

Современные тенденции развития клинической и экспериментальной хирургии

10 июня 2016 г. в Харькове прошла Научно-практическая конференция молодых ученых «Тенденции развития клинической и экспериментальной хирургии», организованная ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины». Особое внимание во время конференции уделено новым направлениям в экспериментальной и клинической хирургии, вопросам оказания помощи пострадавшим с травмой военного и мирного времени, применению миниинвазивных технологий в хирургии. Молодые специалисты представили результаты собственных научных исследований, поделились опытом применения различных хирургических тактик в лечении ряда заболеваний.

Открыл работу конференции **Евгений Мушенко**, глава Совета молодых ученых, старший научный сотрудник отделения хирургии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины». Он представил доклад, посвященный применению фототерапии в комплексном лечении пострадавших с минно-взрывной травмой конечностей. Докладчик напомнил, что принципы лечения раневых осложнений заключаются в очищении раны от инородных тел, обеспечении адекватного оттока раневого отделяемого, устранении системных нарушений, подавлении возбудителей раневой инфекции, проведении местного лечения, отличающегося в зависимости от фазы раневого процесса (выполнение этапной некрэктомии, применение мазевых композиций, фототерапии, фотодинамической терапии, NPWT-терапии, закрытие кожных дефектов).

Показано, что в процессе проведения комплексного лечения инфекционных раневых осложнений у пострадавших с минно-взрывной травмой с повреждением магистральных сосудов конечностей при применении в комплексе терапии тактико-физических методов, как фототерапия, NPWT-терапия и фотодинамическая тера-

пия, заживление ран происходит быстрее и качественнее. В более ранние сроки отмечают улучшение заживления ран, что создает благоприятные условия для закрытия их дефектов. Стимуляция апоптоза фибробластов приводит к формированию более мягкого рубца, что особенно важно при локализации повреждений в зоне сустава.

Е. Мушенко подчеркнул, что применение предложенной тактики лечения позволяет уменьшить количество вторичных ампутаций до 16,4%.



Дмитрий Замятин, аспирант кафедры хирургии № 1 Харьковского национального медицинского университета, уделит внимание выбору хирургической тактики у раненых с минно-взрывной травмой сердца. Сквозные ранения сердца относят к самым тяжелым видам его повреждений с частотой до 7,2%. На месте происшествия погибают 80% таких пациентов, а из числа оперированных умирает каждый 2-й. Колото-резаные, осколочные и пулевые раны

сердца в 7,3% случаев сопровождаются повреждениями внутрисердечных структур (летальность при этом достигает 52,2%). Важнейшими причинами летального исхода, по мнению докладчика, являются поздняя доставка пострадавшего в лечебное учреждение, тампонада сердца, несвоевременное оперативное вмешательство при значительной кровопотере, а также тяжелые сочетанные торакоабдоминальные повреждения с ранениями сердца и органов брюшной полости.

Докладчик остановился на выборе объема хирургической помощи таким пострадавшим. Так, к группе высокого клинического риска относят пострадавших с достоверными признаками жизнеугрожающих повреждений, нуждающихся в проведении немедленных реанимационных мероприятий и хирургической коррекции. Группу низкого клинического риска составляют пострадавшие с отсутствием признаков повреждения органов грудной клетки; им рекомендовано динамическое наблюдение, а также консервативная кардиотропная терапия. Остальным пациентам (диагностически неясная группа) показано проведение диагностической видеоторакоскопии.

Д. Замятин подчеркнул, что внедрение новейших технологий в хирургию минно-взрывной травмы сердца позволяет оптимизировать результаты лечения и прогнозировать дальнейшее улучшение качества жизни таких пациентов.



Ася Аветян, сердечно-сосудистый хирург отделения кардиохирургии и неотложной кардиологии ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», представила совместный доклад с **В.И. Кравченко** и **И.Н. Кравченко**, сотрудниками отделения хирургического лечения патологии аорты ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирур-



гии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». Она ознакомила слушателей с анализом пред-, интра- и послеоперационных состояний у 680 пациентов с расслоением аневризмы аорты типа А, прооперированных в ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины» в период с 1981 г. по 01.01.2016 г. Так, госпитальная летальность в 1980–2000 гг. составляла 24,1%, в период 2001–2009 гг. — 14,1%. В последующем, в течение последних 5 лет, благодаря накоплению опыта, усовершенствованию методов защиты головного мозга, а также других органов и систем, госпитальную летальность удалось снизить до 4,9%.

По данным ежегодного отчета правления Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов Украины, в 2016 г. из 316 больных с патологией восходящей дуги и нисходящей грудной аорты, прооперированных во всех кардиохирургических центрах Украины, 199 вмешательств с общей госпитальной летальностью 2,5% выполнено в отделе хирургического лечения патологии аорты ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». На базе отделения проводится весь спектр операций при патологии аорты, основаны и широко применяются инновационные подходы, в частности гибридная и эндоваскулярная хирургия (на 01.01.2016 г. выполнено 47 операций). Значительные достижения получены в хирургии острых аортальных состояний, в том числе при расслоении аорты (за 5 лет прооперировано 322 таких пациента). Общая госпитальная летальность составила 4,9%, что соответствует уровню лучших мировых кардиохирургических центров.



Говоря о лечении анальной трещины (АТ), **Владислав Цодиков**, ассистент кафедры хирургических болезней, оперативной хирургии и топографической анатомии Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина, отметил, что в настоящее время существует ряд проблем, связанных с противоречивыми данными о причинах возникновения АТ, ее распространенностью, отсутствием единой тактики лечения острой и хронической АТ. Различные подходы к лечению этого заболевания приводят к большому числу послеоперационных осложнений в виде кровотечений, гематом, абсцессов, рецидивов заболевания, копростазов, острого парапроктита и формирования свищей, анального недержания, а также инвалидности.

Лечение острой АТ включает применение сидячих ванночек, мазей с анестетиками, нестероидных противовоспалительных препаратов, нитратсодержащих мазей (возможен ряд побочных эффектов — го-

ловная боль, головокружение, слабость, тахикардия и др.). Во же время введение в состав консервативной терапии больных с АТ налбуфина гидрохлорида, обладающего анальгезирующим свойством, селективной релаксацией внутреннего сфинктера, позволяет достоверно ускорить сроки заживления АТ.

В. Цодиков обратил внимание, что неудовлетворительные результаты лечения больных с хронической АТ в виде нагноения послеоперационных ран, инконтиненции, стриктур анального канала и нарушения акта дефекации связаны с необоснованным выбором объема оперативного вмешательства у этой категории пациентов. У мужчин на фоне хронической АТ отмечают гипертрофию волокон боковых и задних порций внутреннего анального сфинктера, у женщин — гипертрофию только задней порции внутреннего сфинктера, атрофию волокон средней и задней порции наружного сфинктера, а также умеренную атрофию боковых порций наружного сфинктера. У мужчин обосновано выполнение задней и боковой сфинктеротомии, у женщин противопоказано выполнение боковой сфинктеротомии.



Никита Черняев, ассистент кафедры хирургии № 1 Харьковского национального медицинского университета, рассказал о хирургической тактике лечения повреждений печени с учетом повреждения ее венозных структур. Он отметил, что, несмотря на большую редкость в клинической практике, эти повреждения представляют чрезвычайно актуальную проблему (летальность при повреждении венозных структур составляет до 80%).

В соответствии с разработанным лечебно-диагностическим алгоритмом, показаниями к диагностической видеопараскопии являются стабильная гемодинамика пострадавшего с выявленным при ультразвуковом исследовании (УЗИ) гемоперитоние (до 500 мл), диагностированная при УЗИ или компьютерной томографии (КТ) органная травма до II степени по шкале LIS (Liver Injury Scale), а также отсутствие возможности выполнения УЗИ/КТ или их неинформативность. Повреждение печени I–II степеней тяжести по шкале LIS при достаточной экспозиции раны, отсутствии профузного кровотечения и сочетанных повреждений полых органов является показанием к лапароскопическим лечебным манипуляциям.

В экстренных ситуациях для дифференциальной диагностики с целью установления источника кровотечения и выбора дальнейшей хирургической тактики применяют диагностическую ангиографию. Рентгенэндоваскулярные лечебные

вмешательства у пострадавших с травмой печени, сопровождающейся повреждением ее венозных структур в комплексе хирургической тактики, включающей систему damage control, улучшает результаты лечения данного контингента пострадавших.

Юлия Иванова, ведущий научный сотрудник отделения хирургических инфекций ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», обратила внимание слушателей на проблему антибиотикорезистентности. Она отметила, что проведение рациональной антибактериальной терапии (АБТ), являющейся важным компонентом комплексного лечения хирургических инфекций, в нынешних условиях широкого распространения антибиотикорезистентных штаммов является сложной задачей. Одной из наиболее насущных проблем современной АБТ стала ежегодно возрастающая устойчивость микроорганизмов к применяемым для их эрадикации антибактериальным препаратам.

Докладчик обратила внимание, что в стационарах хирургического профиля в Украине в >60% случаев выявляют мультирезистентные патогены. Наиболее высокий уровень у *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.* и *Pseudomonas aeruginosa*.

Главными причинами распространения резистентности болезнетворных бактерий являются:

- неправильный выбор и применение антибиотиков (назначение антибиотика с широким спектром действия в ситуациях, когда следовало бы назначить препарат с узким спектром действия; необоснованно широкое применение дезэскалационной терапии, массовое назначение антибиотиков резерва);
- эмпирическая АБТ с использованием неадекватных доз антибиотиков;
- необоснованное сокращение/удлинение курса лечения антибиотиками;
- фактическое отсутствие в последнее время разработок принципиально новых групп (классов) антибиотиков;
- распространение полирезистентности болезнетворных бактерий вследствие выработки ими β-лактамаз;
- легкость возникновения у бактерий генных мутаций;
- несоблюдение медперсоналом правил борьбы с антибиотикорезистентностью.

К дополнительным причинам распространения антибиотикорезистентности относят:

- применение антибиотиков с профилактической целью, что приводит к селекции резистентных штаммов микроорганизмов;
- самостоятельное приобретение населением антибиотиков и самолечение при различных заболеваниях без консультации врача;
- применение антибиотиков при вирусных инфекциях, при которых они не показаны;

- распространенность у людей врожденных и особенно приобретенных иммунодефицитных состояний, способствующих развитию антибиотикорезистентности бактерий;
- несоблюдение пациентами назначенного лечения;
- применение антибиотиков в сельском хозяйстве.

Резистентность микроорганизмов проявляется в деструкции или инактивации антибиотика, его активном удалении из клетки посредством мембранных насосов, снижении проницаемости клеточной стенки или блокаде механизмов транспортировки антибактериального препарата внутрь бактериальной клетки, приобретении нового метаболического пути взамен подавляемого антибиотиком.



Тарас Бец, аспирант кафедры хирургии и эндоскопии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, отметил, что язвенные гастродуоденальные кровотечения составляют 50–70% всех острых геморрагий верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев они останавливаются спонтанно и не возобновляются, однако у 20% пациентов имеют рецидивирующий или длительный характер. При этом общая летальность составляет до 13%, при развитии рецидива — до 15%, при безрецидивном течении — 2–3%.

Язвенное гастродуоденальное кровотечение до настоящего времени не считается фактором риска развития венозного тромбоза и эмболии, но у каждого 3-го пациента присутствует явная гиперкоагуляция компенсаторно-физиологического характера. Для большинства больных характерен умеренный и высокий риск развития тромбоза и эмболии, что следует учитывать при выборе тактики лечения.



Алексей Добржанский, ассистент кафедры хирургии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, в своем выступлении остановился на экономических и технологических преимуществах лапароскопической герниопластики с использованием самофиксирующих имплантов и технологии ультразвукового соединения мягких тканей. Применение этих методик позволяет уменьшить материальные затраты на операцию в 2 раза, способствует популяризации лапароскопического подхода. Применение легких самофиксирующих

сеток при лапароскопической протезирующей герниопластике по методике TAPP позволяет избежать гематом, уменьшить количество сером послеоперационного рубца.

Наталья Гончарова, ассистент кафедры хирургии № 2 Харьковского национального медицинского университета, рассказала о применении миниинвазивных методов хирургического лечения



пациентов с осложненными острыми псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ), возникающими у 11–18% лиц, перенесших острый деструктивный панкреатит. Длительное наблюдение за течением заболевания может привести к таким серьезным осложнениям, как инфицирование их содержания, кровотечение в просвет псевдокисты, ее перфорация или разрыв в соседние полостные органы или в свободную брюшную полость, компрессия желчных путей с развитием синдрома механической желтухи или компрессия желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатические свищи.

Н. Гончарова отметила, что использование открытых методов лечения сопровождается высокой летальностью, чередой тяжелых послеоперационных осложнений, требующих длительного пребывания пациента в стационаре. С появлением миниинвазивных методик диапазон оперативных вмешательств, выполняемых у пациентов с острыми псевдокистами ПЖ, значительно расширился. Их применение позволяет стабилизировать общее состояние больного, отсрочить открытое вмешательство, а иногда они становятся остаточным методом лечения.

Хирургическое лечение при осложненных острых псевдокистах ПЖ должно иметь этапный характер с максимальным применением миниинвазивных технологий. Показано, что применение двухэтапной методики лечения с проведением в качестве 1-го этапа миниинвазивных вмешательств для стабилизации общего состояния больного и в качестве 2-го этапа — лапаротомии с ликвидацией самой псевдокисты ПЖ позволило снизить как послеоперационную летальность, так и количество лапаротомных вмешательств в этой группе пациентов.



Обэндоскопических вмешательствах при колоректальном раке шла речь в выступлении **Дмитрия Пилигина**, ассистента кафедры онкологии и детской онкологии Харьковской медицинской акаде-

мии последипломного образования. Он напомнил слушателям о преимуществах и недостатках паллиативных оперативных вмешательств (циторедуктивные операции, лучевая терапия, химиотерапия, лазерная фотокоагуляция и др.), отметив, что эндоскопические вмешательства, в частности химиоэмболизация, могут применяться у пациентов с распространенными и метастатическими образованиями, у предварительно леченных и тяжелобольных пациентов (при использовании других возможностей).



Маргарита Писецкая, научный сотрудник отделения хирургии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени

В.Т. Зайцева НАМН Украины», поделилась опытом лапароскопических резекций печени, уделив внимание профилактике кровотечения во время диссекции. Она подчеркнула, что для достижения преимуществ лапароскопических технологий в резекционной хирургии печени необходимы слаженная работа команды хирурга и анестезиолога, знание индивидуальной сосудистой и билиарной анатомии пациента и их взаимоотношение с объемным образованием, опыт работы в открытой резекционной хирургии печени, надлежащее техническое обеспечение операции.

В ходе конференции молодые ученые также представили доклады, посвященные применению интервенционной радиологии в комплексном лечении при холангиокарциномах, миниинвазивных вмешательствах в терапии пациентов с экссудативным перикардитом, малоинвазивных эндохирургических вмешательств в лечении по поводу обтурационной непроходимости толстой кишки, гипербарической оксигенации при лечении больных с ранами нижних конечностей, эхокардиографии у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами. Особое внимание уделено современным тенденциям паллиативного лечения холангиокарцином, абсцесса печени и легких, печеночной недостаточности при резекции печени, малигнизированной язвы желудка, миастении, печеночной недостаточности, хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Организаторы мероприятия отметили высокий уровень подготовки докладчиков, выразив надежду, что следующая конференция соберет еще большее количество молодых ученых — не только из разных уголков Украины, но и стран зарубежья.

*Марина Колесник,
фото автора*