

со специалистами ТЦМК переводятся в "СОКБ N 1" или находятся на мониторинге у специалистов ТЦМК, дальнейшая тактика лечения этих пациентов согласовывается со специалистами "СОКБ N 1".  
**Заключение.** Пациенты с хирургической инфекцией в связи с широкой распространенностью этой патологии являются важной медико-социальной и экономической проблемой для здравоохранения. Одним из основ ее успешного решения может быть как этапное ведение пациентов в соответствии с едиными методологическими принципами, так и совместные действия врачей различных специальностей на диагностическом, лечебном и реабилитационном этапах.

### 29. Опыт в лечении осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки

*Тимербулатов Ш.В. (1), Гайнуллина Э.Н. (1),  
 Ахмеров Р.Р. (2)*

Уфа

1) ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет", 2) ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) относится к числу частых заболеваний и достигает 30% и более среди всей популяции, а у лиц старше 70 лет встречается в 40%. До настоящего времени нерешенными остаются вопросы профилактики ДБОК, особенно рецидивов дивертикулита, осложнений заболевания. Разноречивые мнения исследователей относительно целесообразности планового хирургического лечения, хирургической тактики при повторных атаках острого дивертикулита и др. Целью исследования был ретроспективный анализ результатов лечения больных с осложненными формами ДБОК за 10-летний период наблюдения. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 640 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, находившиеся в колопроктологическом отделении клиники хирургии с курсом колопроктологии и хирургии с курсом эндоскопии ИДПО БГМУ с 2005 по 2015 годы. Все больные госпитализированы в экстренном порядке по направлениям врачей скорой

медицинской помощи, амбулаторного звена или переведены из стационаров без специализированного отделения данного профиля. Среди них мужчин 35%, женщин 65%. По возрасту, до 30 лет 0,1%, 31-40 - 6,7%, 41-60 - 42,6%, 61-70 - 30,3% и старше 70 - 20,1%. 529 больным (82,66%) проведено консервативное лечение, хирургическое - 111 (17,34%) больным. Острый дивертикулит выявлен у 384-60%, перидивертикулярный инфильтрат - 76-11,89%, перидивертикулярный абсцесс - 45-7,08%, кишечное кровотечение - 96-15,07%, перфоративный дивертикулит - 32-4,96%, острая кишечная непроходимость - 7-1,09% больных. В обследовании использованы общеклинические, лабораторные, рентгенологические (Р-графия ОБП, КТ, МРТ, ирригософия), УЗИ, эндоскопические (РРС, ФКС), видеолапароскопия, БХ-методы (СРБ, прокальцитонина, лактата крови), мониторинг ВБД.  
**Результаты и обсуждение.** Диагностика и лечебная тактика при осложненной ДБОК основывались на разработанных протоколах оказания неотложной хирургической помощи. Использовалась классификация Hinchey E.J. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень у 111, III степень - 103 и IV степень у 26 больных. При сомнительных случаях (n=123-32,03%) при остром дивертикулите после УЗИ выполняли диагностическую лапароскопию. Комплекс консервативной терапии включал внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, до 26,01% больных этой группы в течение 18 месяцев госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями, 17,99% - более двух раз. Из 76 больных с перидивертикулярным инфильтратом 4 (5,26%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено хирургическое лечение (3-резекция сигмовидной кишки, 1-левосторонняя гемиколэктомия). Перидивертикулярный абсцесс, в зависимости от локализации дивертикула по периметру толстой кишки и ее анатомического отдела, делят на 3 варианта: 1-внутрибрюшной, 2-внутрибрыжеечный и 3-забрюшинный. При 1 варианте абсцесс вскрывали видеолапароскопическим способом под контролем лапароскопа и накладывали колостому - 21 больному. При 3 варианте тактика зависела от объема гнояника. При диаметре до 7 см проводили чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ (n=10), более 7 см - из минилюмбального доступа, либо доступа Пирогова-Кромптона (n=12). После дренирования накладывали проксимальную колостому. Экстериоризацию перфорированного сегмента с

формированием колостомы (n=12), при технических сложностях выполняли резекцию по типу операции Гартмана (n=20). При наличии синдрома интраабдоминальной гипертензии (3-4 стадии), необходимости в послеоперационных санациях, накладывали только кожные швы. Лапаростома устранялась по купированию перитонита, интраабдоминальной гипертензии, обычно после 2 или 3 санации брюшной полости. Кровотечения только в 9,38% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике использовали ирригографию и ФКС. У 5 (5,21%) ирригография позволила добиться гемостаза при продолжительном кровотечении. 15 больным выполнена резекция сегмовидной кишки, 3-левоторонняя гемиколэктомия, 2-субтотальная резекция ободочной кишки. В экстренном хирургическом лечении нуждалось 20,8% (n=20), консервативно эффективна в 79,17%. Острая кишечная непроходимость из 7 пациентов консервативно разрешилась у 2. Остальным выполнена экстренная лапаротомия, интраоперационная декомпрессия тонкой и толстой кишки. Чаще операции заключались в резекции толстой кишки с колостомией. Заключение. Консервативное лечение эффективно у 82,66%, в экстренной хирургической помощи нуждаются 17,34% больных. Первичные резекции выполнены 21,17%, 32,9% возникли осложнения, несостоятельность анастомоза у 9,2%. У оперированных больных выполнялись вынужденные двухэтапные хирургические вмешательства 78,83%. Послеоперационная летальность – 8,95%.

### 30.Амбулаторная хирургия сегодня

*Сваровски Е.Е., Муха А.В.*

Москва

ГБУЗ "Поликлиника №201" ДЗМ

Основой создания и развития амбулаторной хирургии (АХ) стали современная высокотехнологичная хирургия и легко управляемая анестезия, позволяющая быстро вывести пациента из наркоза. Сочетание этих компонентов сделало возможным значительно сократить

продолжительность хирургических операций и послеоперационного периода. Опыт практического применения АХ позволил выявить целый ряд преимуществ этого нового раздела хирургии. Основные преимущества АХ, это прежде всего, снижение осложнений, в том числе, инфекционных. Амбулаторная хирургия делает возможным более тесный контакт пациента со своим лечащим врачом. В крупных хирургических стационарах в лечении пациента принимает участие большое количество врачей, что создает у него представление об обезличенности лечения. Одной из главных составляющих организации успешной работы АХ это отбор пациентов для выполнения амбулаторной операции. Противопоказания для проведения амбулаторных операций - относительные противопоказания; длительность операции превышает 2 часа; при возможности развития значительной кровопотери или потери других жидкостей организма; появление в послеоперационном периоде интенсивных болей в области операционной раны, которые нельзя будет устранить приемом анальгетиков per os или per rectum; наличии длительной предшествующей лекарственной терапии, которая увеличивает риск развития сердечных и легочных осложнений; психологической нестабильности; отсутствие взрослых лиц в квартире у пациента, перенесшего амбулаторную операцию. Абсолютные противопоказания: ожирение; выраженная форма ночного апноэ; лабильный сахарный диабет; ХОБЛ; тяжелая астма; эпилепсия; алкогольная зависимость. Амбулаторная анестезия, имеющая свои особенности, быстро совершенствуется и становится значительной частью общей анестезии, имеется большое количество печатных и электронных руководств и журналов по этой проблеме. Пациенты покидают отделение обычно через 2 часа после окончания операции. Применяются следующие виды анестезии – местная, региональная. После выхода из наркоза ряд параметров контролируют с интервалом в 15 минут в течение первых 4 часов после операции и через 30 минут до выписки из центра. Контроль выхода из анестезии осуществляется на основе различных диагностических шкал. Важным элементом амбулаторной хирургии является контроль состояния пациентов после ухода из отделения. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов могут появиться однотипные осложнения - боли в послеоперационной ране, кровотечение или расхождение раны, резкое повышение температуры тела, а в более позднем периоде развиться инфекционные осложнения. Поэтому пациент и его родственники должны быть