

## ФОРМИРОВАНИЕ ЛИМФОВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

**ЧИЖ Е.Ю.**

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва  
chizhekaterina@gmail.com

Цель исследования: оценить эффективность микрохирургических операций — формирование лимфовенозных анастомозов у пациентов с вторичной лимфедемой конечностей.

Материалы и методы: Вторичная лимфедема конечностей развивается, как правило, в результате травматического повреждения лимфатических сосудов, лучевой терапии или перенесенных инфекционных заболеваний. В отделении микрохирургии ГБУЗ «ГБ № 56 ДЗМ» с 2007 г. по 2013 г. обследовано и пролечено 611 пациентов со вторичной лимфедемой конечностей: из них у 368 человек (60,3%) диагностирована лимфедема нижних конечностей и 243 пациентки (39,7%) — верхних конечностей. В исследуемую группу входили пациенты, перенесшие рожу, оперативное лечение по поводу онкологических заболеваний молочной железы и органов малого таза, страдающие избыточной массой тела. По результатам выполненной радиоизотопной лимфосцинтиграфии отобрано 68 (11,1%) пациентов с проксимальными повреждениями лимфатических коллекторов конечностей. В указанный период времени выполнено 85 операций по формированию лимфовенозных анастомозов в области верхней трети плеча и бедра у пациентов с вторичной лимфедемой II-III ст.

Результаты: У 54 (80% наблюдений) прооперированных пациентов отмечалась стойкая редукция отека и удержание достигнутого результата при наблюдении в течение 5 лет при условии соблюдения рекомендуемой компрессионной терапии. Около 15% (10 пациентов) в течение 5 лет послеоперационного наблюдения перенесли рожу пораженной конечности, вследствие чего степень лимфедемы увеличивалась. Более 5% (4 пациента) «выпали» из-под наблюдения в связи с отдаленными местами жительства.

Выводы: Оперативное пособие в виде формирования лимфовенозных анастомозов высокоэффективно при лечении пациентов с тотальными проксимальными блоками лимфатических коллекторов, подтвержденных радиоизотопной лимфосцинтиграфией.

## ОПЫТ РАБОТЫ ПЕРВОГО СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**ШАБУНИН А.В.<sup>1,2</sup>, БЕДИН В.В.<sup>1,2</sup>, ЯКОМАСКИН В.Н.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва  
yakomas@mail.ru

Актуальность. В настоящее время, учитывая возрастающее количество пациентов хирургического профиля

при сокращении коечного фонда больниц, современный ритм жизни, выполнение операции, лечение в течение нескольких часов в условиях стационара кратковременного пребывания и быстрая социальная адаптация пациента, особенно в условиях страховой медицины, являются очень актуальными.

Цель исследования. Оценить результаты и эффективность работы стационара кратковременного пребывания.

Материал и методы исследования. Первый Стационар кратковременного пребывания (СКП) по профилю общая хирургия, урология и гинекология на 30 коек организован на базе Городской клинической больницы имени С.П. Боткина г. Москвы 15 мая 2016 г. с целью оказания плановой хирургической помощи с минимизацией сроков пребывания пациента в стационаре. В СКП проводят операции по профилям общая хирургия, урология и гинекология пациентам с патологией легкой и средней степени тяжести, которые концентрируются в стационаре посредством организованной работы поликлиник г. Москвы. Это, в свою очередь, помогает разгрузить хирургическую койку в многопрофильном стационаре для больных с urgentной и тяжелой патологией, которым требуется круглосуточное наблюдение и длительное лечение в стационаре. Операции выполняют специально выделенные профильные хирургические бригады. В результате чего значительно сокращается время операций и число возможных интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты. В СКП с 2016 по 2018 гг. (1 год и 11 мес.) выполнено 5 201 операций. По общей хирургии выполнено 2 010 операций (38,6%), по урологии — 1 027 (19,7%), по гинекологии — 2 164 (41,6%). В настоящее время выполняется до 90–105 оперативных вмешательств в неделю на 2 хирургических, 1 эндоскопическом и 1 гинекологическом операционных столах по следующим нозологиям: желчно-каменная болезнь, грыжи передней брюшной стенки живота, доброкачественные образования кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоидной ткани, молочной железы, желудка и ободочной кишки, болезни прямой кишки, варикозная болезнь нижних конечностей, варикоцеле, гидро- и сперматоцеле, фимоз, заболевания предстательной железы, заболевания влагалища, шейки и тела матки. Доля хирургических вмешательств с использованием малоинвазивных и видео-эндоскопических технологий составила 52,8%. За отчетный период выполнено 146 лапароскопических холецистэктомий, 164 грыжесечения с использованием видео-эндоскопических технологий при паховых и ventральных грыжах, 132 — эндоскопических удалений образований ЖКТ, 121 — микрохирургическая варикоцелеэктомия, 2127 — гистероскопических вмешательств на органах женской половой сферы. Под общей анестезией выполнено 60,3% вмешательств с широким применением методов регионарного обезболивания: ТАР-блок под УЗ наведением. В раннем послеоперационном периоде зафиксировано 2 осложнения (0,04%). В одном случае после иссечения анальной трещины под спинальной анестезией отмечено развитие острой задержки мочи, что потребовало госпитализации в круглосуточный урологический стац-

онар, пациентка выписана с выздоровлением через 2 дня. В другом случае выполнена гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием по поводу гиперплазии эндометрия, после чего отмечено маточное кровотечение, что потребовало госпитализации в круглосуточный гинекологический стационар, после консервативной терапии пациентка выписана с выздоровлением через 3 суток.

Выводы. Работа СКП показала свою эффективность как в лечебном аспекте: применение современных малотравматичных методов лечения приводит к ранней реабилитации и сокращению сроков нетрудоспособности пациентов,

так и в экономическом аспекте: значительная экономия средств больницы, используемых для лечения больных. Применение малоинвазивных операций и использование современной аппаратуры приводит к низкому уровню осложнений в послеоперационном периоде. Смена хирургической парадигмы подходов в лечении больных с патологией легкой и средней тяжести приводит к интенсивному развитию СКП в больницах, при этом клинический опыт, навыки, здравый смысл и интересы пациента остаются главными и неотъемлемыми компонентами врачебной практики.