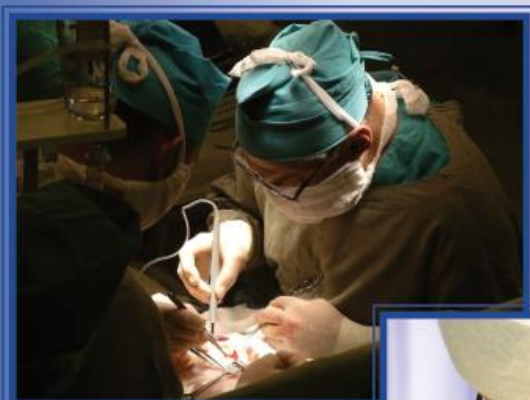


ISSN 2075-6895

# АЛЬМАНАХ

Института Хирургии  
имени А.В.Вишневого



№1 2018

# АЛЬМАНАХ

Института хирургии  
имени А.В. Вишневского

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

№1 2018

# ТЕЗИСЫ

## ОБЩЕРОССИЙСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ФОРУМА-2018

с международным  
участием

г. Москва  
3-6 апреля 2018 г.

внутрибрюшные абсцессы. В обоих наблюдениях выполнено их дренирование под УЗ наведением с благоприятным исходом (IIIa тип) и сроками госпитализации 10 и 12 суток. При разлитом перитоните у обоих пациентов отмечены послеоперационные осложнения: несостоятельность культи червеобразного отростка и ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. У обоих была эффективна интенсивная терапия жизнеугрожающих состояний (IV тип). Длительность стационарного лечения составила от 20 и 24 суток. Летальных случаев после лапароскопической аппендэктомии не было. Заключение: Выполнение лапароскопической аппендэктомии возможно при диффузном аппендикулярном перитоните с отсутствием выраженного пареза кишечника, не требующего назоинтестинальной интубации. Применение лапароскопических методов лечения в этой категории больных позволяет сократить продолжительность лечения.

#### **272. Острый панкреатит после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения**

*Белов Д.В.(1,2), Гарбузенко Д.В.(1), Фокин А.А.(1),  
Бордуновский В.Н.(1)*

Челябинск

1)ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ 2)ФГБУ «ФЦССХ» (г. Челябинск)

Острый панкреатит (ОП) после кардиохирургических вмешательств встречается редко. По данным литературы, в зависимости от типа операции и диагностических критериев его частота варьирует от 0,05 до 19%, при этом летальность остается высокой, что делает проблему актуальной. ЦЕЛЬ: Проанализировать случаи ОП после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения в ФГБУ «ФЦССХ» (г. Челябинск). ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: Изучены истории болезни 6587 пациентов, перенёвших коронарное шунтирование с искусственным кровообращением в ФГБУ «ФЦССХ» (г. Челябинск) с 2011 года по июнь 2017 года, с оценкой случаев послеоперационных абдоминальных осложнений, в

частности, ОП. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Средний возраст больных составил 61 год. Преобладали мужчины, доля которых была 78,4%. Постинфарктный кардиосклероз диагностирован у 67,2% пациентов, хроническая болезнь почек – у 13,9%. Средняя послеоперационная фракция выброса была 55,7%, среднее время искусственного кровообращения и пережатия аорты – 77 и 41 мин, соответственно. Абдоминальные осложнения встретились у 73 (1,1%) пациентов, у 3 (2,2%) из них имел место ОП, летальность при котором составила 66,7%. По данным литературы, основным патогенетическим механизмом ОП после коронарного шунтирования с искусственным кровообращением является повреждение поджелудочной железы вследствие неадекватной мезентериальной перфузии, в виду ее высокой чувствительности к гипоксии. При этом, неблагоприятными обстоятельствами его развития могут быть увеличение времени искусственного кровообращения и пережатия аорты, потребность в внутриаортальной баллонной контрпульсации, снижение фракции выброса, наличие острой почечной недостаточности, присутствие которых подтверждает этиологическую роль ишемии и/или реперфузионного повреждения поджелудочной железы. В нашем исследовании достоверными факторами риска явились: применение экстракорпоральной мембранной оксигенации и внутриаортальной баллонной контрпульсации в послеоперационном периоде, коронарное шунтирование в сочетании с клапанной коррекцией, развитие острого инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий и острого нарушения мозгового кровообращения, ранняя рестернотомия. Также у больных, перенёвших абдоминальные осложнения, среднее время искусственного кровообращения и пережатия аорты были выше, чем у не имевших таковых (109 и 55 мин. против 76 и 41 мин). Возникновение ОП после кардиохирургических вмешательств непредсказуемо, причём диагностировать его достаточно сложно. Это связано с нечёткой клинической картиной на фоне анальгезии, ИВЛ (например, отсутствие боли в верхней половине живота, тошноты, рвоты), а также специфичных лабораторных изменений. Для подтверждения диагноза нами определялись уровни амилазы и липазы, проводились УЗИ и КТ брюшной полости с контрастным усилением. Известно, что гиперамилаземия не является надежным маркером ОП поскольку обладает низкой специфичностью, тем более после операций на сердце с искусственным кровообращением ввиду уменьшения почечной экскреции амилазы. По

данным литературы, она встречалась у 32-70% больных, перенёсших кардиохирургические вмешательства, при этом лишь у 0,1%-5,2% из них имел место ОП. В связи с этим основным лабораторным критерием заболевания должно быть определение липазы крови. УЗИ органов брюшной полости для его верификации обычно малоинформативно из-за экранирования поджелудочной железы вздутыми петлями кишечника. Напротив, КТ с контрастированием является высокочувствительным методом, дающим полноценную информацию о состоянии поджелудочной железы и различных областей брюшинного пространства. **Вывод:** ОП после кардиохирургических вмешательств сопровождается высокой летальностью. Учитывая трудности выявления этого осложнения, стратификация больных на основании факторов риска его развития с последующей разработкой алгоритма диагностики и лечения будет полезным для повышения выживаемости страдающих им пациентов.

### 273. Особенности fast track технологии в условиях оказания медицинской помощи в системе ОМС.

*Тарасов С.Л., Лавинский Р.В., Бирюков А.В., Древалъ С.В., Турченко Р.Л., Малых К.В.*

Ижевск

ООО "Больница ЛАВА"

Активное внедрение технологии — fast track при общехирургических операциях, приводит к уменьшению сроков госпитализации, скорейшему выздоровлению и восстановлению трудоспособности оперируемых пациентов. Применение технологии fast track полностью совпадает с основными принципами лечения больных в частных лечебных учреждениях, скорейшему выздоровлению пациентов при минимальных затратах лечебного центра. В условиях государственно-частного партнерства в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) при лечении хирургических пациентов возникают определенные трудности, связанные с особенностями финансирования и контроля расходования бюджетных средств лечебных

учреждений. Материалы и методы. С середины 2016 года частное лечебное учреждение «ООО «Больница Лава» включена в реестр ТФОМС Удмуртской Республики, для оказания помощи больным хирургического и урологического профиля. С 2015 года лечение пациентов в нашей клинике проводится по технологии fast track. За 2017 год медицинская помощь оказана 441 пациенту. Из них по добровольному медицинскому страхованию (ДМС)- 40, на платной основе (ПО)- 126, в системе ОМС- 275 (62,4%) пациентов. Вне зависимости от финансирования за лечения всем пациентам выполнялись однотипные оперативные вмешательства: флебэктомии, грыжесечения при неосложненных абдоминальных грыжах, лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ), лазерная вапоризация или трансуретральная резекция (ТУР) при доброкачественной гиперплазии простаты (ДГЖП), лазерная литотрипсия при мочекаменной болезни (МКБ), малые урологические операции, геморроидэктомии. Всего пациентами проведено 953 койко-дня, из них 600 (62,4%) пациентами с ОМС, и 353 (37,4%) ДМС и ПО. Средняя длительность лечения по стационару составила 2,16. Применение системы fast track способствует снижению средней длительности нахождения пациентов в стационаре. Средний койко-день у больных, пролеченных по ОМС, составил -3,18; по ДМС -1,47, на платной основе - 1,06. Обсуждение. Проведенный ретроспективный анализ свидетельствует, что при одном и том же объеме оперативного пособия, пациенты, пролеченные по ОМС, более продолжительное время находятся на лечении в условиях стационара круглосуточного пребывания в 2,16 раза. Это обусловлено особенностями расчетов в системе ОМС по законченному случаю, пациент должен, лечится в стационаре не менее 3 суток. Например, у пациентов после флебэктомии, аллогерниопластики, геморроидэктомии, ЛХЭ пролеченных по ОМС средний койко-день составляет 3, а по ДМС от 1 до 1,9 койко-дня. В системе ОМС при МКБ и ДГЖП средний койко-день - 5,4 а по ДМС и ПО- 2,4. Выводы. Таким образом, пациенты находящиеся на лечении по системе ОМС готовы к выписке на 1-2 сутки пребывания, вынуждены находится в стационаре до 3-5 суток, требующих не мотивированных определенных материальных затрат (питание, перевязки, медикаменты, постельные принадлежности и т.д.). Условия финансирования в системе ОМС (разработанной для бюджетных учреждений здравоохранения), абсолютно не учитывают использование современных технологий в лечении пациентов, что приводит к искусственному