

57 лет повторное вмешательство проведено по поводу тромбоза шунта в зоне аневризматического расширения после 18 месяцев работы кондуита. Пациент В., 63 лет оперирован через 32 месяца после имплантации биопротеза в связи с прогрессирующим ростом аневризматического расширения и риском разрыва. Расширение протеза у этого больного подтверждено методами сонографии и МСКТ-ангиографии. Изучены цитологическая и гистологическая картины стенки изъятых кондуитов. Способ окраски препаратов – гематоксилин и эозин и по Ван-Гизону. Результаты и обсуждение: Гистологически в удаленном биопротезе пациента А., 57 лет определялись значительное утолщение внутренней оболочки с одновременным неравномерным истончением средней оболочки. В адвентиции существенных изменений обнаружить не удалось. Во внутренней оболочке можно было обнаружить присутствие единичных макрофагов с пенистой цитоплазмой, врастание капилляров и тонких соединительно-тканых волокон на фоне скудной лимфоцитарной инфильтрации со стороны анастомоза. Найдено отложение единичных мелких кристаллов холестерина на границе с анастомозом. Обнаружено неравномерное истончение и прерывистость внутренней эластической мембраны. Определялись начальные признаки атеросклероза в виде обызвествления средней оболочки. В зоне анастомоза зафиксирована выраженная продуктивная воспалительная реакция с присутствием многоядерных клеток, расслоением и разрушением соединительно-тканых структур. Цитогистологическая характеристика стенки биопротеза пациента В., 63 лет имеет следующее описание. Аневризма малая (15 мм): стенка сосуда с нарушением строения за счет грубого склероза, с рассеянной и очаговой смешанной воспалительной инфильтрацией (картина хронического неспецифического воспаления). В отдельных участках в инфильтрате скопления гигантских многоядерных клеток типа инородных тел. Эндотелий отсутствует. На внутренней поверхности фибрин, эритроциты, местами тромботические массы. В адвентиции – рассеянные лимфоидные инфильтраты. Аневризма большая (43 мм): резко истонченная стенка сосуда с нарушенным строением за счет грубого склероза, с рассеянной умеренной смешанной воспалительной инфильтрацией. Эндотелий отсутствует. К внутренней поверхности прилежат массы смешанного тромба, местами плотно фиксированного. В представленных наблюдениях расширение кондуита в отдаленном периоде было связано с процессами дегенерации стенки,

развитием воспаления и атеросклеротического процесса. Изменениям подвергается средняя оболочка; на внутренней поверхности располагаются организованные тромботические массы. Со стороны наружной оболочки регистрируются явления неоваскулогенеза. Найденные нами изменения не соответствуют картине интимальной гиперплазии, которая характерна для синтетических протезов. Выводы: Расширение биологического протеза в отдаленном периоде связано со структурными изменениями стенки, для которых характерно утолщение внутренней оболочки, наличие признаков воспаления и раннего атеросклероза.

95.Оперативное лечение желчнокаменной болезни у пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением

Галимов О.В.(1), Ханов В.О.(1), Ибрагимов Т.Р.(2), Сагитдинов Р.Р.(2)

Уфа

1) ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России Клиника БГМУ, Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, 2) НУЗ «Дорожный центр восстановительной медицины и реабилитации ОАО «РЖД»

В последние годы отмечается мировая тенденция к росту интереса к проблеме ожирения со стороны врачей различных специальностей. По различным данным, около 7% взрослого населения земного шара страдают ожирением, что составляет около 250 млн человек. При этом, по данным ВОЗ, в развитых странах избыточную массу тела имеет порядка трети населения (33,3%). Ожирение признано ВОЗ хронической неинфекционной «эпидемией» нашего времени, поскольку у таких пациентов снижается трудоспособность, укорачивается продолжительность и снижается качество жизни. Все вышеперечисленные проявления ожирения наиболее отчетливо выражены у лиц с III-IV степенями заболевания. Большинство клинических и эпидемиологических исследований выявило и подтвердило, что наиболее значимыми для здоровья следствиями

ожирения являются сахарный диабет 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания. Хирургическое лечение больных с избыточной массой тела и ожирением, особенно на фоне метаболических нарушений, требует особого подхода, как в предоперационной подготовке, так и интра- и послеоперационном ведении, что связано с наличием неизменно выявляемой у них сопутствующей патологии жизненно важных органов и систем организма. В настоящее сообщение включено изучение результатов исследования 41 пациента, прооперированных на наших лечебных базах в 2016-17гг по поводу желчнокаменной болезни с индексом массы тела более 26 кг/м². Из них 4 пациента оперированы по поводу острого холецистита. В 37 случаях вмешательство выполнялось лапароскопически, 4 больным выполнены традиционные холецистэктомии, в том числе 2 пациентам с острым холециститом. Из включенных в исследование пациентов III-IV степень ожирения была у 19 человек, и у 3 отмечались патологические формы ожирения (ИМТ>45). Пяти пациентам, оперированным в плановом порядке, была выполнена симультанная операция: лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическая гастропликация по оригинальной методике, направленная на снижение веса. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. После операции у пациентов отмечается снижение массы тела на 29-35%. При выполнении лапароскопических вмешательств раневых осложнений не было. Нагноение раны наблюдалось у 1 пациентки оперированной традиционным методом по поводу острого холецистита. В 1 случае возникла тромбоэмболия легочной артерии у пациентки, поступившей в экстренном порядке, и оперированной по поводу острого холецистита, который закончился летально. Таким образом, наличие избыточной массы тела отрицательно сказывается на результатах хирургического лечения патологии органов брюшной полости, наиболее часто сочетающихся с ожирением. Тщательная предоперационная подготовка, проведение профилактики угрожающих жизни осложнений в интра- и послеоперационном периоде, проведение профилактики тромбоэмболических осложнений путем введения низкомолекулярных гепаринов, применение по показаниям сочетанных вмешательств, направленных на снижение массы тела дает возможность снизить количество осложнений, рецидивов и удовлетворяет эстетические потребности пациентов, повышает эффективность отдаленных результатов.

Немаловажным фактором, предотвращающим развитие гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны, является применение эндовидеотехнологий. До недавнего времени ожирение было одним из противопоказаний к выполнению данного вида вмешательств, но полученные результаты исследования позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в клиническую практику.

96. Применение протезов при хирургическом лечении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы II-IV типов

*Ахматов А.М., Василевский Д.И., Тарбаев И.С.,
Корольков А.Ю.*

Санкт - Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова»

Актуальность проблемы Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы II-IV типов (параэзофагеальные) в структуре данной группы анатомических нарушений составляют 5-10%. В отличие от хиатальных грыж I типа (аксиальных), параэзофагеальные грыжи практически всегда сопровождаются нарушениями пассажа пищи, и несут риск развития угрожающих жизни осложнений: механической непроходимости или ишемического некроза смещенных в средостение органов. Лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы II-IV типов остается одной из сложных проблем хирургии в связи с высокой частотой рецидива заболевания. Повторная дислокация органов брюшной полости в средостение в различные сроки после оперативного вмешательства данного вида хиатальных грыж отмечается в 25-40% наблюдений. Основными причинами неудач коррекции размеров хиатального отверстия являются его большие размеры и механическая слабость мышечных ножек, отмечающиеся при грыжах II-IV типов. Для предотвращения рецидива заболевания применяются различные подходы: гастропликация, укрепление хиатального отверстия круглой связкой, левой долей печени, другие методики. Но