

операции в основной группе составил $2,51 \pm 2,13$, в контрольной – $5,46 \pm 2,98$ ($p \geq 0,001$). Через 24 часа уровень боли в основной группе снизился до $1,71 \pm 1,59$, в контрольной до $3,04 \pm 1,85$ ($p \geq 0,05$). Только 2 пациентам в основной группе потребовалось назначение наркотических анальгетиков, в контрольной – 41 пациенту. В первые сутки доза наркотического анальгетика, выраженная в пересчете на морфин на одного пациента составила $0,45 \pm 0,93$ мг в основной группе и $8,11 \pm 4,62$ мг ($p \geq 0,001$) в контрольной. Легкие послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo наблюдались у 17 пациентов основной группы (36,2%) и у 24 контрольной (48,0%), и купировались самостоятельно, либо после кратковременной терапии. Осложнения II степени, потребовавшие перорального назначения антибиотиков, имелись только у 3 больных контрольной группы. У одного пациента после лапароскопической холедохолитотомии с формированием холедоходуоденоанастомоза, диагностирован подпеченочный абсцесс, разрешенный путем дренирования под УЗ-контролем. В каждой из сравниваемых групп отмечено по 1 случаю несостоятельности холедоходуоденоанастомоза, потребовавших повторного хирургического вмешательства, завершившегося благополучно. Выводы. Холедохолитотомия выполненная лапароскопическим доступом по эффективности не уступает лапаротомной холедохолитотомии и не приводит к увеличению длительности операции. Лапароскопические вмешательства на желчевыводящих протоках позволяют достоверно снизить выраженность послеоперационного болевого синдрома. Частота ранних послеоперационных осложнений после лапароскопической холедохолитотомии меньше частоты осложнений после операций, выполненных лапаротомным доступом.

130. Применение перманентного коллагена и биологического клея при дуоденальных свищах в эксперименте

Иштуков Р.Р.(1,2), Нартайлаков М.А.(1,2),
Пантелеев В.С.(1,2), Погорелова М.П.(2)

Уфа

ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет Минздрава России (1)
Республиканская клиническая больница
им. Г.Г. Куватова (2)

Актуальность. Дуоденальные свищи (ДС) являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости, требующие индивидуальный подход к лечению каждого пациента. Летальность у больных с ДС варьирует от 60 до 90%. Таким образом, поиск и подбор оптимального хирургического лечения ДС является важнейшей задачей, которую возможно изучить на экспериментальной модели дуоденального свища у животных, применяя различные новые методы операций. Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнялось на 60 кроликах породы «Шиншилла» на собственной разработанной экспериментальной модели дуоденального свища, осуществляемую следующим образом: после выделения и мобилизовывания нисходящей части двенадцатиперстной кишки, петлю кишки выводили и оставляли снаружи. Через 24 часа после моделирования дуоденального свища всем животным проводились релапаротомии с целью ликвидации свищевого дефекта ДПК. В I контрольной группе животных свищевой дефект ДПК ушивался двухрядным вворачивающимся узловым швом, линия кишечных швов не укреплялась. Во II и III группах дуоденальный свищ ушивался однорядным непрерывным вворачивающимся узловым швом, при этом во II контрольной группе линия швов укреплялась биологическим хирургическим клеем BioGlue, а в III группе животных поверх наложенного однорядного узлового кишечного шва укладывали свиной дермальный коллаген «Permacol»™. Результаты и обсуждения. Морфологическое состояние тканей на 3-е сутки. Во всех трех группах после проведенной операции определяется выраженный острый катаральный дуоденит, о чем свидетельствует отек соединительнотканной основы ворсинок и их инфильтрация лейкоцитами, а кровеносные капилляры ворсинок становятся полнокровными.

Морфологическое состояние тканей на 7-е сутки. К концу первой недели эксперимента у животных во всех трех группах подслизистые и межмышечные сосуды были умеренно полнокровными, отмечался небольшой межуточный отек кишечной стенки, соединительнотканная основа оболочек тонкой кишки все еще остается инфильтрированным лимфоцитами, макрофагами и фибробластами. Однако в III группе животных вокруг травмы постепенно оказывается все большее количество коллагеновых волокон, вырабатываемых фибробластами. Морфологическое состояние тканей на 14-е сутки. Поражение слизистой, а также количественные показатели воспалительной активности и ее качественный состав имели тенденцию к стиханию во всех группах исследования, более заметно это наблюдалось в группе с использованием биоимпланта. Затянувшееся разрешение воспалительной реакции препятствовало эффективному и быстрому процессу регенерации, что, следовательно, способствовало избыточному разрастанию грануляций и последующему рубцеванию; это оказалось более характерно для I группы (ШМ) животных и в меньшей степени – для III группы (коллаген). Морфологическое состояние тканей на 30-е сутки. В области швов с использованием биоимпланта определялись скопления фибробластов, очаговые разрастания зрелой волокнистой соединительной ткани, что было ранее выражено в сравниваемых группах. Также в этой группе менее выражены процессы воспалительной инфильтрации и межуточного отека. В контрольных группах более выражен процесс рубцевания. Выводы: 1. Воспалительная инфильтрация, как отражение ответной защитной реакции организма на повреждение и наличие инородного субстрата (шовного материала), сработала более эффективно как в количественном (степень выраженности), так и в качественном (быстрая смена клеточных элементов) плане в группе применения биоимпланта. 2. Признаки разрастания грануляционной ткани в области раны появлялись примерно в равные промежутки времени во всех исследуемых группах, однако их продолжительность отличалась и имела очень существенные последствия в группе с использованием биоимпланта. 3. Применение биоимпланта при операции у экспериментальных животных способствует более раннему восстановлению микроциркуляторных расстройств с формированием в зоне патологических изменений нежнволокнистой соединительной ткани.

131. Реконструктивно-восстановительные вмешательства с применением лапароскопически-ассистированного доступа у пациентов с колостомами

Цыплаков К.Г., Денисенко В.Л.

Витебск

Витебский областной клинический
специализированный центр.

Актуальность. Традиционные операции при закрытии колостом травматичны, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. Лапароскопический доступ при закрытии колостом позволит оптимизировать результаты лечения у пациентов с колостомами при проведении реконструктивных вмешательств. Материалы и методы. Проанализированы результаты лапароскопически-ассистированных вмешательств по закрытию колостом в нашей клинике в 2017г. В основной группе 8 пациентов. Возраст пациентов 54,1±19 лет. Колостомы, выведенные по поводу заболеваний и травм левой половины толстой кишки, были у 87,5% пациентов. Всем пациентам основной группы было выполнено хирургическое вмешательство по восстановлению непрерывности кишечной трубки с применением лапароскопически-ассистированного доступа. Всем пациентам (100%) основной группы удалось восстановить непрерывность кишечника. В одном случае (12,5%) после наложения низкого трансверзо-ректоанастомоза возникла необходимость выведения превентивной илеостомы по Торнболлу. Средняя продолжительность лечения в основной группе составила 13,9±5,1 койко-дней. Контрольную группу составили 15 пациентов. Возраст 54,2±14,1 лет. Всем пациентам этой группы было выполнено хирургическое вмешательство с применением традиционного лапаротомного доступа. При этом в 93,3% случаев исход оперативного вмешательства оказался благополучным. Один пациент контрольной группы умер на 11-е сутки после реконструктивного вмешательства от прогрессирования хронической легочно-сердечной недостаточности. Несостоятельности анастомоза у умершего не отмечено. Средняя