

лапароскопии. Однако, опыт показывает, что у 10-20% больных в экстренной хирургии однократное лапароскопическое исследование оказывается недостаточной для точной диагностики патологии со стороны органов живота и точной оценки динамики болезни (Борисов А. Е. и соавт., 2006). В связи с этим в последние годы используется методика повторных динамических лапароскопических исследований, что позволяет улучшить результаты диагностики, контролировать течение патологических процессов и в экстренном порядке корректировать проводимое лечение. Нами проанализированы результаты 66 экстренных лапароскопий у больных с закрытыми травмами живота, проведенных с 2007 по 2017 г.г. Пострадавшие по возрасту распределились следующим образом: в возрасте до 20 лет поступило 10 (15,1 %) пострадавших, от 18 до 30 лет – 21 (31,8 %), от 31 до 40 лет – 10 (15,1 %), от 41 до 50 лет – 20 (30,3 %), от 51 до 60 лет – 5 (7,5 %). Подавляющее большинство пациентов – от 20 до 50 лет - наиболее трудоспособного возраста. Наиболее частая причина (52 %) травм брюшной полости носил бытовой, в первую очередь, криминальный характер. Клиническое обследование больных, как правило, осуществляли на фоне проведения противошоковой и противовоспалительной терапии. Диагноз формировали на основании данных лабораторного и клинко-инструментального обследования. Диагностическую лапароскопию проводили по стандартной методике, в основном, под местным обезболиванием. Наложение пневмоперитонеума и установление оптического лапаропорта проводили в одной из точек Калька. После обзорного осмотра брюшной полости, при необходимости, для детального осмотра всех отделов и структур дополнительно устанавливали 5 мм лапаропорт в правой или левой половине передней брюшной стенки. У 24 (36,3%) из них повреждений внутренних органов обнаружено не было. В 18 (27,2%) случаях обнаружен гемоперитонеум, причиной которого в 5 (7,5%) случаях был разрыв селезенки, в 7 (10,6%) - разрывы печени, в 6 (9,0%) случаях – другие причины. В 11 (16,6%) наблюдениях обнаружен перитонит, который возник в результате повреждения кишечника. У 8 (12,1%) пострадавших выявлена забрюшинная гематома. У 6 (9,0%) больных с закрытой травмой живота проведена динамическая релапароскопия через 3 и 6 часов, из них у 4 (6,0%) больных с целью контроля надежности гемостаза на печени, обнаруженной при первичной лапароскопии, у 2 (3,0%) больных – для наблюдения в динамике за состоянием субкапсулярной гематомы правой доли печени и

состоянием раны на печени и 2 (3,0%) больным для исключения разрыва полого органа (как правило, диагностическая лапароскопия выполнялась в ближайшие часы после травмы). Перечисленным больным, подвергшимся динамической лапароскопии, после выполнения диагностической лапароскопии на месте параумбиликального лапаропорта устанавливали полихлорвиниловый дренаж с диаметром 0,7 мм., который фиксировали на коже. Перед выполнением динамической лапароскопии дренаж удаляли и по проводнику устанавливали троакар с оптикой. После окончания динамической лапароскопии троакар извлекали, рану зашивали. В 1 (1,5%) случае динамическая релапароскопия позволила установить нарастающий гемоперитонеум, причиной которого явился двухмоментный подкапсулярный разрыв печени, в 1 (1,5%) случае разрыв полого органа, что потребовало неотложного хирургического вмешательства. Таким образом, лапароскопические вмешательства при оказании неотложной хирургической помощи больным с закрытой травмой живота весьма эффективны, обладают высокой диагностической и лечебной эффективностью, и позволяют определить оптимальную хирургическую тактику у данной группы больных.

42. Хирургические методы оперативного лечения альвеококкоза печени

Пантелеев В.С. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2)

Уфа

1) ФГБОУ ВО БГМУ; 2) ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова,

Хирургические методы оперативного лечения альвеококкоза печени Пантелеев В.С. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2) 1) ФГБОУ ВО БГМУ; 2) ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, г. Уфа Актуальность Хирургическое лечение альвеококкоза печени представляет значительные трудности, так как большинство больных в результате длительного бессимптомного течения заболевания поступают в стационары в неоперабельной стадии. В то же время внедрение в клиническую практику современных диагностических систем, а также оригинальных хирургических вмешательств,

появление специализированных центров хирургии печени дают реальную возможность производить радикальные операции больным, которые по многим факторам могли быть признаны неоперабельными. Материал и методы. Всего в период с 2005 по 2016 годы в условиях ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова г. Уфа было пролечено 57 больных альвеококком печени, из них 37 мужчин и 20 женщин. Заболевание выявлено в основном у лиц молодого и среднего возраста (средний возраст составил $35 \pm 3,6$ лет). Правая доля печени была поражена у 34 больных (60,0%), левая – у 14 больных (25,5%), поражение обеих долей отмечено у 9 (14,5%) пациентов. Всего было выполнено 57 (100%) операций, из которых 35 (61,4%) радикальных и 22 (38,6%) паллиативных. Среди радикальных оперативных вмешательств: анатомические резекции – 20 (12 - правосторонняя и 8 - левосторонняя гемигепатэктомия); атипичные резекции – 13 (6 - трисегментэктомия, 5 - бисегментэктомия, 2 - сегментэктомия); трансплантация печени – 2. К паллиативным операциям мы отнесли выполненные нами: кускование печени – 8; кавернотомия с наружным дренированием – 2; желчеотводящие операции – 12. Результаты. После радикальных оперативных вмешательствах летальности не было, но при паллиативных операциях были 2 (3,5%) летальных исхода, связанных с печеночной недостаточностью. Среди послеоперационных осложнений: кровотечение из печени – 3 (5,2%); гнойный желчный свищ – 1 (1,8%); билиарный сепсис – 1 (1,8%); рецидив нагноения полости распада каверны – 2 (3,5%); нагноение послеоперационной раны – 2 (3,5%). Выводы. 1. Альвеококк печени является относительно редким, но коварным заболеванием с грозными осложнениями особенно в эпидемических очагах, и требует унификации диагностических и лечебных мероприятий. Радикальным методом лечения при альвеококкозе является резекция печени разного объема. 2. При альвеококкозе, когда имеется поражение обеих долей печени, или паразитарный узел локализуется в воротах печени, или же имеет место прорастание паразитом нижней полой вены, возможно выполнение трансплантации печени.

43. Причины осложнений после установки кавафильтров и пути их профилактики

Черкасов В.А., Долгушин Б.И., Андреев Ю.Г.

Москва

ФГБУ «НМИЦО им. Н.Н.Блохина» МЗ РФ

Актуальность – необходимость проведения профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА), при наличии показаний, не вызывает сомнения; имплантация кавафильтра (КФ) в нижнюю полую вену (НПВ) является одним из эффективных методов этой профилактики. Редкие, но всё же встречающиеся, осложнения после установки КФ требуют внимательного обсуждения для их устранения и профилактики. Цель – оценить эффективность использования имплантации различных моделей КФ, как способ профилактики ТЭЛА; выявить причины осложнений КФ и определить способы их предупреждения и ликвидации. Материал и методы. С 2003 года по декабрь 2017 года включительно в «НМИЦО им.Н.Н.Блохина» 1291 больному был имплантирован кавафильтр (КФ) «Корона» с целью профилактики ТЭЛА. Результаты. У 6 (0,5%) больных произошла ТЭЛА – у пяти больных на фоне декомпенсированного ДВС-синдрома и у одной больной – опухолевыми массами, проросшими сквозь КФ по просвету НПВ. У трёх больных (0,23%) с ДВС-синдромом ТЭЛА послужила причиной смерти. По данным УЗИ и КТ у 14% больных имелись тромботические массы на уровне КФ в различной стадии лизиса – результат эмболизации в КФ. Разрушение КФ отмечено у 5 (0,26%) больных. Осложнения, потребовавшие коррекции положения КФ, наблюдались у 2 (0,16%) больных. У одной больной два фиксирующих лучика КФ перфорировали правую стенку НПВ и прилоханочный отдел мочеточника, что потребовало рентгенохирургической коррекции положения КФ. У одного больного КФ был ошибочно имплантирован в правую почечную вену, что также потребовало коррекции его положения. Обсуждение. Выходение элементов КФ за пределы венозной стенки в отдалённом периоде, не сопровождалось клиническими проявлениями. У некоторых современных КФ проникновение элементов КФ (Select) за пределы нижней полой вены (НПВ) наблюдалось почти у 90% больных (Zhou D. 2012г). Развитие самостоятельного тромбоза, на КФ в литературе не доказано, проведение адекватной антикоагулянтной терапии