

основании этого в последующем в период с 2015-2017 гг. во второй подгруппе больным резекционные вмешательства выполнялись реже, в большем количестве формировались декомпрессионные стомы, а стентирование опухолевого стеноза производилось не только инкурабельным пациентам, но и как «мост» к плановой радикальной операции. Результаты лечения больных во второй подгруппе значительно улучшились: средний койко-день – 11,1; п/о осложнения – 17,1%; п/о летальность – 10,3%. Выводы. Эндоскопический гемостаз является методом выбора для остановки толстокишечного кровотечения. Резекционные вмешательства с этапным лечением перитонита служат операцией выбора при колоректальном раке, осложненном перфорацией; при внебрюшинной перфорации с формированием абсцесса и отсутствием явлений перитонита, возможно использование миниинвазивных методов лечения - дренирование абсцесса, формирование декомпрессионной стомы. Применение этапных, матотравматичных методов лечения, направленных на разрешение экстренного хирургического осложнения, позволяет улучшить результаты лечения больных с осложненным колоректальным раком.

#### 543. Симультанные операции при хирургических и гинекологических заболеваниях органов брюшной полости

Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Круглова И.А.(2), Алакаева Д.Р.(2)

Уфа

1. ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет", Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии,
2. ГБУЗ ГКБ №18

Актуальность исследования: По данным ряда авторов сочетание хирургической и гинекологической патологии составляет 20-30% от общего числа проводимых оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, из них только в 3-4% случаев до операции устанавливается наличие сочетанной

патологии. Материалы и методы: Нами был проведен анализ результатов лечения 65 пациенток гинекологического отделения ГКБ № 18 в возрасте 50-70 лет (среднее значение 55.8лет), которым были выполнены симульные операции. Лапароскопические вмешательства осуществлялись с помощью эндовидеохирургического комплекса "Азимут" (Казань), Аксиома (Санкт-Петербург), инструментарий также "Аксиома"(Санкт-Петербург), "Азимут"(Казань). Полученные результаты: Пациенты были поделены на 3 основные группы. 1 группа -23 человека, которым симульное оперативное лечение запланировано и проведено лапароскопическим доступом. 2 группа -8 человек, которым симульное оперативное вмешательство начиналось лапароскопическим доступом, но в ходе оперативного лечения из-за массивного спаечного процесса было продолжено и завершено открытым доступом. 3 группа -29 человек, оперированная открытым доступом. Обсуждение: В 1 группе у 22 из 23 пациентов спаечная болезнь была диагностирована интраоперационно, что потребовало совместной работы с бригадой хирургов. 1 пациентке была проведена субтотальная гистерэктомия по поводу миомы матки совместно с удалением липомы передней брюшной стенки. 2 группа пациентов, оперированная сочетанным доступом имела в анамнезе от 1 до 2 лапаротомических операций. У 2 пациенток были диагностированы грыжи передней брюшной стенки. В ходе симульных операций им выполнены пластики грыжевого выпячивания с использованием синтетических материалов. 3 группе пациенток оперативное лечение проводилось открытым доступом, что было связано с наличием лапаротомий в анамнезе, сопутствующей экстрагенитальной патологией. 4 пациенткам из этой группы в ходе симульной операции были проведены субтотальная гистерэктомия с придатками (2 пациентки) и двусторонняя аднексэктомия (2 пациентки) с грыжесечением по поводу пупочной грыжи (пластики по Сапежко). 1 пациентке была проведена абдоминопластика по поводу ожирения 4 степени, совместно с тотальной гистерэктомией с двухсторонней аднексэктомией. 1 пациентка оперирована по поводу липомы забрюшинного пространства и опухоли левого яичника. Послеоперационный период у пациентов из всех групп протекал без особенностей. Выводы: 1. Проведение симульных оперативных вмешательств имеет ряд преимуществ: сокращает сроки и повышает эффективность лечения больных с сочетанной патологией. 2. При сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза

позволяет избежать повторных вмешательств, улучшает качество жизни пациентов.

#### **544. Первый опыт использования баллонной ангиопластики в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы**

*Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Скороваров А.С., Сулейманов Ш.А., Магомедов Н.Н., Магомедов Р.З., Гереева З.К.*

Махачкала

ДГМУ, Городская клиническая больница 1

Первый опыт использования баллонной ангиопластики в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы. Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Скороваров А.С., Сулейманов Ш.А., Магомедов Н.Н., Магомедов Р.З., Гереева З.К. Актуальность. Несмотря на определенные успехи в лечении больных с синдромом диабетической стопы, эта проблема остается актуальной и по настоящее время. Это обусловлено довольно высоким процентом высоких ампутаций у этих больных - до 20%, а при наличии окклюзионных и стенозированных поражений - более 40%. Эффективность лечения этих больных снижается при распространенных стенозированных или окклюзионных поражениях сосудов нижних конечностей. У больных с синдромом диабетической стопы при ишемической форме наиболее часто наблюдается стенозированное поражение на уровне бедренно-подколенного сегмента и оно является наиболее неблагоприятным для адекватного восстановления магистрального кровотока. В настоящее время в лечении больных с синдромом диабетической стопы стали широко использовать рентгенэндоваскулярные вмешательства - баллонная ангиопластика и стентирование сосудов нижних конечностей. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 24 больных с синдромом диабетической стопы, находившихся на лечении в республиканском отделении хирургической инфекции в 2017 году. Мужчин было 8, женщин 16. Средний возраст составил 59 лет. Кровообращение в стадии субкомпенсации было у 9 больных, декомпенсации - у 15 больных. Гнойно-

некротическое поражение стопы соответствовало 4 стадии по классификации Вагнера. При поступлении больные жаловались на наличие болей в конечности, усиливающихся при наступлении на конечность, перемежающую хромоту через 50-200 метров, онеменение и замерзание стоп. Ультразвуковое исследование выявило у 6 больных поражение бедренного сегмента, у 7 подколенного сегмента и у 11 стенозированное поражение на голени. Данные ультразвукового исследования подтвердили и ангиографией. С целью предоперационной подготовки для коррекции сахара всех больных переводили на лечение простым инсулином. Больные получали антибиотики по чувствительности к микрофлоре, антитромботические препараты, вазопротекторы, антиоксиданты, коррекцию сопутствующих заболеваний. Всем этим больным, после соответствующей подготовки, выполнена баллонная ангиопластика бедренным доступом, с оставлением стента в пораженной артерии. Результаты. Оценка непосредственных результатов использования баллонной ангиопластики в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы показала, что полноценная конечность удалось сохранить у 7 больных, что является неплохим результатом. Снизить уровень ампутации, с сохранением опорной функции стопы удалось у 9 больных, высокие ампутации выполнены у 8 больных (табл 1). Таким образом, общий положительный результат получен у 67% больных, высокие ампутации выполнены у 33 % больных. Летальность составила 1(4%) больной. Умерший больной В. 1950 г.р. № истории болезни 31/78. В ноябре больному выполнена баллонная ангиопластика по поводу стенозированного поражения на подколенной артерии, гангрены левой стопы. На 4-е сутки после ангиопластики выполнена ампутация 1-2 пальцев левой стопы. Был выписан в удовлетворительном состоянии. Больной дома не соблюдал назначенную терапию, нарушал диету. Через 2 недели рестеноз подколенной артерии, в связи с чем выполнена ампутация на уровне нижней трети бедра. Больной умер на 2-е сутки после операции от тромбоэмболии легочной артерии. Виды оперативных вмешательств Вид вмешательства Количество больных(24) Некрэктомия, вскрытие гнойных затеков 7(29,2%) Ампутации пальцев, резекция костей стопы 9(37,5%) Ампутации на уровне голени 5( 20,8%) Ампутации на уровне бедра 3(12,5) Летальность 1 (4%) Выводы: 1.Использование рентгенэндоваскулярных вмешательств в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы при окклюзиях и стенозах сосудов нижней конечности приводит к