

чин и женщин составило 1:6. Средний возраст: у женщин 47,8 лет, у мужчин 43,5 лет. У наблюдаемых больных гемитиреоидэктомия была выполнена в 25 (19,2%) случаях, предельно субтотальная резекция щитовидной железы – в 3 (13,9%), тиреоидэктомия – в 104 (44,4%), тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией – в 22 (22,5%) и тиреоидэктомия с футлярно-фасциальным иссечением клетчатки шеи – в 8 (13,9%) наблюдениях. Всем больным после соответствующей подготовки, в том числе с коррекцией вторичного гиперпаратиреоза на фоне дефицита витамина Д, под эндотрахеальным наркозом были выполнены экстрафасциальные модифицированные вмешательства из уменьшенных малотравматичных шейных мигрирующих доступов с визуализацией возвратных гортанных нервов и околощитовидных желез. Для защиты кожных краев операционной раны от механических и термических воздействий использовали защитный латексно-марлевой обклад. Средняя длина разреза составила 5,2 см. Во время операции применяли оригинальные методические подходы, направленные на облегченную мобилизацию щитовидной железы и профилактику развития паралича гортани и стойкого гипопаратиреоза. Последние включали прецизионный подход при работе со сложными анатомическими структурами шеи, а также описанный ранее стресс-тест и способ двойной визуально-инструментальной регистрации фотосенсбилизатором индуцированной флюоресценции околощитовидных желез. Операционная рана ушивалась строго послойно с наложением внутрикожного шва при тщательном сопоставлении краев.

Результаты: Анализ полученных данных показал, что во всех случаях был достигнут необходимый объем операций. Все осложнения были временного характера. Среди них односторонний парез гортани (1 (0,6%) больной) и транзиторный гипопаратиреоз (3 (1,8%) больных). При этом отличный косметический эффект вмешательства по шкале POSAS был получен у 146 (90,1%) пациентов, хороший – у 14 (8,6%) и удовлетворительный – у 2 (1,2%) больных.

Выводы: При хирургическом лечении больных с различными заболеваниями щитовидной железы применение усовершенствованного традиционного способа в преобладающем большинстве случаев дает возможность достичь оптимального сочетания необходимого объема, желаемой безопасности и отличного косметического эффекта хирургического вмешательства.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ЗАЙЦЕВ П.П., ВЛАСОВ А.П., ГРИГОРЬЕВ А.Г., ШЕВАЛАЕВ Г.А.,  
КАРПУНЬКИН О.А., АЛЬСОВАЙДИ А.М.  
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск  
vt.i@bk.ru

Актуальность. Одной из важнейших задач современной хирургии, особенно абдоминальной, является проблема осложнений со стороны ран. Причем это относится не только к ранам брюшной стенки, но и внутренних ор-

ганов, которые подвержены каким-либо хирургическим манипуляциям, в том числе и нуждающиеся в наложении швов. Особенно остра эта проблема у больных с сопутствующими заболеваниями, в том числе и сахарным диабетом. Основой повышения вероятности развития раневых осложнений при этой тяжелой патологии являются нарушения гомеостаза и микроциркуляции, в частности, оксидативный стресс и гипоксия вследствие частого спутника заболевания – нарушений микроциркуляции. В работе поставлена цель определить индукторную репаративную способность антиоксиданта/антигипоксанта ремаксола у больных сахарным диабетом, перенесших различные хирургические вмешательства на органах брюшной полости.

Материал и методы. Проведены исследования у 48 больных острым аппендицитом и острым холециститом, у которых имелся сахарный диабет I и II типа. Больные оперированы. Выделены две группы: первая (n=28) – в раннем послеоперационном периоде проводилась стандартизированная терапия; вторая (основная) (n=20) – терапия включала и ежедневные внутривенные введения ремаксола по 400,0 мл в течение 5 суток. Подбор пациентов в группы осуществлялся по нозологии, объему хирургических вмешательств, возрасту, полу.

Процесс заживления тканей самой лапаротомной раны определяли по цитологическим, биохимическим, биофизическим методам, тканей раневых областей – по клинико-лабораторным данным, а также УЗИ-исследованиям.

Результаты. Установлено, что заживление тканей лапаротомной раны у больных острой хирургической патологией и сахарным диабетом сопровождался пролонгацией альтеративных процессов, повышенной инфильтрацией тканей. Такого рода картина выявлена и со стороны заживления ран внутренних органов, в частности, отмечена повышенная и продолжительная продукция раневого экссудата с высоким уровнем клеточных элементов, сохранением соответствующих признаков при сонографии.

В группе больных, которым применен ремаксол, в раневых структурах области лапаротомии происходило сокращение альтеративных процессов, уменьшение инфильтрации тканей, сравнительно ранняя активизация пролиферативных и регенераторных процессов. В среднем, продолжительность каждой фазы, по сравнению с контролем, сокращалась на 12–23%. Отмечена сравнительно быстрая динамика процесса заживления ран в животе. В частности, продукция экссудата была существенно (на 26–33%) уменьшена. Применение ремаксола способствовало уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений со стороны лапаротомной раны на 17,3% (p<0,05). Срок пребывания больных в стационаре сократился более чем на 2 койко-дня (p<0,05).

Следовательно, применение ремаксола, который обладает антигипоксантным и антиоксидантным действием, способствует оптимизации репаративного процесса, что имеет важное значение, особенно у больных сахарным диабетом.