

СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА

III ФОРУМ МОЛОДЕЖНЫХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ

Материалы XVIII международной
научно-практической конференции студентов
и молодых ученых и III Форума
молодежных научных обществ

В 2-х частях
Часть I



14-15 ноября,
2018 года

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА

III ФОРУМ МОЛОДЕЖНЫХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ

Материалы XVIII международной научно-практической
конференции студентов и молодых ученых и III Форума
молодежных научных обществ

14-15 ноября 2018 года

В 2-х частях

Часть I

ВИТЕБСК, 2018 г.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ В ФОРМИРОВАНИИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОТОМИИ

Лесная А.С.

Научный руководитель: к. мед. н., ассистент Лесной В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Аннотация. Цель исследования. Проанализировать нарушения микроциркуляции тонкой кишки, возникшие при вакуум-ассистированной лапаротомии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 9 больных госпитализированных с клиникой перитонита. Терапия отрицательным давлением проводилась с помощью аппарата «АГАТ–ДНЕПР» постоянным отрицательным давлением -125 мм рт. ст. Состояние перфузии тонкой кишки оценена интраоперационно аппаратом «Лазер-доплерфлоуметр BLF-21».

Результаты исследования. После третьей программируемой этапной санации у 4 (44,4%) пациентов, после четвертой программируемой этапной санации у 5 (55,6%) пациентов диагностировано появление кишечного свища при показателе микроциркуляции ($10,8 \pm 0,37$) пф. ед.

Заключение. Длительная, вакуум-ассистированная лапаростомия свыше ($10,0 \pm 1,6$) суток повышает риск формирования наружных тонкокишечных свищей.

Ключевые слова: перитонит, вакуум-ассистированная лапаростомия, наружный кишечный свищ.

Введение. Снижение количества осложнений открытого метода ведения брюшной полости при разлитом перитоните удалось достигнуть, применяя различные модификации вакуум-ассистированной лапаротомии. Но, несмотря на использование современных систем для управления открытой брюшной полостью (Barker's Vacuum Pack, ABThera Open Abdomen), сохраняет свою актуальность проблема формирования наружных тонкокишечных свищей (enteroatmospheric fistula) [1].

Главной особенностью наружных кишечных свищей, возникших при использовании локального отрицательного давления, является отсутствие свищевого хода, что значительно ухудшает возможности их самостоятельного закрытия. Консервативные методы лечения направленные на снижение энтерального дебита (назогастральный зонд, применение ингибиторов протонной помпы, соматостатина, парентеральное питание), уменьшение инфицированности лапаротомной раны («floating stoma», «Malecot catheter»), в сочетании с биологическими средствами закрытия свища (фибриновый клей, дермальные матрицы) эффективны только в 15-20% случаев [2]. Сохранение наружного кишечного свища свыше 6 недель является показанием к резекции «несущей свищ» петли кишки, но выполненное оперативное вмешательство в условиях фиксированной, инфицированной передней брюшной стенки, выраженного адгезивного процесса в брюшной полости, сопровождается высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности [3].

Цель исследования. Проанализировать особенности нарушений микроциркуляции тонкой кишки при формировании наружных кишечных свищей у больных с вакуум-ассистированной лапаротомией.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 9 больных госпитализированных с клиникой разлитого перитонита, пролеченных методом программированных этапных санаций брюшной полости, у которых

послеоперационный период осложнился развитием наружных тонкокишечных свищей.

Мужчин было 5 (55,6%), женщин – 4 (44,4%). Средний возраст мужчин составил $60,5 \pm 1,5$ года, женщин – $63,2 \pm 1,6$ года. Нозологической причиной перитонита были: перфорация гастродуоденальной язвы – 3 (33,3%) пациента, острый деструктивный аппендицит – 3 (33,3%), дивертикулярная болезнь толстой кишки с перфорацией дивертикула – 2 (22,2%), ущемленная вентральная грыжа с некрозом тонкой кишки – 1 (11,2%).

После устранения источника перитонита органы брюшной полости изолировали с помощью перфорированной пленки, которую заводили до флангов брюшной полости с целью предотвращения адгезии кишечных петель к передней брюшной стенке. В лапаротомную рану помещали смоделированную пенополиуретановую губку с дренажем, подключенным к аппарату «АГАТ-ДНЕПР» с емкостью для сбора экссудата, в повязке создавали постоянное отрицательное давление -125 мм рт. ст.

Во время первой операции и при последующих этапных программируемых санациях брюшной полости проводили оценку состояния микроциркуляции различных отделов тонкой кишки, определяя показатель микроциркуляции (ПМ). Оценку состояния микроциркуляции проводили с использованием аппарата «Лазер-доплерфлоуметр BLF-21». Использовали полостной датчик типа-Е, который удерживали в течение 5 минут над поверхностью кишки до появления стабильного показателя на дисплее прибора в стандартных точках. Запись и обработка полученных результатов осуществлялась с помощью программного обеспечения LDF-Win.

Результаты исследования и их обсуждение. При первичной операции ПМ тонкой кишки составил ($18,45 \pm 0,75$) пф. ед. Во время первой программируемой этапной санации брюшной полости наблюдалось увеличение ПМ до значения ($20,15 \pm 0,82$) пф. ед., но несмотря на повышение показателя в результате активации вазомоторного компонента регуляции, перфузия тканей сохранялась ниже физиологической нормы. Во время второй этапной санации брюшной полости ПМ составил ($15,65 \pm 0,68$) пф. ед. ($p=0,024$), что свидетельствовало о стабилизации микроциркуляторного русла. В петлях тонкой кишки, прилежащих к пенополиуретановой губке, ПМ был на уровне ($14,8 \pm 0,55$) пф. ед., а в петлях тонкой кишки, находящихся в глубине раны, ПМ ($13,3 \pm 0,41$) пф. ед. ($p=0,044$).

После третьей программируемой этапной санации у 4 (44,4%) пациентов, после четвертой программируемой этапной санации у 5 (55,6%) пациентов отмечалась тенденция к снижению ПМ до значения ($10,8 \pm 0,37$) пф. ед., что свидетельствовало об истощении регулирующих кровотоков механизмов сосудистого тонуса, прогрессировании некротических процессов в кишечной стенке и способствовало формированию наружных тонкокишечных свищей.

С целью уменьшения инфицирования лапаротомной раны и контроля дебита отделяемого по свищу применяли методику «fistula VAC», для коррекции ишемических повреждений, в прилежащих к вакуумной повязке петлях кишки, снижали в ней давление до -100 мм рт. ст.

Сроки завершения терапии отрицательным давлением составили ($28,0 \pm 1,5$) суток. У 1 (11,1%) пациента на 32 сутки под действием консервативной терапии отмечено самостоятельное закрытие свища, у 4 (44,4%) пациентов в сроки свыше 6 недель сохранился функционирующий свищ с дебитом отделяемого до 200 мл/сутки. Летальность в исследуемой группе составила 55,6%.

Заключение. Длительная вакуум-ассистированная лапаростомия свыше ($10,0 \pm 1,6$) суток приводит к ишемическим нарушениям, особенно в прилежащих к

вакуумной повязке петлях тонкой кишки ($10,8 \pm 0,37$ пф. ед.), что способствует формированию наружных тонкокишечных свищей.

Список литературы:

1. Coccolini, F. The open abdomen, indications, management and definitive closure / F. Coccolini, W. Biffi, F. Catena [et al.] // World J. Emerg Surg. – 2015. – Vol. 10. – P. 26-32.
2. Sibaja, P. Management of the open abdomen using negative pressure wound therapy with instillation in severe abdominal sepsis: A review of 48 cases in Hospital Mexico, Costa Rica / P. Sibaja, A. Sanchez, G. Villegas [et al.] // Int. J. Surg. Case Rep. – 2017. – Vol. 30. – P. 26–30.
3. Petersson, U. Vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction – a novel technique for late closure of the open abdomen / U. Petersson, S. Acosta, M. Bjorck // World J. of Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 2133–2137.

УДК 616.367-089.85:577.127.2

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Мацкевич А.Н., Леонова А.С.

Научные руководители: к.м.н., доцент Купченко А.М.,
к.м.н., доцент Становенко В.В., к.м.н., доцент Шаркова Л.И.
Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Аннотация. Повреждения внепеченочных желчных протоков является наиболее грозным осложнением как традиционных, так и лапароскопических холецистэктомий. Целью исследования являлся анализ частоты возникновения повреждений внепеченочных желчных протоков при хирургическом лечении желчнокаменной болезни и оценка характера оперативного лечения при них. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 15 пациентов, пролеченных в хирургических отделениях УЗ «БСМП г. Витебска», у которых после хирургического лечения по поводу желчнокаменной болезни, имелось повреждение внепеченочных желчных протоков за период с 2010 г. по сентябрь 2018 г. Вид оперативного лечения зависит от протяженности и уровня повреждения внепеченочных желчных протоков, а также времени диагностики осложнения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, желчные протоки, синдром Мириizzi, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха.

Введение. Повреждения внепеченочных желчных протоков и элементов печеночно-двенадцатиперстной связки являются наиболее грозными осложнениями как традиционных, так и лапароскопических холецистэктомий. Широкое распространение малоинвазивных методов лечения ЖКБ в последние годы делает эту проблему актуальной. Частота повреждения протоков при традиционной холецистэктомии составляет 0,1 – 0,8%, а при лапароскопической холецистэктомии колеблется от 0,3 до 3,0%. При этом рецидивирующие стриктуры желчных протоков, часто возникающие после ушивания протоков при их повреждении, могут потребовать многочисленных повторных вмешательств. Также повышается риск развития вторичных билиарных циррозов печени и печеночной недостаточности. Непосредственная послеоперационная летальность при доброкачественных посттравматических стриктурах достигает 8,3%, а отдаленная – 13%.