

ПРОГРАММА

совместного секционного заседания по хирургии и онкологии

«Современная хирургия: союз инноваций и традиций»

в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Nexus Medicus: Актуальные проблемы современной медицины», посвященной 30-летию медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета

Дата проведения: 6 октября 2021 г. Начало: 13.00.

Место проведения: ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер (432017 г. Ульяновск, ул. 12 Сентября, д. 90, конференц-зал).

Председатель секции:

Мидленко Владимир Ильич, директор Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии, академик РАЕН, заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Сопредседатели:

- Кукош Михаил Валентинович, главный хирург Приволжского округа РФ, профессор кафедры факультетской хирургии и трансплантологии Приволжского медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
- Смолькина Антонина Васильевна, заведующая кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии Ульяновского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор
- Шарафутдинов Марат Гакифович, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики Ульяновского государственного университета, кандидат медицинских наук, доцент
- Морозов Вячеслав Сергеевич, главный внештатный специалист-хирург Министерства здравоохранения Ульяновской области, доцент кафедры онкологии и лучевой диагностики Ульяновского государственного университета, кандидат медицинских наук, доцент
- Панченко Сергей Викторович, главный внештатный специалист-онколог Министерства здравоохранения Ульяновской области, заместитель главного врача ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер, доцент кафедры онкологии и лучевой диагностики Ульяновского государственного университета, кандидат медицинских наук

ДОКЛАДЫ

13.00. Приветственное слово профессора Владимира Ильича Мидленко.

13.05. Приветственное слово профессора Михаила Валентиновича Кукоша.

13.10. Приветственное слово доцента Сергея Викторовича Панченко.

1. 13.10-13.30. Пациент с онкоассоциированным тромбозом. Разбор клинического случая (доклад спонсора компании Байер, в программу НМО не входит, кредитные баллы не начисляются)

К.м.н. Гумеров И.И.

Аннотация. Докладчик: к.м.н. Гумеров И.И.

ГУЗ Областная клиническая больница г. Ульяновска.

В докладе представлены направления борьбы с тромбозами у пациентов с онкологической настроженностью.

2. 13.30.-13.45. Миниинвазивное лечение желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой. Золотницкая Л.С., Паниюшкин А.В., Ветюгов Д.Е., проф. Кукош М.В., г. Нижний Новгород

Аннотация. Докладчик: Профессор Михаил Валентинович Кукош.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и трансплантологии.

Современные методы диагностики и лечения желтух позволяют сохранить миниинвазивный подход на всех этапах лечения, а комбинирование методов повышает процент успешности применения миниинвазивных технологий. В нашей клинике в настоящее время принят следующий подход: пациенту с умеренно- и средневыраженной желтухой (до 250 мкМ/л) выполняются ретроградные эндоскопические вмешательства (ЭРХПГ, папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, в ряде случаев – литотрипсия). При тяжелой желтухе применяется либо эндоскопическое

назобилиарное дренирование, либо чрескожные антеградные методы декомпрессии. За период 2014 – 2020 гг. на высоте желтухи как осложнения желчнокаменной болезни выполнено 83 эндоскопических, 170 антеградных вмешательств, 34 операции по методике «Рандеву», 37 лапароскопических холедохолитотомий с последующей литоэкстракцией. Совместное использование методик позволило свести летальность к 0.

Таким образом, комбинирование методов разрешения холедохолитаза позволяет сохранить миниинвазивный подход, оказывать помощь сложным пациентам и снизить риски осложнений.

3. 13.45.-14.00. Возможности прогнозирования рецидива варикотромбофлебита на основании анализа фенотипического симптомокомплекса дисплазии соединительной ткани. Проф. Царев О.А., к.м.н. Прокин Ф.Г., к.м.н. Захаров Н.Н., к.м.н. Машенко Ю.В., Сенин А.А., г. Саратов.

Аннотация. Докладчик: Профессор Олег Александрович Царёв.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Проведено проспективное контролируемое нерандомизированное исследование частоты развития рецидива варикотромбофлебита и тромбоэмболических осложнений у 132 больных после операции кроссэктомии (операция Троянова–Тренделенбурга). 67 больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) были включены в основную группу; 65 больных без НДСТ – в группу сравнения. Исследованы фенотипические признаки НДСТ, проанализирована их диагностическая значимость, сила связи, чувствительность и специфичность для прогнозирования рецидива ОВТФ. Контрольный осмотр производили через 3; 6; 12; 36 мес. Выделены 13 фенотипических признаков НДСТ, имеющих прогностическое значение для прогнозирования рецидива острого варикотромбофлебита.

Таким образом, острый варикотромбофлебит у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани характеризуется рецидивирующим течением, ранним развитием тромбоэмболических осложнений. Анализ фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани позволяет прогнозировать рецидив острого варикотромбофлебита после операции Троянова-Тренделенбурга, способствует оптимизации хирургической тактики, улучшению результатов лечения.

4. 14.00.-14.15. Применение аппаратно-программного комплекса «АВТОПЛАН» при хирургическом лечении гиперпаратиреоза. проф. Макаров И.В., Шибанов В.Я., Карпова Д.О., г. Самара.

Аннотация. Докладчик: Профессор Макаров Игорь Валерьевич.
ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России

Моделирование клинической анатомии шеи каждого пациента с гиперпаратиреозом выполняли на основе МРТ-исследования шеи, цифровизации этого изображения в 3D-модель и последующим использованием аппаратно-программного комплекса (АПК) «Автоплан» (патенты РФ № 2683743 от 01.04.2019 г. и № 2688804 от 22.05.2019 г). В исследование были включены 106 пациентов с первичным (ППТ) и третичным гиперпаратиреозом (ТПТ). Цифровизация МРТ-исследования в 3D-модель выполнена 37 пациентам, из них интраоперационная хирургическая навигация с использованием АПК «Автоплан» – в 9 случаях.

Таким образом, у пациентов которым было сделано предоперационное 3D моделирование и интраоперационная навигация с использованием АПК «Автоплан» значение медиан ПТГ, кальция и фосфора после операции снизилось более значительно, чем у пациентов без применения данного обследования, что мы связываем с адекватным объемом оперативного вмешательства и удалением всех выявленных аденом околощитовидной железы. Время операции сократилось на 20-40 % (15-30 мин) минут. Предлагаемый способ топической диагностики и визуализации аденом околощитовидных желез позволяет голотопически и синтопически указать точное расположения пораженных околощитовидной железы, что помогает, в конечном счете, быстро их обнаружить и удалить во время операции.

5. 14.15.-14.30. Малоинвазивные технологии хирургического лечения кист молочной железы: возможности и перспективы. к.м.н. Шабаев Р.М., проф. Староконь П.М., Ходырев С.А., Лисянский В.И., г. Москва.

Аннотация. Докладчик: к.м.н. Шабаев Рамис Маратович
Филиал военно-медицинской академии им. С.И. Кирова Министерства обороны РФ

В настоящее время перспективным малоинвазивным методом хирургического лечения фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) является введение в полость кистозных образований под УЗ–

навигацией раствора натрия тетрадецилсульфата. Данный препарат обладает выраженным склерозирующим действием и широко применяется в флебологии при лечении различных форм варикозной болезни. Применяется 1 % раствор препарата. Объем вводимого раствора склерозанта составляет от 0,25 до 1,0 мл. За один сеанс склерозируют не более 6 кист. Объем кист и их топика определяются с помощью УЗИ, что позволяет более полноценно облитерировать их полость склерозантом. (патент № 2017136931. 2018 г.).

Таким образом, малоинвазивные технологии хирургического лечения ФКБ, не смотря на их многообразие имеют как недостатки, так и преимущества. Тем не менее применение данных методов позволяет уменьшить инвазивность хирургических операций, избавляет от риска тяжёлых послеоперационных осложнений, рецидива заболевания, уменьшает риск озлокачествления образований, позволяет одновременно лечить многокамерные и рецидивирующие кисты. Использование малоинвазивных технологий в лечении ФКБ в условиях дневного стационара и поликлинического звена, позволяет выполнять быстрое и радикальное лечение из локального доступа. Применение таких технологий значительно снижает экономическую нагрузку при лечении пациентов ФКБ. В последующем применение малоинвазивных методов позволяет избежать в ряде случаев пластических и реконструктивных операций, более дорогостоящих и трудоёмких по исполнению.

6. 14.30.-14.45. Показания и результаты хирургического лечения дивертикулов пищевода и двенадцатиперстной кишки. Проф. Б.М. Рахимов, Е.Н. Кутепов, А.Е. Слугин, А.Ю. Расщепкин, Л.В. Середин, А. К. Киселев, А.Н. Кирсанов, Козлов В.В., г.Тольятти

Аннотация. Докладчик: Профессор Рахимов Бахтияр Мадатович.
ГБУЗ СО «ТГКБ№5»

Подвергнуты ретроспективному анализу истории болезни 36 пациентов находившихся в клинических подразделениях ТГКБ№5 за период с 1987 по 2019 годы. Все больные оперированы по поводу дивертикулов пищевода и двенадцатиперстной кишки. Основным методом лечения была дивертикулэктомия с аппаратным или ручным ушиванием шейки дивертикула. В 31 случае доступ левосторонняя коллотомия, в одном случае заднебоковая левосторонняя торакотомия и в четырех случаях верхнесрединная лапаротомия.

Таким образом, показания к хирургическому лечению дивертикулов возникают при упорном рецидивирующем течении дивертикулита, присоединении осложнений со стороны бронхолегочной системы, а также со стороны органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Результаты хирургического лечения дивертикулов верхнего этажа желудочно-кишечного тракта вполне удовлетворительные.

7. 14.45.-15.00. Профилактика послеоперационных осложнений у больных раком легкого. Тонеев Е.А., проф. Чарышкин А.Л. г. Ульяновск

Аннотация. Докладчик: Тонеев Евгений Александрович
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В работе представлены результаты изучения послеоперационных осложнений у больных раком легкого и представлены пути профилактики этих осложнений

8. 15.00.-15.15. Вероятность развития начальных признаков венозной недостаточности, связанной с ятрогенными повреждениями большой подкожной вены при оперативном лечении переломов лодыжек. Кукушкин Е.П.¹, проф. Мидленко В.И.², д.м.н. Мидленко О.В.², г. Пенза¹, г. Ульяновск²

Аннотация. Докладчик: Кукушкин Евгений Петрович.
ГУЗ КБ № 6 им.Г.А.Захарьина города Пенза.
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ,

Наблюдали 190 пациентов с закрытыми переломами лодыжек, которые были прооперированы в клинической больнице № 6 им.Г.А.Захарьина города Пенза. У пациентов, оперированных по поводу переломов лодыжек в случае ятрогенного повреждения большой подкожной вены в послеоперационном периоде развиваются начальные признаки венозной недостаточности, что подтверждалось клинически и данными инструментальных исследований. По результатам нашего исследования установлено, что вероятность развития начальных признаков венозной недостаточности у пациентов, где имело место ятрогенное повреждение большой подкожной вены составляет 33,25 %. В тех случаях, когда операция проходила без

повреждения сосуда вероятность развития начальных признаков венозной недостаточности составляла 8,41 %.

Таким образом, ятрогенное повреждение большой подкожной вены при операции по поводу переломов лодыжек приводит к развитию начальных признаков венозной недостаточности в послеоперационном периоде примерно в 4 раза чаще, чем у пациентов без интраоперационного повреждения сосуда.

9. 15.15.-15.30. Новый способ прогнозирования развития острого панкреатита у пациентов с интраабдоминальной гипертензией. Евсеев Р.М., проф. Смолькина А.В., к.м.н. Барбашии С.И. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: Евсеев Роман Михайлович
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В докладе представлен разработанный в способ оценки риска развития острого панкреатита у пациентов с повышенным внутрибрюшным давлением (ВБД), который включает определение при ультразвуковой диагностике верхней брыжеечной артерии и верхней брыжеечной вены динамики максимальной скорости кровотока в систолу V_{max} , минимальную скорость кровотока в диастолу V_{min} и объемную скорость кровотока V_{vol} , при этом в случае установления роста вышеуказанных показателей верхней брыжеечной артерии и обратно пропорциональном их снижении в верхней брыжеечной вене, рассчитывают коэффициент развития острого панкреатита по формуле:

$K_{рп} = V_{vol} \text{ ВБА} / V_{vol} \text{ ВБВ}$, где $V_{vol} \text{ ВБА}$ - объемная скорость кровотока верхней брыжеечной артерии, $V_{vol} \text{ ВБВ}$ - объемная скорость кровотока верхней брыжеечной вены, и при значении $K_{рп}$ оценивают риск развития острого панкреатита (Патент РФ №2703816 от 22.10.2019).

Таким образом, понижение абдоминального перфузионного давления, обратно пропорционального внутрибрюшному давлению, является абсолютным ранним предиктором развития острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

10. 15.30.-15.45. Факторы риска развития кардиальных осложнений после холецистэктомии у пациентов старших возрастных групп. Кунеевский С.А., проф. Мидленко В.И., д.м.н. Мидленко О.В. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: Кунеевский Сергей Александрович
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

Исследование выполнено в течение 5 лет и представляет собой проспективное, контролируемое исследование «случай-контроль». Были обследованы и получили стационарное и амбулаторное лечение 853 пациента пожилого и старческого возраста, которые поступили в экстренном и срочном порядке в хирургические отделения лечебных учреждений с диагнозом «Острый холецистит».

Таким образом, установлены факторы риска и признаки бессимптомного поражения органов, влияющие на результаты лечения пациентов старших возрастных групп, оперированных по поводу острого холецистита.

11. 15.45.-16.00. Персонализированный подход в оптимизации лечения острого панкреатита. проф. Власов А.П., Трофимов В.А., к.м.н. Аль-Кубайси Ш.С., к.м.н. Мышкина Н.А., Муратова Т.А., Умнов Л.Н., Хачатуров М.Ю., г. Саранск.

Аннотация. Докладчик: Профессор Власов Алексей Петрович.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева» Минобрнауки РФ

Проведено исследование 84 пациентов острым панкреатитом (ОП) разной тяжести. Выделены 3 группы: I (n=28) – больные ОП легкой степени тяжести, получавшие стандартную терапию, II (n=28) – пациенты ОП тяжелой степени, которым также проводилась стандартная терапия, III (n=28) – аналогична второй, однако в общую терапию включен Ремаксол. В динамике исследован ряд лабораторных и биохимических показателей: интенсивность липоперекисления, фосфолипазная активность, состояние свертывающей системы и др. Проведена ДНК-диагностика некоторых генов системы свертывания: интегрин бета-3 (бета-субъединица рецептора фибриногена тромбоцитов) (*T1565C, ITGB3*), интегрин альфа-2 (гликопротеин Ia/IIa тромбоцитов) (*C807T, ITGA2*), фибриноген (*G(-455)A, FGB*), ингибитор активатора плазминогена (*5G(-675)4G*,

SERPINE1), с помощью анализатора ПЦР в реальном времени (CFX96 Touch™ Real-Time PCR DetectionSystem, США).

Таким образом, с целью повышения эффективности лечения больных острым панкреатитом тяжелой степени при поступлении помимо клинико-лабораторно-инструментальных исследований необходимо проводить генетическое тестирование генотипов полиморфизма гена *GP3IIa (T1565C)*, *ITGA2 (C807T)*, *FGB (G(-455)A)* и *SERPINE1 (5G(-675)4G)* для разработки персонализированного подхода в лечении этой тяжелой категории больных. При наличии у пациентов мутантных генотипов в комплексную терапию особенно показано включение Ремаксола.

Перерыв 16.00.-16.15. Кофе-брек.

12. 16.15.-16.30. Тромбозы и тромбоэмболические осложнения в раннем посттравматическом периоде. Пути решения проблемы. К.м.н. Шевалаев Г.А., г. Ульяновск

Аннотация. Докладчик: К.м.н. Шевалаев Геннадий Алексеевич.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В работе представлены результаты изучения риска развития тромбоэмболических осложнений в раннем посттравматическом периоде после переломов длинных трубчатых костей.

13. 16.30.-16.45. Особенности поражения ЛОР-органов при COVID-19.

Нестерова А.В. г. Ульяновск

Аннотация. Докладчик: к.м.н. Нестерова Алена Валерьевна.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ.

В докладе представлены результаты изучения воздействия COVID-19 на развитие заболеваний ЛОР органов на основании лечения пациентов отделения оториноларингологического отделения Ульяновской областной больницы за 2 года лечения.

14. 16.45.-17.00. Микроимпульсная контактная транссклеральная циклокоагуляция в лечении терминальной стадии рефрактерной болящей глаукомы. Д.м.н. Возженников А.Ю., к.м.н. Мидленко Т.А., Расулов К.К. г. Ульяновск

Аннотация. Докладчик: д.м.н. Возженников Анатолий Юрьевич

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ.

В докладе дано представление о микроимпульсной контактной транссклеральной циклокоагуляции. Даны результаты лечения пациентов с глаукомой.

15. 17.00.-17.15. Оптимизация лечения экссудативных плевритов у больных со злокачественными новообразованиями. Проф. Мидленко В.И., д.м.н. Мидленко О.В., Хуснутдинов Б.И. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: Хуснутдинов Булат Ильгизярович

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В докладе представлены радикальные методы лечения злокачественного плеврального выпота, которые постепенно заменяются новыми минимально инвазивными методами. Продолжительное дренирование плевральной полости при экссудативном плеврите увеличивает риск ее инфицирования, что способствует развитию эмпиемы плевры. С целью ликвидации экссудата через установленный дренаж в плевральную полость вводят растворы талька, тетрациклина, бетадина с эффективностью от 60 до 90 %. Недостатком данного способа лечения является выраженный болевой синдром, повышение температуры тела, риск легочных осложнений, длительность лечения. Таким образом, создание способа введения лекарственных препаратов в плевральную полость для ликвидации резистентного экссудативного плеврита остается актуальным.

16. 17.15.-17.30. Тактика при местнораспространённом раке органов малого таза. Есть ли место хирургии? Эвисцерация органов малого таза — операция спасения, операция отчаяния. Орёлкин В.И., к.м.н. Шарафутдинов М.Г. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: врач I хирургического отделения ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер Орёлкин Владислав Игоревич.

В докладе представлена информация о хирургической технике эвисцерации малого таза и ее модификациях, произошедших с течением времени. Суммированы опубликованные исследования с акцентом на результатах лечения, освещены текущие показания и потенциальные перспективы этой сложной хирургической процедуры. Показано, что для лечения распространенных опухолей малого таза в арсенале хирургов в течение 60 лет имеется эвисцерация малого таза. Биология злокачественных опухолей, исходящих из органов малого таза, – интенсивная локорегионарная опухолевая прогрессия и поздняя диссеминация – та основа, которая необходима для развития хирургических технологий удаления опухоли en-bloc с вовлеченными в патологический процесс тазовыми органами. А также оказание единственной помощи пациентам с местно-распространенными и рецидивными опухолями тазовой локализации. На сегодняшний день более 95% пациентов переживают данную операцию, а более 40% из них имеет шанс пережить 5-летний период наблюдения. Эти достижения в сочетании с реконструктивными возможностями кишечной и мочевого деривации привели к тому, что эвисцерация малого таза не только применима в отдельных случаях местно-распространенных опухолей малого таза, но и абсолютно необходима в большинстве из них.

17. 17.30.-17.45. Характеристика множественных и сочетанных травм таза. К.м.н. Гноевых В.В., Манохин А.В. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: Манохин Андрей Владимирович.
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В докладе представлено изучение распространения тяжелой сочетанной травмы в структуре травмы таза и в общей скелетной травме.

Материалом для данного исследования послужила медицинская документация за пять лет. Из общего числа проанализированных историй болезни с тяжелой сочетанной травмой и политравмой составили 232 (7,8%) больных, 184 (6,3%) больных с травмой таза, 87(2,9%) больных с множественными и сочетанными повреждениями таза.

Таким образом: В структуре всей травмы таза по тяжести повреждения на долю множественной и сочетанной травмы таза приходится 47% случаев.

Отмечен рост тяжелой травмы таза в составе тяжелой сочетанной травмы в среднем на 2,7% в год. Тяжелые множественные и сочетанные повреждения таза преобладают среди мужчин в наиболее активном и трудоспособном возрасте: в группе 36-55 лет – 51% случаев. Частота внутреннего кровотечения при тяжелой травме таза составила 32% случаев.

18. 17.45.-18.00. Клиническое наблюдение рака лёгкого у трёх родных братьев. Тонеев Е.А., Шарафутдинов М.Г., г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: врач хирургического торакального отделения ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер Тонеев Евгений Александрович
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В докладе представлена интересный клинический случай обнаружения рака лёгкого у трёх родных братьев. В работе представлены данные клинических методов исследования и лечения. В результате проведённого исследования делается вывод о необходимости проведения генетического исследования с целью выявления хромосомных нарушения и их влияния на прогноз заболевания и тактику лечения.

19. 18.00.-18.15. Пресакральные кисты в практике колопроктолога. К.м.н. Карташёв А.А., К.м.н. Евтушенко Е.Г. г. Ульяновск

Аннотация. Докладчик: К.м.н. Карташев Александр Александрович

ГУЗ УОКЦСВМП им. Е.М. Чучалова

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В работе представлен опыт лапароскопического лечения пресакральных кист в колопроктологическом центре города Ульяновска. Представлены основные результаты лечения и рекомендации по техническим моментам операции.

20. 18.15.-18.30. Профилактика и лечение параколомических осложнений у больных после обструктивной резекции сигмовидной кишки. Кешян Э.А., проф. Чарышкин А.Л. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: к.м.н. Кешян Эрик Ашотович.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В лечении рака толстого кишечника, осложненного непроходимостью, чаще используют двухэтапную тактику с наложением колостомы. Цель. Изучение параколомических осложнений у больных с ожирением и без. Материалы и методы. Клинический материал составили 50 пациентов с раком толстого кишечника, осложненного непроходимостью, которые в зависимости от индекса массы тела были разделены на две группы. Первую группу составили 25 больных с индексом массы тела менее 24. Во вторую группу были включены пациенты с индексом массы тела более 30. Результаты. Во второй группе больных с ожирением параколомических осложнений было больше, чем в первой группе больных с индексом массы тела менее 24: парастомальных поражений кожи - на 32 % ($p < 0,05$), гнойно-воспалительных осложнений - на 36 % ($p < 0,05$), абсцессов - на 24 % ($p < 0,05$). Обсуждение. Параколомические осложнения у больных с индексом массы тела более 30 развиваются вследствие ожирения, плохого прилегания калоприемника, утечки кала, раздражения кожи, наличия инфекции, грубой коагуляции при гемостазе. В дальнейшем колостома с трудом полностью визуализируется, продолжают каловые затеки, а параколомическое пространство у больных с ожирением плохо дренируется, что способствует возникновению парастомальных гнойно-воспалительных осложнений. Заключение. Основными причинами парастомальных гнойно-воспалительных осложнений у больных с ожирением являются низкая колостома и плохое дренирование параколомического пространства.

21. 18.30.-18.45. Опыт применения хирургической дисковой пилы для разрезания некроза кожи при ожогах. Проф. Смолькина А.В., Чебыкин С.Г., г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: Чебыкин Сергей Геннадьевич.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В докладе представлены результаты лечения ожоговых больных с применением разработанной в Ульяновском государственном университете дисковой пилы.

Способ позволяет обеспечить повышение точности дифференциальной диагностики глубины ожоговой раны и механизировать декомпрессионное хирургическое лечение ожоговой раны на догоспитальном этапе оказания помощи обожженным.

Данное лечение внедрено в практику ожогового отделения Центральной городской больницы города Ульяновска.

22. 18.45.-19.00. Острая язва верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с критической ишемией нижних конечностей. К.м.н. Шабаев Раф. М., проф. Смолькина А.В. г. Ульяновск.

Аннотация. Докладчик: профессор Смолькина Антонина Васильевна.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки РФ

В докладе представлены данные по определению влияния атеросклеротических изменений аорты при хронической критической ишемии нижних конечностей на образование эрозивных изменений желудка и двенадцатиперстной кишки. Проведён анализ обследования и лечения 128 пациентов с диагнозом критическая ишемия нижних конечностей на медицинском факультете им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета. В результате доказано, что у большинства больных критическая ишемия нижних конечностей выявлено изменение гемодинамики в верхней брыжеечной артерии, как основной магистрали, участвующей в коллатеральном кровотоке, что способствует образованию острых язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

19.00.-19.30. Дискуссия. Закрытие конференции.

Руководитель программного комитета
контакты: 8(8422)-32-29-80,
эл. почта 953151@mail



профессор Мидленко Владимир Ильич