

ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневого



№2 2015

Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Альманах №2 2015



117997, Россия, г. Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27

www.ixv.pф

e-mail: Krivtsov@ixv.ru

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

ТЕЗИСЫ

представленные на XII Съезд хирургов России

Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015 г.

Тезисы представлены в порядке поступления

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

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

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время серьезную проблему в хирургической гастроэнтерологии представляют «трудные» дуоденальные язвы, составляющие от 1% до 7% всех язв (Лобжанидзе Г.В., 1989; Мыш Г.Д., 1983; Курбонов К.М., 1990; Бойко В.В. и соавт., 2002., Курбонов К.М. и соавт. 2004;). Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных эффективных методов медикаментозного лечения язвенной болезни, частота осложненных форм язвенной болезни возрастает. Цель исследования. Оптимизировать выбор метода хирургического лечения при «трудных» дуоденальных язвах. Материал и методы исследования. С 2009 по 2011 годы было произведено-138 оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК, из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 21 больного, что составило 15,2%. Так как этот контингент больных подлежал ретроспективному анализу, они составили контрольную группу. С 2012 по 2014 годы было произведено-84 оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК, из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 22 больных, что составило 26,2%. Так как этот контингент больных подлежал собственному исследованию и анализу, они составили основную группу. Как видно, на фоне продолжительного консервативного лечения в связи с появлением современных противоязвенных препаратов, имеется тенденция к росту числа больных с «трудноудаляемыми» дуоденальными язвами. Результаты и их обсуждение. В контрольной и основной группах больных ЯБДПК при «трудноудаляемых» язвах выполнены только различные модификации РЖ по Бильрот-II. При этом, у данной группы больных наиболее часто выполнялись РЖ по Гофмейстер-Финстереру - 36 (53,7%). Вместе с тем, у 22 (32,8%) больных выполнена РЖ по Бальфур-Майнготу и у 9 (13,5%) - по Ру. В контрольной группе модификации резекции желудка по первому способу Бильрот выполнены у 13 (61,9%) больных. Из них у 4 (19,1%) - РЖ по Габереру, у 8 (38,0%) - РЖ с термино-латеральным анастомозом по Габерер-Финнею и у 1 (4,8%) - по Л.Г.Хачиеву. При этом модификации резекции желудка по второму способу Бильрот выполнены у 8 (38,0%). Из них в модификации Гофмейстер-Финстерер – 7 (33,3%) и по Ру с инвагинационным анастомозом – у 1 (4,8%) больного. Следует отметить, что в основной группе модификации резекции желудка по первому способу Бильрот выполнены у 20 (90,9%) больных. Из них у 7 (31,8%) - РЖ по Габереру, у 9 (40,9%) - РЖ с термино-латеральным анастомозом по Габерер-Финнею и у 4 (18,2%) - по Л.Г.Хачиеву. При этом резекция желудка по второму способу Бильрот в модификации Гофмейстер-Финстерер выполнены лишь у 2 (9,1%) больных. Выводы. Разработанные и внедренные модифицированные технические приемы у исследуемых больных позволяют в 90,9% случаях выполнить РЖ в модификациях первого способа Бильрот. Наиболее оптимальны терминолатеральные анастомозы по Л.Г.Хачиеву и Габерер-Финнею. При постбульбарной локализации ДЯ операцией выбора должна быть РЖ для «выключения» язвы.

634.ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Отакузиев А.З., Мамарасулов М.М., Ботиров Ж.А.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Определить особенности клинического течения язвенной болезни при «трудных» дуоденальных язвах (ДЯ). Материал, методы и результаты исследования. За последние 5 лет в з хирургическом отделении Клиники АГМИ по поводу ЯБДПК в плановом порядке оперированы 222 больных. Из них «трудноудаляемые» ДЯ диагностированы у 43 (19,4%) больных. Всем больным наряду с общеклиническими, проводились современные методы инструментального исследования. При сравнительной оценке больных ЯБДПК с неосложненным течением и при «трудноудаляемых» ДЯ нами установлено, что при неосложненном течении заболевания в 24,5% случаях болезнь диагностирована у женщин реже по соотношению к мужчинам, составив 3:1. Тогда как у больных с «трудными» ДЯ лишь в

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

8,6% случаях болезнь диагностирована у женщин, по соотношению к мужчинам составив 10:1. Возрастной состав больных с неосложненным течением ЯБДПК в 167 (93,3%) случаев заболевание диагностировано в юношеском и молодом возрасте, т.е. в 15-44 года. У больных с «трудноудаляемыми» ДЯ установлено, что и в молодом возрасте частота диагностирования «трудноудаляемых» язв относительно велика. Так, возраст у 14 (32,5%) - составил 15-19 лет, у 15 (34,9%) - 20-44 лет. У них «трудность» ДЯ, в основном, определялась локализацией в постбульбарном отделе, по задней стенке луковицы ДПК с пенетрацией в окружающие органы. У 11 (25,6 %) больных возраст составил 45-59 лет и у 3 (6,0%) - старше 60 лет. У них ДЯ была гигантских размеров (более 2 см) с охватом более половины диаметра ДПК. Нередко ДЯ была каллезной, пенетрирующей в окружающие органы и локализовалась по переднебоковым, задним стенкам кишки и в постбульбарном отделе ДПК. У больных с неосложненным течением ЯБДПК в 81,0% случаев длительность язвенного анамнеза не превышала 5 лет. У больных с «трудноудаляемыми» ДЯ при длительности язвенного анамнеза 6 - 10 лет частота «трудноудаляемых» ДЯ диагностирована в 16 (37,2%) случаев, в 11 - 15 лет - у 13 (30,2%), в 16 - 20 лет - у 7 (16,3%) и более 20 лет - у 3 (7,0%) больных. Следует отметить, что лишь у 4 (9,3%) больных этой группы, длительность анамнеза заболевания составило до 6 лет. Однако, «трудноудаляемые» ДЯ могут диагностироваться и у больных с анамнезом болезни до 6 лет (9,3%), а также более 20 лет (7,0%). Выводы. «Трудноудаляемые» ДЯ значительно чаще диагностируются у лиц мужского пола, болезнь имела частое и непрерывно-рецидивирующее течение, диагностирован «гиперсекреторный» синдром, а также стойкий и выраженный болевой синдром, ДЯ длительное время (более 6 месяцев) не поддавалась комплексному противоязвенному лечению.

635. Результаты модифицированной внутрибрюшной сакрокольпопексии при лечении тазового пролапса у женщин

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П.

Белгород

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет

Актуальность. Ввиду большого количества рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов проблема оперативного лечения опущения органов малого таза и тазового дна у женщин является актуальной. Цель исследования. Улучшение анатомических и функциональных результатов комплексного хирургического лечения выпадения прямой кишки и матки. Материалы и методы. Наблюдалось 25 женщин с полным выпадением прямой кишки и матки и ректоцеле (IV степень по POP-Q). У всех больных данной группы имелось опущение промежности и недостаточность сфинктера заднего прохода. У 10 больных отмечалось недержание мочи при напряжении I-III степени, у остальных 15 больных имело место затрудненное мочеиспускание. Всем больным произведена внутрибрюшная сакрокольпопексия с укреплением передней и задней стенок влагалища на большом протяжении, практически до промежности, и с укреплением передней стенки прямой кишки сеткой. Для коррекции недержания мочи при напряжении или профилактики его развития в послеоперационном периоде выполняли кольпосуспензию по Burch. Средний возраст больных составил 67,6±6,9 лет. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: частота воспалительных осложнений, эрозий и гранулем, развитие диспареунии в послеоперационном периоде, анатомическая коррекция пролапса и функциональных нарушений по данным УЗИ, МРТ, дефекографии, функциональных исследований с использованием аппарата Poligraf D. Результаты. Существенных интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Гнойно-воспалительные осложнения, которые удалось купировать консервативными мероприятиями, отмечены у 3 больных. Анатомической коррекции пролапса удалось достичь у всех пациенток. Аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на 1,9±0,8 см. Проктогенный запор ликвидирован у 16 больных. Аноректальный угол уменьшился на 7,1±1,4° в покое и на 16,9±2,8° при натуживании, сократилась длительность натуживания, уменьшилось количество оставшегося контраста

634