения обнаруживаются интраоперационно при ликвидации желчекаменного илеуса. 3. В

случае расположения конкремента в начальных отделах 12 п. к. возможно его удаление при помощи эндоскопической корзинки.

Юдин М.Ю.¹, Климашевич А.В.², Феоктистов Я.Е.²

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕМЕННОГО НЕЙРОМОНИТОРИНГА НАРУЖНОЙ ВЕТВИ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА НА КАЧЕСТВО ГОЛОСА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹СМ-Клиника, Москва, Россия

²Московский клинический научный центр им. А.С. Логонова, Москва, Россия

E-mail: doctor.judin@gmail.com; a.klimashevich@mknc.ru;
feoctistovi@gmail.com

Введение. Повреждение наружной ветви верхнего гортанного нерва может влиять на качество жизни пациентов, их социальный статус в обществе, трудовую деятельность. Проблема сохранения голоса при операциях на щитовидной железе и околощитовидных железах актуальна на сегодняшний день, несмотря на активное применение нейромониторинга. Однако, при операциях на щитовидной железе в настоящее время широко распространено применение нейромониторинга только лишь в отношении возвратно-гортанного нерва. Наружной ветви верхнего гортанного нерва, как правило, не уделяется должного внимания ввиду многих причин: вариантной анатомии нерва, небольшого размера нерва, отсутствие нейромонитора в качестве инструмента для его идентификации, а также отсутствие навыков хирурга при работе с нейромонитором.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, подвергаемых хирургической коррекции, с применением переменного нейромониторинга путем интраоперационного контроля состояния наружной ветви возвратного гортанного нерва.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, перенесшие тиреоидэктомию, гемити-реоидэктомию, паратиреоидэктомию при доброкачественной патологии щитовидной железы и около-

щитовидных желез, которые прошли онлайн-тестирование с помощью опросника VNI-30.

Пациенты разделены на 3 группы. Первая группа – пациенты, оперированные без применения нейромониторинга. Вторая группа – пациенты, оперированные с применением переменного нейромониторинга. Третья группа – пациенты, оперированные с применением переменного нейромониторинга с визуализацией наружной ветви верхнего гортанного нерва. Оперативное лечение проводилось в первой группе с классической визуальной идентификацией возвратно-гортанного нерва и околощитовидных желез, во второй группе с переменным мониторингом возвратно-гортанного нерва для подтверждения его целостности до и после удаления, в третьей группе – с переменным мониторингом возвратно-гортанного нерва и наружной ветви верхнего гортанного нерва до и после удаления.

Результаты и обсуждение. При оценке ответов наименьшая медиана отмечена в группе пациентов с применением нейромониторинга с визуализацией наружной ветви верхнего гортанного нерва. Промежуточное значение заняла медиана в группе пациентов с применением переменного нейромониторинга без визуализации наружной ветви верхнего гортанного нерва, а самая высокая медиана отмечена в группе без использования нейромониторинга.

При сравнении результатов функциональной, физической и эмоциональной сфер опросника VNI-30, наибольшие различия отмечались в физической сфере (P), а в функциональной (F) и эмоциональной (E) сфере статистическая достоверность не превышало допустимое значение ($p < 0,05$).

Выводы. Наружной ветви верхнего гортанного нерва, как правило, не уделяется должного внимания ввиду многих причин: вариантной анатомии нерва, небольшого размера нерва, отсутствие нейромонитора в качестве инструмента для его идентификации, а также отсутствие навыков хирурга при работе с нейромонитором.

Применение переменного нейромониторинга для обеспечения целостности не только возвратно-гортанного нерва, но и наружной ветви верхнего гортанного нерва позволяет в большинстве случаев избежать его повреждения и изменения голоса пациента в послеоперационном периоде.

Сравнение удовлетворенности голосом пациентов с использованием опросника VNI-30, показало достоверную разницу у пациентов, опериро-

ванных на щитовидной железе при доброкачественных заболеваниях с применением методов нейро-визуализации и без них.

По данным опросника VHI-30, использование переменного нейромониторинга наружной ветви верхнего гортанного нерва отражает наилучшие результаты, что косвенно позволяет рекомендовать попытку его визуализации.

Калуцкий Г.В., Кузнецов А.Г., Кифа А.В., Кырмыз М.И.

АТИПИЧНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ. ГРЫЖА АМИАНДА

*Григориопольская центральная районная больница,
Григориополь, Молдова, Приднестровье
E-mail: dokmak.k@mail.ru*

Введение. Грыжа Амианда – ущемление червеобразного отростка чаще всего в паховой грыже. В результате ущемления наступает некроз червеобразного отростка у основания с последующим формированием абсцесса в паховой грыже и с переходом воспаления на мягкие ткани – флегмоной грыжевого мешка. Как правило, факт грыжи Амианда устанавливается только во время операции, а объем операции сводится к аппендэктомии из герниотомного доступа. По возможности выполняется простой способ аутопластики грыжевых ворот.

Цель исследования: представление двух случаев атипичного ущемления червеобразного отростка – грыжи Амианда, имевших место в хирургическом отделении Григориопольской ЦРБ.

Материалы и методы. Больная П. 1955 г.р. история болезни № 5877/1147/, поступила 27.11.21 г. Жалобы на боли в области пупка, выпячивание в этой области, многократную рвоту. Со слов болеет 7 суток, когда появились боли в области пупка, затем выпячивание, которое не вправлялось в брюшную полость, со временем боли усилились, появилась гиперемия в области выпячивания. Обратилась за медицинской помощью в скорую помощь, доставлена в приёмное отделение. Госпитализирована в хирургическое отделение.

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание везикулярное с обеих сторон. Хрипов нет. Тоны сердца звучные, аритмичные. Пульс – 78 уд. в мин.

АД – 140/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, перистальтика активная, при перкуссии притуплений тимпанита нет. При пальпации мягкий, болезненный в области пупка, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень на уровне рёберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Местный статус: в области пупка выпячивание размерами 12×8 см, неподвижное, плотное, болезненное, не вправляется в брюшную полость, вокруг гиперемия. Над выпячиванием некроз кожи 5×8 см, с перфоративным отверстием и тёмно-коричневым отделяемым.

Выставлен диагноз: Ущемлённая пупочная грыжа. Флегмона грыжевого мешка. ИБС. Мерцательная аритмия.

В срочном порядке сделана операция: 27.11.21 г. Выделен грыжевой мешок размерами 18×10 см, при выделении вскрыт, выделилось 200 мл сливкообразного гноя. У основания мешок выделен, отсечён. Выявлен участок тонкой кишки длиной 20 см, покрыт фибрином и купол слепой кишки. Визуализирован аппендикс длиной до 10 см, отёчен, гиперемирован, у основания серого цвета с перфорацией 0,3×0,2 см, из которой выделяется гной. Проведена типичная аппендектомия. Расширены грыжевые ворота. Петли кишечника без признаков ущемления очищены от фибрина и погружены в брюшную полость. Проверен кишечник – без особенностей. Спайки разъединены. В брюшной полости жидкости нет. В области ложа отростка оставлен перчаточный, в малом тазу трубчатый дренаж. Проведена пластика грыжевых ворот по Мейо с наложением дубликатуры.

Послеоперационный диагноз: Острый гангренозный перфоративный аппендицит в ущемленной пупочной грыже (грыже Амианда). Невправимая пупочная грыжа. Флегмона грыжевого мешка. Рана зажила первичным натяжением. Выписана домой в удовлетворительном состоянии на 10 сутки. Осмотр через месяц, жалоб не предъявляет.

Больной П. 1940 г.р. с. Малаешты поступил 06.12.22 г. с диагнозом «Ущемлённая паховая грыжа справа» история болезни № 4496/1129. Жалобы на боли в правой паховой области, выпячивание в этой области. Со слов болев в течение 5 суток, когда появились боли в правой паховой области, затем выпячивание, которое не вправлялось в брюшную полость, со временем боли усилились. Обратился к хирургу. Госпитализирован в хирургическое отделение. Позднее выяснилось, что у больного 3 недели назад наблюдалась высокая температура, боли в животе. За медицинской помощью не обращался.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание везикулярное с обеих сторон. Хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс – 98 уд. в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Язык суховат, обложен налётом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, перистальтика активная, при перкуссии притуплений тимпанита нет. При пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень на уровне рёберной дуги. Диурез адекватный. Местный статус: В правой паховой области выпячивание размерами 10×6 см, неподвижное, плотное, болезненное, не вправляется в брюшную полость.

Выставлен диагноз: Правосторонняя ущемлённая паховая грыжа.

В срочном порядке выполнена операция: Под общей анестезией в правой паховой области параллельно паховой связке рассечена кожа и подкожная клетчатка длиной 10 см. Вокруг мешка инфильтрация тканей. Грыжевой мешок размерами 6×5 см, вскрыт. В просвете сливкообразный гной 20 мл. Рассечён апоневроз. Расширены грыжевые ворота. Из брюшной полости выделяется гной – 200 мл. Рана расширена вверх. В операционную рану выведена слепая кишка. Аппендикс длиной до 7 см, отёчен, гиперемирован, на всём протяжении серого цвета с некрозом и расплавлением в терминальном отделе. Проведена типичная аппендэктомия. Брюшная полость промыта 500 мл. 0,1% раствором хлоргексидина, осушена влажными салфетками. В области слепой кишки оставлен перчаточный дренаж. Другой патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено. Ушита брюшина. Пластика пахового канала выполнена по методу Постемского с укреплением задней стенки пахового канала.

Послеоперационный диагноз: Острый гангренозный перфоративный аппендицит в ущемленной паховой грыже (грыжа Амианда). Аппендикулярный абсцесс. Флегмона грыжевого мешка. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписан на 11 сутки после операции. Контроль через 1 месяц – жалоб не предъявляет.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бендерская центральная городская больница, Молдова, Приднестровье

Введение. Кровотечение является серьезным осложнением псевдокисты поджелудочной железы. Частота эрозивного кровотечения псевдокисты поджелудочной железы колеблется от 1,6 до 20 %. Кровотечение возникает вследствие эрозии стенки сосуда в результате воздействия на него ферментов поджелудочной железы. Источником кровотечения могут быть как эрозивные сосуды стенки кисты, так и сосуды, оказывающиеся вовлеченными в процесс образования кисты. Чаще всего повреждается селезеночная артерия и вена, а также поджелудочно-двенадцатиперстная артерия. Реже источником кровотечения бывает левая и правая желудочные артерии, в редких случаях кровотечение из аорты и воротной вены.

Особой тяжестью течения отличается сочетание перфорации кисты в брюшную полость и кровотечение в её полость. Оно наблюдается в 35,0 % случаев с летальностью, достигающей 70 %. Клиническая картина кровотечения бывает разнообразна, и нередко диагноз устанавливается только интраоперационно. Спасти жизнь больного чрезвычайно сложно и необходимо привлечь весь арсенал современной экстренной хирургии. Остановка эрозивных кровотечений тугой тампонадой и прошиванием тканей на месте кровотечения обычно не даёт успеха. Наиболее радикальным вмешательством при эрозивных кровотечениях из крупных сосудов (селезеночной, панкреато-дуоденальной и др.) является резекция поджелудочной железы.

Рассмотрев литературу и ознакомившись с данными, приведенными различными авторами, заметили, что часто заканчивается летальными исходами лечение больных с кровотечениями из ложных кист поджелудочной железы.

Цель исследования: приведём наш случай успешного лечения больного с осложнённой кистой поджелудочной железы в виде кровотечения и перфорации ложной кисты.

Пациент Г. 1983 г. р. 10.05.22 г. в 7:30 доставлен скорой помощью в тяжёлом состоянии с явлениями развитого перитонита спустя 7 дней с начала заболевания. Из анамнеза известно, что пациент страдает хро-

ническим панкреатитом и кистой поджелудочной железы. При поступлении в стационар общий анализ крови гемоглобин 89,7 г/л, эритроцитов $2,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $14,4 \cdot 10^9$, палочек – 18, сегм. – 53, эозинофилы – 1, моноциты – 19, лимфоциты – 19, сахар крови – 5,4 ммоль/л. Общий анализ мочи – соломенно-желтого цвета, белок – 1 г/л, лейкоциты 4–6 в поле зрения, эритроциты единичные в поле зрения. ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия. Частота сердечных сокращении 102 в минуту.

После проведения предоперационной подготовки в тот же день с 12:45 по 14:10 выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости – выявлено большое количество изменённой крови со сгустками и нитями фибрина во всех этажах. В области брыжейки ободочной кишки выявлено отверстие 2x2 см сообщающейся с малой сальниковой сумкой. Вскрыта ободочно-желудочная связка, выявлена ложная киста поджелудочной железы размерами 15x15 см заполненная изменёнными сгустками крови; последние удалены, полость кисты промыта раствором фурацилина 1:5000, источника кровотечения не выявлено. Полость кисты дренирована кнаружи двумя марлевыми тампонами через желудочно-ободочную связку двумя просветными трубками через отверстие в брыжейке ободочной кишки в левое подреберье. Левый боковой канал, полость малого таза и под печёночное пространство дренировано двумя просветными трубками.

Во время операции и в раннем послеоперационном периоде перелито 2 дозы эритроцитарной массы и 5 доз одногруппной однорезусной плазмы. Через два дня пациент переведён в отделение хирургии. Его состояние улучшилось, гемодинамика стабилизировалась 16.05.22 г. НЬ – 102 г/л, эритроцитов $3,36 \cdot 10^{12}$, гематокрит 30 %. Однако 18.05.22 г. в 14:15 состояние пациента резко ухудшилось: артериальное давление не определяется, пульс нитевидный 136 ударов в одну минуту на магистральных артериях, из оменто-бурсостомы выделяется алая кровь под давлением. В срочном порядке с 14:25 по 15:25 выполнена релапаротомия, по левому флангу живота и в малом тазу – сгустки крови. Удалены марлевые тампоны из полости кисты, в последней около 1,8 л сгустков крови. На дне полости кисты некротические массы, из-под которых выделяется алая кровь. Детрит удалён, наложены гемостатические капроновые швы, кровотечение остановилось, полость кисты дренирована дренажами Пенроуза и двумя просветными трубками в левой поясничной области позади брыжейки нисходящего отдела ободочной кишки, другим дренажом Пенроуза дренирована киста через оменто-бурсостому. Брюшная полость санирована. Малый таз дренирован и ушита лапаротомная рана.

Через час после операции гемоглобин – 47 г/л, эритроцита $1.53 \cdot 10^{12}$, гематокрит – 27,8 %, лейкоциты $31,4 \cdot 10^9$. Пациенту проводилась гемостатическая заместительная терапия: 3 дозы эритроцитарной массы, 4 дозы плазмы. Состояние стабилизируется. Через два дня эритроциты $3,29 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 87 г/л, гематокрит – 27,8%, лейкоциты $40,4 \cdot 10^9$, палочек – 10, сегменты – 75, СОЕ 47 мм/час. Переведен в общую палату, где продолжилась заместительная терапия и плазмотрансфузии, состояние стабилизировалось, разрешается парез кишечника. 27.05.22 г. газы отходят, был самостоятельный стул. Дренажи левой поясничной области функционируют. Эритроциты – $4,29 \cdot 10^{12}$, гемоглобин – 119 г/л, гематокрит – 37%, лейкоциты – $13,4 \cdot 10^9$, палочек – 7, сегменты – 67, СОЕ 12 мм/ч, моноциты – 12.

29 мая к обеду состояние пациента вновь ухудшается, по оменто-бурсостоме выделяется алая кровь. Под наркозом выполнена ревизия полости кисты, удалены сгустки крови, источника кровотечения не выявлено. Выполнена тугая тампонада полости кисты марлевыми тампонами. Переливается 6 доз эритроцитарной массы и 7 доз плазмы. Состояние больного стабильно тяжелое. В 14:20 эритроциты – $1,8 \cdot 10^{12}$, гемоглобин – 53 г/л, гематокрит – 37 %, лейкоциты – $31,1 \cdot 10^9$, тромбоциты – $437 \cdot 10^9$.

Учитывая частые рецидивы эрозивного кровотечения, отсутствие эффекта от наружного дренирования и тампонирования полости кисты, 31.05.22 г. в 13:40–15:30 под интубационным наркозом выполнена релапаротомия, ревизией выявлен разлитой вялотекущий гемоперитонит. Все петли тонкого кишечника в рыхлых спайках, последние все рассечены. Ревизией малой сальниковой сумки выявлен некроз хвоста поджелудочной железы. Ткани окружающие поджелудочную железу в инфильтрате. Селезенка в воспалительном инфильтрате, склерозированная, атрофированная. Выполнена резекция хвоста поджелудочной железы, селезеночная артерия и вена прошиты и лигированы полипропиленом 3.0. Обработан Вирсунгов проток и культя поджелудочной железы. С техническими трудностями из-за выраженного инфильтрата выполнена спленэктомия. Левое поддиафрагмальное пространство и полость малого таза дренированы двумя просветными трубками. Малая сальниковая сумка дренирована перчаточным-марлевым дренажом через левую поясничную область и двумя марлевыми тампонами через оменто-бурсостому. Послойное ушивание раны, асептическая повязка. Макропрепараты: селезенка атрофированная хвост поджелудочной железы

Гистология номер 2281-2283 от 01.06.22 г. в присланном материале ткань селезенки с кровоизлияниями, селезенка $8 \times 4,5 \times 3$ см., капсула ту-

склая, на разрезе красного бурого цвета, в области ворот очаг твёрдого белесоватого цвета 2х1 см и очаг деструкции размером 4,5×2,5×1,5 см. Гистология 2277-2280 от 01.06.22 г. участок ткани 4,5×4×2 см дольчатого строения фрагменты поджелудочной железы с кровоизлияниями и очагами гнойно-некротического воспаления.

Ранний послеоперационный период без осложнений. Второго июня пациент переведен в отделение хирургии, где проводится заместительная терапия и парентеральное питание белковыми препаратами и жировыми эмульсиями. Спустя четыре дня послеоперационный период осложнился формированием наружного калогосвища через оментобурсостому. В срединной ране большое количество сформированных каловых масс. В этот же день в обед косым разрезом в правой подвздошной области наложена цекостома для разгрузки желудочно-кишечного тракта и устранения калового свища сформировавшегося в оментобурсостоме. Послеоперационный период гладкий, цекостома функционирует.

9 июня пациент переведен в отделение хирургии. По дренажам из левой поясничной области выделяется жидкий кал, который промывается раствором фурацилина 1:5000 через двух просветную трубку с активной аспирацией. Продолжается трансфузии плазмы и белковых препаратов.

14 июня цекостома функционирует, восстановилась перистальтика ободочной кишки, был самостоятельный стул. В дальнейшем состояние стабильное, цекостома функционирует, в оментобурсостоме небольшое количество калового содержимого, которое постоянно аспирируется. Развивается выраженная кахексия.

18 июня в 8:30 состояние резко ухудшилось, сознание исчезло, на раздражители не реагирует, пульс 53 на сонных артериях, артериальное давление 50/0 мм рт. ст. Состояние расценивается как агональное, обусловленное гипогликемией. Внутривенно выполнено глюкоза 40 % – 60 мл, адреналин 0,1 % – 1,0. В 8:45 состояние улучшилось, сознание восстановилось, пульс 110 уд.мин., артериальное давление 90/40 мм рт. ст., назначена инфузионная терапия.

В дальнейшем состояние пациента медленно улучшается, выделения кишечного содержимого через оментобурсостому и раны левой поясничной области уменьшились. Восстановился естественный стул. Цекостома перестала функционировать. 26 июля пациент выписан на амбулаторное лечение. За время нахождения в стационаре пациенту переливалось 39 доз одногруппной плазмы и 13 эритроцитарных масс.

Выводы:

1. Эрозивные кровотечения, развившиеся в полость ложной кисты, являются одной из самых опасных осложнений кисты поджелудочной железы особенно при ее прорыве в свободную брюшную полость.

2. Наиболее радикальный метод, обеспечивающий надёжный окончательный гемостаз, является резекция поджелудочной железы.

*Райляну Р.И., Ботезату А.А., Паскалов Ю.С.,
Эвальд А.М., Гросул-Райляну О.Б.*

ГРЫЖЕВАЯ БОЛЕЗНЬ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ КАК ФОРМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье*

E-mail: botezatuaa@mail.ru

Введение. Наличие грыжевых дефектов в передней брюшной стенке несомненно связано с проявлениями соединительнотканной дисплазии. Учитывая присутствие среди грыженосителей других внешних признаков патологии соединительной ткани, следует их рассматривать, как пациентов с системным характером мезенхимальной недостаточности. При этом практически не учитывается тот факт, что тяжесть течения наружных брюшных грыж часто становится ведущим фактором снижения качества жизни пациентов по сравнению с остальными симптомами дисплазии соединительной ткани. Для уточнения места соединительнотканной патологии передней брюшной стенки в области пахового промежутка в системе недифференцированных форм соединительнотканной дисплазии необходимо более детальное изучение особенностей внешнего проявления мезенхимальной недостаточности при паховой локализации грыжевых дефектов.

Цель исследования: сравнить фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани при различных вариантах течения грыжевой болезни в паховой области и уточнить положение паховых грыж в структуре мезенхимальной патологии.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2023 гг. на клинической базе кафедры хирургических болезней медицинского факультета ПГУ им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь обследовано 103 больных с паховыми грыжами. Из них мужчины составили 85 (82,5 %), женщины – 18 (17,5 %). Средний возраст обследованных равнялся $58,5 \pm 0,74$ лет.

В зависимости от варианта течения грыжевой болезни в паховой области были сформированы следующие клинические группы: 32 (31 %) больных с локализацией грыжевого выпячивания исключительно в области пахового промежутка с одной из сторон; 12 (11,6 %) грыженосителей с рецидивными паховыми грыжами; 26 (25,2 %) пациентов с грыжевыми выпячиваниями в паховой области, имеющими грыжесечение по поводу паховой грыжи в анамнезе с контралатеральной стороны или на момент осмотра – двустороннюю локализацию паховых грыж; 24 (23,3 %) пациента с пахово-мошоночными грыжами и 9 (8,9 %) больных с сочетанием паховых грыж и грыж другой локализации.

Из 50 рассмотренных во время анализа стигм недифференцированной дисплазии соединительной ткани абсолютно достоверной связью с пятью установленными вариантами проявления грыжевой болезни в паховой области обладали только 9 (18 %) внешних признаков: периодические боли в суставах, хруст в суставах, гиперпигментация кожи или большое количество невусов, мягкие ушные раковины, гиперэластичность кожи, длинные пальцы кистей, искривление носовой перегородки, гипермобильность суставов, опущение внутренних органов. Особенности взаимосвязи вариантов клинического течения грыженосительства в паховой области и распределения фенотипов представлены в таблице.

Анализ полученной таблицы показывает, что число повторов значимых для паховой локализации грыжевой болезни внешних признаков соединительнотканной дисплазии составило 315. При локализации грыжевого выпячивания исключительно в проекции пахового промежутка выявлено 58 фенотипов с низким уровнем значимости для патологии соединительной ткани: 43,1 % случаев из них составил признак гиперпигментации кожи или большого числа невусов на коже; 31 % – мягкие ушные раковины, позволяющий свернуть ушную раковину в трубочку; 25,9 % – периодические боли в суставах. Пациенты с рецидивными паховыми грыжами характеризовались наличием 62 внешних фенотипов дисплазии соединительной ткани. Их удельные вес распределялся практически равномерно следующим образом: гиперэластичность кожи выявлена у 16,1 %, периодические боли в суставах – у 14,5 %, гипермобильность суставов – у 12,9 %, гиперпигмен-

Взаимосвязь вариантов течения грыжевой болезни в паховой области с внешними признаками соединительнотканной дисплазии

Внешний признак ДСТ ГВПП		Варианты грыжевой болезни в паховой области					
		РПГ	ДПГ	ПМГ	СГДЛ	Всего	
1	Гиперпигментация кожи	25	8	–	16	–	49
2	Мягкие ушные раковины	18	7	–	–	–	25
3	Периодические боли в суставах	15	9	–	14	3	41
4	Гиперэластичность кожи	–	10	17	23	7	57
5	Длинные пальцы кистей	–	8	18	17	–	43
6	Искривление носовой перегородки	–	–	18	18	5	41
7	Гипермобильность суставов	–	8	18	–	8	34
8	Органоптоз	–	5	–	–	–	5
9	Хруст в суставах	–	7	13	–	–	20
Итого		58	62	84	88	23	315

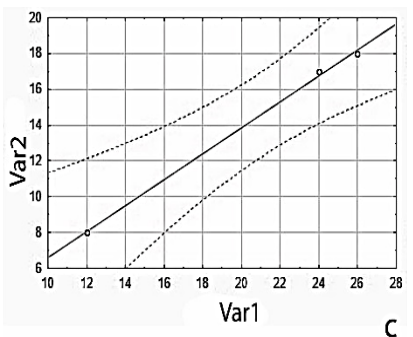
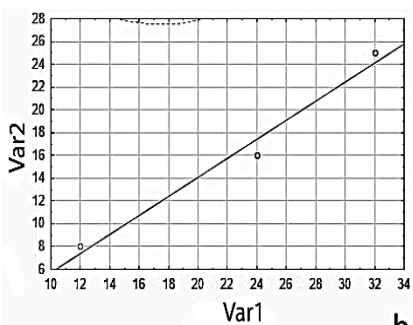
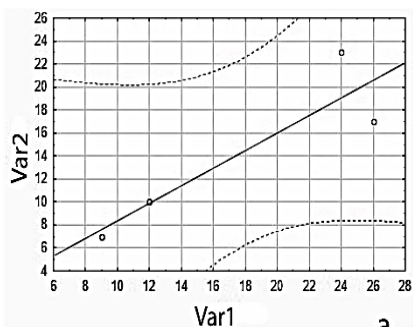
ДСТ – дисплазия соединительной ткани; ГВПП – грыжа в области пахового промежутка; ПМГ – пахово-мошоночная грыжа; РПГ – рецидивная паховая грыжа; ДПГ – двусторонняя паховая грыжа или наличие в анамнезе грыжесечения паховой грыжи с контралатеральной стороны; СГДЛ – сочетание с грыжами другой локализации

тация кожи – у 12,9 %, длинные пальцы кистей – у 12,9 %, мягкие ушные раковины – у 11,3 %, хруст в суставах – у 11,3 % и опущение внутренних органов – у 8,1 % грыженосителей. У 26 (25,2 %) больных, среди которых встречалось грыжесечение по поводу паховой грыжи с контралатеральной стороны или на момент осмотра двусторонняя локализация паховых грыж в общем количестве зафиксировано 84 внешних симптома недостаточности соединительной ткани, среди которых все симптомы обладали высоким уровнем значимости: гипермобильность суставов обнаружена в 21,4 %, длинные пальцы кистей – в 21,4 %, искривление носовой перегородки – в 21,4 %, гиперэластичность кожи – в 20,2 % и хруст в суставах – в 15,6 % случаях. Число стигм соединительнотканной дизморфии у пациентов с пахово-мошоночными грыжами составило 88. Причем это увеличение произошло за счет наиболее значимых фенов соединительнотканной патологии: гиперэластичность кожи обнаружена в 26,1 %, искривление носовой перегородки – в 20,5 %, длинные пальцы кистей – в 19,3 %, гиперпигментация кожи – в 18,2 % и периодические боли в суставах – в 15,9 % случаях. Среди грыженосителей, у которых паховые грыжи сочетались с грыжами другой локализации, зафиксировано в общем количестве 23 фена. Наибольшее их число относилось к гипермобильности суставов, обнаруженной у 34,8 % пациентов; и далее в порядке убывания: гиперэластичность кожи – у 30,4 %, искривление носовой перегородки – у 21,7 % и периодические боли в суставах – у 13,1 % больных.

Среди 315 случаев диагностики фенов соединительнотканной патологии у 103 больных с паховой локализацией грыжевой болезни в передней брюшной стенке чаще всего встречались только три (33,3 %) симптома мезенхимальной недостаточности: 57 (18,1 %) раз обнаружен симптом чрезмерной растяжимости кожи, 49 (15,6 %) раз – признак её гиперпигментации с большим числом невусов на коже и 43 (13,7 %) раза – арахнодактилия.

В результате статистической обработки полученных данных обнаружены предельно высокой тесноты прямо пропорциональные корреляционные связи между количеством случаев диагностики наиболее значимых фенов патологии соединительной ткани (гиперэластичность кожи, гиперпигментация кожи и арахнодактилия) и числом больных в следующих друг за другом вариантах течения грыжевой болезни в области пахового промежутка ($r = 0,9$; $r = 0,98$ и $r = 0,99$ соответственно) с уровнем достоверности исследований $p \leq 0,05$. Таким образом, прогрессирование тяжести течения грыжевой болезни в паховой области сопровождалось увеличением числа пациентов, обладающих тремя вышеназванными феноми соединительнотканной дисплазии (см. рис.).

Закключение. Присутствующая тенденция распределения фенов



Корреляционные связи между количеством случаев диагностики фенов соединительнотканной дисплазии и числом больных в вариантах течения грыжевой болезни в паховой области:

a – гиперэластичности кожи;

b – гиперпигментация кожи;

c – длинные пальцы кистей;

Var1 – число больных в вариантах течения паховой грыжи;

Var2 – количество случаев диагностики симптома в этих вариантах течения

между вариантами течения грыжевой болезни в паховом промежутке показала, что по мере нарастания тяжести клинического течения паховых грыж более выраженной становилась роль фенос с высоким уровнем значимости для патологии соединительной ткани. Увеличивающееся число фенос при переходе от одного варианта течения грыжевой болезни в паховой области к следующему более сложному, а также присутствующая прямо пропорциональная корреляционная связь количества случаев диагностики основных для паховой локализации грыж внешних симптомов соединительнотканной дисплазии и числа пациентов в вариантах течения паховых грыжевых дефектов позволили сделать заключение о самостоятельном характере паховых грыж, как формы недифференцированной дисплазии соединительной ткани с локализацией мезенхимальной патологии на уровне передней брюшной стенки, а не как единичное внешнее проявление известных диспластических синдромов.

Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Райляну Р.И., Гончарук М.В.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: botezatuaa@mail.ru*

Введение. Паховая грыжа была и остается самым частым хирургическим заболеванием, требующим оперативного лечения. Универсальной методики способа грыжесечения паховой грыжи в настоящее время не существует, что свидетельствует о неудовлетворительности хирургов результатами лечения. Статистические отчеты показывают, что 13 % всех грыжесечений паховых грыж в мире выполняются по поводу рецидива паховой грыжи, независимо от характера предыдущей герниопластики.

Мы занимаемся комбинированными способами хирургического лечения паховых грыж, сочетающими аутопластику с аутодермопластикой, около 25 лет. Были предложены новые способы аутопластики, в том числе с применением релаксирующих разрезов апоневроза передней стенки влагалища прямых мышц. Результаты лечения отражены во множествах научных работ, сообщения на различных международных форумах, они вошли в диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских

наук (Ботезату А.А., 2013). В последнее время мы обратили внимание на существование отдельного пучка внутренней косой мышцы, которая участвует в образовании задней стенки, о чем в классических руководствах по анатомии пахового канала не говорится.

Проведя литературное исследование, мы обнаружили только один литературный источник – А.С. Обисова, диссертационная работа которого «Проекционная анатомия и возрастные особенности пахового канала человека» (Москва, 1950) посвящена этому отдельному пучку внутренней косой мышцы. Мы установили, что в отдельных случаях этот пучок внутренней косой мышцы довольно хорошо проецируется не только в латеральной части, но и в медиальной части достигая срединной линии, где крепко фиксируется к апоневрозу. Становится очевидным, что его можно использовать при аутопластике с целью консолидации передней стенки пахового канала.

Цель исследования: анализ результатов комбинированных способов лечения, сочетающих аутопластику задней и передней стенки пахового канала с аутодермопластикой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на протяжении 2018–2023 гг. находились на лечении 175 больных с паховыми грыжами: мужчин 165 (94,3 %) и 10 (5,7 %) женщин; средний возраст $62 \pm 0,5$ лет. У 161 (93,7 %) имелись первичные, а у 14 (6,3 %) рецидивные паховые грыжи. Сложные формы грыж отмечены у 72 (41,2 %): пахово-мошоночные, скользящие, двухсторонние и др. У 169 (96,6 %) больных предпринята односторонняя операция, а у 6 (3,4 %) двухстороннее паховое грыжесечение.

Техника оперативного лечения сводилась к двум методам грыжесечения. После вскрытия пахового канала выполнялась ревизия пахового промежутка, определялись его размеры, а также присутствие отдельного пучка внутренней косой мышцы. При его присутствии на всем протяжении пахового канала выполнялась одна методика грыжесечения (патент № 498 от 20.08.2019 г.), а при его присутствии лишь в латеральной части применялась другая методика (патент № 499 от 14.10.2019 г.).

У 86 (49,1 %) больных, у которых отдельный пучок внутренней косой мышцы присутствовал на всем протяжении задней стенки пахового канала, на первом этапе выполнялась его мобилизация, отделяя от апоневроза передней стенки прямой мышцы. Позади него на расстоянии 2,5 см от края серповидной части поперечной мышцы проводилось дугообразное рассечение апоневроза влагалища прямой мышцы. Ретро-

мышечно выполнялась аутопластика задней стенки пахового канала путем фиксации нижнего края рассечённого влагалища к пупартовой связке от лона до внутреннего пахового кольца диаметр которой оставляли до 1,5 см. Влагалищный дефект замещали аутодермальным лоскутом, которого фиксировали вниз к пупартовой связке, вверх к краю рассечённого влагалища. В латеральной части аутодермальный лоскут пересекали и формировали аутодермальное «колечко» вокруг семенного канатика в проекции внутреннего пахового кольца. Семенной канатик + свободный пучок внутренней косой мышцы (после его мобилизации) переводили в состав передней стенки пахового канала, укладывали на выполненной аутопластике и аутодермопластике задней стенки пахового канала, и над ними выполняли аутопластику передней стенки путем сшивания край-в-край апоневроза наружной косой мышцы и формировали наружное паховое кольцо.

По второй методике в случаях присутствия отдельного пучка внутренней косой мышцы только в латеральной части задней стенки пахового канала у 89 (50,9 %) больных пересекали апоневроз передней стенки влагалища прямой мышцы на 2,5 см выше пупартовой связки. Нижний апоневротический край фиксировали к пупартовой связке. При этом у внутреннего пахового кольца мышечно-апоневротического края вворачивающимся швом фиксировали к пупартовой связке, формируя мышечно-апоневротическое кольцо; апоневротический дефект замещали аутодермальной латкой ретрофуникулярно. В проекции внутреннего пахового кольца расщепляли и формировали аутодермальное кольцо вокруг семенного канатика. Впереди семенного канатика выполняли аутопластику передней стенки, ушивая край-в-край апоневроз наружной косой мышцы, и формировали наружное паховое кольцо. Такого алгоритма мы придерживаемся сегодня при герниопластике паховых грыж.

Результаты лечения. Один летальный исход – 0,57 %. Обширный инсульт у больного 67 лет возникший на третьи сутки после операции, от чего он не приходя в сознание умер на седьмые сутки; осложнения – 2 случая (1,1 %): гематома раны 1 случай; странгуляционный орхит – 1 случай; в обоих случаях выполнялись повторные операции по ликвидации возникших осложнений. Рецидивов заболевания в отдаленные сроки не зарегистрировано.

Выводы:

1. Свободный пучок внутренней косой мышцы встречается примерно у половины (49,1 %) грыженосителей.

2. В таких случаях показана его мобилизация от апоневроза прямой мышцы живота, ретромукулярная + ретрофуникулярная пластика задней стенки пахового канала.

3. Отделенный и переведенный в состав передней стенки пахового канала он усиливает прочность аутопластики как задней, так и передней стенки пахового канала.

*Ботезату А.А., Райляну Р.И., Паскалов Ю.С.,
Коцюруба А.М., Бутеску Д.А., Усольцева В.В.,
Блонская А.А., Рудукан Е.Л., Кравцова И.И., Саракуца В.В.*

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: botezatuaa@mail.ru*

Введение. Результаты лечения больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами не удовлетворительны – рецидивы составляют от 25 до 63 %. Особую сложность представляет лечение не-вправимых грыж передней брюшной стенки гигантских размеров, характеризующихся грубыми нарушениями анатомических структур с утратой физиологических функций мышц брюшной стенки, наличием ожирений 3–4 ст., хронических заболеваний легких и бронхиального дерева, приводящих к нарушению функции внешнего дыхания.

Цель исследования: предложить алгоритм предоперационного функционального обследования и выбора способа аутопластики у больных с гигантскими послеоперационными грыжами.

Материалы и методы. На протяжении 2001–2022 гг. под нашим наблюдением находились 205 больных с большими и гигантскими грыжами: мужчин 29 (14,1 %), женщин 176 (85,9 %). Срединный грыжевой дефект до 15 см имелся у 151 (73,7 %) – большие послеоперационные грыжи, а у 54 (26,3 %) свыше 15 см – срединные гигантские послеоперационные грыжи.

В предоперационном периоде при обследовании большими и гигантскими послеоперационными грыжами оценивали функцию внешнего дыхания при помощи рентгенографии органов грудной клетки с последующей спирометрией. У тех больных, у которых при этом выявляли признаки рестриктивного дыхания связанного с поражением легочной ткани вследствие хронических заболеваний, или обструктивного нарушения бронхиальной проходимости они являлись противопоказанием к натяжным методам пластики из-за опасности развития в послеоперационном периоде АКС-синдрома.

Кроме того у больных с гигантскими послеоперационными грыжами важно провести КТ-обследование органов брюшной полости и брюшной стенки – герниоабдоменометрия. Она решает различные практические задачи от диагностики размеров грыжевого выпячивания до дифференциальной диагностики грыжевого выпячивания с другими патологическими образованиями. Кроме того, герниоабдоменометрия позволяет определить соотношение объема грыжевого содержимого к объему брюшной полости, что необходимо учитывать при выборе метода аутопластики и прогнозировать вероятность развития АКС-синдрома в раннем послеоперационном периоде. Так при объеме до 18 % грыжевого выпячивания от объема брюшной полости (грыжи среднего и большого размера) допускаются выполнение натяжных способов аутопластики, в том числе ушивание грыжевого дефекта, аллопластика с размещением импланта различными способами. При объеме 18 % и более грыжевого выпячивания от объема брюшной полости грыжа считается гигантской. В таких случаях рекомендуются ненатяжные способы аллопластики без ушивания дефекта, или реконструкция брюшной стенки аутопластическими операциями с релаксирующими разрезами по спигелевым линиям – операция Ramirez, или применение релаксирующих разрезов апоневроза прямых мышц живота (операция Welty).

Особые трудности возникают у больных с невосправляемыми гигантскими послеоперационными грыжами (30 % и более), особенно в сочетании с ожирением. Это так называемые грыжи с потерей *domestos*. В таких случаях показана абдоминопластика, резекция большого сальника, в некоторых случаях обширные резекции кишечника ибо без коррекции внутрибрюшного давления как главного фактора грыжеобразования во-первых невозможно закрыть брюшную полость, а во-вторых будет развиваться абдоминальный компрессионный синдром при сохранении которого в поздние сроки неминуемо приведет к рецидиву грыжи.

Последнее обязательное исследование перед операцией является электромиография. Метод функционального исследования нервно-мышечного аппарата являющийся единственным достоверным методом оценки функции мышц брюшной стенки. Электромиография позволяет определить степень атрофии брюшных мышц, а также степень ретракции прямых мышц в результате превосходства боковой мышечной тяги. При ее наличии показаны релаксирующие разрезы по спигелевым линиям для возвращения в первоначальное положение прямые мышцы живота, ибо только восстанавливая «эластическую занавеску» брюшной полости возможно положительные результаты лечения обширных срединных грыж.

Интраоперационные исследования. Операция реконструкция брюшной стенки по Ramirez – Welty должна производиться под постоянным контролем оперирующим хирургом давлением на вдохе внутри бронхиального дерева (показания манометра, аппарата искусственного дыхания). Важно не допустить его подскок выше 25 мм водн. ст. ибо при таких цифрах возможно развитие АКС. И здесь такая же тактика в зависимости от вида аутопластики возможно дополнительное применение релаксирующих разрезов, отказа от операции Напалкова в пользу менее натяжной Welty и т. д. В предоперационном периоде обязательно исследование ВВД по методу Y.L. Kron (1984) на операционном столе в конце операции и последующие трое суток ежедневно. Благополучное течение послеоперационного периода считается отсутствие: затрудненного дыхания, нехватки воздуха, снижения степени сатурации крови кислородом по пульсоксиметрии первые трое суток после операции (ибо по нашим наблюдениям АКС-синдром развивается на стыке 2–3 суток после операции). Обязательно носо-желудочная декомпрессия в течение 3–4 суток после операции.

Среди пролеченных 205 больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами с целью увеличения площади брюшной стенки у 151 больного прибегали к операции O. Ramirez (73,7 %), а у 54 (26,3 %) сочетание операции Ramirez с операцией Welty. Во всех случаях прибегали к резекции большого сальника. У некоторых больных эти две операции оказались недостаточными для предупреждения АКС-синдрома, в связи с чем у 17 (8,3 %) больных для уменьшения объема внутренностей брюшной полости производили обширную резекцию кишечника. У 5 (2,4 %) больных с гигантскими невосприимчивыми грыжами с так называемой потерей *domestos* для органов брюшной полости прибегали к правосторонней гемиколэктомии; еще у 8 (3,9 %) – к ампутации матки или кистэктомии придатков матки. Наличие ожирение 3–4 ст. является показанием к аб-

доминопластике с удалением излишков жировой клетчатки в передней брюшной стенке.

Результаты. Разработанный нами дифференцированный подход к выбору способа комбинированной аутопластики с учетом размеров грыжевого выпячивания, показателей функции внешнего дыхания, внутрибрюшного давления и электромиографии мышц брюшной стенки позволили минимизировать количество серьезных послеоперационных осложнений до 7 (3,4 %), а количество летальных исходов до 4 (2 %). В отдаленные сроки (катамнез 12 лет) выявлено 7 (3,4 %) рецидивов грыж.

Ботезату А.А., Райляну Р.И.

ПРИЖИВАЕМОСТЬ АУТОДЕРМАЛЬНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: botezatuaa@mail.ru*

Введение. Применение свободных деэпителизированных и деграссированных аутодермальных трансплантатов при грыжесечениях известны с 1913–1914 гг., когда О. Loewe и F. Rehn сообщили о 11 больных с паховыми грыжами и 65 больных с послеоперационными грыжами, при герниопластике которых применялись аутодермальные трансплантаты. Долгое время широкому внедрению аутодермальных трансплантатов препятствовало отсутствие эффективных способов их подготовки к трансплантации, в результате чего в послеоперационном периоде возникали местные гнойно-воспалительные осложнения. Это в первую очередь было связано с появлением эпителиальных кист, которые образовались из сохранившегося эпителиального слоя трансплантата.

В 1975 г. В.Н. Янов предложил простой общедоступный эффективный экспресс-метод термической обработки аутодермальных трансплантатов, который сводится к следующему: однократное ошпаривание 4–5 с эпидермальной поверхности кипятком 90–94 °С, после чего эпидермис легко соскабливается скальпелем, а подкожная клетчатка иссекается изогнутыми ножницами. Самое главное, что при такой подготовке не наступает денатурация коллагена в кожном трансплантате. На сегодняшний день

нам не известен другой способ, который по эффективности, общедоступности (горячий физраствор всегда под рукой у оперирующего хирурга) сравнивался с экспресс-методом В.Н. Янова. К тому же при правильном соблюдении техники укладки и фиксации (в хорошо растянутом состоянии аутодермальных трансплантатов) случаи нагноения, отторжения, образования эпителиальных кист встречаются в единичных случаях.

Наши данные не подтверждают бытующее мнение, что аутодермальные трансплантаты увеличивают количество случаев нагноения ран. Аутодермальные лоскуты хорошо приживаются и устойчивы даже при неблагоприятных условиях воздействия внешней среды (микроабсцессы в послеоперационном рубце, наличие кишечных свищей на передней брюшной стенке). Их жизнеспособность сохраняется даже при нагноении раны.

Цель исследования: показать жизнеспособность аутодермальных трансплантатов, отсутствие реакции отторжения, даже в условиях гнойной раны.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 2 больных (женщины) после операции комбинированной аутопластики с консолидацией аутодермальными лоскутами, у которых наблюдался краевой некроз кожи операционных ран при этом аутодермальные трансплантаты, несмотря на соседство гнойно-некротического процесса хорошо прижились.

Больная Б., история болезни № 6034, 2003 г. по поводу средне-срединной большой послеоперационной грыжи оперирована в нашем отделении с применением методика Ramirez консолидацией с аутодермальными лоскутами (по нашей методике). Операционный доступ средне-срединный продольный с иссечением аутодермального лоскута. Методика аутодермопластики сводилась к укладке поверх апоневроза аутодермального трансплантата по средней линии фиксированного к передним стенкам влагалища прямых мышц. Послеоперационный период осложнился частичным ишемическим некрозом кожи и подкожной клетчатки, что потребовало иссечение жизнеспособных тканей на 14 сутки после операции. Во время операции выявлен жизнеспособный аутодермальный трансплантат покрытый фибрином. Рана велась открытым способом. Отторжения аутодермального трансплантата не последовало. После очищения раны от гнойно-некротических тканей наложены вторичные швы, после чего рана зажила.

Больная Н., 70 лет, история болезни № 14986, 2022 г., госпитализирована в хирургическое отделение в плановом порядке с клиникой троакар-

ной надпупочной грыжи средних размеров с наличием диастаза прямых мышц живота II–III степени, образовавшейся после видеолапароскопической холецистэктомии 8 месяцев назад. При осмотре передней брюшной стенки выявлено наличие грыжевого выпячивания выше и левее пупочного кольца мягко-эластической консистенции размерами 6×8 см, свободно вправимое в брюшную полость. На второй день после госпитализации больная оперирована: под внутривенной комбинированной анестезией, срединным доступом с обходом пупка справа. Интраоперационно в надпупочной области выше пупочного кольца выявлен грыжевой дефект размерами 5×10 см с диастазом прямых мышц живота шириной 4–5 см выше и ниже пупка. Операция заключалась в грыжесечении, аутопластики грыжевого дефекта швами Чемпионера и консолидацией выполненной аутопластики аутодермальным лоскутом. На 5-й день после операции в центре послеоперационной раны выявлен краевой некроз кожи, сняты швы, края раны разведены. Через три недели после первичной некрэктомии отмечено нарастание некроза кожи и подкожной клетчатки в послеоперационной ране, сформировался продольный раневой дефект размерами 9×7 см в связи, с чем через месяц больная оперирована повторно, выполнено иссечение продольного раневого дефекта двумя полуовальными разрезами в поперечном направлении. При этом при отделении подкожной клетчатки от апоневроза прямых мышц живота на дне сформировавшейся раны выявлен аутодермальный трансплантат, прочно фиксированный к апоневрозу. Рана дренирована двумя полихлорвиниловыми трубками, которые сняты на 9-е сутки после операции. В последующем рана зажила без осложнений и после снятия швов выписана на амбулаторное лечение. Больная осмотрена спустя три месяца после герниопластики, осложнений со стороны послеоперационного рубца не выявлено.

Заключение. Послеоперационные осложнения в ране – нагноение ран, явились причинами ишемических некрозов кожи и кожной клетчатки вследствие обширных мобилизаций кожи и подкожно-жировой клетчатки от апоневроза. Аутодермальные трансплантаты, уложенные во время первичных операций, выявлены при повторных операциях и были жизнеспособными. После очищения ран от некротических тканей были наложены вторичные швы на кожу.

Выводы. Чтобы избежать краевых некрозов кожи и подкожно-жировой клетчатки при широкой мобилизации ее от апоневроза следует отдавать предпочтение не продольным разрезам, а поперечным при которых практически не встречаются данные осложнения.

*Лембас А.Н., Шпеко А.П., Кучинский М.В.,
Ивасишина М.В.*

ЛАПАРОСТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Каменская центральная районная больница,
Каменка, Молдова, Приднестровье
E-mail: anlembas@yandex.ru*

Введение. При лечении распространенного гнойного перитонита нередко возникают ситуации, при которых брюшную полость либо нельзя, либо невозможно закрыть. В таких случаях хирурги применяют метод «открытого живота» (Openabdomen) или лапаростомы – намеренный отказ от сближения краев апоневроза (WSES, 2016 г.). Лапаростомия позволяет уменьшить продолжительность первичной операции, отсрочить формирование кишечного анастомоза при нестабильном состоянии больного, осуществлять контроль и санацию остаточных очагов инфекции, проводить профилактику и лечение абдоминального компартмент-синдрома (АКС). Основные показания для лапаростомии:

- 1) флегмона передней брюшной стенки или обширные некрозы париетальной брюшины;
- 2) распространенный гнойный перитонит, абдоминальный сепсис;
- 3) несостоятельности швов анастомоза или наличии перфорации толстой кишки;
- 4) неэффективность применяемого дренирования брюшной полости обычными методами;
- 5) кишечные свищи;
- 6) инфаркт кишечника;
- 7) некротические энтериты и колиты;
- 8) перитонит после огнестрельных и сочетанных ранений брюшной полости;
- 9) угроза эвентрации через гнойную рану при продолжающемся перитоните;
- 10) анаэробный перитонит (Клинические рекомендации. Перитонит. РОХ, 2017 г.).

Основные варианты временного закрытия брюшной полости: повязка Vitmann, Bogota-bag, применение змейки, временное ушивание

краев кожи, сетчатый эндопротез, VAC- повязка (А.Ж. Quynetall, 2012 г.; F. Coccolini, 2017 г.). Показания к окончательному закрытию лапаростомы: достигнут контроль источника перитонита; купированы признаки абдоминального сепсиса (отсутствие органной дисфункции), нет необходимости в повторных хирургических вмешательствах, отсутствует опасность развития АКС.

При окончательном закрытии лапаростомы лучшими вариантами являются первичное фасциальное закрытие или разделение компонентов брюшной стенки; ушивание только кожи или пластика дефекта расщепленным свободным кожным лоскутом с преднамеренным формированием послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) показаны при сложных видах лапаростом; применение биологические сетки, в отличие от нерассасывающихся сетчатых эндопротезов, показано для окончательной реконструкции брюшной стенки. При лапаростомии возможно развитие различных интраабдоминальных осложнений: внутрибрюшные абсцессы (16,1 %), кишечные свищи (12,5 %). Летальность при лапаростомии достигает 36,0 % (А.Ж. Quynetall, 2012 г.).

Цель исследования: изучить результаты лечения распространенного гнойного перитонита с применением лапаростомы.

Материалы и методы. В период с 01.01.10 г. по 31.12.21 г. лапаростома была применена у 20 больных с распространенным гнойным перитонитом: женщин – 12 больных; мужчин – 8 больных; средний возраст – $68,7 \pm 0,76$ лет. Показания к срочному оперативному вмешательству: – осложненный колоректальный рак (КРР) – у 8 больных; флегмона п/о раны, эвентрация – у 6; спаечная кишечная непроходимость, некроз петли тонкой кишки – у 1; гнойная киста яичника, распространенный гнойный перитонит – у 1; третичный перитонит – у 1; перфорация толстой кишки сетчатым эндопротезом, каловый перитонит – у 1; ущемленная пупочная грыжа, флегмона грыжевого мешка – у 1; прободная язва ДПК, распространенный гнойный перитонит, межкишечные абсцессы – у 1 больной.

Показания к лапаростомии: распространенный гнойный перитонит, межкишечные абсцессы, абдоминальный сепсис – у 10 больных; третичный гнойный перитонит – у 9, из них, с развитием флегмоны лапаротомной раны – у 6; третичный перитонит, несформированный тонкокишечный свищ – у 1 больного. Варианты временного закрытия брюшной полости: Vogota-bag – у 8 больных; из них, в комбинации с вентрофилами – у 1 больного; полиэтиленовый экран + редкие кожные швы – у 8; полиэтиленовый экран + шнурование – у 4 больных.

Результаты и обсуждения. Всего было выполнено от 2 до 8 лапароскопий. Внутривентриальные осложнения наблюдались у 3 из 20 больных: абсцесс левого поддиафрагмального пространства – у 2 больных; несформированный тонкокишечный свищ – у 1 пациента. В раннем послеоперационном периоде умерли 5 (25,0 %) больных. Причина смерти: прогрессирующий перитонит – 2 больных; декомпенсация коморбидной патологии (ССН, СД и др.) на фоне регрессии признаков перитонита – 3 пациента. У всех выживших пациентов (15 больных) окончательное закрытие брюшной полости производилось путем ушивания кожи и подкожно-жировой клетчатки с преднамеренным формированием ПОВГ.

Выводы:

1. Лапаростомия является вынужденной мерой, показана при лечении распространенного гнойного перитонита, осложнившегося абдоминальным сепсисом, флегмоной лапаротомной раны, при наличии кишечных свищей, при развитии третичного перитонита; сопровождается летальностью 25 %.

2. Лапаростомия позволяет избежать проблемы с закрытием живота при сильном натяжении тканей брюшной стенки или при их инфицировании, снижает риск развития АКС, позволяет проведению визуального контроля и санации источника инфекции.

Волков В.Ю.¹, Чепендюк Т.А.², Додул А.П.¹, Бабой А.Н.¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДВУХ СПОСОБОВ ФЛЕБЭКТОМИИ

¹ *Республиканский госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны,*

² *Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,*

Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: chependuk@mail.ru

Введение. В настоящее время хирургическое лечение варикозной болезни нижних конечностей является актуальной проблемой, так как около 20 % взрослого населения страдает данным заболеванием. Варикозное расширение вен нижних конечностей приводит к инвалидизации приблизительно 2 % населения индустриально развитых стран. В настоящее время разработано множество способов флебэктомии, однако, несмотря на

многообразие методов, на сегодняшний день нет универсального способа, который позволял бы гарантировано избавиться от этого недуга. Так, рецидивы после операций, которые выполнялись в хирургических стационарах, составляют от 30 до 75 %, а в отделениях сосудистой хирургии от 4,3 до 9,8 %. Большой процент составляют истинные рецидивы (до 90 %), которые обусловлены погрешностями самой операции. Есть и постоперационные осложнения, но их процент ниже – от 4,5 до 27 %. В частности, индуративный отек голени – 5 %, тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 5,3 %, лимфорея – 5,4 %, гематомы – 10 %, онемение голени вследствие повреждения подкожного нерва (n. Saphenous) – 27 % и более.

Цель исследования: проанализировать ход операции и осложнения после обтурационной и классической флебэктомии для поиска не только менее травматичного способа операции, но и снижения риска развития постоперационных осложнений при лечении варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей.

Материалы и методы. В отделении сосудистой хирургии за три года (2019–2021 гг.) нами было прооперировано 97 пациентов с неосложненной формой варикозной болезни, 3 стадии по клинической классификации ВБНК ХВН 2–3 степени. Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось УЗИ – триплексное ангиосканирование с предоперационной маркировкой варикозно измененных притоков и перфорантных вен, оценкой проходимости глубоких вен, вариантов рефлюкса по большой подкожной вене, оценкой возможности блокирования большой подкожной вены на голени, маркировкой перфорантных вен и варикозно измененных притоков большой подкожной вены.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 45 человек, из них мужчин – 23, женщин – 22. У этих пациентов выполняли обтурацию ствола большой подкожной вены на голени участком удаленного ствола большой подкожной вены на бедре. Из удаленного сегмента большой подкожной вены на бедре выкраивался лоскут, который после удаления адвентиции и подкожной жировой клетчатки погружали в раствор антибиотика, после чего им производили обтурацию большой подкожной вены на голени с помощью зонда Бэбкока, введенного через исток БПВ у медиальной лодыжки до верхней трети голени.

Во вторую группу вошли 52 пациента, среди них было одинаковое количество женщин и мужчин, по 26 чел. У данной группы пациентов была выбрана другая тактика оперативного вмешательства – классическая флебэктомия.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке результатов лечения исходили из следующих параметров:

- количество выполненных разрезов на голени при стандартной флебэктомии и флебэктомии с блокировкой вены на голени;
- наличие онемения голени по переднемедиальной поверхности и оценка степени и частоты лимфостатического отека голени при обеих методиках;
- частота развития гематом голени, индурации при обеих методиках;
- наличие полной обтурации большой подкожной вены на голени без признаков реканализации, что определялось методом УЗИ – триплексного ангиосканирования;
- степень и частота развития эндофлебита вен голени при применении блокировки вены голени.

При сравнительном анализе результатов хирургического лечения больных с варикозной болезнью установлено, что при обтурационной флебэктомии онемение голени встречается в 3,5 раза реже, чем при классической флебэктомии. При обтурационной в отличие от классической флебэктомии не выявлены такие осложнения, как переходящий лимфостатический отек голени и гематомы голеней. В частности, после обтурационной флебэктомии нет гематомы голени, а после классической она обнаружена у 7,7 % пациентов. После классической флебэктомии не выявлен эндофлебит большой подкожной вены на голени, а после обтурационной флебэктомии он зафиксирован 6,7 % случаев (причем он регрессировал после консервативной терапии).

Таким образом, при обтурационной флебэктомии в 2,3 раза меньше осложнений. Преимуществом обтурационной флебэктомии является и тот факт, что хирург производит меньшее количество разрезов, чем во время операции классическим способом, а это важный эстетический момент, особенно для женщин. Необходимо также отметить, что не выявлено рецидивов заболевания у пациентов, оперированных по новой методике.

Выводы:

1. Способ обтурации большой подкожной вены на голени аутовеной, изъятый с бедра, является оптимальным способом флебэктомии;
2. Способ обтурации большой подкожной вены на голени рекомендуется так, как он менее травматичный (меньше число разрезов) и соответственно более эстетичный;
3. Не выявлено рецидивов заболевания у пациентов, оперированных по методике обтурационной флебэктомии;

4. Частота послеоперационных осложнений при способе obturационной флебэктомии большой подкожной вены на голени в разы ниже, чем при методике классической флебэктомии. Эндофлебит большой подкожной вены голени самостоятельно регрессировал на фоне консервативной терапии у всех пациентов.

*Маракуца Е.В., Ботезату А.А.,
Райляну Р.И., Паскалов Ю.С.*

ИННОВАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: botezatuaa@mail.ru*

Введение. У женщин наиболее распространенной причиной травмы ануса и промежности являются вагинальные роды. Повреждения промежности при этом возникают в результате двух различных механизмов травмы: разрывов поперечнополосатых мышц промежности и нейрогенного повреждения тазовых нервов (демиелинизация и денервация срамных нервов). Диагностика нейрогенных повреждений является сложной задачей и может быть выявлена с помощью электромиографии (ЭМГ). Акушерские повреждения анального сфинктера (АПАС) характеризуются спонтанными разрывами промежности третьей и четвертой степени. Регистрируемая частота АПАС по данным различных авторов колеблется от 0,5 до 17%. Более высокий риск наблюдается среди первородящих женщин (5,7%), чем у многократно рожавших женщин (1,5%).

Самопроизвольные вагинальные роды повышают риск развития тазовой дисфункции характеризующейся недержанием мочи и кала и опущением тазовых органов. Напротив, кесарево сечение, по-видимому, играет защитную роль в долгосрочной перспективе, обеспечивая частичную защиту от пролапса тазовых органов и, в меньшей степени, от недержания мочи и кала. Однако, кесарево сечение ассоциируется с повышенным риском для фертильности, будущей беременности и отдаленных последствий для детей. Установленные факторы риска развития АПАС

включают: большой вес ребенка при рождении (> 4 кг), затяжной второй период родов (> 1 ч) и инструментальное вагинальное родоразрешение (особенно с помощью щипцов). Отсутствие родов, поздние роды, азиатская этническая принадлежность, заднее затылочное предлежание, индукция родов, эпидуральная анестезия, дистоция плечиков и срединная эпизиотомия (связанная с более высокой частотой повреждения сфинктера, чем медиолатеральный разрез под углом $45\text{--}60^\circ$) также были описаны как факторы риска развития акушерского повреждения анального сфинктера.

АПАС является основной причиной анального недержания (АН) у женщин и серьезно отягощает их жизнь на психологическом, физическом и социальном уровне. Кроме того, АПАС может привести к краткосрочным последствиям, включая гематому и расхождение раны, абсцесс и образование ректовагинальных свищей, а также к более поздним симптомам, таким как боль в промежности и диспареуния, которые также могут вызвать задержку мочи и проблемы с дефекацией. Для предотвращения долгосрочных осложнений АПАС необходимы эффективные средства, позволяющие проводить раннюю диагностику и, следовательно, более эффективное лечение.

Диагностика. Проведение тщательного физикального обследования сразу после родов, включающего осмотр промежности и пальцевое ректальное исследование, до сих пор является стандартом для раннего выявления АПАС. Однако до 80 % повреждений сфинктера, по-видимому, пропускается в родильном зале. Частота недиагностированных травм также подчеркивает необходимость визуализации при оценке состояния анального сфинктера.

Диагностические методы. Сложные диагностические исследования обычно не проводятся сразу после родов и часто откладываются на несколько недель после травмы.

Эндоанальное ультразвуковое исследование (ЭАУЗИ) представляет собой «золотой стандарт» для выявления повреждений как наружного, так и внутреннего анального сфинктера, а также для оценки места повреждения и степени повреждения. Трехмерная ЭАУЗИ (3D-ЭАУЗИ) позволяет обнаружить даже небольшие повреждения сфинктера.

Трансперинеальное ультразвуковое исследование (ТПУЗИ) заключается в применении метода УЗИ на промежности (трансперинеально или транслабиально). ТПУЗИ как вне анальная процедура имеет ряд преимуществ.

ществ: большая доступность, меньшая инвазивность, что более приемлемо для пациентки.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) более чувствительна в выявлении дефектов наружного анального сфинктера по сравнению с ТПУЗИ и ЭАУЗИ и представляет собой эффективный инструмент для диагностики АПАС. Преимуществами МРТ являются неинвазивность, воспроизводимость, отсутствие зависимости от оператора и объективность результатов. Она также может помочь в выявлении ректовагинального свища. При исследовании нарушений тазовых органов динамическая МР-дефекография представляет собой еще один надежный вариант неинвазивной оценки всего тазового дна.

Аноректальная манометрия является золотым стандартом для оценки функции анального сфинктера.

Импедансная спектроскопия – простой, полезный инструмент для ранней диагностики, который может использоваться даже неподготовленными специалистами. Эта неинвазивная методика обладает высокой чувствительностью и специфичностью в выявлении повреждений анального сфинктера, не вызывая дополнительного дискомфорта, и может быть полезна при оценке нарушений сфинктера, вызванных нейрогенными повреждениями.

Недиагностированный АПАС и анальное недержание. Основной риск нераспознанного повреждения сфинктера заключается в развитии анального недержания (АН), которое может возникнуть спустя длительное время после родов, что влияет на качество жизни. С этой целью было предложено несколько систем оценки. Большинство из них включают сходные критерии, такие как характер недержания, степень осознания выделений, количество выделений, частота эпизодов и возможные сопутствующие жалобы. Одними из наиболее распространенных показателей недержания являются шкала WexnerClevelandClinicFlorida, шкала St. Mark (Vaizey) и шкала Pescatori.

Лечение. Если АПАС диагностирован после вагинальных родов, первичное хирургическое восстановление (*сфинктеропластика*) проводится как можно скорее после родов, хотя и может быть отложено на срок до 12 ч при отсутствии ресурсов. Тщательный гемостаз и анатомическое сопоставление с многослойным закрытием всех поврежденных слоев ткани и реконструкцией мышечного цилиндра толщиной не менее 2 см и длиной не менее 3 см являются ключевыми принципами для предотвращения осложнений и восстановления функции. Разрывы внутреннего анального

сфинктера (ВАС) (3–4 степень) должны быть восстановлены отдельно с использованием техники «конец в конец». Существует два признанных метода восстановления поврежденного наружного анального сфинктера (НАС): конец в конец и внахлест. При разрыве НАС умеренной степени (3а или реже 3б) следует выполнять восстановление методом «конец в конец». Техника наложения швов внахлест может быть использована только при полнослойных разрывах путем наложения 1,0–1,5 см концов мышцы один на другой двухрядным способом. По возможности женщин с недержанием кала или болью в промежности при последующем наблюдении следует направлять в специализированную региональную многопрофильную клинику перинеальной патологии или тазового дна для проведения ЭАУЗИ и аноректальной манометрии; в противном случае подходящей альтернативой является направление к специалисту-гинекологу или колоректальному хирургу.

Недержание кала, вызванное акушерской травмой. Анальное недержание (АН) после АПАС может возникнуть через несколько лет после первоначальной травмы сфинктера. Оно может возникнуть как в результате недиагностированной травмы анального сфинктера, так и в результате функциональной недостаточности сфинктеропластики. Независимо от причины, лечение АН является сложной задачей и должно быть индивидуальным. Варианты лечения включают различные консервативные и хирургические методы.

Консервативное лечение. Оптимизация консистенции стула и снижение моторики кишечника путем изменения диетических привычек, управления потреблением жидкости и фармакологического лечения доказали свою эффективность. Среди фармакологических методов лечения цинк-алюминиевая мазь улучшает показатель АН и качество жизни пациента, возможно, за счет усиления сокращения гладкой мускулатуры. Физиотерапия тазового дна (ФТД) – это неинвазивное лечение, которое следует рассматривать как дополнительный подход, включающий мануальную терапию, биологическую обратную связь или электрическую стимуляцию (ЭС), поведенческое обучение и программы домашних упражнений. ФТД эффективна для лечения дисфункции тазового дна, включая пролапс тазовых органов (ПТО), недержание кала или мочи, послеродовую дисфункцию тазового дна и хроническую тазовую боль.

Оперативное лечение. *Реконструктивная хирургия*, проводимая через несколько месяцев или лет после первичной сфинктеропластики, называется вторичным восстановлением. Повторное восстановление сфин-

ктера после неудачной первичной реконструктивной операции следует рассматривать только в том случае, если другие методы лечения оказались неэффективными. *Нейромодуляция крестцового нерва (НМКН)* является минимально инвазивным и эффективным методом лечения и представляет собой разумную альтернативу хирургическому вмешательству при АН. Этот метод улучшает нарушенную функцию сфинктера путем непрерывной электростимуляции крестцовых нервов. Независимо от этиологии АН (АПАС, нейропатия срамного нерва, ранее неудачная сфинктеропластика), НМКН демонстрирует эффективность в улучшении механизма континенции. Однако у части пациентов могут возникать нежелательные явления (у 15 % инфекционные осложнения и смещение электродов) и необходимость повторных вмешательств в долгосрочной перспективе (ревизия или повторная имплантация у 24 % пациентов). *Перианальное введение наполнителей* заключается в инъекции биосовместимых составов в подслизистое или межсфинктерное пространство анального канала, что может принести некоторую краткосрочную пользу в лечении АН. *Имплантация искусственного анального сфинктера* может представлять собой вариант лечения для отдельных групп пациентов с тяжелой формой АН, для которых все другие методы лечения оказались безуспешными. Искусственные анальные сфинктеры превосходят другие методы лечения, но их имплантация связана с высокой частотой осложнений, таких как раневые инфекции или послеоперационные боли, а также необходимостью повторных операций. Частота повторных операций достигает 95 %, а частота эксплантации – 40 %. *Отведение кала с наложением колостомы* остается альтернативой для пациентов с АН с низким качеством жизни, у которых другие методы лечения не дали результатов или невозможны.

Были описаны и другие методы лечения, которые не используются в настоящее время, включая *радиочастотную абляцию, стимуляцию большеберцового нерва и имплантацию магнитного кольца*, а также методы транспозиции мышц, такие как *грацилопластика и глютенопластика*.

Выводы. Стратегии регенеративной медицины (РМ) все больше изучаются как будущий вариант лечения, учитывая неудовлетворительные результаты традиционных методов лечения АН. Целью РМ как терапии АН является восстановление функции анального сфинктера путем воздействия на гладкие и скелетные мышечные ткани. Среди различных подходов в этой области наиболее перспективными являются клеточная терапия, биоматериалы и тканевая инженерия.

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Чимилюк М.Л., Крейчман Л.Ф.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

*Бендерский лечебно-диагностический центр,
Бендеры, Молдова, Приднестровье
Тираспольская Физиотерапевтическая поликлиника, Тирасполь,
Молдова, Приднестровье
E-mail: Diagnostika06@mail.ru*

Введение. Болезни суставов во всем мире являются наиболее распространенной патологией. Одним из перспективных и быстро развивающихся методов лечения патологии коленных и тазобедренных суставов является их эндопротезирование. Это приводит к полному восстановлению трудоспособности больных и повышению качества жизни. Показаниями к эндопротезированию является: деформирующий и посттравматический остеоартроз третьей степени, перелом шейки бедренной кости, асептический некроз головки бедренной кости. Важным в реабилитации является основной диагноз и сопутствующие заболевания.

Цель исследования: изучить восстановление функции оперированной конечности у больных после эндопротезирования.

Под нашим наблюдением в «Бендерском лечебно-диагностическом центре» и «Тираспольской Физиотерапевтической поликлинике» в 2020–2022 гг. находилось 88 больных после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов. 27 % составили мужчины и 73 % – женщины. Возраст пациентов составлял 30–40 лет – 4 %, 50–60 лет – 15 %, 60–70 лет – 61 %, 70–80 лет – 20 %. 54 % с эндопротезированием коленного сустава и 46 % с эндопротезированием тазобедренного сустава.

Все пациенты получали курс массажа 10 процедур ежедневно, магнитотерапии 10 процедур ежедневно, ЛФК (механотерапия) 20 процедур

ежедневно, гидрокинезитерапия 10 процедур через день, подводный душ массаж 10 процедур через день. Реабилитация в среднем составляла от полутора до двух месяцев.

Всем пациентам с лишним весом в начале курса реабилитации предлагалось похудеть, тем самым уменьшить нагрузку на оперированную конечность. Пациенты соблюдали низкокалорийную диету и к концу лечения наблюдалось снижение веса до 5–7 кг.

К общим принципам восстановительного лечения относятся применение средств лечебной физкультуры, физиотерапевтическое лечение, механотерапия, лечебная дозированная ходьба, гидрокинезитерапия, массаж.

Физические упражнения обладают общеукрепляющим, тонизирующим действием, адаптируют больного к физическим нагрузкам. Гидрокинезитерапия позволяет расширить объем движений в суставах, а также дозированно увеличивать нагрузку на оперированную конечность. Лазеромагнитотерапия способствует рассасыванию послеоперационных инфильтратов, обладает противоотечным и противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию. Методы ЛФК должны назначаться в зависимости от исходного состояния коленного и тазобедренного сустава, а также степени нарушения функции конечности. Массаж оперированной конечности ограничен в первый месяц после эндопротезирования в связи с опасностью тромбоэмболических осложнений. В этот период рекомендован массаж симметричных сегментов здоровой конечности и соответствующих рефлекторно-сегментарных участков нижнегрудных и поясничных отделов позвоночника. Рекомендована пассивная механотерапия, упражнения на велотренажере, упражнения, направленные на укрепление мышц бедра, ягодиц, голени, особенно отводящие группы мышц бедра (при эндопротезировании тазобедренного сустава), что предотвращает расшатывание компонентов эндопротеза. ЛФК способствует устранению остаточной функциональной разницы длины конечности, выработке выносливости и силы мышц. Однако активная перегрузка запрещена, т.к. это может вызвать развитие рефлекторно болевой контрактуры и образование периартикулярных оссификатов в позднем периоде.

Пациентам показана электростимуляция мышц оперированной конечности (четырёхглавой мышцы бедра), низкочастотная магнитотерапия, озокеритолечение, подводный душ массаж, низкоинтенсивное лазерное облучение на аппарате «Матрикс».

Результаты лечения: физическая реабилитация после оперативно-го вмешательства направлена на устранение не морфологических изменений, а функциональных возможностей оперированной конечности. У пациентов всех возрастных групп наблюдалась положительная динамика. Уменьшался отёк оперированной конечности, увеличивалась амплитуда движений, уменьшался и полностью проходил болевой синдром. Пациенты приходили в начале лечения на костылях, примерно через 3 недели переходили на две трости, а еще через 2 недели отказывались и от них. Улучшалась двигательная и опорная функция оперированной конечности.

Вывод:

1. Лечебная физкультура и физиотерапевтическое лечение способствует восстановлению функции конечности после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

2. Восстановительный период у пациентов с эндопротезированием коленных суставов был намного быстрее, чем тазобедренных, однако угол сгибания в суставе по сравнению со здоровой конечностью в коленном суставе был хуже, чем в тазобедренных.

Гуменный В. Ф., Луценко В. В. Молдовская А.А.

СЛУЧАЙ РАНЕНИЯ МАЛОГО ТАЗА МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

Рыбницкая центральная районная больница, Молдова, Приднестровье

Введение. Причиной повреждений таза в мирное время является уличный и производственный травматизм (автомобильные происшествия, строительство, шахты). Чаще всего переломы костей таза встречаются у лиц в возрасте от 20 до 50 лет, причем у мужчин в два раза чаще. Особую группу составляют пострадавшие с переломами костей таза, осложненными повреждениями тазовых органов, частота которых колеблется от 6,8 до 19 % (Карпенко Г.С., 1957). При этом чаще встречаются повреждения уретры, несколько реже мочевого пузыря. Повреждения прямой кишки, матки и влагалища встречаются сравнительно редко при тупой травме и чаще при открытых повреждениях.

Сочетанные травмы таза по отношению ко всем его переломам составляют от 38 % (М. В. Таневич, 1957) до 75 % (Pelter, 1965).

По шокогенности травматические повреждения таза занимают III место после повреждений груди и живота. Шок встречался в 41–48 % всех травм таза. При внутритазовых (кровопотеря при вертикальных переломах может достигать 4,0–4,5 литров) повреждениях внутренних органов возникают тяжелые, нередко смертельные осложнения: перитонит, моче-вые флегмоны, уросепсис, анаэробная инфекция, т. е. пострадавшие с повреждениями таза представляют собой тяжелый контингент как с точки зрения тяжести травм, трудности в диагностике, так и грозящих осложнений и длительных сроков лечения.

Цель исследования: представляем наш случай ранения малого таза металлическим инородным телом.

Больной К. 35 лет, мужчина, житель Украины, не работает. Доставлен скорой медицинской помощью 6 апреля 2016 года в приемное отделение Рыбницкой ЦРБ с места ДТП, через 30 минут после получения травмы. Больной жалуется на боли в области таза и наличие инородного тела в области промежности. Со слов больного в салоне легкового автомобиля находился металлический предмет (строительный лом). При поступлении состояние больного средней тяжести, в сознании, на вопросы отвечает с трудом, речь замедленная. Положение больного на боку, в области промежности находится металлический предмет (лом), хорошо фиксированный к костям таза. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких с обеих сторон дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены АД 120/80 мм рт. ст. PS 90 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный над лоном, в области мочевого пузыря. Перитонеальных знаков нет. Перистальтика выслушивается. Печень, селезенка не пальпируется, безболезненна. Со слов больного физиологические отправления в норме. Больной не отрицает факт употребления алкоголя. St. localis: В области промежности, по внутренней поверхности левого бедра, фиксировано инородное тело (металлический стержень – лом) проникающий в полость малого таза спереди назад.

В области крестца отмечается припухлость мягких тканей и при пальпации отмечается инородное тело с неровными краями размером 1,5 см. Двигательные функции н/конечностей, чувствительность кожи н/конечностей и пульсация на артериях стоп сохранена. В условиях операционной произведено: а) катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером Фолея – получена светло-желтая моча без патологических примесей; б) ректальное пальцевое исследование прямой кишки, при котором нарушения целостности кишечной стенки не выявлено; в) рентгенография

костей таза – металлический лом шириной около 3 см проникает через мягкие ткани бедра, ягодицы, через нижнюю апертуру, в полость малого таза и заостренным концом внедрен в область крестца, сегменты S3–S4; г) лапароцентез, дренирование брюшной полости, патологической жидкости в брюшной полости не обнаружено. Анализ крови, мочи, биохимические анализы без патологии.

Выставлен диагноз: Проникающее ранение малого таза металлическим инородным телом, перелом крестца сегмента S3–S4. Травматический шок I степени.

Под внутривенным обезболиванием больному произведена операция: «Удаление инородного тела из малого таза, ревизия раневого канала и его дренирование». Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Осложнений со стороны органов и костей малого таза не было. Больной спустя 12 суток выписался домой для дальнейшего наблюдения у врача – травматолога по месту жительства.

Гуменный В.Ф., Гуменный Б.С.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КЛЮЧИЦЫ

Рыбницкая центральная районная больница, Молдова, Приднестровье

Введение. Из данных статистики известно, что количество осложнений и неудовлетворительных результатов лечения при этом виде травм остается высокими от 5,7–25,3 % случаев. Большое количество остеомиелитов и ложных суставов ключицы при внутреннем остеосинтезе пластинами и гвоздями напрямую связано с дополнительным нарушением кровоснабжения ключицы в зоне перелома. Остеосинтез аппаратами внешней фиксации не решил проблемы лечения переломов ключицы, так как метод технически сложен и реально применяется лишь отдельными хирургами. В результате неадекватного лечения возникают не только боли и деформации на месте повреждения, но и нарушается функция верхней конечности, что приводит к снижению трудоспособности больных и даже выходу на инвалидность. Следует отметить, что последствия посттравматического изменения формы ключицы не ограничиваются только областью перелома. При этом происходят существенные изменения нервно-мышечного аппарата, ведущие к снижению мышечной силы верхней

конечности, укорочению надплечья, а у детей – к асимметричному развитию плечевого пояса, шейного отдела позвоночника и нарушению осанки. Ошибки и осложнения в травматологии всегда были, существуют и потенциально возможны, но предотвратить и сводить их к минимуму является актуальной задачей современной травматологии и ортопедии. В данной статье систематизированы и выделены основные направления ошибок и осложнений, которые часто встречаются в практической травматологии нашего отделения.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения переломов ключицы путем выявления и предупреждения основных причин ошибок и осложнений при остеосинтезе

Материалы и методы. Материалом нашей работы послужили анализ историй болезней 26 больных за период 2015–2020 гг., которые лечились в травматологическом отделении. Среди них мужчин – 19 (73,1%), женщин – 2 (7,7%), детей 5 (19,2 %). Возраст больных варьировал от 9 до 56 лет. Анализ анамнеза операций и их места выполнения выявили следующее: большинство из них оперированы в отделении травматологии – 21, в других районах нашей республики и ближнего зарубежья – 5. По нозологии материал представлен следующим образом: неправильно срастающиеся переломы – у 6 (23,7 %) больных, несросшиеся переломы обнаружены в одном (3,8 %) случае, ложные суставы отмечены у 2 (7,6 %), остеомиелит – у одного (3,8%) больного (все больные с осложнениями оперированы в ближнем зарубежье). По виду первичных оперативных вмешательств мы выявили следующее:

– интрамедуллярный остеосинтез спицей и серкляжной проволокой – в 18 (69,2 %) случаях, из них выявили: неправильно срастающиеся переломы – 6 (33,3 %), несросшиеся переломы – 1 (5,5 %), ложные суставы – 2 (11,1 %) и остеомиелиты – 1 (5,5 %) случаев.

– накостный остеосинтез пластиной (DCP, LC-DCP) – применялся у 5 больных, осложнений не наблюдалось.

Результаты. В процессе анализа ошибок и осложнений после остеосинтеза ключицы мы выявили следующие моменты. Во-первых, применение только одной спицы или с комбинацией серкляжной проволокой при остеосинтезе переломов ключицы не обеспечивает жесткой фиксации отломков и после операций невозможно полностью исключить их микроподвижность. Как известно, ключица является распоркой между туловищем и свободной верхней конечностью и сохраненная микроподвижность между отломками чаще приводит к следующим последствиям:

– остается диастаз между отломками, который приводит к удлинению сроков консолидации или к развитию ложного сустава;

– угловая деформация спицы, вследствие микроподвижности или физической нагрузки приводит к искривлению ключицы за счет уменьшения площади соприкосновения костных отломков, удлинению сроков консолидации или развитию ложного сустава;

– миграция спицы, которая вызывает боли и прорезывание кожного покрова в области акромиального конца ключицы, которое в последующем также приводит к развитию ложного сустава ключицы или остеомиелита при вторичной инфекции;

– длительная иммобилизация верхней конечности на стороне перелома, удлиняет сроки нетрудоспособности больного;

– из-за слабой подкожной клетчатки в области перелома часто прощупывается серкляжная проволока и конец согнутой спицы создает бытовые неудобства больному.

Во-вторых, остеосинтез накостной пластиной переломов ключицы дает хорошие результаты, но относительно травматичен и к недостаткам относятся:

– обширное обнажения место переломов (кожный разрез не менее 8–10 см), нарушает трофику ключицы и оставляет послеоперационный рубец;

– отслойка надкостницы ключицы по всей длине накостной пластины, которое нарушает трофику и снижает стойкость костной ткани к инфекциям.

Выводы. Учитывая большое количество послеоперационных осложнений, продолжают поиски новых методов остеосинтеза переломов ключиц или модернизация часто применяемых способов фиксации переломов ключицы. С 2007 года при переломе ключицы в отделении травматологии применяется комбинированный метод с применением интрамедулярного остеосинтеза ключицы спицей Илизарова с дополнительной фиксацией проксимального и дистального конца перелома металлическими шурупами с промежуточной фиксацией металлической проволокой.

Данный метод комбинированного оперативного лечения технически прост и может выполняться врачом-травматологом любой квалификационной категории. Преимущество данного метода:

- 1) достигается хорошая стабильность перелома;
- 2) технически прост при выполнении операции;

- 3) малая травматичность надкостницы, минимальное нарушение трофики костной ткани при образовании костной мозоли;
- 4) ранняя функция конечности.

Фегу Л.¹, Гроза А.Г.², Гроза Г.М.²

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ С ОБШИРНЫМ ДЕФЕКТОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

¹Республиканская больница травматологии и ортопедии, Кишинев, Молдова

² Каменская центральная районная больница,

Каменка, Молдова, Приднестровье

E-mail: aurtravm@gmail.com

Введение. Лечение открытых переломов по-прежнему остается проблемой для хирурга-ортопеда (William W. Gross, 2008; Rediger J. Weis, 2012). Несмотря на усовершенствования в технологии и хирургической технике, уровень инфицирования раны и несращения переломов остается высоким. Основными принципами лечения открытых переломов являются:

- 1) как можно раннее назначение антибиотиков;
- 2) как можно ранняя первичная хирургическая обработка раны (риск заражения cl. Tetani);
- 3) ранняя стабилизация скелета с помощью временной внешней фиксации;
- 4) раннее закрытие открытых ран в зоне переломов либо местными тканями, либо пересадкой кожных лоскутов (William W. Gross et all (2008).

При выборе тактики лечения необходимо учитывать состояние больного, механизм травмы и тип перелома, состояние мягких тканей в зоне перелома. Для определения тяжести открытого перелома наиболее часто применяется классификация Gustilo (1976), которая учитывает энергию перелома, состояние мягких тканей в зоне повреждения и степень их загрязнения. Частота инфицирования раны зависит от вида открытого перелома (классификация Gustilo, 1976): при переломах I типа в 1,4 % случаев; при переломах II типа – в 3,6 %; при переломах III типа – в 22,7 % (William W. Gross et all., 2008). Препараты выбора для антибиотикотерапии – цефалоспорины, синтетические пенициллины. Продолжительность антибактериальной терапии еще не определена – 1–3 дня до полного закры-

тия раны. Проведение первичной хирургической обработки раны (ПХО) должно сопровождаться обильным лаважем солевыми растворами.

Варианты закрытия раны при лечении открытых переломов включают первичное ушивание кожи, закрытие раны расщепленным свободным кожным лоскутом, либо местными кожно-мышечными лоскутами на питающей сосудистой «ножке». Выделяют немедленное закрытие раны (во время ПХО), раннее закрытие (в пределах 24–72 ч после травмы), отсроченное закрытие раны (поздняя доставка пострадавшего в лечебное учреждение и др.), позднее закрытие дефекта (после полной санации раны).

Цель исследования: показать успешный результат лечения сложного открытого перелома нижней конечности.

Больной М. 53 года, в результате высокоэнергетической травмы (падение большого дерева на правую стопу, голень, голеностопный сустав) 7.05.22 г. был госпитализирован в травматологическое отделение Каменской ЦРБ с клинико-рентгенологическим диагнозом: открытый перелом нижней трети правой большеберцовой кости с дефектом костной ткани и смещением отломков; открытый многофрагментарный перелом правой пяточной кости со смещением отломков; открытый перелом головок II, III, IV, V плюсневых костей правой стопы со смещением отломков; разможено-рванная рана нижней трети правой голени, голеностопного сустава, внутренней тыльной и латеральной поверхностей правой стопы и первого пальца правой стопы (тип III В по классификации Gustilo (1976)).

В экстренном порядке была выполнена операция: ПХО открытых переломов костей правой стопы и нижней трети голени, мягких тканей, металлоостеосинтез правой большеберцовой кости, правой пяточной кости, пятой плюсневой кости спицами, ПХО мягких тканей и ушивание, дренирование раны резиновыми полосками. Была выполнена гипсовая мобилизация конечности, укладка ее на шину Беллера, назначена комплексная лекарственная терапия (дезагреганты, гепарин, НПВП, анальгетики). С антибактериальной целью – цефтриаксон 6,0 г/сут. В раннем послеоперационном периоде появился выраженный посттравматический отёк мягких тканей в зоне оперативного вмешательства (сняты все швы), а затем развился ишемический некроз мягких тканей, который распространился от нижней трети голени до дистальных отделов стопы по тыльной, латеральной и частично медиальной поверхностях стопы; были выполнены этапные некрэктомии.

06.06.2022 г. пациент был переведен в отделение гнойной травматологии БТиО г. Кишинёва, где была выполнена тотальная некрэктомия, частичное удаление металлоконструкций. Перевязки ран выполнялись

с гранулами Колапана с тромбомуцином. Затем была установлена VAC-система на протяжении 7 дней. После полного очищения раны и развития грануляций, была выполнена пластика мягких тканей кожно-мышечным лоскутом на питающей «ножке» и аутодермопластика перфорированным расщепленным кожным лоскутом. Одновременно произведён малоинвазивный остеосинтез большеберцовой кости пластиной LCP и спицами.

Дальнейшее лечение было проведено в травматологическом отделении Каменской ЦРБ. В процессе лечения отмечалось полное приживление пересаженных кожных и кожно мышечных лоскутов. Удалена часть металлоконструкций. Частично восстановлено движение в суставах стопы и голеностопном суставе. Планируется выполнение костной пластики дефекта большеберцовой кости.

Выводы:

1. Открытые переломы с обширным дефектом мягких тканей представляют собой серьезную проблему для хирурга-травматолога, требуют комплексного местного и системного лечения.

2. При лечении данного вида травм необходимо как можно раннее назначение антибактериальной терапии, проведение ПХО с обильным лаважем солевыми растворами, стабильная фиксация костных отломков.

3. Применение VAC-терапии является высокоэффективным методом лечения гнойных и гнойно-некротических ран мягких тканей, способствует быстрому очищению ран.

Салтанова В.С., Андрус С.Н.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,

Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: saltanovapatfiz@mail.ru

Введение. Переломы дистального отдела лучевой кости являются наиболее распространенными переломами предплечья и составляют приблизительно 16 % от всех переломов костей скелета. Остеопороз может способствовать такому перелому при незначительном падении на руку.

Поэтому чаще данные переломы возникают у людей старше 50–60 лет. Большинство пациентов, после перелома в дистальном отделе лучевой кости, возвращаются к своей повседневной деятельности через 1,5–2,5 месяца. Чтобы сократить этот период восстановления, а также снизить риск развития осложнений, необходимо как можно раньше начать реабилитацию пациента.

Цель исследования: определить оптимальный и эффективный вариант реабилитационного лечения пациентов с переломом лучевой кости в дистальном отделе.

Материалы и методы. Проводился анализ медицинской документации, амбулаторных карт пациентов, получавших реабилитационное лечение в отделении восстановительного лечения ГУ ТКЦАПП г. Тирасполь. Под наблюдением находились 18 женщин в возрасте от 50 до 65 лет с закрытым переломом дистального метаэпифиза лучевой кости и относительно точной репозицией костных отломков. Пациенты были разделены на две группы по 9 человек. В первой группе применялось раннее реабилитационное лечение на этапе иммобилизации конечности, и было продолжено в постиммобилизационном периоде. Во второй группе реабилитационное лечение проводилось сразу после прекращения иммобилизационного периода.

Реабилитационная программа в обеих группах включала лечебную физкультуру, магнитотерапию, токи УВЧ. В постиммобилизационном периоде применяли дополнительно электрофорез с хлористым кальцием, йодистым калием, лидокаином.

В первой группе реабилитационные мероприятия начали проводить на вторые сутки после наложения гипсовой повязки. Лечебная физкультура включала активные и пассивные изотонические и изометрические упражнения для пальцев кисти: сгибание и разгибание, приведение и отведение первого пальца, усиленные движения в плечевом суставе, дыхательную гимнастику. Из физиопроцедур применялись токи УВЧ, магнитотерапия. В постиммобилизационном периоде амплитуду и дозировку движений в конечности увеличивали. Добавляли активное сгибание, разгибание в лучезапястном, локтевом, плечевом суставах. Применяли растягивание пружинного эспандера и разработку суставов верхней конечности с использованием утяжелителей. Из физиопроцедур добавили электрофорез.

Во второй группе реабилитационные мероприятия начали проводить на вторые сутки после снятия гипсовой повязки. Лечебную физкультуру

начали с малой и щадящей нагрузки на поврежденную конечность. Применяли токи УВЧ, магнитотерапию и электрофорез.

Результаты и обсуждение: В первой группе пациенток наблюдалось уменьшение болевого синдрома и отека в области пальцев, свободных от гипсовой повязки на 3–4 сутки от начала реабилитационного лечения, а спустя 1,5 недели после снятия гипсовой повязки и продолжении реабилитационных мероприятий, отек не наблюдалось и объём движений в лучезапястном суставе приблизился к норме. У пациенток второй группы спустя 1,5 недели реабилитации сохранялся отек кисти и дистальной трети предплечья, выраженный в той или иной степени и у половины пациенток, сохранялся болевой синдром. Движения в лучезапястном суставе были значительно ограничены. У одной пациентки развились признаки нейродистрофического синдрома. Критериями оценки эффективности и оптимальности подобранного комплекса реабилитации выступали: наличие отека, болевого синдрома, активности движения в суставе травмированной конечности.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности раннего начала, еще на этапе иммобилизации, реабилитационного лечения при переломе дистального отдела лучевой кости. Примененный вариант реабилитации – раннее применение лечебной физкультуры, физиотерапии на этапе иммобилизации и в постиммобилизационном периоде свидетельствует о высокой эффективности и безопасности.

*Бордиян Н.С., Гарбуз И.Ф., Мазур В.Г., Игнатов А.Д.,
Антонюк М.Б., Гайдей С.С., Моисеенко А.А., Гуцул Д.М.,
Бабенко С.В., Алекса К.И., Канатьев Ю.Б., Шабалин Н.В.*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНО-СВЯЗОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

*Приднестровский государственный университет им Т.Г. Шевченко,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: travorto.tir@mail.ru*

Костно-связочная дисплазия шейного отдела позвоночника у детей – это собирательный термин. Включает в себя патологическое состояние

мышечно-связочной системы шейного отдела позвоночника, как комплекса анатомических структур, которые приводят к повышению мобильности шейного отдела позвоночника, формированию нестабильности в данном сегменте, с вторичными хроническими негрубыми дисциркуляторными изменениями и неврологической симптоматикой. По МКБ 10 данное патологическое состояние классифицируется как класс XIII. Подкласс М.00-М.99 Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Причинами костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей многие авторы считают механическую травму шейного отдела позвоночника, в том числе и родовую травму, последствия черепно-мозговых травм, спортивные травмы. Диагностика и лечение костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей давно вышла за рамки одной специальности и обусловлено разнообразием симптомов заболевания.

Целью исследования являлось определение удельного веса всех лечебных алгоритмов специалистов, занимающихся консервативным лечением костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника у детей.

Задачи:

- выяснить способы консервативного лечения костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей;
- определить совокупность подходов и методов лечебных мероприятий костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей различными специалистами, которые чаще встречаются с данной патологией;
- рассчитать удельный вес и вклад каждого способа лечения в улучшение состояния ребенка.

Материалы и методы. Исходные данные были получены при ретроспективном когортном исследовании 217 историй болезни детей, лечившихся в хирургическом отделении ГУ РЦМиР с костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника. Из которых 112 было мальчиков и 105 девочек. По возрасту дети были распределены следующим образом: 5–7 лет 13 детей; 8–10 лет 41 ребенок; 11–14 лет 163 ребенка. Консервативное лечение костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника было комплексным. В результате исследования определены три группы лечебных мероприятий, применяемых для лечения детей с костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника.

1. Местное лечение включало в себя мягкое вытяжение ШОП на петле Глиссона (7–14 дней в стационаре, грузом 0,5 % от массы тела ребенка);

редрессация ШОП, ношение воротника Шанца в течение 1 месяца после редрессации.

2. Медикаментозное лечение следующими группами препаратов: нейропротекторная вазоактивная терапия, противоотечные препараты, седативные препараты, витаминные комплексы. Медикаментозное лечение длилось курсом 10–14 дней.

3. Физиотерапевтическое лечение: парафиновые аппликации на шейный отдел позвоночника, массаж мышц шеи и грудной клетки, электрофорез с лекарственными препаратами. Физиотерапевтическое лечение также было курсовым и назначалось от 7 до 10 процедур.

В результате систематизации всех групп лечебных мероприятий было собрано 10 факторов, применяющиеся в лечении костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника у детей. В зависимости от опыта и специализации лечащего врача детям с костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника назначалась комплексная терапия данной патологии. Для объективизации комплексного подхода к лечению костно-связочной дисплазией шейного отдела позвоночника каждого специалиста и определения меры влияния каждого метода лечения в улучшение состояния ребенка, нами был использован экспертный метод с учетом мнения специалистов.

В нашей работе мы использовали метод весовых коэффициентов важности.

Данный метод весовых коэффициентов важности позволил оценить внутреннюю непротиворечивость ответов экспертов. Пороговым значением коэффициента непротиворечивости (компетентности) экспертов было выбрано значение больше 0,7, если коэффициент был меньше 0,7, то мнение такого эксперта не учитывалось в дальнейших расчетах в силу того, что эксперт сам себе противоречит. Для проверки правильности полученных результатов использовался коэффициент конкордации (согласия), который показал степень одинаковости мнений различных специалистов.

С помощью критерия Кохрена оценили однородность мнений по каждому конкретному объекту. Все эти меры были направлены на доказательство того, что в процессе расчетов не допущены ошибки, и что группа экспертов пришла к некоторому соглашению, что повысило вероятность получения объективно правильного ответа. Критерием, оценивающим объективность ранжирования, полученной в результате экспертизы, стал

закон Г. Ципфа, который по своей сути является информационным законом самой общей природы.

Результаты и обсуждения. Проведённый математический анализ позволил провести ранжирование методов лечения, неоднородных по своей природе, но имеющие лечебный эффект в улучшении состояния ребенка. В результате все специалисты сошлись во мнении, что наибольший вклад в успех лечения костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей имеют: мягкое вытяжение на петле Глиссона, Редрессация ШОП, нейропротекторная вазоактивная терапия.

Выводы.

1. В результате проведенного исследования систематизирован комплексный подход к консервативному лечению костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей и выделены три основных группы: местное лечение шейного отдела позвоночника, медикаментозное лечение различными группами препаратов, и физиотерапевтическое лечение. Нет одного идеального метода лечения костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника, только совокупность подходов лечебных мероприятий приводят к хорошему результату у конкретного пациента.

2. Математическая обработка данных позволила объективизировать комплексный подход каждого специалиста исходя из его опыта и представлений о методах и способах лечения костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей. Выявлено согласие специалистов в комбинировании наиболее эффективных методик лечения с целью достижения хорошего результата у каждого ребенка.

3. Наибольший вклад в успех лечения костно-связочной дисплазии шейного отдела позвоночника у детей имеют: мягкое вытяжение на петле Глиссона, Редрессация ШОП, нейропротекторная вазоактивная терапия. Суммарный вклад данных методов составил более 50 %.

РАЗНОЕ

Самко Г.Н., Маль Г.С., Денисюк Д.А.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ В 2021 ГОДУ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: samkohalina@gmail.com*

Введение. Исходя из современных представлений язвенная болезнь – это хроническое полиэтиологическое заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки, которую в 65 % случаев язвенных поражений желудка и 80 % случаев поражения двенадцатиперстной кишки вызывает *H. pylori*. Цепочку патогенетических изменений данного заболевания провоцирует дисбаланс между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки органов, который может запустить неправильный образ жизни человека. Несмотря на успехи современной медицины в рамках помощи таким пациентам, язвенная болезнь до сих пор является распространенной патологией желудочно-кишечного тракта, требующей во многих случаях проведения оперативных вмешательств, с возможным развитием жизнеугрожающих осложнений (кровоотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника и малигнизация), а также значительными расходами на лечение и ведение таких пациентов. Понимание реальной обстановки лечения данной патологии необходимо также для получения представления об эффективности проводимых мероприятий и состоянии таких пациентов в связи с изменением системы здравоохранения Приднестровья и большим упором на амбулаторно-поликлиническое звено.

Цель исследования: анализ динамики заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, проведения хирургических вмешательств и развития жизнеугрожающих состояний в Приднестровье в 2021 г.

Материалы и методы. Был проведен анализ статистических данных медико-демографических показателей, показателей заболеваемости и общей заболеваемости населения, заболеваемости населения отдельными нозологическими формами, хирургической работы стационаров и экстренной хирургической помощи населению Приднестровья в 2021 г.

Результаты и обсуждение. При оценке, прежде всего, необходимо также учитывать демографическую обстановку в Приднестровье. Численность населения в 2021 г. составила 465837 человек, и этот показатель, к сожалению, из года в год становится еще меньше (на 01.01.2022 этот показатель 463582 человек), причем наблюдается естественная убыль населения, вызванная превышением смертности (19,3) над рождаемостью (6,8). При оценке картины болезней органов пищеварительной системы наблюдается определенная положительная динамика: смертность снизилась до 95,5 при предыдущем значении 100,3, число пациентов с болезнями органов пищеварения также снизилось (17587 человек). Тем не менее, ситуация с пациентами, имеющими диагноз «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки», требует внимания и анализа, а также повышенного внимания к лечению. Ведь несмотря на то, что первичная и общая заболеваемость снизились, средняя длительность лечения возросла с 8,7 в 2020 г. до 8,9 в 2021 г., а летальность выросла почти в два раза – с 4,5 до 8,8.

Интересную статистику можно получить, изучая хирургическое вмешательство при данном заболевании, а именно хирургическое вмешательство при наличии осложнений. Число операций по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки выросло с 33 до 44, также выросла общая послеоперационная летальность с 9,09 до 15,91. Число операций по поводу желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки выросло до 19, общая послеоперационная летальность выросла с 7,14 до 15,79.

Число пациентов, доставленных в стационар по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в рамках экстренной хирургической помощи, увеличилось с 33 человек за 2020 г. до 44 человек в 2021 г. Также увеличилось количество летальных случаев с 3 до 7. Случаи хирургического вмешательства при язвенной болезни в рамках экстренной помощи выросли с 14 до 19.

Выводы. На основании полученных данных можно сказать, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается одним из актуальных заболеваний среди населения Приднестровья, которое может в значительной степени ухудшить качество жизни человека. При выстра-

ивании стратегии профилактических и лечебных мероприятий необходимо учитывать увеличение количества плановых и экстренных хирургических вмешательств, случаев хирургической летальности и осложнений. Взаимодействие поликлинического и стационарного звеньев здравоохранения в перспективе поможет уменьшить количество случаев язвенной болезни и, соответственно, хирургических вмешательств.

Чебан О.С., Марц О.О.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ: ДВЕ ГРАНИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Консультативно-диагностическая поликлиника РЦМиР,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: oksana.ceban@mail.ru, marc11283@mail.ru*

Введение. Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи являются одной из актуальных задач в контексте предгравидарной подготовки, профилактики врожденных пороков развития плода дотацией фолиевой кислоты на этапе подготовки к материнству и минимизации незапланированных беременностей. Данная медико-социальная проблема требует грамотного и эффективного решения, что позволит вывести на новый уровень понятие «качество репродуктивного здоровья». В связи с этим важно повышение уровня обслуживания при прерывании беременности, в контексте расширенного пакета услуг репродуктивного здоровья и приведения их в соответствие с последними рекомендациями ВОЗ 2022 г. Обеспечение безопасных методов прерывания беременности направлено на применение медикаментозного аборта как метода сохранения репродуктивного здоровья женщин, вакуумной аспирации, электрической и мануальной с подготовкой шейки матки мизопроустолом, популяризацией местной парацервикальной анестезии и др.

На глобальном уровне за последние пятнадцать лет претерпела существенное развитие доказательная база и технологии безопасной комплексной медицинской помощи по прерыванию беременности, а также оказание ее с позиций соблюдения прав человека. Согласно ВОЗ 6 из 10 случаев нежелательных беременностей заканчиваются искусственным

прерыванием, ежегодно в мире проводится 73 млн аборт, из которых 45 % являются небезопасными.

Целью исследования является анализ законодательной базы, регламентирующей прерывание беременности, и ретроспективное изучение динамики аборт за период с 2016 по 2021 гг.

Материалы и методы. Изучены нормативно-правовые документы и технологии в области искусственного прерывания беременности. Проведен анализ прерываний беременности в разрезе районов и городов, изучена структура методов прерывания, применения подготовки шейки матки мизопростолом, выбор метода обезболивания во время процедуры, число осложнений и методы контрацепции, выбранные женщиной при консультации после прерывания.

Результаты и обсуждения. Законы об основах охраны здоровья граждан, охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи (в ред. 2018 г.) дают женщине право самостоятельно решать вопрос о материнстве в сроке до 12 недель беременности, по социальным показаниям – в сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности. В Приднестровье в 2004 г. количество прерываний беременности превышало количество родов, а уровень аборт был 34,8 на 1000 женщин фертильного возраста (2020 г. – 14,35 на 1000 женщин). Для упорядочения данных услуг был разработан порядок проведения и показаниях к операции искусственного прерывания беременности согласно перечню социальных и медицинских показаний. Так, социальные показания ограничены пунктом «действия по совершению изнасилования женщины, в результате которых наступила беременность». В 2015 г. в контексте расширенного пакета услуг репродуктивного здоровья был принят протокол «О проведении искусственного прерывания беременности в безопасных условиях», который определил порядок прерывания беременности в сроке до 22 недель, согласно рекомендациям ВОЗ.

В целом по Приднестровью происходит стойкое снижение, как абсолютных, так и относительных показателей аборт, что свидетельствует об эффективности проводимых программ по охране РЗ. Хочется отметить, что с 2008 г. годовое число рождений сравнялось с числом прерываний беременности, и стойко превышает их сегодня. В 2021 г. на каждые 100 родов приходилось 55 аборт. Например в России этот показатель 48. В Приднестровье на сегодня аборт заканчивается 38,6 % беременностей, данный показатель сократился вдвое по сравнению с 2006 г. Доля

подростковых прерываний (до 16 лет) также уменьшилась в 6 раз. Число аборт у девушек до 20 лет на 1000 родившихся живыми уменьшилось до 7,8. В 2021 г. число аборт составило 1684, уменьшившись на 10,2 % по сравнению с предыдущим годом и на 32 % за предыдущие 4 года, а показатель аборт на 1000 женщин фертильного возраста составил 12,8, сократившись на 32,2 % за четыре года. Доля аборт у несовершеннолетних составила 0,8, уменьшившись на 42 %. Следует отметить, что показатель рождаемости среди подростков на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет за 2021 г. составляет 19,9, что ниже, чем в РФ (22) и РМ (21).

Невозможно мгновенно отказаться от аборт, но можно обеспечить женщинам комплексное консультирование и информирование с привлечением психолога, для принятия взвешенного решения в пользу сохранения беременности, если аборт неизбежен, то увеличить процент безопасных аборт. С 2016 по 2021 гг. количество аборт уменьшилось на 37 %. До 12 недель беременности прерывание было проведено в подавляющем количестве случаев от 94 % в 2016 г. до 94,3 % в 2021 г. Процент женщин, у которых была прервана первая беременность варьировал от 10,2 % в 2018 г. до 7,6 % в 2021 г. Данный показатель прерывания первой беременности очень важен для будущей репродуктивной истории женщины и усилия системы здравоохранения должны быть направлены на минимизацию прерывания первой беременности.

Медикаментозный метод прерывания выбрали в 2021 г. 18,8 %, против 11,6 % в 2016 г., подтверждая постоянную тенденцию к увеличению доли таблетированных (медикаментозных) аборт. При вакуумной аспирации, как безопасном хирургическом аборте, прослеживается тенденция к увеличению использования мизопростола для подготовки шейки матки к процедуре. Так, если в 2016 г. году данный показатель составлял 14,3 %, то в 2019 г. мизопростол был рекомендован 23,65 % женщин, и сегодня каждая пятая женщина получает мизопростол перед процедурой прерывания. Число осложнений при аборте составляло не более 3 % от общего количества прерываний. Наименьший показатель – 1,6 % зафиксирован в 2021 г., а наибольший – 3,3 % был в 2020 г. в разгар пандемии коронавирусной инфекции. В качестве контрацептивных средств после прерывания беременности женщины выбирали КОК, ВМС, барьерные методы контрацепции.

Выводы.

1. Охрана репродуктивного здоровья и профилактика аборт способствует уменьшению абсолютных и относительных негативных показателей. Необходимо и далее реализовывать единый вектор – через безопасный

аборт к повсеместному внедрению и популяризации планирования семьи, контрацепции, здорового образа жизни и осознанного материнства.

2. Медицинские услуги должны быть интегрированы в систему здравоохранения таким образом, чтобы справедливо и независимо от места проживания удовлетворять потребности женщин, девушек в охране репродуктивного здоровья и планирования семьи, активно применяя телемедицину, онлайн-консультирование, что рекомендовано ВОЗ по планированию семьи и безопасному аборту 2022 г.

3. Необходимы дальнейшие усилия для установления взаимосвязей между качественной помощью по прерыванию беременности и другими компонентами охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи.

*Думанский В.В., Иванов А.А., Кухтова А.В.,
Козаченко А.М., Константинова Н.А., Молкосян Ю.В.*

COVID 19 У ПАЦИЕНТА СО СПИДОМ – НЕ ПРИГОВОР (клинический случай)

Слободзейская центральная районная больница,

Слободзея, Молдова, Приднестровье

Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье

Введение. Несмотря на расширение масштабов лечения ВИЧ-инфекции в последние годы 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ, не имеют доступа к антиретровирусной терапии, что может угрожать их иммунной системе. На фоне новой коронавирусной инфекции потерялись другие заболевания. А ведь они не менее опасны и по масштабу своего распространения ничуть не уступают COVID-19. Среди них – вирус иммунодефицита человека. Каждую минуту в мире им заражается 15 человек, а в России каждый час – 10 человек. COVID-19 является серьезным заболеванием, и все люди, живущие с ВИЧ, должны принять все рекомендуемые профилактические меры, чтобы минимизировать воздействие и предотвратить заражение вирусом, вызывающим COVID-19.

Цель исследования: поделится практическим опытом терапии новой коронавирусной инфекции Covid 19 (лабораторно подтвержденная) тяжелое течение. Двусторонняя полисегментарная пневмония тяжелой степени тяжести, вирусно-бактериального генеза. ОДН II степени, на

фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ инфекцией выявленной впервые при настоящей госпитализации.

Материалы и методы. В статье предоставлен обзор клинического случая диагностики СПИДа у пациента с тяжелым течением новой коронавирусной инфекции. Больной С., 44 года, поступил в инфекционное отделение № 2 Слободзейской ЦРБ инфекционного госпиталя спустя пять суток от начала заболевания с положительным антигеном SARS-CoV-2. Наряду с типичными проявлениями респираторной вирусной инфекции (першение в горле, ринорея, катаральные явления), обращала на себя внимание лихорадка, некупируемая традиционными медикаментами. При поступлении незамедлительно начато лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19, согласно рекомендациям, включая противовирусную терапию.

СКТ органов грудной клетки день поступления в стационаре от 28.03.2022 г.: двусторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести (КТ-2), вероятно вирусно-бактериального генеза. Общий процент поражения легких 45 %. Ухудшение состояния пациента, большой процент поражения легких и высокие цифры предикторов воспаления (PCT 25,07 нг/мл, CRP >200 мг/л, Ferritini 248 нг/мл, D-димер 3348 нг/мл), ассоциируются с высоким риском неблагоприятного прогноза. Пациент переведен в условия отделения анестезиологии реанимации и интенсивной терапии. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние пациента к исходу третьих суток в ОАРИТ прогрессивно ухудшалось, нарастали дыхательная недостаточность и расценивалось как крайне тяжелое, с возможными рисками развития сепсиса. Пациент переведен на аппаратную ИВЛ. На 5 сутки аппаратного ИВЛ произведена операция: наложение трахеостомы. Проведена СКТ органов грудной клетки в динамике от 3.04.2022 г., где отмечается увеличение процесса поражения легочной ткани до 70 %.

Учитывая нетипичное клиническое течение новой коронавирусной инфекции у молодого пациента, выполнено исследование пробы крови на ВИЧ-инфекцию (СПИД) на третьи сутки. Результат – положительный. Консультирован инфекционистом, и к лечению добавлена антиретровирусная терапия – акриптага (тенофовир, ламивудин, долутегравир). В условиях ОАРИТ больной находился 26 суток, получал этиопатогенетическую терапию, коррекция водно-электролитного и белкового состава плазмы.

Результаты и обсуждения. Опыт, извлеченный из эпидемии ВИЧ, может быть применен для борьбы с COVID-19. Ключевые группы населе-

ния не должны нести основной удар стигмы и дискриминации в результате пандемии COVID-19. Лечение, которое назначают ВИЧ-инфицированным, часто применяется и при коронавирусе. Одним из лекарственных средств является «Калетра» или «Акриптега», которая включена в антиретровирусную терапию. Проведенная интенсивная терапия мультидисциплинарной бригадой дала клинический эффект к 20 суткам нахождения пациента в ОАРИТ. Больной в сознании, доступен вербальному контакту, отлучен от аппаратной ИВЛ, через двое суток удалена трахеостомическая канюля, температура тела нормализовалась. Сохраняется кашель с выделением обильного количества слизисто-гнойной мокроты. На 26 сутки от начала лечения в ГУ Слободзейская ЦРБ «Инфекционный госпиталь» больной переведен в ГУ РКБ в отделение гной хирургии для реабилитационного лечения.

Выводы:

1. Необходимо помнить, что банальное течение любой вирусной инфекции на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ инфекцией может быть сопряжено с большим риском развития различных очагов инфекции и исходом в сепсис.

2. В описанном случае, манифестация тяжелой формы Covid-19 на фоне ВИЧ инфекции привела к нетипичной клинике коронавирусной инфекции.

3. Успешное лечение вышеописанного случая, грамотное проведение интенсивной терапии с включением в комплекс мероприятий антиретровирусных (АРВТ) препаратов привели к положительному результату.

Дальниченко В.П., Дальниченко В.В., Черников О.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ПЛАЗМОЛИФТИНГА НА ОСНОВЕ ВВЕДЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ (ТАП) В СТОМАТОЛОГИИ

*Днестровская городская больница, Республиканская стоматология,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье*

Введение. Применение методики плазмолифтинга (введение тромбоцитарной аутоплазмы) в стоматологии позволяет: купировать воспалительные процессы в пародонте; уменьшить болевой синдром, повысить «приживляемость» имплантата; уменьшить кровоточивость десен, сроки

восстановления тканей пародонта после хирургического вмешательства; ускорить восстановление тканей у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом.

Цель исследования: на собственном материале показать эффективность методики плазмолифтинга в стоматологии.

Материалы и методы. На сегодняшний день введение тромбоцитарной аутоплазмы может проводиться двумя основными методами. Первый метод подразумевает введение необходимого объема ТАП только в область переходной складки. Вторым методом подразумевается введение ТАП как по переходной складке, так и в область зубодесневого сосочка и маргинальной десны. В область маргинальной десны ТАП вводится в объеме 0,1–0,2 мл на 2–3 мм², в область переходной складки – 0,3–0,5 на один зубочелюстной сегмент, состоящий из 1–2 зубов. Инъекции в маргинальную десну можно проводить как с вестибулярной, так и оральной стороны. Можно вводить плазму и в область слизистой альвеолярных отростков, если нарушено ее прикрепление тогда введение в этой зоне болезненно в связи с отсутствием подслизистого слоя, поэтому введение в данную область будет интроэпителиальным или субэпителиальным и в очень небольшом количестве - не более 0,05–0,10 мл. При использовании данного метода в пародонтологии и в целях профилактики перед процедурой во всех случаях проводится профессиональная гигиена полости рта. Инъекции ТАП можно проводить сразу после снятия зубных отложений или в ближайшие 2–3 дня, необходимо предупредить пациента о возможном сохранении дискомфорта в месте введения плазмы в течение 24 часов. Инъекции ТАП можно применять и при патологической подвижности зубов, которая обычно вызвана заболеваниями пародонта. Аутоплазма вводится нёбно, язычно, вестибулярно, медиально или дистально в область тканей периодонта вдоль корня зуба; количество вводимой плазмы может составлять 0,5 мл на 1–3 зуба.

Дополнительно подвижный зуб обкалывается маргинально и в область переходной складки. Инъекции при переимлантатах проводятся по такой же схеме: введение в область маргинальной десны и переходной складки данной области и соседних областей в пределах 2 зубов. При операциях имплантации аутоплазму рекомендуется вводить за 2 недели до операции, в тот же день или на следующий день в область установленного имплантата и через 2 недели после операции. Лечение заболеваний пародонта можно проводить курсами, курс состоит из 4 процедур (по 1 пробирке за посещение). Половина ТАП вводится в область верхней или ниж-

ней челюсти, с перерывом 3–4 дня между сторонами. Инъекции в одну и ту же зону можно повторять при гингивитах, пародонтитах.

Метод Plasmolifting ТМ не исключает назначение антибактериальных, противовоспалительных, противоотечных, иммуномодулирующих и иммуностимулирующих препаратов. Необходимо отметить, что в ряде случаев уже через неделю можно увидеть первый терапевтический эффект лечения с использованием аутоплазмы, который проявляется улучшением показателей состояния окружающих тканей. Проведенные гистологические исследования области десны после инъекций ТАП показали, что более выраженный эффект может быть получен не ранее чем через 3 недели. К этому сроку происходит уменьшение количества клеток воспалительного процесса: они располагаются в тканях не диффузно, а уже более локализовано, внутри инфильтратов, при этом увеличивается количество молодых клеток – фибробластов и незрелого коллагена.

Клинические случаи. Пациентка В., 36 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль и кровоточивость десен во время чистки зубов. Появление кровоточивости отмечает в течение последних 5 лет, наиболее выраженную в осенне-весенний период. При клиническом осмотре пациентки были отмечены отек фронтальной группы зубов нижней челюсти, наиболее выраженный с вестибулярной стороны. Также менее выраженный отек и гиперемия отмечались с вестибулярной стороны зубов верхней челюсти, проба Шиллера Писарева положительна. При зондировании отмечается нарушение зубодесневого прикрепления не более 3 мм, при рентгенографическом исследовании отмечается нарушение целостности кортикальной пластинки, разряжения костной ткани межзубных перегородок, межзубные перегородки усечены на 4 % анатомически нормальной длины. Диагноз – хронический генерализованный пародонтит I степени тяжести. Было проведено 3 инъекции в зоны поражения с перерывом в 7–10 дней. Через месяц у пациентки отмечено улучшение цвета десны – она приобрела бледно-розовый оттенок, анатомическую форму, проба Шиллера-Писарева отрицательная. Подобные результаты были отмечены на протяжении более 1 года наблюдений.

Пациентка К., 24 года, обратилась в клинику по поводу изменения цвета десны в области 13 и 14 зубов. При осмотре полости рта и проведении пародонтальных индексов были обнаружены гиперемия маргинальной десны и зубодесневых сосочков в области 11, 12, 11 15, 42 и 43 зубов. Особенно выраженная гиперемия маргинальной зоны отмечалась в области 13 зуба. При зондировании нарушения зубодесневого прикрепления

не отмечалось. Проба Шиллера-Писарева положительная. Состояние маргинальной и альвеолярной части десны в других зонах в пределах нормы. Диагноз – хронический катаральный гингивит. Проведены инъекции ТАП в область 11, 12, 13, 14, 15, 42 и 43 зубов с вестибулярной стороны в количестве 3 с перерывом в 7–10 дней. Объективно через 10 дней отмечилось улучшение цвета десневого края – он приобрел бледно-розовый цвет, с более ровным, четко контурированным краем, спал отек и гиперемия, проба Шиллера-Писарева отрицательная.

Выводы. Методика применения ТАП в стоматологии в наших условиях вполне доступна, эффективна, не требует больших затрат. Внедрение этого метода в повседневную практику практикующими врачами гарантировано может применяться в качестве профилактических и лечебных целях, как дополнительный метод предупреждения и лечения заболеваний пародонта.

Андреева А.Е., Пищенко Е.Е., Перерва А.И.

ЧАСТОТА ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНЫХ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОТВЕТОВ ПОСЛЕ НЕОДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: alina-vladlen@mail.ru

Введение. В структуре онкологической заболеваемости в Приднестровье рак молочной железы (РМЖ) прочно удерживает первое место среди всех злокачественных новообразований. По данным республиканского канцер-регистра, заболеваемость РМЖ составила в 2015 г. – 74,4, в 2019 г. – 86,4 в 2022 г. – 98,7 на 100 тыс. населения. В настоящее время проходит лечение все больше женщин с метастатическим РМЖ – это пациентки, которые заprogressировали после проведенного полного радикального курса лечения. Полное выздоровление у этой группы пациенток едва ли возможно, и с помощью системной терапии удастся добиться контроля заболевания и лишь увеличения продолжительности жизни пациента. Поэтому любые аспекты лечения РМЖ сохраняют свою актуальность.

Одна из самых важных характеристик неоадьювантной (предоперационной) химиотерапии – патоморфологический ответ опухоли на прове-

дѐнное противоопухолевое лечение. Полный патоморфологический ответ (урT0N0) является «суррогатным» маркером улучшения показателей выживаемости больных и является благоприятным прогностическим фактором для прогнозирования безрецидивной выживаемости. Адекватное планирование неоадъювантной системной терапии с учетом не только стадии и возраста пациента, но и биологического подтипа опухоли, позволит улучшить качество и отдаленные результаты как местного (хирургического и лучевого), так и последующего системного лечения пациенток с РМЖ.

Цель исследования: проанализировать ответ опухоли и определить частоту полных патоморфологических ответов (pCR) на лечение при неоадъювантной терапии РМЖ стандартными схемами химиотерапии в клинической практике ГУ РКБ и оценить эффективность неоадъювантной химиотерапии в зависимости от молекулярно-биологического подтипа рака молочной железы.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 43 пациенток с раком молочной железы, проходивших неоадъювантное лечение в РКБ и далее подвергшихся хирургическому вмешательству. У всех больных был морфологически доказанный рак молочной железы, core-биопсия опухоли молочной железы выполнялась на этапе дообследования, а по завершении неоадъювантной химиотерапии проводилось морфологическое исследование операционного материала.

Распределение по клиническим стадиям: IC – 3 случая (7 %), IА – 11 (25,5 %), IВ – 19 (44,2 %), IIIА – 4 (9,3 %), IIIВ 5 (11,6 %), IIIС – 1 (2,3 %). Распределение по молекулярно-биологическому подтипу: Люминальный А – 3 (7 %), Люминальный В HER-2neo – негативный 27 (62,8 %), Люминальный В HER-2neo – позитивный 2 (4,6 %), нелюминальный HER-2 – позитивный 5 (11,6 %) и трижды-негативный 6 (14 %)

Все больные получали неоадъювантную химиотерапию (НАХТ) антрациклин +/-таксансодержащую полихимиотерапию, при HER2neo позитивном раке – с анти-HER2-блокадой и последующее хирургическое лечение. Переносимость неоадъювантной терапии в представленной группе была удовлетворительной. Случаев перехода к операции без завершения неоадъювантной химиотерапии и таргетной терапии – в 35 %. На втором этапе лечения, 37 (86 %) пациенткам выполнена радикальная мастэктомия, подкожная мастэктомия выполнена 3 (7 %), в 3 (7 %) случаях выполнена радикальная резекция молочной железы, из них 1 пациентке выполнена одномоментная комбинированная пластика молочной железы в РФ.

Морфологическая оценка включала оценку остаточной морфологической стадии – урTN.

Результаты и обсуждение: Клинический ответ опухоли на проводимое лечение оценивался при физикальном осмотре молочной железы перед каждым циклом терапии. С целью объективизации результатов после четвертого и восьмого циклов неоадьювантной терапии проводились ультразвуковые исследования молочной железы и зон регионарного лимфоттока. У больных местно-распространенным раком молочной железы применение неоадьювантной цитотоксической химиотерапии чаще приводило к объективному клиническому ответу на лечение. Объективный клинический ответ традиционно считается значимым фактором прогноза РМЖ, хотя в исследовании NSABP-B18, посвященном изучению неоадьювантной ХТ, было продемонстрировано, что объективный ответ предсказывает безрецидивную выживаемость, но не общую. При анализе послеоперационных результатов гистологических исследований, полный патоморфологический ответ (pCR) наблюдался в 17 случаев из 28 закончивших полный курс неоадьювантной терапии, что соответствовало морфологической стадии урT0N0 и различилось между биологическими подтипами. Наиболее высокая частота pCR в ответ на такое же лечение наблюдалась в группе пациенток с агрессивными биологическими подтипами РМЖ: трижды негативный, HER 2-нео позитивный и люминальный В HER2 нео-негативный с высоким уровнем Ki-67. Частота pCR при сравнении всех подтипов составила 26 % – при люминальном В, 71,4 % – при HER2-неопозитивном подтипе и 33,3 % – при трижды-негативном РМЖ. Пациентки с люминальным В-HER2 негативным РМЖ имели в большинстве случаев остаточную опухолевую нагрузку, соответствующую 2 и 3 степеням лечебного патоморфоза.

Закключение: Применение неоадьювантной химиотерапии в полном объеме позволяет добиться более высокой частоты полных патоморфологических ответов (pCR), особенно у пациенток с трижды негативным и HER2-нео позитивном подтипах. Планируется продолжение набора и наблюдения пациенток для более детальной и объективной оценки результатов, изучения 3-, 5-, 10-летней выживаемости (как общей, так и безрецидивной) в зависимости от патоморфологического ответа.

*Лапина А.И., Иванов А.А.,
Кухтова А.В., Литновский М.А.*

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

*Слободзейская центральная районная больница,
Слободзея, Молдова, Приднестровье
E-mail: freddik80@mail.ru*

Введение. Статья описывает клинический случай лечения пациентки с тяжелым течением новой коронавирусной инфекции (НКИ), осложненной пневмотораксом, кровотечением из трахеостомы, ишемическим инсультом. Все 58 дней, проведенных пациенткой в Слободзейском инфекционном госпитале, она находилась на респираторной поддержке. При этом 28 дней проводилась искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ), и еще 7 дней вспомогательная вентиляция лёгких (ВИВЛ).

Актуальность. По данным литературных источников смертность больных с коронавирусной инфекцией на ИВЛ колеблется от 75 до 90 %, а в некоторых сообщениях процент летальности был ещё выше. Основные причины смерти пациентов на ИВЛ – это частое развитием осложнений в виде баротравм, пневмоторакса или подкожной эмфиземы.

Пациентка К. 66 лет, поступила 11.01.21 г., в ГУ БЦГБ, откуда 17.01.2021 г., переведена в Слободзейский инфекционный госпиталь, ввиду ухудшения состояния, несмотря на проводимое согласно действующим стандартам лечение. Госпитализирована в ОАРИТ, диагностирована на КТ органов грудной клетки полисегментарная пневмония – с 85 % поражения легких (КТ 4). Проводилась этиотропная терапия: вермакт по схеме, плаквенил по схеме, ремдесевир по схеме, тоцилизумаб в общей дозировке 800 мг (по 400 мг через 12 часов). Состояние пациентки без улучшения. В связи с неэффективностью консервативной респираторной поддержки, нарастания дыхательной недостаточности до III степени, выраженной гипоксии – 02.02.21 г., пациентка переведена в условия аппаратной ИВЛ (в режиме ViPAP). На аппаратной ИВЛ находилась до 02.03.21 г. (28 суток). Первые 48 часов проводилась глубокая миоплегия (ардуан), седация (мидазолам, пропофол), анальгезия (морфин). 03.02.21 г. диагностирован спонтанно развившийся пневмоторакс справа. Проведена операция дре-

нирования правой плевральной полости по Бюлау, плевральный дренаж установлен во втором межреберье по среднеключичной линии. После расправления правого лёгкого подтвержденного рентгенконтролем, через пять суток от установки, плевральный дренаж удалён.

Ввиду необходимости в длительной ИВЛ, 05.02.21 г. проведена трахеостомия, осложнившаяся кровотечением из раны, потребовавшим гемостатической терапии (транексам), а также гемо- и плазмотрансфузии, временной отмены антикоагулянтов. Учитывая клинику гнойного трахеобронхита, возникла необходимость в проведении санационных бронхоскопий, которые проводились по показаниям, через день, до регресса явлений бронхита. При бронхоскопии, с целью защиты лёгких, проводилась дополнительная седоанальгезия и миоплегия. Проведение респираторной поддержки – ИВЛ в режиме ViPAP, сопровождалось постепенным снижением РЕЕР с 12 см водного столба, на момент начала ИВЛ, до 4–5 см водного столба на момент перевода в режим CPAP. Фракция кислорода также постепенно снижалась с 80 вначале и до 30 % при переходе на CPAP. Переход на CPAP начат с 18 дня ИВЛ, когда вначале по 15–20 минут через 2 часа, а в дальнейшем и 1–2 часа пациентка переводилась в режим CPAP. Перевод осуществлялся при тщательном контроле сатурации, пульса и артериального давления. 09.03.21 г. пациентка окончательно переведена на спонтанное дыхание через маску Вентури, с подачей увлажненного кислорода 2–3 л/мин, удалена трахеотомическая канюля. SpO₂ = 98–99 %.

Проводилось лечение: гормональная терапия – метилпреднизалон – пульс-терапия, пульмикорт через небулайзер 600 мг в сутки, далее дексаметазон, с выходом до 8 мг в сутки.

Антибактериальная терапия: амоксиклав – 1,2 г × 3р/сут., амикацин 0,5 г × 2р/сут., меропенем 1 г × 3р/сут., метрогил 500 мг × 3р/сут., моксифлоксацин 400 мг × 1р/сут., ванкомицин 1 г × 2р/сут., левомицетин 1 г × 2р/сут., цефтазидим 1 г × 3р/сут. Смена антибиотиков проводилась согласно выявленной чувствительности бактериальной микрофлоры и рекомендованной длительности курса препарата.

Симптоматическая терапия АЦЦ 600 мг, амброксол 30 мг × 3р/сут., спиронолактон, энтерол, метопролол, ипигрикс 15 мг × 2р/сут., альфосцерат, цитофлавин, милдронат, ксифокам.

Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия – гепарин 20 тыс. ед./сут. + эноксипарин 0,6 × 2 р/сут., аспирин, клопидогрель, далее переведена на ксарелто 20 мг × 1р/сут.

Нутритивная поддержка: парентерально – Липофундин 500 мл/сут, Аминоплазмаль 500 мл/сут. Глюкоза 10 %, инсулин актропид, рибоксин, витамин «С», витамины группы В. Питание через зонд – нутриком (калораж 1600 ккал в сутки) с дальнейшим переходом на самостоятельное питание. В инфузионную терапию включались Альбумин 20 % (100 мл/сут.) и 10 % (200 мл/сут.), реосорбилакт, трисоль, рингер, поляризирующая смесь.

Все время нахождения пациентки в ОАРИТ проводилась профилактика пролежней – применялся пневматический противопролежневый матрас, смена положения тела каждые 3–4 часа. С 09.03.21 г. подключена реабилитация, массаж, щадящая ЛФК.

12.03.21 г. у пациентки отмечена клиника психомоторного возбуждения, с выраженным бредом. 13.03.21 г. проведено КТ головы, выявлена зона ишемии диаметром 8 мм в проекции задней ножки внутренней капсулы слева. Повторное КТ органов грудной клетки – двусторонняя полисегментарная пневмония с положительной динамикой, в стадии разрешения, общий процент поражения 68 %. Консультирована неврологом. Учитывая неврологическую симптоматику, реконвалесценцию от COVID-19, больная 16.03.21 г., для дальнейшего лечения и реабилитации переведена в ГУ РГИОВ, откуда через 31 день лечения, с улучшением и без признаков дыхательной недостаточности выписана домой. Пациентка при выписке способна к самообслуживанию в пределах постели.

Рекомендовано диспансерное наблюдение у невролога.

Длительность лечения составила: в ГУ БЦГБ – 6 сут., ГУ Слободзейская ЦРБ – 58 сут., ГУ РГИОВ – 31 сут., всего – 95 суток.

Выводы.

1. Ведение пациентов с острым респираторным дистрессиндромом является одной из важных проблем реаниматологии. Несмотря на достигнутые успехи, значительная смертность требует дальнейшего изучения вопроса.

2. Важной составляющей в лечении легочной патологии, в том числе и вызванной вирусом SARS-CoV-2, является аппаратная респираторная поддержка с использованием различных режимов в вентиляции. Наличие современных аппаратов для искусственной вентиляции легких критическое условие для выживания пациентов с ОРДС.

3. Тщательный мониторинг, неукоснительное исполнение требований по уходу за пациентом – неотъемлемая часть лечения любой патологии, в значительной мере обеспечивающий успех в терапии.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ СИЛЫ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ

Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: gribonosov@mail.ru

Введение. В настоящее время, одной из самых распространённых операций в офтальмохирургии является операция экстракции катаракты методом факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы. Ввиду индивидуальных анатомических особенностей глаз людей оптическая сила используемых для имплантации линз сильно варьирует и зависит от множества факторов (преломляющая сила роговицы, глубина передней камеры, аксиальная длина глаза). Существует большое количество методик расчёта необходимой силы интраокулярной линзы, но ни одна из них не является универсальной. Обычно клиники, занимающиеся данным видом операции, закупают линзы разной оптической силы всего модельного ряда, но остаётся открытым вопрос о соотношении оптических сил интраокулярных линз для закупки.

Цель исследования: определить процентное соотношение оптических сил интраокулярных линз (ИОЛ) среди пациентов, поступающих на операцию «факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ».

Материалы и методы. 513 пациентов, поступивших в офтальмологическое отделение с 30.07.2020 по 16.06.2022 г. с диагнозом «Катаракта» для проведения планового оперативного лечения «факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ», были обследованы по стандартной методике для определения оптической силы искусственного хрусталика. Обследование включало в себя ультразвуковую биометрию, кератометрию и компьютерный расчёт по программе SRK/T для ИОЛ с А-константой 118.4.

Возраст пациентов составлял от 36 до 94 лет. В среднем – 69,7 года.

Результаты и обсуждение. После обработки и анализа мы получили следующие результаты оптических сил интраокулярных линз, использованных во время операции факоэмульсификации катаракты.

Сила линзы (Количество пациентов – процентное соотношение).

Менее или равное 11 (4 – 0,8 %); 12 (1 – 0,2 %); 14 (3 – 0,6 %); 15 (11 – 2,1 %); 16 (11 – 2,1 %); 17 (13 – 2,5 %); 18 (31 – 6,0 %); 19 (59 – 11,5 %); 20

(89 – 17,3 %); 21 (121 – 23,6 %); 22 (91 – 17,7 %); 23 (43 – 8,4 %); 24 (16 – 3,1 %); 25 (9 – 1,8 %); 26 (6 – 1,2 %); 27 и более (5 – 1,0 %).

Из приведенных данных видно, что наибольшее количество рассчитанных ИОЛ, а именно 23,6 % или почти четверть, имели оптическую силу в 21 диоптрию. А хрусталики силой 19, 20, 21 и 22 диоптрии вместе составляли 70,1 % или более двух третей от общего количества случаев.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при планировании закупок искусственных хрусталиков и помогут оптимизировать расходы и сократить до минимума остаток невостребованных ИОЛ.

Лосева Н.Г., Рябокони Ю.А., Обевзенко Н.М.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ 2018–2022 гг. (ДО И В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: ninaloseva@mail.ru, yulua-9493@mail.ru, neli.obevzenko@mail.ru

Введение. Регулярный мониторинг и оценка эпидемической ситуации по туберкулезу необходимы для понимания протекающих в системе оказания противотуберкулезной помощи процессов, планирования мероприятий по оказанию и совершенствованию фтизиатрической помощи.

По данным ВОЗ в 2021 г. около 10,6 млн человек по всему миру заболели туберкулезом, что на 4,5 % больше, чем годом раньше.

В 2020 г. было зарегистрировано 450 тысяч случаев туберкулеза, устойчивого к антибиотикам рифампицину. Это на 3 % больше, чем в предшествующем году. Как подчеркнули в ВОЗ, рост случаев устойчивого к лекарствам туберкулеза отмечен впервые за много лет.

Противотуберкулезные службы, как и многие другие, столкнулись со сбоями вследствие пандемии COVID-19.

За последние 5 лет в Приднестровье отмечается явная тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом в 1,5 раза (с 86,05 на 100 тыс. населения в 2018 г. до 54,6 на 100 тыс. населения 2022 г.). Заболеваемость бацилярными формами туберкулеза снизилась с 47,81 на 100 тыс. населения (225 чел.) в 2018 г. до 31,7 на 100 тыс. населения (147 чел.) в 2022 г.,

тем самым значительно (на 78) снизив количество очагов туберкулеза с бактериовыделителями.

Цель исследования: изучить ситуацию по заболеваемости туберкулезом до пандемии COVID-19 (2018–2019 гг.) и в период локдауна во время эпидемии COVID-19 (2020–2022 гг.) в Приднестровье.

Материалы и методы. Проанализированы материалы годовых статистических отчетов за 2018–2022 гг. Изучены как количественные, так и качественные показатели по заболеваемости туберкулезом как среди впервые выявленных случаев, так и случаев повторного заболевания (рецидивов).

Результаты и обсуждение. При анализе данных установлено, что в период с 2018 г. по 2022 г. в Приднестровье было зарегистрировано всего 1995 чел., из них впервые – 1549 чел., рецидивов – 446 чел. За исследуемый период бактериовыделителей среди больных с туберкулезом органов дыхания выявлено 1190 чел., из которых 892 впервые и 298 рецидивов туберкулеза.

Обращает на себя внимание тот факт, что на фоне снижения общей заболеваемости туберкулезом прослеживается тенденция к росту заболеваемости туберкулеза других органов и экстрареспираторных систем. В 2018 г. заболеваемость внеторакальными формами туберкулеза других органов составляла 4,06 на 100 тыс. населения, а в 2022 г. она отмечена ростом до 5,4 на 100 тыс. населения. При этом необходимо отметить, что среди экстраторакальных поражений преобладающей клинической формой является туберкулез костей и суставов (чаще туберкулезный спондилит).

Заболеваемость рецидивами (повторное заболевание) по-прежнему является неотъемлемой частью в характеристике эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

В общей когорте «новых» случаев туберкулеза впервые выявленные случаи и рецидивы за исследуемый период в среднем соотносятся как 1:3,5 ($\pm 0,5$), что не противоречит многолетним наблюдениям, сохраняется закономерность соотношения показателей.

Несмотря на атаку COVID-19 в период с 2020 по 2022 г., наметившаяся уже в 2018 г. тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом прослеживается на протяжении всего периода исследования.

В 2017 г. заболеваемость туберкулезом в Приднестровье находилась на уровне 100,5 на 100 тыс. населения, а в 2018 г. она составляла до 86,05 на 100 тыс. населения с последующим ее снижением по годам наблюдения, несмотря на пандемию COVID-19.

Среди больных с впервые выявленным туберкулезом преобладающей клинической формой был инфильтративный туберкулез легких (2018 г. – 229 чел., (59,17 %), 2019 г. – 254 чел. (68,65 %), 2020 г. – 191 (73,18 %), 2021 г. – 181 чел. (72,4 %), 2022 г. – 166 чел. (65,61 %)). Актуальность этого показателя заключается в том, что течение более 30 % всех случаев COVID-19 осложняется присоединением пневмонии. Данное обстоятельство, несомненно, повлияло на качество и своевременность диагностики туберкулеза среди населения в период пандемии.

Еще один показатель эпидемиологической ситуации по туберкулезу, на который следует обратить внимание, – диагностика заболеваемости ТБ/ВИЧ. Она в целом повторяет диагностику заболеваемости среди всего населения. В 2018 г. она составила 17,05 на 100 тыс. населения (66 чел.), в 2022 г. – 16,21 на 100 тыс. населения (41 чел.). Это свидетельствует о том, что процессы, происходящие среди всего населения и среди ВИЧ-инфицированных лиц, а также влияние на эти процессы пандемии COVID-19 не имеют принципиальных различий. Доля впервые выявленных больных туберкулезом при флюорографических проф. осмотрах за исследуемый период не превышает в среднем $42,3 \pm 9,1$ %. Выросла доля больных, у которых туберкулез был выявлен при обращении за медицинской помощью (например, в 2021 г. из 376 чел. выявлено 159 с туберкулезом органов дыхания).

Выводы. Несмотря на присоединившуюся пандемию COVID-19 в 2020–2022 гг. наметившаяся тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом в Приднестровье сохраняется. Выросла доля больных, у которых туберкулез выявлен при обращении за медицинской помощью. В большинстве случаев в период пандемии обращаемость была связана с симптомами, предполагающими на этапе консультации COVID-19. Данная пандемия не оказала существенного влияния на динамику заболеваемости туберкулезом в целом.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: elena.pishenko@mail.ru*

Введение. Окончательным этапом в обследовании пациентки является морфологическое заключение биопсийного /операционного / материала ткани молочной железы. Благодаря морфологическому изучению даётся структурная оценка рака молочной железы - наличие клеточного атипизма, определение биологического и рецепторного статуса, что является ведущим в лечебном и прогностическом ведении пациентки.

Цель исследования: определение основных критериев морфологической (цитологической, гистологической) диагностики рака молочной железы в Приднестровье на основе клинко-морфологического изучения биопсийного и операционного материала.

Материалы и методы. Проведен анализ клинко-морфологических данных 127 пациенток, по пред-, интра- и операционному материалу, на базе цитологической лаборатории и патологоанатомического отделения РКБ г. Тирасполя, за период 2020–2022 гг., с выявлением взаимосвязи и достоверности цитологического и гистологического исследований имеющих объектов в диагностике рака молочной железы (РМЖ).

Результаты. Установлено:

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

1. На предоперационном этапе является ведущим;
2. Лежит в основе ранней диагностики и возможности установления морфологического варианта РМЖ; выявлении фоновых процессов, лежащих в основе развития РМЖ; проведении дифференциальной диагностики РМЖ и процессов, клинически симулирующих рак; вносит изменения в дифференциацию тяжело клинически распознаваемых патологических процессов молочной железы;
3. Позволяет дифференцировать прогрессирование и рецидивирование РМЖ;
4. Определяет метастазирование в регионарных и отдаленных лимфатических узлах;

5. Позволяет определить тактику оперативного и терапевтического вмешательства (объем хирургического вмешательства, назначение специальной терапии);

6. Оценивает эффективность химио- и лучевой терапии;

7. Является методом выбора на интраоперационном этапе исследования, для определения степени распространенности процесса;

8. Недостатками метода являются - малое количество или отсутствие материала; неудачно выполненные тонкоигольные, аспирационные биопсии, отсутствие четких общепризнанных критериев при высокодифференцированных формах рака, рака на месте, пролиферативных и диспластических процессов.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

1. На интраоперационном и послеоперационном этапах является ведущим;

2. Уточняет или устанавливает непосредственный характер патологического процесса в молочной железе;

3. Дает возможность установления характера, верифицировать морфологический тип и рецепторный статус РМЖ;

4. Контролирует непосредственно абластичность и радикализм оперативного вмешательства;

5. Позволяет в плановом порядке получить окончательное заключение, что является основой в прогнозе и лечебной тактики ведения РМЖ.

Выводы:

1. Проведенный анализ на основе клинико-морфологического анализа пред-, интра- и операционного материала при РМЖ, позволил вычислить эффективность и достоверность цитологического метода исследования РМЖ: чувствительность – 91,7 %, специфичность – 95,2 %, положительную предсказательность – 95,2 %, отрицательную предсказательность – 89,3 %, достоверность – 93,1 %.

2. Самые информативные объекты при цитологическом исследовании были при РМЖ умеренной и низкой степени дифференцировки (87,3 и 91,7 % соответственно), малоинформативные объекты – при высокодифференцированном и первично-множественном метастатическом РМЖ.

3. Контроль гистологическим исследованием радикализма и абластичности оперативного вмешательства при РМЖ, позволяет применять наиболее дифференцированный подход к выбору схем химио- и лучевой терапии, что лежит в эффективности лечения РМЖ.

4. Гистологический метод позволяет более точно верифицировать морфологические типы РМЖ, в особенности дольковый, слизистый РМЖ.

5. Оценка степени злокачественности РМЖ обеспечивается согласованностью гистологического и цитологического методов исследования.

Андреева А.Е., Скутарь И.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Республиканская клиническая больница, Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: alina-vladlen@mail.ru

Введение: Максимальный уровень совокупной онкологической заболеваемости в Приднестровье отмечается в возрастной группе 75 лет и старше (22,6 % из общего числа пациентов). Проведение противоопухолевого лечения пациентам данной возрастной группы сопряжено с повышенным риском развития осложнений, что является следствием физиологических изменений в организме, присущих этому возрасту. Но биологический возраст не должен быть единственным критерием для исключения эффективного лечения, которое в свою очередь, повышает качество жизни и показатели выживаемости без признаков заболевания.

Цель исследования: с учетом сопутствующих заболеваний, показателя общего состояния и гериатрического статуса изучить и оценить безопасность противоопухолевого лечения у пациентов в старческом возрасте. Определить практическую значимость необходимости комплексной гериатрической оценки риска токсичности химиотерапии.

Материалы и методы. На базе республиканского онкологического диспансера ГУ РКБ с 2020 г. по 2022 г. получали химиотерапию по поводу злокачественных новообразований 68 пациентов ECOG 0-1 старше 75 лет. Структура злокачественных новообразований (ЗНО) в зависимости от локализации была представлена следующим образом: рак молочной железы – 47 %, колоректальный рак – 32,3 %, рак предстательной железы – 16,2 %, другие локализации – 4,5 %. В структуре пациентов преобладали женщины, и их доля составила 52 %, мужчин – 48 %. Лечебная тактика: пациентам были назначены стандартные схемы лечения. В 22 % случаев выполнялась редукция реально вводимой дозы

противоопухолевого лекарственного препарата в диапазоне до 10 % от расчетной. Для решения вопроса о назначении противоопухолевой терапии онкологическому больному старческого возраста использовалась гериатрическая оценка, которая включает следующие параметры: стадию и прогноз онкологического заболевания, коморбидность, когнитивный статус, функциональный статус (по шкале ВОЗ или Карновского), наличие гериатрических синдромов, питание, психологический и социальный статусы. Также оценивались в динамике (до начала лечения и спустя 3 месяца) частота и характер гематологических и негематологических осложнений, декомпенсации соматической патологии, а также индекс старческой астении.

Результаты. У пациентов были отмечены побочные эффекты, которые носили обратимый и кратковременный характер: Клинически значимых побочных явлений (3–4 степени), требующих увеличения редукции дозы на 20–40 % или приводящих к прерыванию лечения также не наблюдалось. Системная гематологическая и негематологическая токсичность (кардиоваскулярная, дерматологическая, токсичность со стороны желудочно-кишечного тракта, конституциональная и гепатотоксичность) были умеренными и соответствовали 1–2 степени. Особое внимание уделялось мониторингу гемоглобина для предотвращения функциональных нарушений, а также развития синдрома падений вследствие развития анемии. Поддержание нормального уровня гемоглобина не только обеспечивает нормальное функционирование жизненно важных органов у лиц этого возраста, но и способствует улучшению результативности медикаментозного лечения.

Выводы. Выбор оптимальной лечебной тактики с учетом комплексной оценки и коррекции гериатрических синдромов, использование средств сопроводительной терапии является залогом эффективности и безопасности химиотерапии онкологических больных старческого возраста. Наличие множественных хронических заболеваний у этой группы онкологических пациентов может повлиять на выживаемость и частоту осложнений лечения. В первую очередь, стоит обращать внимание на прямую токсичность в отношении органа, функция которого уже нарушена, к примеру: развитие пневмонита у пациента с исходным наличием хронической обструктивной болезни лёгких, острого повреждения почек у пациента с хронической почечной недостаточностью. Не стоит забывать про полипрагмазию, когда добавление кортикостероидов в рутинном порядке может ухудшить контроль гликемии у пациентов с сахарным диа-

бетом или способствовать задержке жидкости у пациентов с застойной сердечной недостаточностью.

Также важно оценивать индивидуальные функциональные резервы организма, предполагаемую продолжительность жизни, толерантность к химиотерапии. Если злокачественная опухоль не сокращает продолжительность жизни больного или имеет место низкая толерантность к лекарственной терапии, может быть назначена симптоматическая терапия. В тех случаях, когда злокачественная опухоль является основным заболеванием, определяющим продолжительность жизни, пациентам данной группы может быть назначено противоопухолевое лечение с исходной редуцией доз вводимых препаратов и последующей их коррекцией в зависимости от переносимости. Также следует рассмотреть возможность монотерапии.

В процессе противоопухолевого лечения этой категории пациентов требуется персонализированный подход, учитывающий все особенности конкретного пациента, так как лечение может вызвать осложнения, по силе и длительности превосходящие осложнения, встречающиеся у молодых пациентов. Стереотипный подход к лечению онкологического больного старше 75 лет приводит часто к необоснованному отказу от проведения противоопухолевого лечения, что связано с боязнью серьезных осложнений и смерти больных.

Люленова В.В., Малаештян Ю.Л.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ С ПРОТИВООНКОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРОИЗРАСТАЮЩИЕ В ПРИДНЕСТРОВЬЕ

*Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
Тирасполь, Молдова, Приднестровье
E-mail: lulenov@mail.ru*

Актуальность. При целом ряде злокачественных опухолей различных локализаций с успехом применяются химио- и биотерапевтические препараты направленного действия, позволяющие селективно воздействовать на белки, участвующие в канцерогенезе и определяющие способность опухоли к прогрессии и метастазированию – таргетные препараты. Однако через несколько месяцев монотерапии таргетным препаратом на-

ступает резистентность. Сочетание таргетной терапии и существующих химиотерапевтических препаратов – комбинированная терапия – во многих случаях повышает эффективность лечения, но в отдельных случаях приводит к значительному увеличению токсичности. Поэтому в настоящее время, наряду с названными методами в качестве перспективной стратегии лечения рака, рассматривается фитотерапия. Поиск противораковых агентов из растительных источников начался в начале 1950-х годов. Лекарственные растения использовались для синтеза новых соединений при лечении рака и вошли в состав синтетических, комбинаторных и биотехнологических онкопрепаратов. Например, разработанные на основе алкалоидов барвинка – винбластин, винкристин и винорелбин, одобрены для использования в США, а винфлунин был одобрен в 2008 г. в Европе. Таким образом, изучение химического состава лекарственных растений, которые имеют онкопротекторное действие и могут войти в состав новых фармацевтических препаратов играет важную роль в лечении рака.

Цель исследования: определить лекарственные растения, обладающие противоонкогенным действием. **Задача исследования:** определить наиболее распространенные лекарственные растения, которые имеют онкопротекторное действие и широко распространены на территории Приднестровья.

Результаты исследования. Ряд авторов в своих публикациях описали более чем 3000 видов растений, которые обладают противораковыми свойствами.

Изучая литературные источники, из множества перечисленных в них лекарственных растений, которые имеют противоонкогенное действие, мы определили часть видов, наиболее распространенных в Приднестровье, которые можно использовать для **профилактики рака:** мята, шалфей, ромашка, календула, мать и мачеха, лук, свекла, одуванчик, полынь, чеснок, калина, хрен, подорожник, иван-чай.

Для лечения при химиотерапии: бессмертник, пижма, полынь, репешок, расторопша.

При лучевой терапии можно использовать облепиху, полынь, лапчатку, каланхоэ, тысячелистник, софору, зверобой, алоэ.

После операции: тысячелистник, крапива, полынь, алоэ, омела, дурнишник.

Против метастазирования: чистотел, чага, подорожник, будра.

Некоторые из них вносят существенный вклад в облегчение болей, напряженностей, головокружений. Определено, что противораковой ак-

тивностью обладают: катарантус, чага, тисс ягодный, чистотел, омела, полынь, осина. Многие уже давно вошли в состав фармпрепаратов, широко используемых в онкологии.

Приготовление и усвоение настоев и отваров на любой стадии заболевания не представляет особых трудностей. Лекарственные растения могут быть использованы как в сухом, так и в свежем виде. Из них изготавливают настои, отвары, экстракты. При этом в зависимости от вида растения полезным действием обладают цветки, листья, семена, кора и даже корни. Указанные лекарственные растения содержат в себе уникальные соединения веществ, которые оказывают противораковый эффект, обладают спазмолитическими и противовоспалительными свойствами. Хотя многие из них считаются сорняками, с которыми активно борются на полях или огородах. И в то же время каждое из них достойно подробно-го научного изучения химического состава и отдельной статьи.

Соколов В.А., Лосева Н.Г., Попов Э.Г., Демянюк Е.П.

РАСПРОСТРАЕННОСТЬ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ СРЕДИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,

Тирасполь, Молдова, Приднестровье

E-mail: terapiaftiz@mail.ru

Актуальность темы. Гипермобильность суставов (ГМС) – это синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ), которая характеризуется повышенной эластичностью и растяжимостью связок суставов, проявляющихся совокупностью от суставных жалоб со стороны опорно-двигательного аппарата до большого симптомокомплекса висцеральных жалоб разных органов.

В России в конце XX века было проведено анкетирование на предмет определения ГМС среди 3438 человек московской популяции в возрасте от 18 до 85 лет. Гиперподвижность в суставах определялась у 16,5 %. Данных о частоте ГМС и НЗ среди жителей г. Тирасполя в доступной нам литературе не выявлено. Это и послужило поводом для исследования.

Целью исследования явилось изучение частоты гипермобильности суставов среди жителей г. Тирасполя.

Материал и методы. Работа выполнена в рамках индивидуального научного плана работы преподавателя ПГУ и учебно-исследовательской работы студентов медфака по СНО. В 2020 г. с помощью анкеты, разработанной в НИИ Ревматологии г. Москвы и дополненной на кафедре терапии, было проведено анкетирование 100 жителей г. Тирасполя. Количество проанкетированных мужчин составило – 39 %, женщин – 61 %. Анкета заполнялась на взрослого жителя 18–85 лет. В процессе исследования была определена ГМС. Диагноз ГМС осуществлялся с помощью общеизвестных диагностических критериев. Диагностика ГМС осуществлялась по методике Бейтона. Статистическая обработка результатов выполнена в программе Microsoft Excel 2007 и Статистика.

Результаты и их обсуждение. Из 100 проанкетированных респондентов наибольшее число респондентов (21,4 %) оказалось в возрасте 61–70 лет. Гиперподвижность суставов была выявлена у 29 % респондентов, причем ГМС чаще определяясь в суставах кистей и коленных суставах. Частота ГМС среди женщин была выше, чем среди мужчин 20 и 9 % соответственно, но статистические отличия были не достоверны ($P > 0,05$).

Выводы. Таким образом, в процессе исследования была изучена частота ГМС, как проявления ДСТ, среди жителей г. Тирасполя. Полученные данные позволяют сделать заключение, что в Приднестровье частота жалоб на ГМС, которая составляла 29 %, была несколько выше данных по РФ, где частота ГМС составляла 16,5 %. Исследование продолжается и полагаем, что по мере увеличения числа исследуемого контингента, данные о частоте ГМС, как проявления ДСТ будут дополняться и уточняться.

СОДЕРЖАНИЕ

Ботезату А.А., Архипова Л.М., Монул С.Г., Бурлак С.А. Н.В. Склифосовский – выдающийся российский хирург-диагност XIX века..... 3

Актуальные вопросы плановой и urgentной хирургии

<i>Ботезату А.А. Хирургия – это не специальность, а образ жизни..... 7</i>	
<i>Коцюруба А.М., Бурлак В.А., Самбурский А.А., Райляну Р.И., Бозян А.П., Гордус А.А. Роль эндоскопии в диагностике и лечении высокой желчекаменной кишечной непроходимости 14</i>	
<i>Юдин М.Ю., Климашевич А.В., Феоктистов Я.Е. Влияние переменного нейромониторинга наружной ветви верхнего гортанного нерва на качество голоса пациентов при хирургическом лечении доброкачественной патологии щитовидной железы 17</i>	
<i>Калуцкий Г.В., Кузнецов А.Г., Кифа А.В., Кыргыз М.И. Атипичное ущемление. Грыжа Амианда 19</i>	
<i>Могильдя М.И., Берназ И.Л., Лица А.А., Китик Р.И. Кровотечение из псевдокисты поджелудочной железы..... 22</i>	
<i>Райляну Р.И., Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Эвальд А.М., Гросул-Райляну О.Б. Грыжевая болезнь паховой области как форма недифференцированной патологии соединительной ткани передней брюшной стенки..... 26</i>	
<i>Ботезату А.А., Паскалов Ю.С., Райляну Р.И., Гончарук М.В. Алгоритм лечения паховых грыж 30</i>	
<i>Ботезату А.А., Райляну Р.И., Паскалов Ю.С., Коцюруба А.М., Бутеску Д.А., Усольцева В.В., Блонская А.А., Рудукан Е.Л., Кравцова И.И., Саракуца В.В. Принципиальные вопросы обследования и лечения больных с гигантскими послеоперационными грыжами..... 33</i>	
<i>Ботезату А.А., Райляну Р.И. Приживаемость аутодермальных трансплантатов..... 36</i>	
<i>Лембас А.Н., Шпеко А.П., Кучинский М.В., Ивасишина М.В. Лапаростомия при лечении распространенного гнойного перитонита..... 39</i>	

<i>Волков В.Ю., Чепендюк Т.А., Додул А.П., Бабой А.Н.</i> Сравнительный анализ результатов двух способов флeбэктомии.....	41
<i>Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Райляну Р.И., Паскалов Ю.С.</i> Инновации и перспективы в диагностике и лечении акушерских травм анального сфинктера	44

Травматология, ортопедия и детская хирургия

<i>Чимилюк М.Л., Крейчман Л.Ф.</i> Особенности реабилитации больных после эндопротезирования коленного и тазобедренного сустава.....	49
<i>Гуменный В. Ф., Луценко В. В. Молдовская А.А.</i> Случай ранения малого таза металлическим инородным телом	51
<i>Гуменный В.Ф., Гуменный Б.С.</i> Ошибки и осложнения остеосинтеза ключицы.....	53
<i>Фегцу Л., Гроза А.Г., Гроза Г.М.</i> Лечение открытых переломов с обширным дефектом мягких тканей.....	56
<i>Салтанова В.С., Андрус С.Н.</i> Значение ранней физической реабилитации при переломах дистального отдела лучевой кости	58
<i>Бордиян Н.С., Гарбуз И.Ф., Мазур В.Г., Игнатов А.Д., Антонюк М.Б., Гайдей С.С., Моисеенко А.А., Гуцул Д.М., Бабенко С.В., Алекса К.И., Канатъев Ю.Б., Шабалин Н.В.</i> Определение удельного веса методов консервативного лечения костно-связочной дисплазии у детей.....	60

Разное

<i>Самко Г.Н., Маль Г.С., Денисюк Д.А.</i> Анализ динамики заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Приднестровье в 2021 году.....	64
<i>Чебан О.С., Марц О.О.</i> Репродуктивные потери и планирование семьи: две грани качества медицинской помощи	66
<i>Думанский В.В., Иванов А.А., Кухтова А.В., Козаченко А.М., Константинова Н.А., Молкосян Ю.В.</i> Covid 19 у пациента со СПИДом – не приговор	69
<i>Дальниченко В.П., Дальниченко В.В., Черников О.А.</i> Применение методики плазмолифтинга на основе введения тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП) в стоматологии	71

<i>Андреева А.Е., Пищенко Е.Е., Перерва А.И.</i> Частота достижения полных патоморфологических ответов после неадъювантной химиотерапии рака молочной железы	74
<i>Лапина А.И., Иванов А.А., Кухтова А.В., Литновский М.А.</i> Описание клинического случая новой коронавирусной инфекции COVID-19 крайне тяжелого течения.....	77
<i>Грибоносос С.Н., Фурс Р.В.</i> Распределение оптической силы интраокулярных линз у пациентов с катарактой	80
<i>Лосева Н.Г., Рябоконт Ю.А., Обевзенко Н.М.</i> Заболеваемость туберкулезом в Приднестровье 2018–2022 гг. (до и в период пандемии COVID-19)....	81
<i>Пищенко Е.Е., Андреева А.Е., Кокул А.С.</i> Основные критерии морфологической диагностики рака молочной железы	84
<i>Андреева А.Е., Скутарь И.Ф.</i> Особенности проведения химиотерапии в старческом возрасте	86
<i>Люленова В.В., Малаештян Ю.Л.</i> Лекарственные растения с противоонкогенным действием, произрастающие в Приднестровье	88
<i>Соколов В.А., Лосева Н.Г., Попов Э.Г., Демянюк Е.П.</i> Распространенность гипермобильности суставов среди городских жителей	90

Для заметок

Научное издание

СКЛИФОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

Материалы XII научно-практической конференции с международным участием

6–7 апреля 2023 г.

Под редакцией проф., д-ра мед. наук А.А. Ботезату

Ответственность за содержание текстов несут авторы

Компьютерная верстка С.В. Олейников

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02.

Подписано в печать 16.03.2023.

Формат 60 x 90 / 16. Усл. печ. л. 5,75. Тираж 50 экз. Заказ № 2.

Подготовлено в Изд-ве Приднестр. ун-та. 3300, г. Тирасполь, ул. Мира, 18.