

ассистированных тимомтимэктомий и сравнение их с открытыми операциями является актуальным разделом современной хирургии. Материал и методы: В НМХЦ им И.М. Пирогова в период с 2005г. по 2016г. было выполнено 337 хирургических вмешательств у больных с заболеванием вилочковой железы. Из них 135 с тимомами и 202 с миастенией генерализованной формой. У 96% больных хирургическое вмешательство было выполнено с применением миниинвазивных технологий. В период с 2010г. по 2015г., было выполнено 36 хирургических вмешательств на роботе Da Vinci Si по поводу образования переднего средостения (заболевание вилочковой железы). Из них 13 по поводу тимом и 23 связанных с миастенией. Полученные результаты: Мы изучили ближайшие и отдаленные результаты у 13 больных с миастенией генерализованной формой (2а- 3в), тимомами. И у 23 больных с миастенией генерализованной формой. При оценке результатов хирургического лечения мы исходили из следующих основных критериев; восстановление работоспособности и образа жизни, отсутствие потребности в препаратах, отрицательная миастеническая реакция. Все операции на роботе Da Vinci выполнялись под наркозом с раздельной интубацией главных бронхов, двух просветной трубкой и одно лёгочной искусственной вентиляцией легких. У больных с аутоиммунной миастенией миорелаксанты не применялись. Летальности в раннем и отдаленном после-операционном периоде не было. У 15,3% больных из 13 (2) с тимомой в раннем после-операционном периоде удалось полностью отказаться от постоянного приема препаратов. У 61,5% больных (8) отмечено снижение потребности в препаратах до 2-х раз. И у 23,0% (3) прием препаратов не снизился, остался прежним, однако качество жизни значительно улучшилось. У 38,4% больных (5) из них удалена раковая опухоль вилочковой железы. В после операционном периоде получавших химиотерапию и у одного человека химиолучевая терапия. У одного больного спустя пол года выявлен рак ободочной кишки. У 23 больных оперированных на роботе Da Vinci с миастенией генерализованной формой (2а-3в) отдаленные результаты составили: у 52,1% больных (12) с миастенией в раннем после-операционном периоде удалось полностью отменить все антихолинэстеразные и гормональные препараты. У 26,0% больных (6) с миастенией отмечено снижение потребности в препаратах в 2 раза. И у 21,7% (5) прием препаратов не снизился, однако качество жизни улучшилось, что позволило активно заниматься спортом и у большинства женщин родить без осложнений. Лишь у одного

больного (4,3%) в раннем после-операционном периоде отмечился криз миастении. Средняя длительность робот-ассистированных тимэктомий составила 200-210 минут. После-операционный койко-день составил 5,4. Выводы: Анализ накопленного опыта показал бесспорную эффективность МИТ высокотехнологических вмешательств при заболеваниях вилочковой железы, сопоставимую с традиционной стернотомией и боковой торакотомией. Основным сдерживающим фактором в развитии робот-ассистированных вмешательств при опухолях вилочковой железы является более высокая стоимость.

360.Динамика микроциркуляторных изменений кишечной стенки при высоких тонкокишечных свищах.

*Иштуков Р.Р. (1,2), Пантелеев В.С. (1,2),
Зарипов Ш.А. (2)*

Уфа

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

Введение. Образование и функционирование несформированных кишечных свищей сопровождается возникновением морфологических изменений в стенке кишки и соседних органах. Выраженность этих изменений определяется многими факторами, в том числе уровнем локализации и сроками функционирования свища. С другой стороны, патологические процессы, происходящие в кишечной стенке и окружающих тканях, влияют на функциональное состояние кишки, и на течение самой болезни. Принимая во внимание факт, что одним из наиболее значимых факторов в возникновении свищей является нарушение трофики в стенке кишки, необходимо исследовать состояние микроциркуляции кишечной стенки в зоне свищевого дефекта при применении различных способов ликвидации кишечного свища. 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 «Permasol»™. Для изучения функциональных изменений микроциркуляции кишечной стенки в области свищевого дефекта исследовались известным методом лазерной доплеровской флоуметрии с использованием отечественного аппарата ЛАКК-01, выполненного научно-производственным предприятием «Лазма» в разные сроки наблюдения (на 3-и, 7-, 15- и 30-е сутки). Снятие показателей микроциркуляции стенки пораженного кишечника проводили интраоперационно на расстоянии 5-15 мм от линии швов. Результаты и обсуждение. Оценки микроциркуляторного русла неизменного кишечника у экспериментального животного мы изучали интраоперационно при первичной лапаротомии на передней поверхности нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Показатель микроциркуляции интактной кишечной стенки составил $17,17 \pm 1,14$, взятого за исходный уровень. Эксперименты с моделированием дуоденальных свищей у кроликов показали, что её развитие сопровождается глубокими нарушениями микроциркуляторного звена стенки кишечника, обусловленного микроциркуляторным стазом и дисфункциональной дилатацией, характеризовался нарушением капиллярного кровотока, был выражен спазм артериол, имелись участки ишемии, амплитудно-частотный спектр трактовался как спастико-атоническая и застойная форма нарушений микроциркуляции. Для показателей микроциркуляции к концу исследования характерно их снижение до малого уровня перфузии. Анализ полученных показателей всех трех группах свидетельствовал о приблизительно одинаковых показателях нарушения микроциркуляторного русла. Однако, во II и в III группах показатели микроциркуляции оказались

немного выше, чем в I группе на всех сроках проводимых исследований. Вероятно, это связано с тем, что в I группе экспериментальных животных мы использовали двухрядный кишечный шов, а во II и в III группах однорядный кишечный шов с использованием медицинского клея в одном случае и биоимпланта в другом. Заключение. Динамика микроциркуляторных изменений кишечной стенки в зоне патологических изменений соответствует морфологическим изменениям, полученным нами при изучении экспериментальных препаратов. Применение же биоимпланта при операции у экспериментальных животных способствует более раннему восстановлению микроциркуляторных расстройств с формированием в зоне патологических изменений нежнотоволокнистой соединительной ткани, отличающейся достаточным уровнем перфузии крови в капиллярном звене микроциркуляторного русла. Амплитудно-частотный спектр колебаний кровотока в этом случае характеризуется спастической формой нарушения микроциркуляции.

361. Н.И. Пирогов на Северном Кавказе

Околов В.Л., Восканян Э.А.

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница"
г. Пятигорска

Первое применение эфира для наркоза было осуществлено В.Т. Мортоном 16 октября 1846 г. Сообщение об этом было опубликовано в России в журнале «Друг здравия» в январе 1847 г.. Н.И. Пирогов тотчас со всей страстностью ученого приступил к глубокому изучению нового благодетельного для человечества открытия. В его деятельности надо выделить ряд периодов в изучении обезболивания. Первый период от февраля до мая 1847 г. В это время он проверил действие эфирного наркоза сперва на себе и своих помощниках, а затем на 40 добровольцах. В этот же период им было сделано под эфирным наркозом 50 операций у больных и 60 экспериментов на животных. Во второй период – июль-декабрь 1847 г. им была изучена эффективность эфирного наркоза в военно-полевых условиях. В 3-м периоде – 1848 г. и