

шой и малой ягодичными мышцами, распространяющееся по заднелатеральной поверхности крыла подвздошной кости с уровня 4 поясничного позвонка до верхней трети бедренной кости, размерами 5,6х7,7х16,9см.

Онкологом поликлиники выполнена биопсия образования — воспалительные реактивные изменения, стенка хронического абсцесса. Выполнена открытая биопсия. Гистологическое заключение: villonodularный синовит. При повторном МРТ через 1 месяц образование увеличилось в размере до 24,0х9,5х13см.

Объективно при исследовании: движение в правом тазобедренном суставе в полном объеме, безболезненное. В правой ягодичной области определяется вертикальный окрепший послеоперационный рубец после открытой биопсии, длиной 18см, без признаков воспаления. Правая ягодица значительно увеличена в объеме за счет образования, занимающего наружные квадранты, размером 25,0х15,0см с гладкой поверхностью, неподвижное, плотноэластической консистенции. Также на правой ягодице в верхненаружном квадранте определяется выраженная венозная сеть.

В общем анализе крови отмечалось: Нб 94г/л; Нт 31,3%; эритроциты 4,35х10¹²/л; лейкоциты 6,1х10⁹/л; СОЭ 45 мм/ч. В остальном лабораторные показатели в пределах нормы.

Рентгенологически картина двухстороннего коксартроза 1 стадии.

Сформулирован предварительный диагноз: Villonodularный синовит правого тазобедренного сустава.

Под спинальной анестезией вертикальным Z-разрезом с иссечением старого послеоперационного рубца обнажены и рассечены большая и малая ягодичные мышцы. Визуализировано объемное образование под гладкой блестящей капсулой. С помощью ультразвукового скальпеля образование выделено из окружающих тканей до ножки, интимно связанной с надкостницей большого вертела. Образование удалено. Послойный шов раны с оставлением дренажа по Редону. Кровопотеря за операцию 800мл.

Препарат неправильной формы, состоящий из двух сросшихся узлов, покрыт гладкой блестящей капсулой, плотно-эластичной консистенции. Размер 25,0х12,0х9,0см, вес 1200г.

В послеоперационном периоде проводилась гемостатическая, антибактериальная терапия, коррекция постгеморрагической анемии, ранняя активизация пациентки, ЛФК. Дренаж удален на 3-и сутки. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 14-е сутки.

По результатам гистологического исследования подтвержден villonodularный синовит. Пациентка направлена к онкологу для проведения курса химиотерапии.

Выводы:

1. Оперативное лечение возможно только после гистологической верификации диагноза (с похожей клинической симптоматикой часто протекает рабдомиосаркома);
2. УЗИ, КТ, МРТ должны входить в обязательный стандарт предоперационного обследования для уточнения

точного анатомического расположения (в проекции образования часто располагаются крупные сосуды и нервы);

3. Обязательное проведение химиотерапии в послеоперационном периоде для снижения риска рецидива.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

НОВИКОВ С.В., РОГАЛЬ М.Л., ЕРМОЛОВ А.С., ЯРЦЕВ П.А., ГРИШИН А.В., БЛАГОВЕСТНОВ Д.А., РЕЙ С.И., КУЗЬМИН А.М.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
alexkuzmin2907@gmail.com

Актуальность. В структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, по данным официальной статистики, в последние годы острый панкреатит (ОП) занимает первое-второе место. Основной хирургической проблемой остается панкреонекроз (ПН), который, в зависимости от распространенности парапанкреатита и тяжести органной дисфункции, приводит к летальности от 35% до 90%. Минимально инвазивное лечение зависит от способа формирования доступа для секвестрэктомии. Доступы осуществляются чрескожно под контролем ультразвука (УЗ), компьютерной томографии (КТ) или транслуминарно под контролем гибкой эндоскопии.

Материал и методы. В период 2015–2017 гг. в отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы находилось 238 пациентов с панкреонекрозом. Мужчин было 113, женщин — 125. Средний возраст пациентов составил 52,3±5,4 года. Основными методами верификации ПН являлись УЗ и КТ. При оценке пациентов ПН при наличии органной дисфункции тяжесть состояния по шкале SOFA составила 6,0±0,8 баллов. Базовая терапия включала интенсивную инфузионную терапию, антисекреторную терапию, антибактериальную терапию, адекватное обезболивание, включающее эпидуральную анестезию, раннее зондовое интестинальное питание. По показаниям применялись экстракорпоральные методы гемокоррекции (плазмообмен, постоянная вено-венозная гемофильтрация, при развитии сепсиса — селективная сорбция эндотоксина), иммунокоррекция. Для восстановления оттока желчи и панкреатического сока использовались эндоскопические ретроградные вмешательства. Зоны инфицированных некрозов и скоплений панкреатического сока дренировали чрескожно под контролем УЗ с последующими этапными заменами дренажных трубок на больший диаметр под рентгеновским контролем для последующей чресфистульной эндоскопической секвестрэктомии.

Полученные результаты. Комплекс интенсивной терапии позволил у 135 (56,7%) пациентов добиться положительного результата лечения без дренирующих и открытых хирургических методов лечения забрюшинных жидкостных скоплений. Смерть от панкреатогенного шока наступила в 9 (3,8%) случаях со средним временем пребывания в стационаре до 6 суток. Показанием для чрескожного дренирования было инфицирование некрозов или повреждение панкреатического протока проксимальных

отделов поджелудочной железы. Всего оперировано 103 (43,3%) пациента. Показаниями для открытой операции у 11 (4,6%) пациентов послужили осложнения ПН (профузное кровотечение, перфорация полого органа в свободную брюшную полость, некроз кишечника, острая кишечная непроходимость) на этапах минимально инвазивного лечения. Средний койко-день составил 42+7 дня. Всего умерло 35 пациентов (14,7%), после операции — 26 (25,2%).

Заключение. Больше половины пациентов с ПН доступны успешному лечению без чрескожного дренирования забрюшинных асептических жидкостных скоплений. Хирургическими методами у таких пациентов было чрескожное дренирование брюшной полости для эвакуации свободной жидкости или вмешательства на большом дуоденальном сосочке. При инфицировании некрозов и жидкостных скоплений чрескожный доступ под контролем УЗ и рентгеноскопии позволяет в два этапа обеспечить доступ для адекватного дренирования и эндоскопической секвестрэктомии. Таким образом, минимально инвазивная хирургия под интраскопическим контролем является эффективным методом лечения больных панкреонекрозом.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПИЩЕВОДА

ПОГОДИНА А.Н., НИКОЛАЕВА Е.Б., ПЕРЬКОВА И.И.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
allapogodina@mail.ru

Актуальность. Остро возникающая непроходимость пищевода является довольно часто встречающейся и опасной для жизни патологией, требующей неотложной помощи.

Материал. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 1992 по 2017 гг. находились на лечении в отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии 1207 больных с остро возникшей непроходимостью пищевода и ее осложнениями. Мужчин было 682, женщин — 525 в возрасте от 14 до 92 лет.

Методы исследования: клинический, рентгенологический, эндоскопический, компьютернотомографический, лабораторный, морфологический.

Полученные результаты. Острое нарушение проходимости пищевода в подавляющем большинстве случаев возникло вследствие обтурации пищевода (1183). Причиной остро возникшей непроходимости пищевода у 11 больных была ущемленная параэзофагеальная грыжа; у 9 — спонтанная гематома пищевода, у 4 — аневризма аорты со сдавлением просвета пищевода. Обтурация неизмененного пищевода была в 558 наблюдениях, у 625 пациентов диагностированы различные заболевания: постожоговые рубцовые сужения пищевода, пептические стриктуры, нейромышечные заболевания пищевода, опухоли и дивертикулы.

При попытке самолечения для устранения обтурации у 29 пациентов возник гидравлический разрыв пищевода, у 4 — самотравма металлическим предметом (черенком ложки), в 20 наблюдениях при оказании медицинской помощи произошел инструментальный разрыв пищевода. Все больные были оперированы, им произведены: резекция пищевода (17), ушивание разрыва (18), дренирующие операции (18).

При локализации инородного тела в средне- и нижнегрудном отделах пищевода проводилась инфузионная, спазмолитическая, ферментативная терапия. Обтурация разрешилась в 1088 случаях.

При неэффективности консервативной терапии проводилось эндоскопическое удаление или низведение инородного тела в желудок.

Эндоскопическое устранение обтурации предпринято у 95 больных. Показаниями к экстренному эндоскопическому устранению обтурации были: нарушение дыхания (обтурация глотки и шейного отдела пищевода) и твердые инородные тела (47 больных). У 42 пациентов неэффективность консервативной терапии потребовала эндоскопического вмешательства через 6–10 часов.

Показанием к экстренному хирургическому вмешательству явилось наличие ущемленной параэзофагеальной грыжи у 11 больных. Основным видом вмешательства явилась лапаротомия, диафрагмотомия, низведение желудка в брюшную полость, фундопликация (8 наблюдений). У 3 пациентов выявлен некроз желудка (у 1 — в сочетании с некрозом участка толстой кишки). Им произведены: резекция дна желудка (2), гастрэктомия с резекцией ободочной кишки (1 пациентка — с летальным исходом).

У 4 пациентов причиной непроходимости пищевода явилась аневризма аорты. Смерть 1 больного наступила на операционном столе от профузного кровотечения из обширного дефекта аорты. Одной пациентке кардиохирургами произведена резекция аневризмы аорты. Образовавшийся аорто-пищеводный свищ и медиастинит явились причиной смерти в отсроченном периоде. Двум больным произведено стентирование аорты с последующей резекцией пищевода и тампонированием средостения прядью сальника на сосудистой ножке.

Выводы. Остро возникающая непроходимость пищевода является опасной патологией с возможным развитием жизнеугрожающих осложнений и требует от врача знания диагностики и своевременного адекватного лечения. Применение комплексного исследования, включая рентгенологический, компьютернотомографический, эндоскопический, позволяет установить причину и характер острой непроходимости пищевода, а также возникших осложнений с целью проведения адекватного лечения.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

**ПОПОВА И. Е., ВЛАДИМИРОВА Е. С., ТАРАБРИН Е. А.,
ШАРИФУЛЛИН Ф. А.**

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
pikri125@mail.ru

Введение. Тяжесть состояния пострадавших с сочетанной травмой груди, трудность их обследования, необходимость в срочных лечебных мероприятиях постоянно требуют совершенствования методов экстренной диагностики.