

больных. Существующие критерии отбора часто носят эмпирический характер, авторы не приводят четкого анатомо-математического обоснования

Цель исследования: усовершенствование критериев отбора пациентов и техники выполнения трансаксиллярных эндовидеохирургических вмешательств на щитовидной железе с помощью математического моделирования доступа

Материалы и методы: математическая модель трансаксиллярного доступа разработана на основании изучения антропометрических данных 35 больных, оперированных традиционным и эндовидеохирургическим способом на базе ГБ № 26. Выполнен анализ расстояний и возможных угловых параметров инструментов для одной из схем доступа [1, 2, 3].

Результаты: в работе выполнена математическая оценка варианта трансаксиллярного доступа с расстановкой рабочих троакаров по краю большой грудной мышцы в месте ее прикрепления к плечу (№ 1) и в параареолярной области (№ 2). При этом создавался угол операционного действия 69–85 гр, что достаточно для выполнения вмешательства. Видеопорт располагался по биссектрисе данного угла и позволял уверенно ориентироваться в ране при использовании угловой оптики 45 гр [1].

Средний угол наклона манипулятора № 1 по отношению к боковой поверхности трахеи составил около 90 гр, максимальная амплитуда движений кончика — 5–6 см. Это позволило использовать его для тракции доли железы и пересечения верхних щитовидных сосудов. Угол наклона манипулятора № 2 составил 15–35 гр, что позволило использовать его для выделения возвратного нерва и пересечения ветвей нижней щитовидной артерии. Область ниже уровня ключиц и рукоятки грудины оказалась практически недоступной для обзора и манипуляций. ГДИ № 1 составила 17–22 см, № 2-19-27 см

Выводы: 1. Эндовидеохирургическая тиреоидэктомия характеризуется большой глубиной действия инструментов, что создает «эффект рычага» и затрудняет выполнение вмешательства у пациентов крупного телосложения. 2. Различные этапы вмешательства требуют перемещения режущих инструментов в разные троакары. 3. Вокруг крупных узлов щитовидной железы уменьшается объем рабочей полости, перемещение их требует значительных усилий из-за эффекта рычага. 4. Загрудинное расположение зоба является препятствием для выполнения вмешательства из-за невозможности манипуляций в области его нижнего полюса.

Литература

1. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А., Румянцев П.О., Фадеев В.В. Клинические Рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узловатого зоба // Эндокринная хирургия –2015 № 1. С. 15–21.
2. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С., Пришвин А.П., Михальченко Г.В. Минимальноинвазивная хирургия щитовидной железы // Международный научно-исследовательский журнал 2017 № 1. С. 144–151.
3. Решетов И.В., Севрюков Ф.Е., Голубцов А.К., Крехно О.П. Видеоассистированная резекция щитовидной железы из одностороннего подмышечного доступа // Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. 2014. № 3. С. 15–19.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «БРАНОЛИНДА» С ПЕРУАНСКИМ БАЛЬЗАМОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ II–IIIА СТЕПЕНИ

Бадалян А.А., Молина Т.Р.

Научный руководитель: к. м. н. Сахаров С.П.
Кафедра факультетской хирургии — клиническая
Тюменский ГМУ

Актуальность: по данным ВОЗ, ежегодно в мире происходит до 180000 случаев летальных исходов от ожогов [2]. Комбустиолог должен владеть не только хирургическими способами операций, но и знать весь спектр современных раневых покрытий, позволяющих ускорить регенерацию тканей и способствовать улучшению результатов лечения [1,3].

Цель исследования: оценить в сравнительном аспекте эффективность раневых покрытий «Бранолинд» с перуанским бальзамом и мазь «Левомеколь» у ожоговых пациентов со II–IIIА степенями.

Материалы и методы: проведён анализ пролеченных в отделение комбустиологии ГБУЗ ТО ОКБ№ 1 г.Тюмени в период 2016–2017 г. Общее число больных было II–IIIА степенями 38 человек. Первая группа 12 пациентов получали лечение раневыми покрытиями «Бранолинд». Пациентам второй группы применяли повязки с мазью «Левомеколь».

Результаты: первой группе смену раневых покрытий осуществляли во время перевязок, которые проводили 2 раза в неделю. А второй группе пострадавших раневое покрытие осуществляли во время перевязок, которые проводили 3 раза в неделю. При этом во время каждой перевязки применяли обезболивающее «Грамадол».

Среди монопокрытий следует выделить «Бранолинд» с перуанским бальзамом, эффективный при лечении поверхностных слабосекретирующих ожогов II–IIIА степеней. Пациенты отмечали хорошую переносимость покрытия, отсутствие неприятных и болезненных ощущений в области ожоговых ран.

Измерение интенсивности боли по десятибалльной шкале субъективной оценки выявили ожидаемое уменьшение её интенсивности при выполнении перевязок у пострадавших с наложенными раневыми покрытиями 1 группы — $(6 \pm 1,2)$ балла, в сравнении с контрольной группой — $(8,5 \pm 1,4)$ балла.

Выводы: полученный опыт использования раневых покрытий «Бранолинд» с перуанским бальзамом позволяет рассматривать его как перспективное лекарственное средство для местного лечения поверхностных ожогов, ускоряя в 2 раза регенерацию тканей, чем мазь «Левомеколь», и сокращая в 1,5 раза частоту применения обезболивающих препаратов.

Литература

1. Алексеев А.А. Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации / А.А. Алексеев, В.А. Лавров // II Съезд комбустиологов России. Сб. науч. тр. М., 2008. С. 3–5.
2. Алексеев А.А. Ожоговый шок: проблемы остаются / А.А. Алексеев, Т.А. Ушакова // IV Съезд комбустиологов России. Сб. науч. тр. М., 2010. С. 40.
3. Morbidity and survival probability in burn patients in modern burn care / Jeschke MG1, Pinto R, Kraft R. et al. // Crit. Care Med 2015 № 43(4). P. 808–15.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ФАЛЛОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ДОНОРСКИХ ОБЛАСТЕЙ

Белякова Е.В.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Адамян Р.Т.
Кафедра пластической и реконструктивной хирургии
Российский Научный Центр Хирургии им. Петровского

Актуальность: проблема половой самоидентификации и ампутации полового члена все чаще встречается в современной медицине. Реконструктивные операции в области полового члена являются актуальной задачей. Одним из наиболее используемых методов при операциях по восстановлению полового члена является фаллопластика.

Цель исследования: нашей работы явилось исследование осложнений при различных методах фаллопротезирования для выбора самого оптимального метода.

Материалы и методы: использовалась выборка пациентов, у которых проводилась одномоментная фаллопластика разными лоскутами. Сравнялось по 10 пациентов из каждой группы методом клинического наблюдения. Результаты были статистически обработаны.

Результаты: указывают на то что методом с наименьшей частотой осложнений является торокодосальный лоскут (10%). Однако, данный метод приводит к большой травматизации области спины и скованности движений впоследствии. Бедренный лоскут показал наименьшую