

случаях причиной стала дивертикулярная болезнь и ее осложнения, в 3 (4,0%) – осложнения ургентной хирургической патологии, в 2 (2,7%) – осложнения гинекологической патологии и заворот долихоколон. У 1 (1,3%) пациента толстокишечный свищ сформирован по причине осложнённого течения болезни Крона. Сигмостомы были сформированы – у 50 (66,7%) больных, трансверзостомы – у 14 (18,7%), десцендостомы – у 8 (10,7%), асцендостомы – у 2 (2,7%) и цекостома – у 1 (1,3%) пациента. Средняя длительность ношения кишечного свища составила $45,6 \pm 88,0$ недель. Выбор хирургического доступа определялся характером исходного заболевания, типом колостомы, тяжестью сопутствующей патологии. Всем 75 (100%) пациентам выполнены восстановительные операции с ликвидацией колостомы и восстановлением непрерывности кишечника. 57 (76,0%) больных с концевыми толстокишечными стомами оперированы в 30 (40,0%) случаях открытым и в 27 (36,0%) - видео-ассистированным способом. 16 (21,3%) пациентам с петлевыми колостомами и 2 (2,7%) – с пристеночными восстановительное вмешательство было выполнено из локального доступа. Оценка результатов лечения пациентов с толстокишечными стомами проводилась по данным клинической картины, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования. Расчёт и анализ произведен с помощью программы Microsoft Office Excel 2007. Результаты и их обсуждение. Попытка выполнения видеоассистированной операции предпринята у 37 человек. При этом - у 10 (13,3%) потребовалась конверсия в лапаротомию из-за массивного спаечного процесса. Лапаротомия из локального доступа произведена – у 18 (24,0%) пациентов. Продолжительность видеоассистированных операций составила в среднем $115,1 \pm 54,7$ минут. Операции из локального доступа длились в среднем $110,9 \pm 52,3$ минуты, открытые – $111,6 \pm 52,2$ минуты. Осложнённое течение послеоперационного периода отмечено у 17 (22,7%) пациентов. В группе пациентов, оперированных открытым доступом осложнения зафиксированы - у 10 (13,3%) человек: серомы послеоперационной раны – у 3 (4,0%), кровотечение из послеоперационной раны – у 2 (2,7%), частичная несостоятельность межкишечного анастомоза - у 2 (2,7%), ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 2 (2,7%), нагноение послеоперационной раны – у 1 (1,3%) оперированного. Продолжительность госпитализации в этой группе составила $14,6 \pm 7,7$ дней. 3 (4,0%) осложнения интра- и послеоперационного периода наблюдались в

группе пациентов, которым выполнено видеоассистированное вмешательство. Интраоперационно при выделении культи прямой кишки десерозирована тонкая кишка - у 1 (1,3%) больного. В послеоперационном периоде частичная несостоятельность толстокишечного анастомоза - у 1 (1,3%) пациента, ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 1 (1,3%) оперированного. Средняя длительность госпитализации в этой группе составила $9,0 \pm 7,8$ дней. Среди больных, которым выполнена лапаротомия из локального косопоперечного доступа отмечены 4 (5,3%) осложнения: интраоперационное повреждение толстой кишки в одном (1,3%) наблюдении, острая спаечная кишечная непроходимость – у 1 (1,3%). 1 (1,3%) наблюдение кровотечения из послеоперационной раны и 1 (1,3%) частичная несостоятельность межкишечного анастомоза. Длительность пребывания в стационаре составила $10,1 \pm 7,7$ дней. Летальных исходов не было. Заключение: несмотря на большую продолжительность видеоассистированных восстановительных операций, они имеют ряд преимуществ: сокращение числа послеоперационных осложнений и уменьшение периода пребывания в стационаре.

263. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Гильфанов А.Р.

Уфа

БГМУ

Актуальность. Основной причиной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является инфицирование человека *Helicobacter pylori*, который обволакивает слизистую оболочку этих органов. Незамисимо от стадии заболевания основным в лечении язвенной болезни является антихеликобактерная терапия. Существующие схемы эрадикации *Helicobacter pylori* включают сочетание нескольких антибиотиков и ингибиторов протонной помпы, проводятся в течение 7 - 14 дней. Подобные схемы лечения имеют ряд недостатков. В связи с этим наиболее адекватным и

перспективным является использование эндоскопических методов в сочетании с местным лекарственным воздействием, т.е. доставка препаратов в очаг заболевания в желудке или двенадцатиперстной кишке. Штаммы *Helicobacter pylori* приобрели устойчивость к антимикробным препаратам, используемым в традиционных схемах антихеликобактерной терапии и по данным литературы их количество неуклонно растет. Одним из способов для преодоления антибиотикоустойчивости является антимикробная фотодинамическая терапия. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – это часть фототерапии, при которой для достижения лечебного эффекта требуется свет определенной длины, необходимый лекарственный препарат - фотосенсибилизатор и кислород. Цель исследования: улучшение результатов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. Для оценки клинической эффективности предложенных способов лечения были выделены 2 группы больных. Основная группа — в комплексное лечение язвенной болезни применялось сочетание инъекционных форм омепразола с эндоскопической фотодинамической терапией (n=64). В контрольной группе - лечение проводили традиционными средствами, которая включала традиционную антихеликобактерную терапию (n=51). Средний возраст больных составил 41,6±6,3 лет. Основная и контрольная группа сопоставимы по возрасту, полу, площади язвенных дефектов и сопутствующим заболеваниям. Антимикробная фотодинамическая терапия проводилась всем пациентам основной группы. В качестве фотосенсибилизатора использовался Метиленовый синий. Максимум поглощения Метиленового синего приходится на длину волны 630 нм. Проводилась фиброгастродуоденоскопия, слизистая орошалась 0,5% раствором Метиленового синего. Экспозиция метиленового синего на слизистую оболочку составляла 10 минут. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лакта Милон» модель Touch screen в непрерывном режиме, плотность мощности 0,1-2,5 Вт/см², длительность воздействия, в зависимости от площади язвы - 0,1-10 Втсм²). Результаты и обсуждение. До начала лечения в обеих группах проведен уреазный тест и иммуногистохимический анализ. В момент первичного обследования у всех пациентов выявлено обсеменение *Helicobacter pylori* разной степени выраженности. После проведенного лечения на 7 сутки проведен повторное исследование на наличие *Helicobacter pylori*. В основной группе *Helicobacter pylori* выявлен у 2 (3,1%) пациентов. В контрольной группе на 7

сутки *Helicobacter pylori* обнаруживался у 12 (23,5%) пациентов. При эндоскопическом контроле на 7 сутки оценивалась динамика заживления язвенных дефектов у пациентов основной и контрольной групп. На 7 сутки в основной группе заживление наблюдалось у 62 (96,8%) пациентов. В контрольной группе на 7 сутки заживление отмечалось у 39 (76,5%) человек. Выводы: 1. Применение эндоскопической антимикробной фотодинамической терапии способствует более полной эрадикации *Helicobacter pylori* из организма. 2. Лазерное облучение при фотодинамической терапии стимулирует репаративные процессы, сокращает сроки заживления язв.

264. Применение антимикробной фотодинамической терапии при лечении больных с постыньекционными абсцессами

Сагдиев Р.Д.

Уфа

БГМУ

Актуальность. Фотодинамическая терапия является принципиально новым методом лечения гнойных инфекций и ее развитие можно сравнить с открытием антибиотиков. Фотодинамическая терапия предполагает использование нетоксичных красителей, которые выступают в качестве фотоактивного препаратов, называемых фотосенсибилизаторов в сочетании с лазерным светом соответствующей длины волны для возбуждения их возбуждения и выделения активных форм кислорода. Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с постыньекционными абсцессами. Материалы и методы. В исследование включены пациенты постыньекционными абсцессами. В основной группе (36 человек) - осуществляли комплексное лечение путем применения активной хирургической тактики в сочетании с антимикробной фотодинамической терапией. Группа сравнения (25 человек) - традиционное лечение (антибиотики широкого спектра действия, водорастворимые мази, растворы антисептиков и т. п.). Средний возраст больных составил 64,3±6,4 года. Группа сравнения сопоставима с основной по