

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

данного вида травматической болезни характеризовалось тремя типами: первый - неосложненное течение (40,8%), второй - осложненное течение (52,4%), который в 31% случаев завершился выздоровлением, а в 21,4% - летальным исходом, третий - неблагоприятное течение с быстро развивающимся смертельным исходом (6,8%). Длительность течения травматической болезни при сочетанных огнестрельных ранениях определялась развитием в основном поздних инфекционных осложнений в 28,3%. Структура этих осложнений была следующей: раневая инфекция - 32,6%, легочные осложнения - 21,9%, неинфекционные осложнения - 9,5%, осложнения со стороны центральной и периферической нервной системы - 11,9%. Наиболее частым осложнением являлось развитие раневой инфекции в виде местных форм: нагноение раны, раневая флегмона - 15,6%, однако к летальному исходу приводили такие инфекционные осложнения, как перитонит - 8,3 %, острая гнойная эмпиема плевры - 4,2%, анаэробная неклостридиальная гангрена конечностей - 12,5%, генерализация раневой инфекции в виде сепсиса - 3,1%, посттравматический огнестрельный менингоэнцефалит - 6,4%. Выводы: Сочетанные огнестрельные ранения груди, сопровождающиеся одновременным повреждением двух и более анатомических областей тела, представляют актуальную проблему современной медицины, т.к. в общей структуре огнестрельных ранений их доля составляет 21,6%, а летальность при данном виде боевой травмы достигает 32,4%. Раннее выявление ведущего повреждения и своевременная диагностика смены ведущего звена патогенеза при сочетанных огнестрельных ранениях груди дают возможность выработать правильный диагностический алгоритм и рациональную хирургическую тактику. Травматическая болезнь при данном виде боевых огнестрельных ранений является важной концепцией, научный и клинический смысл которой состоит в сосредоточении усилий на сохранение жизни раненого и предупреждении развития осложнений в ранние сроки после ранения путем последовательного выполнения реанимационных и хирургических мероприятий до полной стабилизации жизненно важных функций, мобилизации пострадавшего и ликвидации угрозы развития осложнений.

1218. РОЛЬ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ.

Куликовский В.Ф., Сторожилов Д.А., Олейник Н.В., Наумов А.В.

Белгород

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

Актуальность исследования. Качественное лечение больных с анальным недержанием возможно только при глубоком изучении физиологических характеристик отражающих параметры нормального анального держания, а также в изучении патофизиологических закономерностей реабилитации функции анального держания. Цель исследования. Изучение клинических особенностей и патофизиологических закономерностей восстановления функции анального держания у пациентов с анальной инконтиненцией после онкоколопроктологических операций. Материал и методы исследования. В Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2014 годы включительно для изучения механизмов восстановления функции анального держания в исследование включено 128 пациентов с признаками анальной инконтиненции, которые ранее перенесли операцию по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки. Доказательной базой послужили исследования проводившиеся на аппарате "Polygraf ID" фирмы "Medtronic" по методике аноректального функционального теста, включающего в себя аноректальную манометрию, профилометрию анального сфинктера и электромиографию сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна, с изучением сократительной, рефлекторной, накопительной, эвакуаторной и сенсорной функций сфинктерного аппарата и прямой кишки. Результаты исследования. На основании полученных результатов и при проведении их сравнительного анализа следует отметить, что восстановление функции анального держания представляет из себя цепь последовательных этапов замыкающихся в единый цикл, который объясняет, каким образом происходит восстановление нормального держания кишечного содержимого. А именно: продолжительное волевое сокращение наружного сфинктера приводит к последующему сокращению внутреннего сфинктера,

1209

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

как составная часть нормального акта дефекации. Улучшение тонической активности внутреннего сфинктера приводит к последующей реабилитации рефлекторной функции, а именно формированию нормального колоанального ингибиторного рефлекса. При возникновении которого включается комплекс приспособительных и компенсаторных механизмов со стороны кишки, в именно, происходит улучшение её накопительной функции с формированием нормальных субъективных порогов чувствительности кишки к наполнению. Улучшение чувствительности кишки к наполнению приводит к возникновением своевременных позывов к дефекации с последующей адекватной, сократительной, ответной реакцией наружного сфинктера прямой кишки – цикл замыкается. Следует отметить особое значение в данном процессе функциональной активности внутреннего сфинктера, который выполняет связующую роль для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата. Выводы. Механизм восстановления функции анального держания представляет из себя замкнутый цикл. При выпадении какого-то из звеньев данного процесса добиться хороших результатов лечения анального недержания практически невозможно. Для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата, необходимым и обязательным условием является анатомическая целостность и функциональная активность внутреннего сфинктера. По нашему мнению именно внутренний сфинктер является связующим звеном между анальным и кишечным компонентами держания.

1219. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Бондаренко В.А., Турбин М.В., Колесниченко А.А., Ткачев М.Н.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону

Материалы и методы: 46 больным, находившимся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБСМП г. Ростова-на-Дону в период с 2004 по 2014г., с подтвержденным рентгенологически диагнозом спаечной болезни брюшной полости, осложненной острой кишечной непроходимости выполнена видеолaparоскопия, из них 26(56%) пациентам с полной тонкокишечной непроходимостью, у 20(44%) – заключением рентгенологического исследования являлась частичная тонкокишечная непроходимость. Возраст пациентов от 17 до 74 лет - 21 мужчин и 16 женщин. Противопоказаниям к лапароскопии при острой кишечной непроходимости считаем множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, перитонит. Точка введения первого троакара определяется с учетом расположения послеоперационных рубцов, в большинстве случаев 36(78%) в верхней левой точке Калька. Для создания карбоксиперитонеума и снижения риска повреждений органов брюшной полости использовали иглу Вереша в 9(19%) случаях, у 30(65%) пациентов использовался метод троакаропункции, в 7(16%) случаях потребовалось введение первого троакара «отрыто», т.е. выполнена минилапаротомия, через которую введен троакар. Конверсия потребовалась у 9(19,5 %) больных, т.к. при лапароскопии были выявлены резко раздутые петли кишечника не позволяющие выполнить ревизию органов брюшной полости, массивный конгломерат петель, деструктивные изменения стенки кишечника, перитонит, опухоли. Острая спаечная кишечная непроходимость устранена эндохирургическим методом у 37(80,4%) пациентов, из них рассечен шпанг у 26 (71%) больных, ликвидировано узлообразование –и у 3 (8,0%), разделены петли тонкой кишки спаянные в виде двустволки – у 8 (21%). Время операции составило от 30 мин. до 1,5 часов. В послеоперационном периоде больные получали спазмолитики, антибиотики, прокинетики. Все больные активизированы на 2 сутки послеоперационного периода. Результаты и обсуждение: осложнений, рецидивов, летальных исходов не было. В среднем больные, оперированные эндохирургическим методом, провели в стационаре 5 койко-дней. Во всех случаях отмечено разрешение кишечной непроходимости. Выводы: видеолaparоскопия является операцией выбора при лечении больных с острой кишечной непроходимостью, которая позволяет установить и ликвидировать причину острой кишечной непроходимостью, болевого синдрома при спаечной болезни. Сокращаются сроки пребывания в стационаре,

1210