МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

с фиксацией традиционными методами – транспоневротическими швами (n=37), – так и использование специально разработанной пластины из реперена для бесшовной пластики брюшной стенки (n=32, патент РФ № 73779 (2008)). Накоплен опыт применения пластин реперена для первичной пластики дефекта при эвентрациях, в том

числе в гнойную рану (n=5). Во всех случаях реперен показал свою биологическую инертность, устойчивость к агрессивным биологическим агентам, достаточную прочность. Исследования по дальнейшему применению данного материала в герниологии и в ургентной хирургии продолжаются.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭВЕНТРАЦИЙ И ПРИ ЛАПАРОСТОМИИ

**Петров В.В.², проф. Паршиков В.В.¹, к. м. н. Самсонов А.А.²,
Ходак В.А.², к. м. н. Романов Р.В.²**

¹ ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва, Нижний Новгород, Россия;

² МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия

Основным патогенетическим моментом развития эвентрации является нарастающая интраабдоминальная гипертензия вследствие интра- и экстраабдоминальных причин (например РДСВ), которая может усугубляться нарушением репаративных процессов в послеоперационной ране и её нагноением. Похожее состояние известно в герниологии при ущемлённых вентральных грыжах. Ненатяжная пластика по методике inlay является эффективным общепризнанным методом лечения подобных состояний, которое уменьшает количество системных осложнений, благоприятно влияет на течение раневых процессов даже при имплантации эндопротеза в инфицированные и нагноившиеся раны, снижает число отдалённых рецидивов грыж. Нами накоплен и проанализирован опыт лечения 57 пациентов с эвентрациями после срединных лапаротомий (48), лапаротомий из подрёберного доступа (5) и лапаротомий из параректального доступа (4). 25 пациентам вы-

полнена интраабдоминальная имплантация эндопротезов по методикам inlay и sublay. Использовались эндопротезы из полипропилена (Линтекс эсфил) №20 и из реперена №5. В контрольной группе после ревизии брюшной полости края раны сопоставлялись с помощью П-образных швов на резиновых трубках. В группе с использованием эндопротезов наблюдалось более быстрое заживление операционной раны, не было летальных исходов от системных осложнений, не было повторных эвентраций. В группе с использованием узловых швов было 8 повторных эвентраций (24%), 5 (15%) пациентов погибло от системных осложнений. Положительный опыт применения сетчатых эндопротезов из реперена при эвентрации в инфицированные раны, их биоинертность позволили использовать их при лапаростомии. Прооперированы 2 пациента, которым на завершающем этапе операции производилась имплантация пластины реперена по аналогии с inlay-пластикой. Пациентам проводились повторные санации (релапаротомии) в сроки от 5 до 10 дней от первичного вмешательства. Не наблюдалось случаев прирастания петель кишечника, образования свищей. На фоне применения эндопротезов снижалась интраабдоминальная гипертензия, что сказывалось положительно на течении интраабдоминальной патологии. Исследования в данном направлении продолжаются.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ КАРКАСА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

**Познанский С.В., Евтихов Р.М., Кутырев Е.А.,
Колбашова Ю.Н., Кукучкин А.В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия», Иваново, Россия

Проблема множественных переломов ребер в настоящее время обусловлена нарастанием частоты дорожно-транспортных происшествий. Как правило, множественные, двухсторонние, окончатые или билатеральные переломы ребер с обра-

зованием реберного клапана и парадоксального дыхания обуславливают тяжесть состояния пациентов. Кроме того, подвижные нестабильные отломки ребер в большинстве случаев становятся источником повреждения органов грудной клетки. Коррекция дыхательной недостаточности, устранение флотации средостения и профилактика плевро-пульмональных осложнений может быть достигнута лишь при удовлетворительной фиксации подвижных ребер. Цель исследования заключалась в анализе результатов лечения фрагментированных переломов ребер с применением фиксации под контролем видеоторакоскопии.

Такие приёмы стабилизации реберного клапана, как интрамедуллярная фиксация, наружная фиксация и вытяжение с помощью специальных приспособлений, различные варианты панелизации, широко применялись на наших базах до 2004 года. В тяжелых случаях травмы груди обеспечивали внутреннюю пневматическую стабилизацию флотирующих переломов ребер с применением длительной ИВЛ с положительным давлением на выдохе (PEEP – positive end expiratory pressure), высокочастотной ИВЛ.

У 22 пациентов с множественными переломами ребер с 2004 по 2010 применялся способ миниинвазивной фиксации спицами под контролем видеоторакоскопии (патент РФ 32278626, Жестков К.Г. и соавт., 2009). Все пострадавшие находились в тяжёлом состоянии по системе APACHE II, шкалам AIS и ISS. Линии переломов маркировались на коже предварительно. Выполнялась необходимая видеоторакоскопическая операция: эвакуация свернувшегося гемоторакса у 15 пациентов, ушивание раны или разрыва легкого – у 9, остановка кровотечения из межреберных сосудов – у 11, плевректомиа и декорткация легкого – у 2. С помощью специального устройства, введенного в плевральную полость, накладывались одиночные или восьмиобразные швы (PDS – 2.0) для осуществления временной репозиции определенного флотирующего сегмента. Затем над флотирующим переломом вне зоны травмированных тканей пункционно субфасциально вдоль ребра или над грудиной проводилась моделированная по форме грудной клетки спица. С помощью держателей, введенных через разрез

кожи длиной 0,5 см, осуществлялась репозиция и фиксация отломков ребра к спице. Концы спиц подшивались к стабильным отрезкам ребер под визуальным контролем со стороны плевральной полости. Спицы удалялись при образовании костной мозоли через 4–6 недель.

Улучшение показателей жизненной емкости легких и насыщения крови кислородом отмечалось уже через сутки после фиксации. У 9 пациентов осуществлен ранний перевод с ИВЛ на самостоятельное дыхание. В 16 случаях осуществлена ранняя активизация пациентов. Не отмечалось гнойных осложнений со стороны мягких тканей грудной клетки. Со стороны плевральной полости в 1 случае развился стойкий посттравматический плеврит.

Анализ результатов показал, что миниинвазивная методика восстановления каркасности груди надежно стабилизирует грудную стенку, позволяет избежать широкого рассечения контуженных мягких тканей. Видеоторакоскопия обеспечивает высокую прицельную точность, полноценность и безопасность фиксации сломанных ребер. Одновременно малоинвазивная визуализирующая техника незаменима для точной диагностики осложнений со стороны органов плевральной полости и средостения, а также выполнения оперативных вмешательств в достаточном объеме. Благодаря раннему восстановлению функции дыхания и коррекции гипоксии головного мозга, отсутствию осложнений значительно сокращены сроки пребывания наблюдаемых пациентов в реанимационном отделении и стационаре.

СВЧ-ДЕСТРУКЦИЯ НЕОПЛАЗИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

Пузанков А.А., Загайнов В.Е., Стриковский А.В., Снопина Л.Б., Шкалова Л.В., Евстигнеева Г.А., Загайнова Е.В.
ФГУ «ПОМЦ ФМБА России», УРАН ИПФАН,
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород

Актуальность. В большинстве случаев рак желудка развивается на фоне длительно существующих предопухолевых состояний слизистой. В России рак желудка стабильно занимает второе место в структуре онкологических заболеваний (15,8% – у мужчин и 12,4% – у женщин). Неопластические образования слизистой желудка часто малигнизируются. Гиперпластические полипы малигнизируются в 0,5% случаев, аденомы желудка – от 4% до 50%. Существующие способы эндоскопического удаления неоплазий (электроэксцизия, эндоскопическая

резекция слизистой, аргонплазменная коагуляция, лазерная деструкция) имеют свои недостатки и осложнения.

Цель работы – оценить безопасность и эффективность СВЧ-деструкции неоплазий слизистой желудка.

Материал и методы. Основа метода СВЧ – деструкция образований слизистой оболочки путем локальной гипертермии тканей, что реализуется путем импульсной кратковременной работы СВЧ-системы, при этом локальные изменения происходят под визуальным контролем. Методика заключается во введении эндоскопа в полость желудка, определении месторасположения патологического очага, заведении затем в инструментальный канал эндоскопа гибкой коаксиальной линии с излучателем на дистальном конце, прижатию излучателя к патологическому очагу и проведении дозированной, в импульсном режи-