



речь не идет о миграции тромба из сосудов нижних конечностей в легочную артерию, напротив, формирование тромбоза нижнедолевой ветви левой легочной артерии обусловлено вариантом течения тяжелой гриппозной инфекции с массивным диффузным альвеолярным повреждением и выраженным геморрагическим компонентом.

Роль в фатальном течении заболевания сыграли такие факторы, как отсутствие вакцинопрофилактики гриппа и поздняя обращаемость больной за медицинской помощью, недостаточная готовность специалистов, особенно первичного звена, диагностировать тя-

желые осложнения гриппозной инфекции, отсроченная этиотропная противовирусная терапия, назначенная лишь с момента госпитализации в стационар, поздний перевод больной на ИВЛ. Попытка НВЛ у больного с *респираторным индексом* — $RI (PaO_2/FiO_2) < 150$ заведомо обречена на неудачу. Традиционным показанием для НВЛ в начальных стадиях ОРДС является $RI 200-250$ мм рт. ст., в то время как при $RI < 200$ обычно принимается решение о проведении ИВЛ.

Можно заключить, что совокупность объективных и субъективных факторов определили тяжесть течения и исход заболевания.

© М.Г.СИДОРЕНКО, Х.С.КАХКЦЯН, 2018
УДК 616.33-089.87.168.1-06:616.34-007.43-007.271

Сидоренко М.Г. (*mike_sidorenko@mail.ru*), **Кахкцян Х.С.** (*myshutka@list.ru*)
— Случай ущемленной внутренней грыжи в поздний послеоперационный период после субтотальной резекции желудка.

Филиал № 1 Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ, г. Химки, Московская область

В статье приводится описание редкого случая ущемленной послеоперационной внутренней грыжи, возникшей в поздний послеоперационный период у больного, оперированного по поводу рака желудка. Ранее выполненная операция субтотальной резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру создала условия для формирования внутренней грыжи и ее последующего ущемления. С целью профилактики внутреннего грыжеобразования при таких операциях изначально необходимо выполнять фиксацию к париетальной брюшине петли тонкой кишки на протяжении от ее брыжейки к гастроеюноанастомозу.

К л ю ч е в ы е с л о в а: грыжа внутренняя, послеоперационная, ущемленная, субтотальная резекция желудка, поздний послеоперационный период.

Sidorenko M.G., Kakhktsyan Kh.S. — Case of an injured internal hernia in the late postoperative period after subtotal resection of the stomach. The article describes a rare case of an injured postoperative internal hernia that occurred in the late postoperative period in a patient operated on for stomach cancer. Previously performed subtotal resection of the stomach according to Billroth-II in the modification of Ru created the conditions for the formation of internal hernia and its subsequent infringement. In order to prevent internal herniation in these operations, it is initially necessary to perform fixation to the parietal peritoneum of the small intestine loop from her mesentery to gastrojejunostomosis.

К е у о р д s: hernia internal, postoperative, strangulated, subtotal resection of the stomach, late postoperative period.

Ущемленные внутренние грыжи наблюдаются достаточно редко — от 0,1 до 2%, что связано с трудностью диагностики и отсутствием специфических симптомов у данной патологии. Чаще всего диагноз ставится только после операции, поскольку большие оперируются по поводу острой кишечной непроходимости. Приводим описание случая ущемленной внутренней грыжи в поздний послеоперационный период после субтотальной резекции желудка

Пациент К., 76 лет, поступил по неотложным показаниям в хирургическое отделение с жалобами на боли в области пупка схваткообразного характера, слабость, тошноту, многократную рвоту. Жалобы появились после ужина, накануне выполнялась *фиброгастродуоденоскопия* (ФГДС), которая показала оперированный желудок в объеме

субтотальной резекции, незначительную гиперемию слизистой. После ФГДС появились неприятные ощущения в эпигастрии, купирование которых внутримышечным введением спазмолитиков носило кратковременный эффект. Вскоре присоединилась рвота, не приносящая облегчения. При объективном обследовании обращала на себя внимание тахикардия — до 100 ударов в мин, перкуторно определялся тимпанит в мезогастррии, имелось вздутие живота. Было назначено дообследование. Общий анализ крови: выраженный лейкоцитоз $16,1 \times 10^9/\text{л}$, увеличение сегментоядерных лейкоцитов до 93,1%, что было расценено как умеренно выраженная интоксикация. Рентгенография органов брюшной полости показала значительное расширение петель как тонкого, так и толстого кишечника с наличием уронеи



жидкости в петлях тонкой кишки. Заключение: признаки тонко- и толстокишечной непроходимости — спаечный процесс? В анамнезе 2 года назад оперирован по поводу рака желудка. Выполнена субтотальная резекция желудка по Бильрот II (модификация анастомоза неизвестна). Перенес 2 инфаркта миокарда в 2000 и 2003 г., аортокоронарное шунтирование 3 года назад. Общее состояние пациента расценивалось как тяжелое за счет картины острой кишечной непроходимости и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы.

Трудность дооперационной диагностики заключалась в том, что у пациента, перенесшего оперативное лечение по поводу рака желудка, прежде всего подозреваются прогрессирование онкологического процесса или же спаечная болезнь органов брюшной полости, а внутренняя грыжа и ее ущемление даже не рассматриваются. Учитывая симптомы острой кишечной непроходимости, пациенту определены показания к проведению оперативного лечения. После предоперационной подготовки выполнена лапаротомия. Интраоперационно установлено, что на расстоянии около 50 см от дуоденоюнального перехода на протяжении около 100 см определяются раздутые петли тонкой кишки до 3,5–4 см.

Также определено, что операция субтотальной резекции желудка выполнена в модификации Ру — Опокина с впередибодочным расположением анастомоза. Тонкая кишка на протяжении от гастроеюноанастомоза до брыжейки тонкой кишки образовала окно, в котором ущемилась петля тонкой кишки. Последняя извлечена из ущемляющего окна, выполнена назогастроинтестинальная интубация. С целью профилактики грыжеобразования тонкая кишка фиксирована к париетальной брюшине на протяжении от брыжейки тонкой кишки до гастроеюноанастомоза, окно ушито. Санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период — без особенностей, швы с послеоперационной раны удалены на 12-е сутки, больной выписан с рекомендациями.

Соблюдая онкологические принципы (с целью профилактики острой кишечной непроходимости), больному был наложен впередибодочный анастомоз, что явилось предпосылкой для формирования внутренней грыжи. По нашему мнению, с целью профилактики внутреннего грыжеобразования в таких случаях изначально необходимо выполнять фиксацию к париетальной брюшине петли тонкой кишки на протяжении от ее брыжейки к гастроеюноанастомозу.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.366-002.2-085.828

Матвиенко В.В. (matvv1@yandex.ru)¹, **Паньков О.А.** (olgost@osteopathy.ru)¹, **Фролков В.К.** (fvk49@mail)², **Жернов В.А.**², **Зубаркина М.М.**² — Предикторы эффективности остеопатических техник в комплексном лечении хронического бескаменного холецистита у офицеров запаса.

¹Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва; ²Российский университет дружбы народов, Москва

Проанализирована эффективность остеопатических техник в комплексном лечении больных хроническим бескаменным холециститом по результатам непосредственных и отдаленных наблюдений. Исследование проведено на двух группах военнослужащих запаса по 54 человека в каждой. Опытная группа получала на фоне стандартной терапии вместо массажа остеопатическое лечение. Сравнивались биохимические показатели крови и желчи, а также патобиомеханические нарушения органов поддиафрагмального пространства. Оценка предикторов эффективности остеопатического лечения проводилась с применением дисперсионного, корреляционного и регрессионного анализов на программном комплексе Statistica v 7.0 (Statsoft).

К л ю ч е в ы е с л о в а: хронический бескаменный холецистит, остеопатические методы лечения, предикторы эффективности, статистический анализ.

Matvienko V.V., Pankov O.A., Frolkov V.K., Zhernov V.A., Zubarkina M.M. — Predictors of the effectiveness of osteopathic techniques in the complex treatment of chronic acalculous cholecystitis in discharged officers. The effectiveness of osteopathic techniques in complex treatment of patients with chronic acalculous cholecystitis was analyzed based on the results of direct and remote observations. The study was conducted on two groups of reserve soldiers for 54 people in each. The experimental group received osteopathic treatment instead of a massage on the background of standard therapy. Biochemical indices of blood and bile were compared, as well as pathobiomechanical disorders of organs of the subdiaphragmatic space. Estimation of predictors for the effectiveness of osteopathic treatment was carried out using dispersion, correlation and regression analyzes on the Statistica v 7.0 software package (Statsoft).

К e y w o r d s: chronic acalculous cholecystitis, osteopathic methods of treatment, predictors of efficacy, statistical analysis.