

Приложение к журналу

ВЕСТНИК

Дагестанской государственной медицинской
АКАДЕМИИ



2019

2 (31)

Приложение к журналу
“Вестник Дагестанской государственной
медицинской академии”

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ»

*Материалы
выездного Пленума Российского
общества хирургов и
XIX Съезда хирургов Дагестана
г. Махачкала,
6-7 июня 2019 года*

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Журнал «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии» включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук
(http://vak.ed.gov.ru/87)

Учредитель: ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Издается с 2011 года
ежеквартально

Территория распространения:
Российская Федерация

Зарегистрирован в Федеральной
служб

по надзору в сфере
связи, информтехнологий и
массовых коммуникаций
(РОСКОМНАДЗОР)

ПИ № ФС 77-67724

от 10.11.2016 г., в НЭБ (Научной
электронной библиотеке на
сайте www.elibrary.ru, в базе
данных РИНЦ (Российского
индекса научного цитирования)
на основании лицензионного
договора № 50-02/2012
от 27.02.2012 г.

ISSN 2226-4396

Ответственный секретарь:

Д.А. Шихнебиев, д.м.н., проф.

Зав. редакцией: Н.Т.Рагимова

Научный редактор:

И.Г. Ахмедов, д.м.н., доцент

Ответственный редактор:

С.А. Магомедова, к.м.н., доцент

Ответственный за рекламу:

С.З. Османов

Перевод: С.Ш. Заирбекова

Технические редакторы:

З.И. Гусейнова, У.С. Алибекова,

З.У. Мусаева

Цена свободная

Тираж: 2000 экз.

Дата выхода в свет 30.05.2019 г.

Подписной индекс

по каталогу российской прессы

«Почта России»: 51399

Адрес редакции и издательства:

367000, Россия, г. Махачкала,

пл. Ленина, 1, ДГМУ

Телефоны: 8(8722) 68-20-87;

8(8722) 67-19-88;

8(8722) 67-07-94

Факс: 8(8722) 68-12-80

Отдел рекламы: 8(8722) 67-19-88

Редакция не несет

ответственности

за содержание рекламных

материалов, правильность

адресных данных.

Перепечатка текстов и

фотографий запрещена

без письменного разрешения

редакции.

E-mail: vestnikdgm@yandex.ru

Web-page: vestnikdgm.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ ВЕСТНИК ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ № 2 (31), 2019

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР – д.м.н., проф. Д.Р. АХМЕДОВ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА –
д.м.н., проф. Н.У. ЧАМСУТДИНОВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.-Г.Д. АЛИЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.М. АЛИСКАНДИЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Г.Р. АСКЕРХАНОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.И. БРИКО, д.м.н., проф., акад. РАН

(Москва, Россия)

С.А. БУЛГАКОВ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

Р.М. ГАЗИЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ, д.м.н., проф.

(Астрахань, Россия)

В.Н. ГОРОДИН, д.м.н., доцент

(Краснодар, Россия)

К.Г. ГУРЕВИЧ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

М.Д. ДИБИРОВ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

О.М. ДРАПКИНА, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

З.М. ЗАЙНУДИНОВ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

Т.И. ИБРАГИМОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

М.Р. ИВАНОВА, д.м.н., проф.

(Нальчик, Россия)

А.М. ИДАРМАЧЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

М.И. ИСМАИЛОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.А. КАСУМОВ, д.м.н., проф.

(Баку, Азербайджан)

В.И. КОЗЛОВСКИЙ, д.м.н., проф.

(Витебск, Беларусь)

И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., акад. РАН

(Москва, Россия)

С.М. МАМАТОВ, д.м.н., проф.

(Бишкек, Кыргызстан)

С.Н. МАММАЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.Т. МАНШАРИПОВА, д.м.н., проф.

(Алматы, Казахстан)

К.А. МАСУЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.Р. МОЛЛАЕВА, д.м.н., доцент

(Махачкала, Россия)

М.С. МУСУРАЛИЕВ, д.м.н., проф.

(Бишкек, Кыргызстан)

Н.С.-М. ОМАРОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Т.О. ОМУРБЕКОВ, д.м.н., проф.

(Бишкек, Кыргызстан)

А.О. ОСМАНОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Л.Я. ПЛАХТИЙ, д.м.н., проф.

(Владикавказ, Россия)

И.М.-К. РАСУЛОВ, д.м.н., доц.

(Махачкала, Россия)

М.З. САИДОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.А. СПАССКИЙ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

Ш.Х. СУЛТОНОВ, д.м.н., проф.

(Душанбе, Таджикистан)

А.А. ХАДАРЦЕВ, д.м.н., проф.

(Тула, Россия)

М.А. ХАМИДОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.Э. ЭСЕДОВА, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.В. АВЕРЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

С.И. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

А.А. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

А.А. АБДУЛЛАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

З.А. АБУСУЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

Р.М. АГАЕВ, д.м.н., проф. (Баку, Азербайджан)

Б.Г. АЛЕКЯН, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)

П.М. АЛИЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

Э.Ш. АЛЫМБАЕВ, д.м.н., проф. (Бишкек, Кыргызстан)

Ю.М. АМБАЛОВ, д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону, Россия)

М.Г. АРБУЛИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.Д. АРУТЮНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Г.Д. АХМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

С.Ш. АХМЕДХАНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.М. БЕЗРОДНОВА, д.м.н., проф. (Ставрополь, Россия)

С.А. ВАРЗИН, д.м.н., проф. (С.-Петербург, Россия)

Р.С. ГАДЖИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

Г.А. ГАДЖИМИРЗАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО, д.м.н., проф., акад. РАН

(Москва, Россия)

Г.К. ГУСЕЙНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Я.З. ЗАЙДИЕВА, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Д.Г. ИОСЕЛИАНИ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН

(Москва, Россия)

М.Т. КУДАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

М.М. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

А.Г. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

М.Ю. МАРЖОХОВА, д.м.н., проф. (Нальчик, Россия)

О.А.-М. МАХАЧЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

М.Н. МЕДЖИДОВ, д.м.н., доц. (Махачкала, Россия)

Р.Т. МЕДЖИДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.-М.А. ОМАРОВ, д.м.н., проф.,

чл.-корр. РАН (Махачкала, Россия)

Д.Г. САИДБЕКОВ, д.м.н., проф. (Рим, Италия)

В.Н. ЦАРЕВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

А.М. ХАДЖИБАЕВ, д.м.н., проф. (Ташкент, Узбекистан)

М.Ф. ЧЕРКАСОВ, д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону, Россия)

И.А. ШАМОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

М.Ш. ШАМХАЛОВА, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Э.М. ЭСЕДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

А.А. ЭЮБОВА, д.м.н., проф. (Баку, Азербайджан)

Н.Д. ЮЩУК, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

© ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

The journal "Bulletin of the Dagestan State Medical Academy" included in the List of Russian peer-reviewed scientific journals recommended by Higher Attestation Commission (HAC) of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for publication of basic scientific results of dissertations on competition of scientific degrees of doctor and candidate of sciences (<http://vak.ed.gov.ru/87>)

Published quarterly since 2011

Territory distribution:

Russian Federation

Registered with the Federal Service

for Supervision of Communications,

Information Technology and Mass

Communications

PI № FS 77-67724 from 10.11.2016,

in SEL (Scientific Electronic Library) on

site: www.elibrary.ru in our database

RISC (Russian Index of Scientific Citation)

№ 50-02/2012, from 27.02.2012,

ISSN 2226-4396

Head of Editorial: N.T. Ragimova

Scientific editor.: I.G. Akhmedov, assoc.

Executic editor: S.A. Magomedova, assoc.

Responsible for advertising:

S.Z. Osmanov

Translation: S.Sh. Zairbekova

Technical Editors:

Z.I. Guseinova, U.S. Alibekova,

Z.U. Musaeva

Price: free

Circulation: 2,000 cop.

Date of publication: 30.05.2019

Index Catalog of Russian press

"Mail of Russia": 51399

"The Russian Press": 70144

«Rosprint»: 70825

Editorial office and publisher address:

Lenin sq., 1

367000, Russia, Makhachkala, DSMU

Phone: 8(8722) 68-20-87;

8(8722) 67-49-03

Fax: 8(8722) 67-49-03

Advertising department: 8(8722) 68-20-87

We take no responsibility for the content of

advertising material, correct address data.

Reprints of texts and images prohibited

without written permission edition.

E-mail: vestnikdigma@yandex.ru

Web-page: vestnikdigma.ru

BULLETIN OF DAGESTAN STATE MEDICAL ACADEMY, № 1 (30), 2019

EDITOR-IN-CHIEF – PROFESSOR D.R. Akhmedov

**DEPUTY EDITOR –
PROFESSOR N.U. Chamsutdinov**

EXECUTIVE SECRETARY – D.A. Chikhnebiew

EDITORIAL BOARD

A.-G. Aliyev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.M. Aliskandiev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
G.R. Askerkhanov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
N.I. Brico, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
S.A. Bulgakov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
M.D. Dibirov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
O.M. Drapkina, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
A.E. Esedova, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
Kh.M. Galimzyanov, MD,
Prof. (Astrakhan, Russia)
R.M. Gaziyeu, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
V.N. Gorodin, MD, ass. Prof.
(Krasnodar, Russia)
K.G. Gurevich, MD, Prof.

(Moscow, Russia)
A.M. Idarmachev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.I. Ismailov, MD Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.R. Ivanova, MD, Prof.
(Nalchik, Russia)
N. A.-O. Kasumov, MD, Prof.
(Baku, Azerbaijan)
A.A. Khadartsev, MD, Prof.
(Tula, Russia)
M.A. Khamidov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
V.I. Kozlovsky, MD, Prof.

(Vitebsk, Belarus)
S.M. Mamatov, MD, Prof.
(Bishkek, Kyrgyzstan)
S.N. Mammaev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.T. Mansharipova MD, Prof.
(Almaty, Kazakhstan)
K.A. Masuev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
I.V. Mayev, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
N.R. Mollayeva, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.S. Musuraliev, MD, Prof.
(Kyrgyzstan, Bishkek)
N.S.-M. Omarov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
T.O. Omurbekov, MD, Prof.
(Bishkek, Kyrgyzstan)

A.O. Osmanov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
L.Ya. Plahty, MD, Prof.
(Vkadikavkaz, Russia)
I.M. Rasulov, MD, ass. Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.Z. Saidov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.A. Spassky, MD, ass. Prof.
(Moscow, Russia)
Sh.R. Sultonov, MD, Prof.
(Tajikistan, Dushanbe)
Z.M. Zainudinov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL

A.A. Abakarov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
S.I. Abakarov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.A. Abdullayev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
Z.A. Abusuyeva, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
R.M.-O. Agayev, MD, Prof. (Baku, Azerbaijan)
S.Sh. Akhmedkhanov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
G.D. Akhmedov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
B.G. Alekryan, MD, Prof. (Moscow, Russia)
P.M. Aliyeva, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
E.Sh. Alymbaev, MD, Prof. (Bishkek, Kyrgyzstan)
Yu.M. Ambalov, MD, Prof. (Rostov-on-Don, Russia)
M.G. Arbuliev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
S.D. Arutyunov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.V. Averyanov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
S.M. Bezrodnova, MD, Prof. (Stavropol, Russia)
M.F. Cherkasov, MD, Prof. (Rostov-on-Don, Russia)
S.I. Emelyanov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
E.M. Esedov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
A.A. Eyubova, MD, Prof. (Baku, Azerbaijan)
G.A. Gadzhimirzaev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
R.S. Gadzhiyev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
N.F. Gerasimenko, MD, Prof. (Moscow, Russia)
G.K. Guseynov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
D.G. Ioseliani, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.M. Khadzibayev, MD, Prof. (Tashkent, Uzbekistan)
M.T. Kudaev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
M.M. Magomedov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.G. Magomedov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
O.A. Makhachev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
M.Yu. Marzhokhova, MD, Prof. (Nalchik, Russia)
M.N. Medzhidov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
R.T. Medzhidov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
S.-M.A. Omarov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
D.G. Saidbegov, MD, Prof. (Rome, Italy)
M.Sh. Shamkhalova, MD, Prof. (Moscow, Russia)
I.A. Shamov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
V.N. Tsarev, MD, Prof. (Moscow, Russia)
S.A. Varzin, MD, Prof. (St. Petersburg, Russia)
N.D. Yushchuk, MD, Prof. (Moscow, Russia)
Ya.Z. Zaidieva, MD, Prof. (Moscow, Russia)

FOUNDER AND PUBLISHER

© Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Dagestan State Medical University"
Ministry of Health of the Russian Federation

СОДЕРЖАНИЕ

Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненный перифокальным воспалением <i>Абдулаев М.А., Топузов Э.Г., Шекилиев В.А., Манатов М.Г., Магомедхайров Ш.М., Чикин А.Е.</i>	3
Редкая форма острой кишечной непроходимости <i>М.Р. Абдуллаев</i>	14
Лапароскопия в диагностике и лечении рака толстой кишки, осложненный острой кишечной непроходимостью <i>Абдулаев М.А., Топузов Э.Г., Адухалимов К.С., Шекилиев В.А., Чикин А.Е., Манатов М.Г.</i>	15
Наш первый опыт применения метода внутрипросветной пролонгированной вакуумной аспирации в лечении пациентов с несостоятельностью швов грудного отдела пищевода. <i>Абдулаев М.А., Рубцов М.А., Авдеев А.М., Апэрече Б.С., Манатов М.Г.</i>	16
Хирургические аспекты лечебной тактики при хиларной холангиокарциноме желчных протоков <i>Абдуллаева А.З., Курбанисмаилова Р.Р.</i>	16
Актуальные вопросы лечения обструктивной желтухи <i>Абдуллаева А.З., Абдурашидов Г.А.</i>	17
Результаты лечения пациентов с тромбозом мезентериальных сосудов <i>Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Козлов В.И., Абдулжалилов А.М., Салаватова Х.И., Ашурлаев К.М., Закариев З.М., Исаев Х.М.-Р., Муцуров Х.С.</i>	18
Анализ летальности пациентов в экстренном хирургическом стационаре <i>Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М., Исаев Х.М.-Р.</i>	19
Применение троакара контейнера для извлечения желчного пузыря из брюшной полости. <i>Абдулжалилов А.М., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов М.К.</i>	20
Инновационные подходы к лапароскопической холецистэктомии <i>Абдулжалилов А.М., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов М.К.</i>	21
Собственные результаты первых атравматических резекций непальпируемых доброкачественных образований молочной железы методом ВАБ-ENCORENSPIRE-резекции под контролем ультразвука в рамках «Хирургии одного дня» <i>Абоян И.А., Громовенко Е.Ю., Усенко Е.Е., Родзянко М.Н., Лемешко С.И.</i>	22
Комбинация эндовенозной лазерной облитерации с пеносклеротерапией притоков. отказ от операции возможен <i>Айдаев С.С., Атанова Н.А., Мусаев Т.Р., Исмаилов Р.Х.</i>	23
Опыт использования rpr-технологий при хронической эмпиеме плевры в эксперименте <i>Айдаева С.Ш., Калашников А.В., Калашникова С.А.</i>	24
Использование биостимуляции адгезиогенеза при остаточных полостях плевры <i>Айдаева С.Ш., Калашников А.В., Калашникова С.А.</i>	25
Применение технологии липофилинга при травме грудной клетки <i>Айдаева С.Ш., Калашников А.В., Калашникова С.А.</i>	26
Разработка алгоритма нормализации показателей крови как одного из основных условий для проведения радикальной операции у больных с механической желтухой <i>Айдемиров А.Н., Шахназарян Н.Г., Вафин А.З., Градинар А.О., Шахназарян А.М.</i>	27
Ближайшие и отдаленные результаты пластики пищевода по данным нашей клиники <i>Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Делибалтов К.И., Байрамкулов М.Д., Грушко В.И., Маланка М.И., Рой С.В.</i>	28
Выбор метода лечения у пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода <i>Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Байрамкулов М.Д., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А., Машурова Е.В., Абдоков А.Д., Гусейнов Ш.И.</i>	28
Эзофагопластика при обычных и нестандартных ситуациях <i>Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Курбанов К.А., Эльдарханова А.З., Омаров К.Х., Магомедов С.М., Омаров О.И., Гасанов М.К., Закаржаева З.М.</i>	29
Опыт внедрения артроскопии при диагностике и лечении травматических повреждений и патологии коленного сустава с послеоперационной реабилитацией пациентов в условиях клинического госпиталя медико-санитарной части МВД России по Республике Дагестан. <i>Алиев Р.Б., Будаев Д.Ш.</i>	30
Использование спленодимексиды в лечении ран аноректальной области <i>М.А.Алиев, С.Ю.Сафаров, Х.М.Абдулмажидов, Джанмурзаев У.И.</i>	31
Сравнительная оценка эффективности лапароскопического оперативного доступа и эндоскопического в лечении холедохолитиаза <i>Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А., Жвйтиашвили И.Д. (2), Прохоренко Т.И.</i>	32
Современные аспекты хирургического лечения колоректальных метастазов в печень. <i>Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Жвйтиашвили И.Д., Прохоренко Т.И.</i>	33
Непосредственные результаты видеолапароскопических операций (TAPP, TEP) при паховой грыже. <i>Алибегов М.А., Курбанов М.М., Мелконян С.С., Магомедов Н.Н., Абдурахманов Ф.М.</i>	35
Лапароскопические технологии в абдоминальной хирургии <i>Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Жвйтиашвили И.Д., Прохоренко Т.И., Магомедов Н.Н., Магомедов М.М., Магомедов М.С.</i>	36

Онкохирургическая стратегия при внеорганных опухолях торako-абдоминальной локализации <i>Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Курбанов К.А., Эльдарханова А.З., Омаров К.Х., Магомедов С.М., Омаров О.И., Гасанов М.К., Закаржаева З.М.</i>	35
Рентгенэндоваскулярные методы в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. <i>Алиев М.А., Скороваров А.С., Сафаров С.Ю., Магомедов Н.И., Джанаев М.С.</i>	36
Использование миниинвазивной сфинктеросохраняющей методики хирургического лечения транссфинктерных свищей прямой кишки <i>Алиев М.А., Джанмурзаев У.И., Сафаров С.Ю., Абдулмажидов Х.М.</i>	37
Особенности клинического течения, диагностики и лечения тромбоза мезентериальных сосудов. <i>Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов Н.И., Магомедов Р.З.</i>	38
Лапароскопическая герниопластика титановыми сетчатыми имплантатами <i>Аль-Арики Малик К.М., Тархани Мохаммед К.М., Ахмедов Т.З., Азимов Р.Х., Курбанов Ф.С.</i>	39
Цитостатическая терапия в профилактике рецидива стриктуры уретры <i>Арбулиев К.М., Османов М.Г., Арбулиев М.Г.</i>	40
Опыт оперативного лечения эхинококкоза почки в республиканском урологическом центре <i>Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Гамзатов А.Г., Арбулиев М.Г.</i>	41
Операция «окошко кальба» при водянке оболочек яичка у пациентов пожилого и старческого возраста <i>Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Абдуселимов Т.А., Гусниев Н.М., Михайлов С.М.</i>	43
Тактика уролога при перекруте яичка <i>Арбулиев К. М., Гусниев Н.М., Усманов М.У.</i>	43
25-ти летний опыт лечения урогинекологических больных (по данным республиканского урологического центра) <i>Арбулиев К. М., Гамзатов А.Г., Газимагомедов Г.А., Гусниев Н.М.</i>	44
Выявление туберкулёза органов мошонки в условиях поликлиники <i>Арбулиев К.М., Адамов А.А., Гусниев Н.М., Салихов З.О.</i>	45
Способ дренирования мочевого пузыря модифицированным катетером фолея после чрезпузырной аденомэктомии. <i>Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Кадиев Г.М.</i>	45
Моделирование стриктуры уретры у лабораторных животных с изучением влияния на процесс заживления цитостатика митомицин <i>Арбулиев К.М., Османов М.Г., Патахов Г.М., Кадиев Г.М.</i>	47
Диагностика и лечение внутриматочной патологии с применением гистероскопии. <i>Аскерханов Г.Р., Гасангусейнова С.М., Аскерханова Э.Р., Абусуева Н.А., Бадышев И.А., Раджабова Ш.Ш.</i>	47
К вопросу применения современного миниинвазивного метода лечения лейомиомы матки (лм) – эмболизация маточных артерий (ЭМА). <i>Аскерханов Г.Р., Аскерханова Э.Р., Скороваров А.С., Дубаев А.А., Гасангусейнова С.М., Абусуева Н.А.</i>	48
Развитие высокотехнологичных вмешательств в лечении эхинококкоза легких <i>Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М., Магомедов С.З., Бабаев М.Р., Магомедов А.А., Масуев М.А., Рамазанова Б.М.</i>	49
Предоперационная маркировка вен под ультразвуковым контролем – путь к снижению частоты рецидивов хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. <i>Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Садыки М.Н., Аскерханова Э.Р.</i>	52
Хирургические вмешательства при рубцовых стриктурах трахеи в РКБ <i>Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов С.З., Ильясов К.М., Бабаев М.Р., Магомедов А.А., Рамазанова Б.М.</i>	53
Тактика лечения респираторно-пищеводных свищей в ГБУ РД РКБ <i>Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А., Бабаев М.Р., Масуев М.А., Рамазанова Б.М.</i>	54
Наша тактика при поздних проявлениях ранений левого купола диафрагмы <i>Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов С.З., Ильясов К.М., Бабаев М.Р., Магомедов А.А., Масуев М.А., Рамазанова Б.М.</i>	55
Особенности клинического течения и исходы острых заболеваний органов брюшной полости, возникших на фоне гнойно-септических и хронических системных заболеваний. <i>Аскерханов Г.Р., Султанов А.С., Канаев А.И., Омаров К.Х.</i>	56
Оценка качества жизни пациентов с ожирением после продольной резекции желудка <i>Аскерханов Г.Р., Садыки М.Н., Аскерханов Р.Г.</i>	57
Опыт центра: ангиопластика и стентирование коронарных артерий у пожилых пациентов с коморбидной патологией при остром коронарном синдроме. <i>Аскерханов Г.Р., Дубаев А.А.</i>	58
Некоторые аспекты хирургического лечения аневризм брюшного отдела аорты. <i>Аскерханов Г.Р., Исмаилов С.А., Адильханов С.Г., Казакмурзаев М.А., Канаев А.И., Закариев М.Р.З.</i>	59

Магнитно-лазерная терапия в профилактике анастомозита и несостоятельности желудочно-кишечных анастомозов	
<i>Арсютов В.П., Арсютов О.В., Столяров С.И.</i>	60
Возможности диагностики и лечения острого нарушения мезентериального кровообращения	
<i>Атаян А.А., Косенков А.Н., Ярков С.А., Хачатрян Э.О., Шадыжева Т.И., Рамазанов А.А.</i>	61
Метод восстановления ЦЕЛОСТНОСТИ N. FACIALIS	
<i>Ахмадудинов М. Г., Патахов Г. М., Ахмадудинов А. М.</i>	62
Повторные хирургические вмешательства при рецидиве хиатальной грыжи и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.	
<i>Ахматов А.М., Тарбаев И.С., Бечвая Г.Т., Василевский Д.И., Корольков А.Ю., Лапшин А.С., Жолуд Н.Н.</i>	62
Амбулаторная хирургия как часть хирургической службы в Республике Дагестан	
<i>Ахмедов И.Г., Кишов У.А.</i>	63
Острый холецистит, осложненный холедохолитиазом и холангитом	
<i>Ашурлаев К.М., Закариев З.М., Абдулжалилов М.К., Османов А.О.</i>	64
Предикторы неврологического дефицита при гемодинамически значимых стенозах сонных и позвоночных артерий.	
<i>Бабаян Г.Б., Зорин Р.А., Пшенников А.С.</i>	65
Способ снятия натяжения при пластике задней стенки пахового канала собственными тканями	
<i>Бабуринов А.Б., Логинов В.И., Паршиков В.В.</i>	66
Новый подход к решению проблемы несостоятельности анального сфинктера.	
<i>Багаудинова С.Г. Газиев Р.М., Омаров И.М., Курбанисмаилова М.Г. Омарова Х.З.</i>	67
Случай лечения посттравматической межреберно-диафрагмальной грыжи	
<i>Байсиев А.Х., Хон А.Э., Корольков А.Ю., Баландов С.Г., Ким Р.В., Ахматов А.М., Никитина Т.О., Попов Д.Н., Китаева М.А.</i>	68
Об осложнениях операций традиционной (ТХ) и лапароскопической (ЛХЭ) холецистэктомии и их коррекция внутриспросветной эндоскопической хирургией (ВПЭХ)	
<i>Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Войтковский А.Е., Барбадо-Мамедова П.А., Муцуров Х.С., Оразалиев Г.Б., Архипкин А.К.</i>	68
Неудачи наружного дренирования желчных протоков (НДЖП) и пути их решения.	
<i>Балалыкин А.С., Муцуров Х.С., Гвоздик В.В., Войтковский А.Е., Архипкин А.К., Оразалиев Г.Б.</i>	69
Социальное значение программы "fast-track" у больных с острой хирургической патологией	
<i>Баснаев У.И., Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Джемилев И.В., Расулов Н.А.</i>	70
Возможности применения минимально инвазивных хирургических вмешательств в лечении панкреонекроза	
<i>Белик Б.М., Тенчуринов Р.Ш., Дадаев А.Р., Абдурагимов З.А., Мареев Д.В., Осканиян М.А., Маслов А.И., Родаков А.В., Чиркин Г.М.</i>	71
Влияние внутрипортальных инфузий озонированных растворов на ультраструктурные изменения печени при экспериментальном гнойном перитоните	
<i>Белик Б.М., Суярков В.А., Осканиян М.А., Мареев Д.В., Ефанов С.Ю., Маслов А.И., Сизов С.Р., Беданов К.М.</i>	73
Выбор методов декомпрессии и санации желчевыводящих и панкреатических путей у больных острым билиарным панкреатитом	
<i>Белик Б.М., Коробка В.Л., Толстомятов С.В., Абдурагимов З.А., Тодоров С.С., Тенчуринов Р.Ш., Родаков А.В., Усаткин А.А., Погосян Л.М., Дадаев А.Р., Чиркин Г.М.</i>	75
Экспериментально-клиническое обоснование применения обогащенной тромбоцитами аутоплазмы для проведения инфильтрационного эндоскопического гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях	
<i>Белик Б.М., Тодоров С.С., Тенчуринов Р.Ш., Подина М.В., Скорляков В.В., Кещян С.С., Баев О.В., Сизов С.Р., Беданов К.М.</i>	77
Объемные образования средостения	
<i>Богомолов Н.И., Бурдинская Т.В., Капустина Н.В., Ральникова Н.В.</i>	78
Сравнительная оценка лечения варикозной болезни нижних конечностей методом эндовенозной лазерной облитерации и классической флебэктомии.	
<i>Борисов В.А., Михин А.В., Абдулгамидов Т.Б., Фролов А.А., Неверова О.С., Мазуренко Е.А.</i>	79
Наставничество в хирургии: проблемы и решения	
<i>Быков А.В., Мяконький Р.В., Панкратов А.И.</i>	80
Новые технологии в хирургическом лечении эхинококкоза легких	
<i>Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А., Машурова Е.В.</i>	82
Выбор метода хирургического лечения при тандемных стенозах внутренней и общей сонных артерий.	
<i>Винокуров А.Ю., Владимиров П.А., Алексеева Н.В., Вахитов К.М., Черняков И.С.</i>	83
Формирование клапанных билио-дуоденальных соустьев при стенозе большого дуоденального сосочка и терминального отдела холедоха	
<i>Волков А.Н., Мизуров Н.А., Краснов Г.Н., Столяров С.И.</i>	84

Некоторые особенности реконструктивно- восстановительного этапа при резекциях поджелудочной железы	
<i>Гасанов А.Г. Султанова Р.С.</i>	85
Роль диспансеризации в комплексном лечении детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.	
<i>Гаджиев А.Р., Чудинов А.Н., Гасанова Л.Г., Жахбаров А.Г.</i>	86
Хирургическое лечение гипоспадии	
<i>Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А.</i>	86
К вопросу лечения гидронефроза	
<i>Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А.</i>	87
Хирургическое лечение закрытой травмы мошонки	
<i>Гусниев Н. М., Арбулиев К. М.</i>	88
Эндовенозная лазерная коагуляция как метод устранения рефлюкса по перфорантным венам.	
<i>Гамзатов Т.Х., Махачев О.А., Муталипов Р.М., Шихмагомедов О.О.</i>	89
Классификация способов антипаразитарного воздействия при эхинококкэктомии из печени	
<i>Гаджабакаров Г.М., Гаджабакарова П.Г., Койчуев Р.А., Исаев М.И., Магомедов Х.А., Мусаев З.М.</i>	89
Способ динамического контроля эффективности антипаразитарного воздействия при эхинококкэктомии	
<i>Гаджабакаров Г.М., Гаджабакарова П.Г., Исаев М.И., Мусаев З.М., Магомедов Х.А.</i>	90
Клинико- эпидемиологические аспекты желчнокаменной болезни.	
<i>Гаджабакаров Г. М., Даудова Р.Д., Гасанбекова З.М. (1), Гаджабакарова П.Г., Исаев М.И., Койчуев Р.А., Магомедов Х.А.</i>	90
Применение лазерных технологий при хирургических повреждениях селезенки (экспериментальное исследование)	
<i>Гужина А.О., Бордуновский В.Н., Головнева Е.С., Игнатьева Е.Н.</i>	91
К вопросу о несостоятельности толстокишечных анастомозов без проведения превентивных мероприятий в хирургии прямой кишки	
<i>Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Сайпудинова А.Ш., Баулина Н.В., Билалов Б.К.</i>	92
Низкий рак прямой кишки в развитии несостоятельности колоректального анастомоза	
<i>Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Лесин В.Н., Баулин В.А., Баулина Н.В. .</i>	93
Применение разгрузочных колостом в профилактике несостоятельности толстокишечных анастомозов	
<i>Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Гудошников В.Ю., Баулин В.А., Баулина О.А.</i>	94
Оценка структуры осложнений при формировании и закрытии превентивных колостом.	
<i>Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Лесин В.Н., Зимин Ю.И. , Баулин В.А..</i>	95
Эндовазальная лазерная коагуляция при осложненных формах варикозной болезни нижних конечностей	
<i>Джанев М.З.</i>	96
Оптимизация этиопатогенетического лечения острого панкреатита	
<i>Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Косаченко М.В., Атаев Т.А., Эльдерханов М.М.</i>	97
90. Лечение синдрома кишечной недостаточности при распространенном перитоните	
<i>Дибиров М.Д., Исаев А.И., Магомедалиев А. М.</i>	98
Пути снижения высоких ампутаций у больных с диабетической макроангиопатией	
<i>Дибиров М.Д. , Гаджимурадов Р.У., Халидов О.Х., Прошин А.В., М.Р. Какубава</i>	99
Возможности интраоперационной холедохоскопии	
<i>Дряженков И.Г., Гужков О.Н., Дубровина Д.Е., Майоров М.М.</i>	100
Результаты эндоскопической профилактики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных синдромом портальной гипертензии	
<i>Жариков А.Н., Аргучинский И.В., Насонов В.В., (1) Бабак М.А.</i>	101
Применение видеоторакоскопии на госпитальном этапе при сочетанных травмах груди	
<i>Жалилов Э.Т., Исаков Б.Р., Абдуллаев Ж.С., Исаков Н.Б.</i>	102
Роль внутреннего дренирования грудного лимфатического протока в профилактике прогрессирования цирроза печени и портальной гипертензии	
<i>Загидов М.З, Магомедов А.Г, Загидова А.М</i>	102
Лечение тромбоза в амбулаторных условиях.	
<i>Закариев М.З., Исмаилов С.А., Закариев З. М.</i>	103
Классификация и лечение прорвавшегося в желчные протоки нагноившегося эхинококка печени	
<i>Загидов. М.З, Магомедов А.Г, Загидова А.М</i>	104
Лечение гнойных ран с использованием эрбиевого лазера	
<i>Зайцев А.Е.</i>	106
Применение интестинальной оксигенотерапии у пациентов с синдромом энтеральной недостаточности	
<i>Иванов С.А., Корымасов Е.А., Кенарская М.В.</i>	107
Определение адгезии плевральных листков в процессе формирования эзофагоплеврокожных фистул в торакальной хирургии.	
<i>Игнатюк А.Н., Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С.</i>	108

Хирургическая тактика при механической кишечной непроходимости. <i>Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З., Гусейнов А-К.Г.</i>	109
Современный взгляд на лечение больных с эхинококкозом печени. <i>Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З., Бекмирзаев Ш.Ш., Гусейнов А-К.Г., Даитгаджиев К.К.</i>	110
Паховый канал согласно анатомо-топографическим отделам <i>Иманалиев М.Р., Исаев М.Х., Абдулжалилов М.К., Исаев Х.М-Р.</i>	111
Гангрена у пациентов пожилого возраста на фоне облитерирующего поражения сосудов нижних конечностей <i>Исаев Д.Н.</i>	112
Способ хирургического лечения диабетической стопы при окклюзирующих поражениях артерий н/конечностей <i>Исмаилов С.А., Аскерханов Г. Р, Канаев А. И. Закариев М-Р. З.</i>	113
Симультанные лапароскопические операции в ургентной хирургии <i>Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М., Собитханов Б., Норбаев А.Ю.</i>	114
Преимущества лапароскопических операций при осложненных кистах яичников <i>Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р., Рахманова Р.С., Бузурханова Р.Р., Абдуллаева Р.Т., Собитханов Б.</i>	115
Применение видеолaparоскопии в диагностике и лечении при внематочной беременности <i>Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Рахманова Р.С., Бузурханова Р.Р., Абдуллаева Р.Т.</i>	116
Видеолaparоскопия в комплексном лечении пельвиоперитонита у женщин <i>Исхаков Б.Р., Абдуллаева Р.Т., Рахманова Р.С., Бузурханова Р.Р., Исхаков Н.Б., Собитханов Б.</i>	117
Морфо-функциональные изменения артериализованной вены <i>Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Сучков И.А., Виноградов С.А.</i>	117
Алгоритм диагностики и лечения при острой спаечной кишечной непроходимости <i>Калицова М.В., Тотилов В.З., Тотилов З.В., Медоев В.В.</i>	118
Интраоперационная хирургическая тактика при острой спаечной кишечной непроходимости <i>Калицова М.В., Тотилов В.З., Тотилов З.В., Медоев В.В.</i>	119
Варианты оперативной техники экстравазальной декомпрессии чревного ствола <i>Канаев А.И., Аскерханов Г.Р., Игнатов А.М., Султанов А.С.</i>	120
Результаты оперативного лечения компрессионного стеноза чревного ствола <i>Канаев А.И., Аскерханов Г.Р., Игнатов А.М.</i>	121
Ранние реокклюзии после реконструктивных операций на аорте и магистральных артериях нижних конечностей <i>Канаев А.И., Барсуков А.Е. (2), Аскерханов Г.Р., Исмаилов С.А</i>	122
Первые результаты видеолaparоскопических операций <i>Капшитарь А.В.</i>	123
Мини-холецистэктомия при остром холецистите у больных старческого возраста <i>Капшитарь А.В.</i>	125
Патоморфологические изменения в брюшной полости у больных, которым выполнено ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки <i>Капшитарь А.В.</i>	126
Перкутанная нефролитолапаксия в лечении МКБ. Наш опыт. <i>Катибов М.И., Магомедов З.М., Алибеков М.М., Абдуллаев М.Р., Айдамиров В.Г.</i>	127
Тулиевая контактная уретеролитотрипсия в лечении МКБ. Наш опыт. <i>Катибов М.И., Алибеков М.М., Газимагомедов Г.А., Магомедов З.М., Дахдурев А.М., Гамидов А.А.</i>	127
К вопросу об ортопедической коррекции после сберегающего лечения при синдроме диабетической стопы <i>Кисляков В.А., Абдулхабилов М.А., Боровиков С.А.</i>	128
Некоторые аспекты хирургической тактики у пациентов с критической ишемией при облитерирующем атеросклерозе и синдроме диабетической стопы. <i>Кисляков В. А., Артемьев А.А., Захаров А.Н., Борисов А.И., Каплунов С.А., Кравченко К.В., Воробьев Г.С.</i>	130
Интраоперационная холедохоскопия при билиарных осложнениях эхинококкоза печени с механической желтухой и холангитом <i>Койчуев Р.А., Османов А.О., Абдурашидов Г.А., Койчуев Х.А.</i>	131
Место эндоскопической папиллосфинктеротомии при прорыве эхинококкоза печени в билиарный тракт <i>Койчуев Р.А., Абдурашидов Г.А., Магомедов М.Г.</i>	132
Озонированный физиологический раствор для обработки полости при пункционном лечении абсцессов печени <i>Койчуев Р.А., Абдурашидов Г.А., Алиев Б.О., Койчуев Х.А.</i>	132
Перспектива остаточных полостей печени после эхинококкэктомии при больших размерах кист <i>Койчуев Р.А., Османов А.О., Алиев Б.О., Койчуев Х.А.</i>	133
Математическая модель оценки результатов лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы. <i>Корейба К.А. Минабутдинов А.Р.</i>	134
Управляемая регенерация тканей в хирургии дефектов тканей при синдроме диабетической стопы	135

<i>Корейба К.А. Минабутдинов А.Р.</i>	
Опыт использования гибридных хирургических вмешательств в лечении холангита и билиарного сепсиса на фоне холецистохоледохолитиаза	
<i>Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О., Китаева М.А., Никитина Т.О.</i>	136
Лечение желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом у беременных на разных сроках гестации	
<i>Корольков А.Ю., Китаева М.А., Попов Д.Н., Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Байсиев А.Х., Ахматов А.М.</i>	137
Успешный случай лечения осложнения после протезирующей герниопластики, у пациента с очагом хронической инфекции.	
<i>Корольков А.Ю., Байсиев А.Х., Хон А.Э., Баландов С.Г., Ким Р.В., Ахматов А.М., Никитина Т.О., Китаева М.А., Попов Д.Н.</i>	138
Коррекция железодефицитных состояний при колоректальном раке средствами нутритивной поддержки	
<i>Костюченко Л.Н), Михайлянц Г.С., Данилов М.А., Костюченко М.В., Круглов А.Д., Носкова К.К., Лычкова А.Э.</i>	138
АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	
<i>Кривихин В.Т., Горский В.А. Кривихин Д.В. Армашов В.П., Бакунов М.Ю., Дешнинская Л.Д.</i>	139
Результаты применения многоциклового радиочастотной абляции при варикозной болезни нижних конечностей	
<i>Кулакова А.Л., Протасов А.В., Подольский М.Ю., Джабиев А.А.</i>	140
Хирургическое лечение желчнокаменной болезни осложненным течением с использованием новых технологий	
<i>Курбанисмаилова Р.Р., Магомедова С.М., Абдуллаева А.З.</i>	141
Сравнение результатов различных способов фиксации сетчатого имплантата при герниопластике паховых грыж	
<i>Крикунов Д.Ю., Акимов В.П., Котлова Д.М., Творогов Д.А., Цыпилева Е.М., Левин Л.А., Чистяков Д.Б., Салбиев А.В.</i>	142
Реакция организма на различные способы фиксации сетчатого имплантата при герниопластике в эксперименте	
<i>Крикунов Д.Ю., Котлова Д.М., Акимов В.П., Творогов Д.А., Заркуа Н.Э.</i>	143
Устройство для атравматичного рассечения апоневротического кольца при паховых грыжах	
<i>Логинов В.И., Толмосов Ю.В., Бабуринов А.Б., Паршиков В.В., Дзеранов Д.Т., Лукин С.А.</i>	144
Микрохирургия в лечении бесплодия (Наш опыт).	
<i>Магомедов А.Г., Дибиров А.Д.</i>	145
Подходы лечения токсического зоба в регионе зубной эндемии	
<i>Магомедов А.Г., Абдулхаликов А.С., Тучалова А.Т.</i>	147
Результаты лечения новорожденных с пороками развития и хирургическими заболеваниями.	
<i>Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Патахов С.П., Тихмаев А.Н., Абасов М.Н., Чоракаева Е.М.</i>	148
Анализ результатов лечения детей с острой хирургической патологией органов брюшной полости за 30 лет. Республика Дагестан (1989-2018г.г.).	
<i>Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Тихмаев А.Н., Садыкова М.М.</i>	149
Детской хирургии Дагестана - 50 лет	
<i>Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Тихмаев А.Н.</i>	150
Кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы межкишечных анастомозов	
<i>Магомедов А. М., Рамазанов М. Р., Нестеров М. И., Магомедов М. А., Газиев Р. М., Абдурахманова З. М., Алиев Э. А., Рамазанов М. М.</i>	151
Гемоциркуляции в шовной полосе межкишечного анастомоза и его клинко-экспериментальное обоснование	
<i>Магомедов А. М., Рамазанов М. Р., Нестеров М. И., Магомедов М. А., Абдурахманова З. М., Алиев Э.А., Рамазанов М. М.</i>	152
Инвагинационный односторонний асептический межкишечный анастомоз	
<i>Магомедов А. М., Рамазанов М. Р., Нестеров М. И., Магомедов М. А., Абдурахманова З. М., Алиев Э. А., Рамазанов М. М.</i>	153
Способ каркасной пластики пахового канала	
<i>Магомедова Б.И., Омаров И.М., Газиев Р.М., Курбанисмаилова М.Г.</i>	153
Опыт эндоскопического лечения доброкачественных новообразований толстого кишечника в РКБ	
<i>Магомедов М.Г., Абдулжалилов М.Р.</i>	154
Вариант центральной резекции поджелудочной железы при опухолях	
<i>Магомедов М.Г., Магомедов Н.М.</i>	155
Роль навигационных технологий в диагностике и выборе вида хирургического лечения осложнённых форм хронического панкреатита	
<i>Магомедов М.Г., Курбанисмаилова Р.Р., Магомедов Н.М.</i>	156
Малоинвазивная хирургия в лечении ахалазии пищевода	
<i>Магомедов С.М., Алиев С.А.</i>	157

Дооперационная навигационная технология в выборе точек установки лапаропортов при атипичных формах острого аппендицита. <i>Магомедова С.М., Курбанисмаилова Р.Р.</i>	158
Повреждения диафрагмы <i>Магомедова С.М., Курбанисмаилова Р.Р., Габибуллаев А.Ф., Омаркадиев Р.А.</i>	159
Функции яичек, хроническая боль в паху и качество жизни после различных вариантов грыжесечения. <i>Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э., Бациков Х.А.</i>	159
Роль ультразвуковой диагностики в выявлении причин механической желтухи <i>Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов Х.М., Бациков Х.А.</i>	160
Раневые осложнения и послеоперационные боли в герниопластике вентральных грыж <i>Магомедов М.М., Магомедов М.А., Исмаилов Г.М.</i>	161
Комплексное лечение трофических язв венозной этиологии <i>Магомедов М.М., Магомедов А.А., Закариев З.М.</i>	162
Современные методы лечения гипоспадии <i>Махачев Б. М., Магомедов А. Д., Балаев В. Б., Магомедов А. Д., Муртузаалиев З. Н., Магомедов Р. Р., Казилев Ю. Б.</i>	163
Лечение детей с синдромом короткой кишки <i>Махачев Б.М., Патахов С.П., Магомедов Р.И., Мейланова Ф.В., Тихмаев А.Н., Магомедов Р.Р.</i>	164
Результаты оперативного лечения мочекаменной болезни (МКБ) у детей <i>Махачев Б. М., Магомедов А. Д., Балаев В. Б., Магомедов А. Д., Муртузаалиев З. Н., Магомедов Р. Р., Казилев Ю. Б.</i>	165
Применение эндовенозной лазерной коагуляции в устранении вертикального рефлюкса подкожных вен. <i>Махачев О.А. Абдуллаев Ю.И., Шихмагомедов О. О., Муталипов Р.М.1, Изиев В.Р., Шахнавазов А.Ш.,</i>	166
Первый опыт повторных операций в лечении рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей. <i>Махачев О.А. Абдуллаев Ю.И., Муталипов Р.М.1 Шихмагомедов О.О., Абасов Ф.Х., Изиев В.Р., Шахнавазов А.Ш.</i>	166
Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение ишемической болезни сердца после операции аортокоронарного шунтирования. <i>Махачев О.А., Абасов Ф.Х., Мамаев А.А.1, Хаджилаев М.Х., Османов О.А., Забитов Н.З. Шахнавазов А.Ш., Абакаров А.М.,</i>	167
Рентгенэндоваскулярное лечение врожденных пороков сердца в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии: непосредственные результаты 484 операций. <i>Махачев О.А. Абасов Ф.Х., Магомедов А.Г., Бадруддинова М.Х., Алиев Г.Н., Мамаев А.А., Хаджилаев М.Х.1, Османов О.А., Магомедова М.А., Абдусаламова З.Г., Абдулаев К.И., Магомедова З.Г.</i>	168
Опыт имплантации электрокардиостимуляторов в дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. <i>Махачев О.А. Магомедов А.Г., Султанов М.Г., Алиев Г.Н., Расулов М. М., Абдулаев К.И.</i>	169
Роль дисплазии соединительной ткани в возникновении рецидива первичного спонтанного пневмоторакса <i>Машурова Е.В., Айдемиров А.Н., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А., Маланка М.И., Абдоков А.Д.</i>	169
Чреспищеводное электрофизиологическое исследование в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. <i>Махачев О.А., Магомедов А.Г., Султанов М.Г., Расулов М. М., Исмаилов А. С.</i>	170
ДО - и интраоперационная навигация при лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки <i>Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Хамидов Т.М., Меджидов Ш.Р.</i>	170
Вариант эндопротезирующей пластики по R.STOPPE при двусторонней паховой грыже у лиц пожилого и старческого возраста <i>Меджидов Р.Т., Муртузалиева А.С., Хсейханова В.В.</i>	171
Профилактика печеночной недостаточности при «Ускоренной декомпрессии» билиарного тракта <i>Меджидов Р.Т., Муртузалиева А.С., Мамедова Э.П., Абдулаева А.З.</i>	172
Миниинвазивные технологии в лечении холедохолитиаза <i>Меджидов Р.Т., Муртузалиева А. С., Скороваров А.С.</i>	173
Комплексная лучевая диагностика билиарной обструкции <i>Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Хабибулаева З.Р., Караева А.К.</i>	174
Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) герниопластика при паховых грыжах <i>Мехтиханов З.С., Хамидов М.А.</i>	175
Синдром энтеральной недостаточности и показатели электрофизиологической активности ЖКТ на фоне перитонита <i>Михайличенко В.Ю., Маслов Я.Я.</i>	176
Принципы FAST-TRACK SURGERY при перфоративных гастродуоденальных язвах <i>Михайличенко В.Ю., Баснаев У.И., Каракурсаков Н.Э., Расулов Н.А.</i>	177

Диагностика и профилактика ранних послеоперационных осложнений у пациентов с распространенным перитонитом	
<i>Михайличенко В.Ю., Трофимов П.С.</i>	178
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	
<i>Муртузалиева А.С., Магомедов Н.М.</i>	179
Стентирование саморасширяющимися металлическими стентами (СМС) – актуальное направление внутрипросветной эндоскопической хирургии	
<i>Муцуров Х.С., Шпак Е.Г., Барбадо П.А., Гвоздик В.В., Архипкин А.К., Балалыкин А.С., Оразалиев Г.Б.</i>	179
Опорные физикальные стигмы острого аппендицита у взрослых через призму лапароскопической верификации	
<i>Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Иванченко А.Ю.</i>	180
Возможности видеоассистированной аппендэктомии и нового погружного метода обработки культи аппендикса в практике начинающего хирурга	
<i>Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Иванченко А.Ю.</i>	183
Видеоассистированная крестовая SEAL-ГЕРНИОРАФИЯ как метод санации грыженосителей с малыми пупочными и троакарными грыжами	
<i>Мяконький Р.В.</i>	184
Ультразвуковая диагностика при холедохолитиазе	
<i>Нажмудинов З.З., Бекмирзаев Ш.Ш., Гусейнов А.К.Г.</i>	186
Состояние пищеварения при полном наружном отведении желчи	
<i>Насибова У.А., Султанова Р.С.</i>	187
Лапароскопический доступ в ургентной хирургии толстой кишки	
<i>Ниёзбеков Б.М., Рзаев Т.З., Гул Шариф Ш., Азимов Р.Х., Чиников М.А.</i>	188
Лечение кровотечений из желудочно-кишечного тракта у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	
<i>Омаров К.Х., Магомедов Х.А., Султанов А.С. Гаджиев Х.М.</i>	189
Оптимизация эндоскопического пособия при санации трахеобронхиального дерева у пациентов в условиях реанимационного отделения	
<i>Омарова Х.З., Курбанова З.В., Багаудинова С.Г., Исаева Б.И., Дибирова З.М</i>	190
О повреждении желчных протоков при операции лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ)	
<i>Оразалиев Б.Х., Войтковский А.Е., Оразалиев Г.Б.</i>	190
Современные методы и сравнительный анализ хирургического лечения эхинококкоза легких	
<i>Пирмагомедов М.Ш., Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х.</i>	191
Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении вентральных грыж	
<i>Поляков А.В., Трушин С.Н.</i>	191
20-летний опыт использования аутовенозных сосудов в лечении больных с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии	
<i>Рамазанов М.Р., Махачев Б.М., Алиева П.М., Велиева Э.Э., Алиева К.А., Алиев Б.О.</i>	193
Хирургическое лечение рецидива варикоза нижних конечностей	
<i>Рамазанов М.Р., Махачев Б.М., Алиев Б.О., Велиева Э.Э., Алиева К.А., Алиева П.М.</i>	194
Малые ампутации при критической ишемии нижних конечностей.	
<i>Рамазанов М.Р., Махачев С.Б., Алиев Б.О., Алиева К.А.</i>	195
Лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости и малого таза с использованием лапароскопического доступа.	
<i>Рагимов В.А., Самедова С.С., Агаев Р.</i>	195
Механическая стимуляция ангиогенеза при гнойно-септических осложнениях сахарного диабета на фоне атеросклероза.	
<i>Рамазанов М.Р., Велиева Э.Э., Алиева К.А.</i>	196
Диагностика и лечение спонтанных разрывов пищевода	
<i>Райхан М.А., Иванашкина С.В., Булынин В.В</i>	197
Тактика лечения при деструктивной панкреатита	
<i>Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.</i>	198
Параметры оказания медицинской помощи в случаях протезирования молочных желез после мастэктомии по поводу рака	
<i>Романенков Н.С., Мовчан К.Н., Хижа В.В., Артюшин Б.С., Гедгафов Р.М., Зайцев Д.А., Русакевич К.И.</i>	199
Роль миниинвазивных эндоскопических вмешательств в лечении повреждений и доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков.	
<i>Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.</i>	200
Роль эндоскопического гемостаза у больных с синдромом меллори - вейса осложнившейся кровоточениями	
<i>Рагимов В.А., Гасанов Р., Искендеров. Ф. И., Рагимли Ш. И., Назаров А. И., Искендеров Н. А.</i>	201
Оценка качества жизни больных хроническим фиброзным панкреатитом после лазерной туннелизации поджелудочной железы	
<i>Ревель-Муроз Ж.А., Кравченко Т.Г., Головнева Е.С.</i>	202
Выбор метода герниопластики при паховых грыжах	
<i>Салахидинов С.З., Усмонов У.Д., Усмонов Э.И.</i>	203

Модифицированный способ герниопластики по лихтенштейну при паховых грыжах <i>Салахитдинов С.З., Усмонов У.Д., Усмонов Э.И.</i>	204
Проблемные вопросы у переводных пострадавших на госпитальном этапе <i>Сандалов Е.Ж.</i>	205
Использование излучения эрбиевого лазера в лечении трофических язв и длительно незаживающих ран (первый опыт в России) <i>Сандалов Е.Ж., Хомченко В.В., Пикиреня И.И.</i>	206
Исходы лечение гнойных заболеваний кожи и мягких тканей по данным республиканского отделения хирургической инфекции <i>Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Рабаданова С.Р., Сулейманов Ш.А., Свеллиманов З.А.</i>	207
Общее и местное антимикробное лечение диабетической стопы <i>Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Рабаданова С.Р., Гереева З.К., Магомедова Х.А.</i>	209
Противоязвенная терапия после оперативного лечения перфоративной язвы <i>Синенченко Г.И., Перегудов С.И., Коновалов С.В.</i>	210
Трансмуральные повреждения пищевода <i>Столяров С.И., Арсютов В.П.</i>	211
Перфорации пищевода при самолечении, осложненные гнойным медиастинитом <i>Столяров С.И.</i>	212
Первично множественные сочетанные злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта с осложнённым течением. <i>Султанов А.С., Омаров К.Х., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А.</i>	213
Оптимизация тактики лечения острого холецистита <i>Творогов Д.А., Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Котлова Д.М., Заркуа Н.Э., Рыжков В.К.</i>	214
Пути снижения количества воспалительных осложнений, летальных исходов и материальных затрат при наложении анастомозов после низких передних резекций <i>Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э., Калицова М.В., Медоев В.В., Магомадов Э.А., Гадаев Ш.Ш.</i>	215
Ультразвуковая диагностика колоректального рака, осложненного острой непроходимостью <i>Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э., Калицова М.В., Медоев В.В., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А.</i>	216
Особенности паравульварной микролимфоциркуляции при хирургическом двухэтапном лечении пиллоидального абсцесса на фоне региональной лимфатической и по - терапии <i>Топчиев М.А., Мельников В.В., Паршин Д.С., Тарикулиев Ш.М.</i>	217
Экспериментальное обоснование лимфотропной иммуностимуляции кислым пептидогликаном <i>Топчиев М.А., Паршин Д.С.</i>	218
Химиолучевое лечение рака поджелудочной железы <i>Тур Г.Е., Сменянович С. В., Вазюро А. В.</i>	219
10-летний опыт лечения химических ожогов пищевода и желудка у детей <i>Турсунов К., Мырзахмет С.А., Сагымбаева А.А. (3), Куниязов Ж.К., Сагымбаева А.А.</i>	219
Спаечная кишечная непроходимость <i>Умаханов Х.У., Мамаев К.Т.</i>	220
Подчинение углов слияния вен правилам ру в математической интерпретации мюррея <i>Урманцева Н.Р., Шушаев М.А., Атавова С.С., Мамедов Н.А., Мазайшвили К.В.</i>	221
Выбор хирургической тактики при остром калькулёзном холецистите <i>Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.</i>	221
Симультанные лапароскопические операции при остром калькулёзном холецистите <i>Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.</i>	222
Симуляционные технологии в эндохирургии <i>Хамидов М.А.</i>	223
Лапароскопическая хирургия паховых грыж <i>Хамидов М.А., Магомедов М.П., Магомедов А.М., Гусейнов М.М.</i>	224
Лапароскопический вариант операции прибрама в лечении желчнокаменной болезни <i>Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Магомедов М.П.</i>	224
Эндовидеоскопия остаточной полости печени при эхинококкэктомии <i>Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Гасанов Х.М.</i>	225
Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени <i>Хамидов М.А., Курбанов Ю.А., Гасанов Х.М.</i>	226
Основные технические принципы лапароскопической эхинококкэктомии печени <i>Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Гасанов Х.М.</i>	227
Эффективность симультанных лапароскопических операций в плановой абдоминальной хирургии <i>Хамидов М.А., Мехтиханов З.С.</i>	228
Гибридная тактика в лечении острого нарушения мезентериального кровообращения <i>Хачатрян Э.О., Атаян А.А., Рамазанов А.А.</i>	228
Статистические показатели качества оказания медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга больным основными видами опухолей мочеполовой системы	229

<i>Хижа Вал.Вас., Мовчан К.Н. Чернов К.Е., Артюшин Б.С., Татаркин В.В., Русакевич К.И., Хижа Вит.Вал. .</i>	
Родственная трансплантация фрагментов печени в педиатрической практике	
<i>Хизроев Х.М., Монахов А.Р., Семаш К.О., Пашкова И.Е., Джанбеков Т.А., Восканов М.А., Цирульников О.М. и Готье С.В.</i>	229
Некоторые особенности лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) с использованием лапароскопических антирефлюксных методик	
<i>Хуболов А. М., Толстокоров А. С., Коваленко Ю. В.</i>	230
Проблема повреждения головного мозга при кардиохирургических вмешательствах в условиях искусственного кровообращения	
<i>Чигарева И.А.</i>	231
Аntenатальная ультразвуковая диагностика аноректальных мальформаций у новорожденных	
<i>Шамсиев Ж.А., Имомов Д.О.</i>	231
Нейровизуализационные исследования у детей с внутренними пороками развития	
<i>Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Шамсиев Б.М.</i>	232
Современные подходы к диагностике и лечению гидатидозного эхинококкоза	
<i>Шамсиев Ж.А., Шамсиев Б.М.</i>	233
VERIFICATION OF THE DIAGNOSIS IN ACUTE PAIN IN THE HIP JOINT IN CHILDREN	
<i>Shamsiev J.A., Makhmudov Z.M., Igamova S.S.</i>	234
VERIFICATION OF THE DIAGNOSIS IN ACUTE PAIN IN THE HIP JOINT IN CHILDREN	
<i>Shamsiev J.A., Makhmudov Z.M., Igamova S.S.</i>	235
Морфологические и гистохимические изменения в печени при эхинококкозе в зависимости от биологического состояния паразита	
<i>Шахназаров А.И., Хамидов М.А., Хамидова Х.А., Гасанов Х.М.</i>	235
Послеоперационный абдоминальный сепсис, как доминирующая причина летальности у колопроктологических больных	
<i>Щерба С.Н., Половинкин В.В., Бенсман В.М, Савченко Ю.П, Щерба А.С.</i>	236

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ

**Абдулаев М.А., Топузов Э.Г., Шекилиев В.А., Манатов М.Г.,
Магомедхайров Ш.М., Чикин А.Е.**

*СПбГБУЗ "Александровская больница"
СЗГМУ им. И.И. Мечникова*

Рак ободочной кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью и перифокальным воспалением, в экстренной хирургии признается тяжелым состоянием из-за высокой (24,5—44,1%) летальности. Мы произвели анализ наблюдений у 1217 больных осложненным раком ободочной кишки, поступивших в порядке оказания скорой медицинской помощи в хирургические отделения Александровской больницы и клиники кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова за последний 15 лет. Опухоли ободочной кишки, осложненные перифокальным воспалением и прикрытой перфорацией занимают третье место среди острых осложнений рака ободочной кишки. С этим осложнением нами наблюдались 44 (3,6%) больных. - перфорация опухоли в брыжейку ободочной кишки с формированием паракольного абсцесса - 9 чел (20%) - прикрытая перфорация опухоли с формированием паракольного (париетальная брюшина, сальник), межкишечного абсцесса - 7 чел. (16%). - перифокальное воспаление с формированием паракольного воспалительного инфильтрата - 23 чел. (%). - ободочнокишечные свищи - 5 чел. (11%). Общее состояние больных при поступлении было удовлетворительным у 9 (20%) больных, средней тяжести у 26 (59%) больных, тяжелое у 9 (20%) больных. Статистически достоверной зависимости исходной тяжести состояния больных и давности появления клинических симптомов заболевания не отмечено. Позднее обращение пациентов за медицинской помощью обусловлено стертой клинической симптоматикой прикрытой перфорации. 39 больных (88%) обратились за помощью спустя 24 часа от начала заболевания. При перифокальном воспалении опухоли ободочной кишки нами применялись одномоментные и многомоментные радикальные операции. При выборе объема хирургического вмешательства во время операции мы в первую

очередь оценивали, имеется ли гнойный диффузный перитонит или нет. В случаях, когда не было признаков диффузного перитонита (выпот с налетами фибрина в брюшной полости отсутствовал), имелось только местный воспалительный процесс т.е. ограниченный перитонит (перифокальные абсцессы), а опухоль была радикально удалимой, мы производили одномоментные резекции кишки. Оперативные вмешательства предпринято в течение первых 6 часов от поступления - 15 (34%) больных; в течение 7-12 часов - 4 (9%); позже 12 часов оперированы 25 (57%). Подготовка больных к операции проводилось - на отделении 31 больных, в условиях реанимации (БКС) 13 больных. Лапароскопическая диагностика выполнялось 33 больным (0,75%). При отсутствии разлитого перитонита выше воспалительного процесса сформирован двустольный анус 25 (76%) больным. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Проводилось дообследование больных (МСКТ, МРТ, колоноскопия с биопсией). После стабилизации состояния в плановом порядке (через 10-14 дней) больным выполнялись радикальные операции - удаление опухоли соблюдая онкологические принципы. При таком подходе летальных исходов не было.

Выводы

Преимуществом многоэтапных оперативных вмешательств с использованием лапароскопии при перифокальном воспалении, явилось наименее травматичным вмешательством для устранения непроходимости и перифокального воспаления. Это дало возможность выполнить радикальное оперативное вмешательство с восстановлением непрерывности толстой кишки в период одной госпитализации.

РЕДКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.Р. Абдуллаев

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов.

Острая кишечная непроходимость (ОКН), вызванная внутренним ущемлением кишки - редкая по частоте, трудная для диагностики, тяжёлая по клиническому течению и исходам лечения форма непроходимости. Её называют внутренними ущемлёнными грыжами. Она возникает при ущемлении органов брюшной полости, попавших в карманы, отверстия и щели париетальной и висцеральной брюшины, брыжейки кишечника, диафрагмы. Причинами образования грыжевых ворот могут быть неушитые отверстия в брыжейках, в большом сальнике.

Цель исследования. Оптимизация методов профилактики, диагностики и лечения ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки.

Материал и методы исследования. Анализированы наблюдения, охватывающие 3150 больных ОКН, среди них у 41(1,3%) - причиной ОКН было внутреннее ущемление кишки в отверстиях, дефектах диафрагмы, брыжейки кишечника, париетального и висцерального листков брюшины.

Результаты и их обсуждение. Мужчин – 24 (58,5%), женщин-17(41,5%), более половины - лица молодого и зрелого возраста (25 чел. – 61,0%), лиц пожилого и старческого возраста - 16 (39,0%). Чаще внутреннее ущемление кишки наблюдалось во внутренних отверстиях пахового и бедренного каналов, брюшинных карманах, травматических и послеоперационных дефектах, отверстиях диафрагмы, большого сальника, брыжейки толстой и тонкой кишок. Основные симптомы ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки: схваткообразные боли в животе(40), рвота(37), тошнота(37), задержка стула и газов(35), вздутие и болезненность живота(33), общее тяжёлое состояние(28), наличие чашек Клойбера (27), симптом Щёткина-Блюмберга (26), асимметрия живота и симптом Валя(23), урчание в животе, контурирование через брюшную стенку кишечных петель и шум плеска(20), болезненное опухолевидное образование при пальпации в проекции пахового, бедренного каналов(19). Диагностика внутреннего ущемления кишки трудна. Заболевание трактуется как ОКН без уточнения её формы. Даже в хирургических стационарах происходили диагностические ошибки в предоперационном периоде. Только у 5 до операции распознано внутреннее ущемление кишки. У 33 - установлен предоперационный диагноз ОКН без уточнения её формы, у 1 - «перитонит», у 1- «перекрученная киста яичника». Из-за несвоевременного обращения больных за хирургической помощью и диагностических ошибок, только 7 из 41 поступили до

24 ч. от начала заболевания, 31- из 41 поступили позже 24 ч. с момента внутреннего ущемления кишки, у 2- ОКН на почве внутреннего ущемления кишки развилась в хирургическом стационаре. Из-за несвоевременного обращения больных за врачебной помощью и диагностических ошибок иногда больные ОКН на почве внутреннего ущемления кишки доставлялись в стационар слишком поздно, в крайне тяжёлом состоянии. Послеоперационная летальность при ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки высока(24,4%). Из 41 больных ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки, умерли 10. Наибольшая послеоперационная летальность при ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки - у больных пожилого и старческого возраста(43,7%), из 16 больных пожилого и старческого возраста умерли 7. Неблагоприятные результаты оперативных вмешательств, выполненных больным ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки объясняются поздней обращаемостью за хирургической помощью, поздней диагностикой, поздней госпитализацией больных в хирургический стационар и несвоевременным оперативным вмешательством в запущенной стадии заболевания, когда уже успели произойти некроз ущемлённой кишки, гнойный перитонит, гнойный плеврит, тяжёлая эндогенная интоксикация, ПОН. У 16 больных ОКН на почве внутреннего ущемления кишки наблюдались послеоперационные осложнения: перитонит(7), эндотоксический шок(4), тяжёлый парез и паралич кишечника(2), сердечно - сосудистая недостаточность(1), эвентрация (1), пневмония(1)

Выводы

1. ОКН, вызванная внутренним ущемлением кишки - редкая по частоте, трудная для диагностики, тяжёлая по клиническому течению и исходам лечения форма непроходимости.

2. Для профилактики ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки необходимо при операциях на органах брюшной полости по поводу травматических повреждений и хирургической патологии ушивать дефекты, отверстия в брыжейках тонкой и толстой кишок, в диафрагме, в листках висцеральной и париетальной брюшины, куда могут внедриться и ущемиться кишечные петли, большой сальник.

3. Для улучшения результатов лечения ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки, необходимо врачам помнить об этой редкой, но очень опасной и тяжёлой форме ОКН. не допускать ошибок в диагностике и лечебной тактике,

провести в послеоперационном периоде интенсивную терапию, направленную на эффектив-

ную коррекцию тяжёлых нарушений метаболизма и гомеостаза, ликвидацию энтеральной недостаточности, эндогенной интоксикации.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТЬЮ

**Абдулаев М.А., Топузов Э.Г., Адухалимов К.С.,
Шекилиев В.А., Чикин А.Е., Манатов М.Г.**

*СПб ГБУЗ «Александровская больница»
СЗГМУ им И.И.Мечникова*

По данным различных авторов применение –лапароскопической диагностики при подозрении на острую кишечную непроходимость носит не однозначный характер.

Материалы и методы. С 2006 по 2016г.г. в стационаре находились 50 больных оперированных с использованием лапароскопии. 17 мужчин и 33 женщин. Из них 37 больных с опухолью левого фланка и 13 - правый фланк. Возраст от пациентов варьировал от 40 до 80 лет. Средний возраст $65,9 \pm 1,4$. 31 (62%) больных в стадии декомпенсации оперированы в среднем через $2,5 \pm 0,2$ часов от момента госпитализации. В стадиях компенсации – 3 (не включены в общий анализ) и субкомпенсации – 19 (38%) проводился пассаж бария по кишечнику в среднем $14,5 \pm 0,9$ часов и оперированы через $16,1 \pm 0,9$ часов - в стадии субкомпенсации и на 3-4 сутки – в стадии компенсации. При опухолях правого фланка, после установления диагноза при лапароскопии, выполнялась лапаротомия. 12 (24,0%) пациентам выполнена правосторонняя и правосторонняя расширенная гемиколэктомия. Во всех случаях данной локализации опухоли лапароскопия применена с диагностической целью при сомнительных клинических ситуациях в среднем через $2,9 \pm 0,3$ часов с момента поступления больного в стационар. 37 (74,0%) пациентов оперированы по поводу рака левого фланка ободочной кишки с нарушением проходимости. 27 (72,9%) больным, при отсутствии выраженного вздутия петель тонкой кишки (менее 5 см), признаков перфорации опухоли и перитонита, на первом этапе формировалась лапароскопически- ассистированная двухствольная колостома непосредственно выше опухоли. В 10 (27,0%) случаях из 37 пришлось прибегнуть к конверсии. Основные причины конверсии: дистатическая перфорация толстой кишки выше опухоли – 2 (4%), выраженное расширение тонкой кишки (более 6 см) с интраабдоминальной гипертензией IV степени – 4 (8%), перфорация опухоли – 4 (8%). Через $7,4 \pm 0,2$ сутки после лапароскопически- ассистированной колостомии выполнялась радикальная операция с удалением пораженного опухолью участка и восстановлением непрерывности тол-

стой кишки. В этих случаях операция завершалась с формированием превентивной илеостомы (после левосторонней гемиколэктомии – 7) и трансверзостомы (после передней резекции прямой кишки – 2 и резекции сигмовидной кишки – 18). В послеоперационном периоде у больных, оперированных двухэтапно, после первого этапа осложнений не было. После второго этапа и у пациентов, подвергшихся конверсии, в 1 случае (2%) развилась несостоятельность тонко-толстокишечного анастомоза с перитонитом, что требовало повторного хирургического вмешательства. Релапаротомия потребовалась также 1 (2%) больному с ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью. Летальных исходов было 3 (6%), причинами которых являлись: в 1 (2%) случае – декомпенсация ХСН, 1 (2%) – ТЭЛА, 1 (2%) – полиорганная недостаточность на фоне интоксикации, вызванной развитием абсцесса брюшной полости после второго этапа оперативного лечения. Койко-день у больных оперированных двухэтапно с использованием лапароскопии по поводу раковой обтурации левого фланка ободочной кишки, составил ($20-40$) $25 \pm 0,6$, а у пациентов, подвергшихся конверсии - ($9-45$) $25,5 \pm 1,2$ дней.

Выводы

Лапароскопическая диагностика и лечение с формирование разгрузочной колостомы при раке левых отделов ободочной кишки, осложненном острой кишечной непроходимостью, позволяет в кратчайшие сроки устранить острую кишечную непроходимость, подготовить пациента к плановому радикальному хирургическому вмешательству в рамках одной госпитализации, что позволяет сократить сроки реабилитации больных с 6-12 месяцев при традиционной двухэтапной операции за две госпитализации, до $25 \pm 0,6$ суток при двухэтапной операции за одну госпитализацию с применением лапароскопии. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет значительно сократить время диагностики при подозрении на кишечную непроходимость

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ШВОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА.

Абдулаев М.А., Рубцов М.А., Авдеев А.М., Апзрече Б.С., Манатов М.Г.

СПб ГБУЗ «Александровская больница»

Несостоятельность швов после хирургических вмешательств на грудном отделе пищевода является грозным осложнением. Хирургическое лечение несостоятельности швов пищевода, возникшей в первые дни после операции редко бывает успешным. Летальность по данным разных авторов превышает 80%. Основными причинами танатогенеза являются прогрессирующий медиастинит, эмпиема плевры, сепсис. Поиск более эффективных способов хирургической коррекции обозначенных послеоперационных осложнений является актуальной проблемой.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за период с 2018 по 2019 гг., находились трое пациентов у которых в раннем послеоперационном периоде развилась несостоятельность швов пищевода. Пациент П., 82 года, диагноз: Спонтанный (барогенный) разрыв нижней трети пищевода. Давность заболевания 4 часа. Операция – Торакотомия слева, ушивание разрыва пищевода, дренирование средостения и левой плевральной полости. Несостоятельность швов пищевода развилось на пятые сутки после операции. Пациент Г., 38 лет, диагноз: Спонтанный (барогенный) разрыв нижней трети пищевода. Давность заболевания 5 часов. Операция – Торакотомия слева, ушивание разрыва пищевода Vicryl 3/0, дренирование средостения и левой плевральной полости, гастростомия. Несостоятельность швов пищевода развилось на третьи сутки после операции. Пациент Л., 59 лет, диагноз: Дивертикул средней трети пищевода. Операция – Торакоскопия справа, резекция дивертикула средней трети пищевода, линейным степлером. Несостоятельность швов пищевода развилось на пятые сутки после операции. Все трое пациентов в связи с несостоятельностью швов пищевода оперированы повторно. Для создания пролонгированного внутрипросветного отрицательного давления в зоне несостоятельности

швов пищевода применяли конструкцию, состоящую из полихлорвинилового назозофагеального дренажа с пенополиуретановой манжетой – пористой губкой на дистальном конце зонда. Размер пор губки составлял 400-2000 мкм. В качестве источника отрицательного давления использовали аппарат S042 NPWT Vivano Tec (Германия). Целевой уровень отрицательного давления составлял 100-150 мм.рт. столба. Установку конструкции в пищевод осуществляли под эндоскопическим контролем (эндоскопом Pentax EG-290Kp); пациент находился под внутривенным наркозом. Замену губки производили через каждые трое-пять суток. Систему убирали после закрытия полости в средостении в зоне несостоятельности швов грануляционной тканью. Полученные результаты. В результате проведенного лечения проявления медиастинита, плеврит купировались, дефекты в пищеводе закрылись грануляционной тканью. Сроки пребывания пациентов в стационаре составили -17дней, 40дней, 52дня соответственно.

Выводы

При возникновении несостоятельности швов грудного отдела пищевода хирургу необходимо выбрать способ лечения, позволяющий: - предотвратить поступление в средостение и плевральные полости пищеварительных соков и пищи, - создать механический барьер для контаминации в средостение и плевральные полости микрофлоры, - создать условия для стимуляции репаративных процессов в зоне дефекта в пищеводе. Способом решения обозначенных проблем является метод создания внутрипросветного пролонгированного отрицательного давления. Способ может быть рекомендован для широкого применения у пациентов с несостоятельностью швов пищевода.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХИЛЯРНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Абдуллаева А.З., Курбанисмаилова Р.Р.

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Холангиокарциномы, локализующиеся от уровня сегментарных печеночных протоков первого ряда до слияния общего печеночного и пузырного протоков занимают особое место в хирургической гепатологии. Эти опухоли отличаются медленным ростом, позднее метастазирование, и в

то же время быстро развивающаяся периневральная инвазия и инвазия паренхимы печени или элементы её ворот, проявление синдромом механической желтухи (МЖ) и необходимость в выполнении вмешательств, предполагающих резекции протоков и печени, что определяет трудности диагностики и лечения.

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты лечения пациентов с хиллярной холангиокарциномой желчных протоков.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 62 пациентов, находившихся на лечении в клиниках ФГБОУ ВО «ДГМУ» кафедры общей хирургии. Согласно классификации Bismuth-Corlett по уровню обструкции билиарного тракта (БТ) пациенты распределены на группы: I тип - 6 пациентов, II - 16, III а – 9, III в – 11, IV- 20. При поступлении у всех пациентов выявлен синдром механической желтухи (МЖ). Диагноз основывался на данных комплексного исследования и подтверждался данными УЗИ, МРХПГ, КТ, показателями онкомаркеров СА 19-9. У 34 (67,2%) пациентов имели место признаки инвазии в печень и сосудистые структуры. Подлежащими оперативному лечению признаны 28 (51,8%) случаев. При гипербилирубинемии свыше 120мкмоль/л выполнялась двухэтапная тактика лечения, где первым этапом обеспечивалась декомпрессия БТ, а вторым - оперативное вмешательство: резекция желчных протоков (ЖП) с щадящей хиатальной резекцией печени и гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки -10 (32,3%); бигепатикоеюностомия по Ру на каркасных удаляемых дренажах – 9 (29,0%), на мигрирующих стентах – 5 (16,1%), щадящая хиатальная резекция печени с тетрагепатикоеюностомией на мигрирующих стентах – 3 (9,7%). Декомпрессия БТ выполнялась проксимальным доступом в 61,1% наблюдениях, - наружное дренирование -23, наружно-внутреннее -10. В 15 случаях была выполнена туннелизация опухоли, стентирование протоков и наружное дренирование БТ. У 8 пациентов второй этап лечения не проводился из-за распространенности опухолевого процесса и тяжелого состояния пациентов.

Результаты и их обсуждение: характерными УЗИ признаками высокой обструкции БТ были расширение внутрипеченочных ЖП, спавшийся желчный пузырь без жидкого содержи-

мого, не расширенный холедох. МРХПГ позволяла оценить состояние ЖП, точную локализацию обструкции, её протяженность. При выраженной гипербилирубинемии первым этапом выполненная ЧЧХС позволяла обеспечить декомпрессию БТ и выполнить холангиографию. Осложнения после ЧЧХС отмечены в 4,5% случаев в виде желчеистечения в свободную брюшную полость, кровотечения из места пункции печени. Данные осложнения потребовали выполнения лапароскопии, наложения эндо шва вокруг дренажа, дренирования брюшной полости. В 7,5% случаев отмечалось неудовлетворительное дренирование БТ, что потребовало проведения переустановки катетера. Основным оперативным пособием при хиллярной холангиокарциноме остаются резекционные технологии и билиодигестивные анастомозы. Щадящая хиатальная резекция печени у пациентов пожилого возраста с высоким риском операции позволяет обеспечить адекватный отток желчи, улучшить качество жизни и обеспечить лучшую выживаемость. Формирование билиодигестивного соустья на выключенной по Ру петле, длиной более 90 см вокруг выделенных желчных протоков в воротах печени позволяют снизить риск рестеноза и холангита.

Выводы

В хирургическом лечении хиллярной холангиокарциномы важными аспектами являются отбор пациентов на радикальное вмешательство, соблюдение оперативной техники, использование двухэтапной тактики при гипербилирубинемии выше 120 ммоль/л. Щадящая хиатальная резекция у пожилых и ослабленных пациентов обеспечивает приемлемую выживаемость и лучшее качество жизни. ЧЧХС являясь способом желчеотведения при двухэтапной тактике лечения, может стать окончательным видом паллиативной помощи. Предпочтительно наружно-внутреннее билатеральное стентирование.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХИ

Абдуллаева А.З., Абдурашидов Г.А.

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, кафедра общей хирургии
ГБУ РД РКБ, отделение гепатозендоскопической хирургии*

В структуре хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны наиболее тяжелыми являются те, которые осложняются стойкой непроходимостью желчных протоков (ЖП) с развитием синдрома механической желтухи (МЖ).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с МЖ путем использования рационального комплекса лечебно-диагностических мероприятий.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 1329 больных находившихся на лечении на базе клиник ФГБОУ ВО ДГМУ. Пациенты поступали в стационар в сроки от 2 до 50 дней с момента появления иктеричности склер и/или кожных покровов. Основными причинами МЖ доброкачественного генеза являлись холедохолитиаз, стриктуры холедоха, хронический панкреатит – 44,2%, опухолевые поражения ЖП и поджелудочной железы – 55,8%. При поступлении тяжесть механической желтухи

определена у 21,9% пациентов как легкой степени, средней тяжести у 36,7%, тяжелой степени у 41,1%. С целью верификации диагноза применяли всем больным при поступлении УЗИ с последующим выполнением по показаниям ФГДС, МРХПГ, МСКТ, ЭРХПГ и ЧЧХГ. В лечении пациентов с МЖ средней и тяжелой степени придерживались этапной тактики ведения с предварительной декомпрессией билиарного тракта (БТ) и последующим оперативным вмешательством, направленным на выполнение радикального или паллиативного пособия. Одномоментно устранение МЖ осуществлено в 26,7% случаях. По уровню обструкции БТ выделяли опухолевую: проксимальную обструкцию, имевшую место у 11,4% пациентов, центральную -18,3%, дистальную – у 36,2%. При стриктурах доброкачественного генеза дистальная обструкция имела у 36,4% пациентов, центральная у 23,0%, проксимальная – у 37,1% и тотально-субтотальная – у 3,5%. Для декомпрессии БТ использовали три основных доступа: проксимальный – 18,3%, из них перкутанные чреспеченочные наружные дренирования под рентгенотелевизионным контролем 68,9%, под УЗ-наведением-10,3%, под видеолaparоскопическим контролем -8,6%, перкутанное чреспеченочное стентирование ЖП – 5,3%. Центральный доступ декомпрессии БТ применен в 57,2% случаях МЖ. Лапароскопическая микрохолецистостомия – 26,0%, микрохолецистостомия по УЗ-наведением -8,3%, холецистостомия из мини-доступа с лапароскопическим ассистированием – 65,7% случаев. В 3,8% наблюдений декомпрессия БТ выполнена эндоскопически. Из них ЭРХПГ с последующей ЭПСТ выполнены 79,2% пациентам с дистальной обструкцией доброкачественного генеза, стентирование терминального отдела БТ – 20,8%.

Результаты и их обсуждение. При проксимальном доступе в 95,2% наблюдениях удалось достигнуть адекватной декомпрессии БТ, что позволило вторым этапом выполнить резекционные и реконструктивные вмешательства в 87,9% случаев. Центральный доступ был использован у 323 пациентов. При множественных крупных конкрементах в холедохе у 8 пациентов, при прорастании опухоли пузырного протока -6 пациентов,

была отмечена неудовлетворительная декомпрессия, что потребовало выполнения лапаротомии. При адекватной декомпрессии центральным доступом, вторым этапом в 93,0% наблюдений выполнены оперативные вмешательства. Среди осложнений после выполнения декомпрессии БТ были отмечены: дислокация катетера -10, истечение желчи мимо дренажа в брюшную полость, синдром «быстрой декомпрессии БТ» - 32,6%, при длительном полном наружном отведении желчи – диспепсические расстройства и эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ (11,8%). После снижения уровня общего билирубина сыворотки крови, купирования лабораторных проявлений печеночной дисфункции выполнялось оперативное вмешательство, направленное на устранение причины МЖ, либо создания билиодигестивных анастомозов. При наличии тяжелого общего состояния пациента и распространенности опухолевого процесса дренирование БТ становилось единственно возможным пособием.

Выводы

1. Количество пациентов с МЖ прогрессивно увеличивается, за счет как осложнений ЖКБ, так и опухолевых поражений органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.
2. Отмечается поздняя обращаемость и задержка госпитализации.
3. Клиническая картина и лабораторные показатели позволяют определить тяжесть состояния больного и степень тяжести МЖ.
4. Последовательное применение инструментальных методов диагностики начиная с УЗИ, ФГДС, позволяющих определить механический характер желтухи и уровень блока, и далее КТ, МРХПГ для уточнения распространенности процесса и возможности выполнения декомпрессии БТ в малоинвазивном варианте.
5. Выбор способа и объема вмешательства при МЖ зависит прежде всего от тяжести состояния пациента, уровня билирубинемии, этиологии заболевания, зоны обструкции и её протяженности.
6. При необходимости выполнения двухэтапного подхода, декомпрессию БТ предпочтительно выполнять в миниинвазивном варианте.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Абдулжалилов М.К. (1,1), Иманалиев М.Р. (1,1), Козлов В.И., Абдулжалилов А.М. (1,1), Салаватова Х.И. (1,1), Ашурлаев К.М. (1,1), Закариев З.М. (1,1), Исаев Х.М.-Р. (1,1), Муцуров Х.С. (2,2)

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ (1), Медицинский институт ЧГУ (2)

В связи с редкостью патологии и отсутствием патогномичных симптомов результаты хирургического лечения пациентов с тромбозом мезентериальных сосудов (ТМС) остается не удовлетворительными.

Материал и методы. В работе представлен анализ результатов хирургического лечения 18 пациентов с ТМС. Их распределили на 2 группы: I – с инфарктом тонкой кишки (ИТК), II – с инфарк-

том тонкой и толстой кишок. Средний возраст пациентов I гр. - 58,6±9,0 лет. Мужчин-9 (81,8%), женщин-2(18,1%). Скорая помощь доставила 7 (63,6%) пациентов. Сроки госпитализации: до суток-6 (54,6%), позже-5(45,5%). Жалобы на: боли по всему животу (54,5%), в разных отделах живота (45,5%), сухость во рту (9,1%), тошноту (81,8%), рвоту и слабость (63,6%), вздутие живота (27,3%), задержку стула и газов (18,2%). Сопутствующая патология: ИБС-5(45,5%), стенокардия напряжения(СН)-2(18,2%), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) - 2(18,2%), фибрилляция предсердий (ФП)- 3(27,3%), гипертоническая болезнь (ГБ) - 4(36,4%), сахарный диабет - 2 -2(18,2%), прочие - 6(54,5%). Средний возраст пациентов второй группы составил 77,8±4,8 лет, что больше на 19,2 (32,8%) лет. Среди них мужчин-2(33,3%), женщин-66,7%). Доставлены скорой помощью 6(83,3%). Сроки госпитализации до суток-1(16,7%), позже-5(83,3%). Пациентов беспокоили: слабость-4(66,7%), боли по всему животу-5(50,0%), в других областях живота-3(50,0%), тошнота-3(50,0%), сухость во рту 2(33,3%), вздутие живота-2(33,3%). Сопутствующая патология: ИБС -4(66,7%), СН -3(50,0%), ФП - 2(33,3%), ГБ - 6(66,7%), последствия ОНМК - 3(33,3%), мерцательная аритмия - 1(16,7%), двухсторонняя пневмония - 1(16,7%).

Полученные результаты. Пациенты I гр. оперированы через 10,0 ± 4,9 часов после госпитализации. 8(72,7%) пациентам выполнили диагностическую лапароскопию (ДЛПС) и операции: ДЛПС + тромболитическая терапия (ТЛТ) - 2(25,0%). Умерла пациентка 76 лет. Резекция тонкой кишки (РТК), концевая илеостомия (КИС) - 2(25,0%) пациентам. Оба пациента выздоровели. РТК, правосторонняя гемиколэктомия (ПГКЭ) с формированием еюно-трансверзоанастомоза (ЕТА) на короткой петле тощей кишки - 1(12,5%). РТК с анастомозом «конец в конец» (1) и «бок в

бок» (2) - 3(37,5%). Умер 1 пациент. 3(27,3%) пациентам выполнили открытые операции: а) ревизия органов брюшной полости -1(9,1%), б) обструктивная (РТК), НИИ, отсроченный еюноилеоанастомоз -2 (18,2%). Все пациенты после этих операций умерли. Оперированы до 6 часов в 3(33,3%), до 12 часов - 2(33,3%), позже 12 часов - также 2(33,3%) пациента. 2(33,3%) пациентам выполнена лапаротомия, 1(16,7%) лапароскопия и ревизия брюшной полости, операцию завершили дренированием брюшной полости. Все пациенты погибли от ИТШ. РТК и ПГКЭ с КИС выполнили 1(16,7%), РТК и ПГКЭ с ЕТА на короткой петле выполнили 2(33,3%) с выздоровлением. Обсуждение. У пациентов I гр. диагностировали ИТК: геморрагический у 3 (37,5%) пациентов, анемический - у 2(25,0%), смешанный - у 3 (37,5%). Чаще всего изолированный ИТК развивался у пациентов с ИБС, ГБ и ФП. Во II гр. - диагностировали анемический ИТТК у 4(66,7%), смешанный - у 2(33,3%) пациентов. Чаще всего ИТТК развивался у пациентов с ИБС и ГБ. Послеоперационные осложнения в I гр. наблюдались у 3(37,5%) пациентов в виде прогрессирования некроза приводящей петли (2) и некроза слепой кишки (1). Послеоперационная летальность в первой группе пациентов составила 45,5%, во второй - 50,0%.

Выводы

- а) диагностическая лапароскопия позволяет определить стадию ТМС;
- б) в стадии ишемии показана ТЛТ.
- в) субтотальная РТК с ПГКЭ и ЕТА на короткой петле тощей кишки позволяет снизить послеоперационную летальность;
- г) при обструктивной РТК показана энтеральная терапия в приводящей петле;
- д) перспективно внедрение эндоваскулярной терапии ТМС. Имеем опыт лечения 2 пациентов.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ЭКСТРЕННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М., Исеев Х.М.Р.

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Несмотря на большие достижения в абдоминальной хирургии, внедрение в широкую клиническую практику современных миниинвазивных методов лечения, послеоперационная летальность не имеет тенденции к снижению. Глубокий анализ причин данного показателя имеет большое для улучшения качества хирургической помощи населению. Материал и методы. В работе представлен анализ послеоперационной летальности 113 пациентов. Средний возраст составил 64,9±12,2 лет. Среди них мужчин было - 64(56,6%), женщин 0 - 49(43,4%). Позже суток были госпитализированы 88(77,9%). По нозологии: желчно-каменная болезнь (ЖКБ) - 10(8,8%),

острая тонкокишечная непроходимость (ОТКН) - 7(6,2%), осложненная онкопатология (ОО) - 25 (22,1%), гастродуоденальное кровотечение (ГДК) - 5(4,4%), травма или ранение - 2(1,8%), панкреонекроз (ПНЗ) - 9(8,0%), тромбоз мезентериальных сосудов (ТМС) - 14(12,4%), перфоративная язва (ПЯ) - 9(8,0%), ущемленная грыжа (УГ) - 6(5,3%), илеостомия (ИС) - 2(1,8%), перитонит - 3(2,7%), прочие заболевания - 21(19,6%). Больше пациентов умерли от ОО (22,1%), на втором месте - ТМС (12,4%), на третьем - ЖКБ (8,8%). Из 25 пациентов с ОО мужчин было 20(80,0%), 14 пациентов с ТМС - 6(42,8%), 10 пациентов с ЖКБ - 5(50,0%). В возрасте от 41 до 60

лет умерли 5(12,5%) пациентов с ПЯ, 4(10,0%) – ОТКН, 3(7,5%) – ТМС, 2(5,0%) – ОКХ, 2(5,0%) – раком желудка, 3(7,5%) – ГДК, 6(15,0%) – ПНЗ, 2(5,0%) – раком панкреас, 9(22,5%) – прочими заболеваниями. В этой группе пациентов наибольшую долю среди умерших занимают пациенты с ПНЗ, на втором месте – пациенты ПЯ, на третьем – ГДК. В возрасте старше 60 лет умерли пациенты с ПЯ – 4(6,8%), ОТКН – 3(5,1%), гигантской вентральной грыжей – 2(3,4%), ТМС – 11(18,6%), ОКХ – 3(5,1%), раком желудка – 3(5,1%), ГДК – 2(3,4%), холедохолитиазом, осложненным механической желтухой – 5(8,5%), ПНЗ – 3(5,1%), острой опухолевой толстокишечной непроходимостью – 9(15,3%), опухолью Клацкина – 3(5,1%), прочими заболеваниями – 9(15,3%).

Обсуждение результатов. С увеличением возраста наблюдается рост доли женщин в структуре летальности на 11,6% (с 32,5% до 44,1%). До 40 лет умерли 5 пациентов: с онкопатологией – 3, ранением и НЯК по 1 случаю. В возрасте 41-60 лет больше всего пациентов умерли от ПНЗ (6-15,0%) и ПЯ (5-12,5%). В возрасте старше 60 лет среди умерших наибольшую долю составили пациенты с ТМС (11-18,6%), опухолевой толстокишечной непроходимостью (9-15,3%) и холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и гнойно-септическим холангитом (5-8,5%). Наиболее часто причиной летального исхода после операции у пациентов в возрасте 41-60 лет явилась тромбоэмболия легочной ар-

терии (ТЭЛА) (11-27,5%), на втором месте – полиорганная недостаточность (ПОН) (8 - 20,0%) и на третьем – эндотоксический шок (ЭШ) – (5-12,5%). Высокий показатель послеоперационной летальности от ТЭЛА, возможно, было связано с неадекватностью антикоагулянтной терапии, отсутствием должного контроля за показателями свертывающей системы, длительным постельным режимом, пренебрежением компрессионным трикотажем в раннем послеоперационном периоде и наличием сопутствующих заболеваний сердца и сосудов. В возрасте старше 60 лет основными причинами послеоперационной летальности были: ПОН (21-35,6%), ОССН (17-28,8%) и ТЭЛА (18,6%). В данной группе пациентов основной причиной послеоперационной летальности была ПОН, что было связано с поздней госпитализацией пациентов и коморбидностью.

Выводы

Необходимо улучшить диспансеризацию и плановую санацию пациентов с хирургической патологией. Повысить эффективность санпросветработы среди населения для снижения показателя поздней госпитализации. В раннем послеоперационном периоде необходимо проводить адекватную профилактику тромбоэмболических осложнений в соответствии с НКР, протезирование функций жизненно важных органов у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОАКАРА КОНТЕЙНЕРА ДЛЯ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Абдулжалилов А.М., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов М.К.

ГБУ ВПО «ДГМУ» МЗ РФ
ГБУ «РКБ-СМП».

Лапароскопическая холецистэктомия в лечении пациентов с калькулезным холециститом занимает в мире первое место. Имеется широкий выбор различных инструментов для проведения различных этапов операции, в то же время хирург сталкивается с трудностями при удалении желчного пузыря из брюшной полости. Удаление желчного пузыря из брюшной полости при традиционной холецистэктомии не представляет особых трудностей по сравнению с лапароскопической. При лапароскопической холецистэктомии удаление желчного пузыря приходится выполнять из проколов с места удаления троакаров. При этом хирург сталкивается с техническими трудностями связанными с невозможностью управления желчным пузырем внутри брюшной полости. При заполненном конкрементами желчном пузыре, имеющиеся конкременты скапливаются у выхода из брюшной полости. При чрезмерном давлении снаружи может привести к по-

вреждению стенки с вытеканием желчи и выпадением конкрементов в брюшную полость, что может привести к инфицированию, как брюшной полости, так и раневого канала. Выпавшие конкременты, забытые в брюшной полости в раннем или позднем послеоперационном периоде могут вызвать образование абсцессов брюшной полости. Для удаления органов и инородных тел из брюшной полости имеются одноразовые пластиковые контейнеры, главным минусом которых является невозможность управления внутри брюшной полости, дороговизна и одноразовость.

Материал и методы. Проведен анализ ЛХЭ у 96 пациентов с калькулезным холециститом поступивших в хирургические отделения ГБУ РКБ-СМП. Среди поступивших пациентов мужчин 21 (21,9%) и женщин 75 (78,1%). Среди них 74 (77%) пациентов с приступом острого холецистита, а 22 (23%) из них с обострением хронического холецистита. Всем пациентам после окон-

чания ЛХЭ удаление желчного пузыря выполняли с использованием контейнера. У 46 пациентов с использованием пластикового контейнера, у 50 пациентов удаление выполнено при помощи выполненного троакара контейнера собственной конструкции. Обе группы пациентов распределены на 2 группы, в контрольную группу вошли пациенты с применением одноразовых контейнеров. В основную группу вошли пациенты с использованием троакара контейнера собственной конструкции.

Полученные результаты. В конце операции всем пациентам засекалось время затрачиваемое на удаление желчного пузыря из брюшной полости. В ходе нашего исследования, у пациентов из контрольной группы время удаления желчного пузыря из брюшной полости составило в среднем 3.5 минуты, у пациентов основной группы среднее время составило 52 секунды. Применение троакара контейнера у пациентов основной группы облегчило удаление желчного пузыря из брюшной полости, особенно у пациентов с ожирением. В контрольной группе в послеоперационном периоде у 11 пациентов наблюдалось покраснение и местная гиперемия, у 5 пациентов выявлена серома п/о раны. Нагноение п/о раны выявлено у 3 - х пациентов. В основной группе у 2 - х пациентов имелась гиперемия п/о раны.

Обсуждение. По данным нашего исследования троакар контейнер позволяет сократить длительность операции и облегчает удаление желчного пузыря из брюшной полости. Применение троакара контейнера способствует профилактике гнойных осложнений со стороны п/о раны, предотвращая контакт желчного пузыря с троакарной раной. Нет необходимости постоянно закупать пластиковые контейнеры, так как контейнер многоразового применения и легко стерилизуется, что заметно повышает его рентабельность.

Выводы

1. Применение троакара контейнера сокращает длительность и облегчает удаление желчного пузыря из брюшной полости. 2. Троакар контейнер многоразового применения. 3. Способствует профилактике гнойных осложнений п/о раны. Рекомендации. Необходимо использовать данный троакар контейнер в практическом здравоохранении. Он позволяет сократить расходы на приобретение одноразовых пластиковых контейнеров и повысить рентабельность операции.

10. Пути облегчения лапароскопической холецистэктомии у пациентов с деструктивными формами острого холецистита.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Абдулжалилов А.М., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов М.К.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» ГБУ РД «РКБ-СМП».

Лапароскопическая хирургия быстрыми темпами вытесняет традиционные методы, заменяя практически все открытые операции на лапароскопические. Несмотря на это в экстренной хирургии доля открытых операций все же сохраняется. Так, например лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время является золотым стандартом в лечении у пациентов с калькулезным холециститом и полипозом желчного пузыря в плановом стационаре. Несмотря на достижения лапароскопической хирургии и разнообразия инструментария, у пациентов с деструктивными формами острого холецистита операция может сопровождаться интра и послеоперационными осложнениями. Нередко операции начатые лапароскопически заканчиваются конверсией. Пациенты с деструктивными формами острого холецистита требуют более тщательного обследования до операции с целью нивелирования данных осложнений. Одной из причин является трудности связанные с устойчивой фиксацией стенки желчного пузыря. У одной категории пациентов стенка плотная и не захватывается эндозажимом, у другой категории представлена мягкой рыхлой стенкой вследствие ее инфильтрации.

У пациентов с плотной стенкой эндозажим постоянно соскакивает и наваливается на операционное поле, приходится захватывать его обратно. У пациентов с рыхлой инфильтрированной стенкой чрезмерная тракция приводит к разрыву стенки и излитию содержимого в брюшную полость. Неполноценная тракция и постоянное излитие содержимого на операционное поле приводит к нарушению видимости трубчатых структур, что увеличивает продолжительность операции и может привести к травме холедоха, с последующей инвалидизацией пациента. Также целесообразно подобрать опытную операционную бригаду готовую к нестандартным ситуациям с которыми можно столкнуться во время операции. Материал и методы. Нами проведен анализ ЛХЭ у 115 пациентов поступивших с острым холециститом в ГБУ РКБ - СМП. Среди пациентов доля мужчин составила 52 (45.2%), женщин 63 (54.8%) пациента. Все пациенты поступали с приступом острого холецистита, с признаками деструкции при лабораторно-инструментальном исследовании и объективном осмотре. Оперировано 35 (30.4%) пациентов в 1 – е сутки после поступления, остальные 80 (69.6%) на 2-е сутки. Все мак-

ропрепараты отправлены на гистологическое исследование. На гистологическом исследовании у 12 (10.4 %) пациентов выявлена катаральная форма холецистита, 72 (62.6 %) пациента с флегмонозной и 31 (27%) с гангренозной формой холецистита. Среди них с интраоперационными техническими сложностями столкнулись у 76 (66%) пациентов. Полученные результаты. С целью преодоления имеющихся сложностей у данной категории пациентов применены разные методики проведения оперативного вмешательства. У 20 (29%) пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия в классическом варианте. По Прибраму операция выполнена у 24 (32%) пациентов. Для предотвращения технических сложностей связанных с устойчивой фиксацией стенки желчного пузыря у 30 пациентов применена методика с использованием катетера Фоллея. Пациенты оперированные в классическом варианте и по Прибраму составили контрольную группу. Пациенты оперированные с использованием катетера Фоллея составили основную группу. Принцип операции с использованием катетера Фоллея заключается в том, что после пункции желчного пузыря и аспирации содержимого, через пункционное отверстие в полость желчного пузыря вводится катетер Фоллея, который надувают до нужного диаметра не более 20 мл. У места выхода из желчного пузыря катетер захватывается эндозажимом, что позволяет достичь устойчивой фиксации и проводить адекватную тракцию. Пункционное отверстие закрытое надутой манжетой предотвращает излитие содержимого и выпадение мелких конкрементов из полости желчного пузыря, также надутая ман-

жета охватывает большую площадь стенки желчного пузыря предотвращая тем самым разрыв стенки. При подсчете времени затраченного на выполнение холецистэктомии у пациентов контрольной группы оно составило в среднем 55.6 минуты, в то время как в основной группе оно составило 36.8 минут.

Обсуждение. Примененная методика позволила сократить длительность оперативного пособия на 18.8 минут. Кроме того, данная методика позволила нам создать комфортные условия для выполнения холецистэктомии и нивелировать осложнения связанные с неадекватной фиксацией и тракцией желчного пузыря. Преодоление данных технических сложностей позволяет сократить длительность операции, за счет сокращения времени затрачиваемого на постоянный захват стенки желчного пузыря, аспирацию излитого содержимого и подбор конкрементов.

Выводы

1. Использование катетера Фоллея позволяет достичь устойчивую фиксацию стенки желчного пузыря.
2. Обеспечивает адекватную тракцию и способствует профилактике ятрогенных осложнений.
3. Повысят срок службы лапароскопического инструментария.

Рекомендации. Необходимо использовать катетер Фоллея для обеспечения устойчивой фиксации и последующей тракции при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Данная методика позволяет обеспечить комфортные условия для проведения ЛХЭ и позволяет сократить продолжительность операции.

СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ АТРАВМАТИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ВАБ-ENCORENSPIRE-РЕЗЕКЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В РАМКАХ «ХИРУРГИИ ОДНОГО ДНЯ»

Абоян И.А., Громовенко Е.Ю., Усенко Е.Е., Родзянко М.Н. Лемешко С.И

МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Рост интереса к диагностике и хирургическому лечению непальпируемых доброкачественных образований молочных желез (МЖ) (выявляемых в 65-70%) обоснован и связан с высоким процентом непальпируемого рака МЖ (РМЖ) (I место среди онкологических заболеваний у женщин), их дифференциальной диагностикой. Последние годы новейшие цифровые методы лучевой диагностики (рентген, ультрапараметрическое УЗИ) в разы повышают выявляемость непальпируемых образований МЖ, требуя от врача определенной тактики. Имеющиеся стандарты не дают однозначного ответа, в связи с размерами, количеством выявленных образований, подготовкой женщины к беременности, ЭКО или приему заместительной гормональной

терапии (ЗГТ). Пункции (ТАБ), трепан-биопсии и секторальные резекции МЖ не всегда тактически оправданны. Последние 10 лет в Европе и несколько лет в единичных клиниках России выполняются высокотехнологичные методики хирургического удаления небольших образований МЖ, с диагностическими и лечебными одновременными конечными результатами. Интеллектуальная система EnCor Enspire C.R.BARD со встроенной системой вакуума (ВАБ-резекция) биопсийно-режущими зондами ENCOR 10G, 7G в пределах здоровых тканей атравматически убирает одно или более образований молочных желез и относится к «новейшим миниинвазивным технологиям в онкологии». В Ростове-на-Дону впер-

вые выполнены подобного рода операции в рамках «хирургии одного дня» в августе 2018г. на базе МБУЗ КДЦ «Здоровье».

Цель работы. Оценить преимущество, ближайшие, отдаленные результаты ВАБ-резекции непальпируемых доброкачественных образований МЖ у женщин разного возраста и строения МЖ.

Материалы и методы. Оперированы 6 пациенток (обследованных по стандартам), 30-48 лет (66,6%), 19 (16,7%) и 59 лет (16,7%), с непальпируемыми доброкачественными образованиями, аваскулярными на УЗИ, маммограммах (ММГ) или МРТ с четкими ровными контурами: 0,87х0,70 см, 1,56х0,64 см; 1,4х0,6 см, 0,56х0,38 см - на фоне липоидной гипермастии. Две пациентки с гипомастией ранее перенесли секторальные резекции контрлатеральных молочных желез по поводу фиброаденом (ФАД). У 1- образование 1,8х0,9 см. У другой на фоне аденоза в одной железе очаги 0,93х0,63 см, 0,83х0,93 см, на МРТ-гиперинтенсивные, накапливающие контрастный препарат (не исключены аденомы). 5 пациенткам на фоне ЗГТ более года ранее выполнены ТАБ или core-биопсии: у 4 - ФАД, у 1 - непролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни (ФКБ). Под контролем УЗИ, в режиме реального времени, под местной инфильтрационной анестезией растворами Натрия Хлорида, Ропивакаина, Адреналина в заданных соотношениях, удалены образования ВАБ-резекцией в пределах здоровых тканей с наложением асептических и тугих давящих повязок. Среднее время выполненной операции 34,8мин «-+»10,2мин, большее с 2 очагами. Все пациентки отпущены домой в тот же день. Результаты и обсуждение. Наблюдение проводилось через 1,3 дня в течение недели, через 2,4,6,8 недель, 3,4,6 месяцев с одновременным УЗИ МЖ. Асептические, давящие повязки сняты на следующий день, заменены тугими топами на 2-5 дней, полная эпителизация кожных точечных «ворот» введения зондов отмечена на следующий день, полное их «исчезновение» к 2-4 неделям. Пациентки не испытывали дискомфорта и боли на следующий день. Клинических признаков гематом не было у 5 (83,3%) пациенток со следующего послеоперационного дня, у 1 (16,7%) больной с аденозом МЖ

на фоне гипомастии и удалением 2 очагов из одного чрескожного доступа, в «воротах» введения зонда, с первых дней до 4 недель, имелась невыраженная подкожная гематома, ненапряженное инфильтративное уплотнение тканей до 3,0 см. На УЗИ в проекции резецированных образований, в течение 4-6 недель имелась внутритканевая гематома от 1,8см до 0,8см с исчезновением ее к 6-7 неделям. В остальных случаях имелись ненапряженные гематомы от 0,9х1,3см до 1,5х1,3см первый месяц и полным редуцированием к 4-6 неделям. Через 6-8 недель в проекции резекции определялись гетерогенные изоэхогенные паренхиме МЖ аваскулярные зоны, неправильной формы, до 0,56х0,68см, местами «тяжистые» в зоне резекции, что было расценено «рубцовыми изменениями» ткани. Через 3-4 месяца у 2 (33,3%) пациенток эти зоны крайне нечеткие (до 0,3х0,49см). Через 6 мес в послеоперационном периоде у всех 6 (100%) пациенток УЗИ, контрольная ММГ не выявили ранее описанных образований или иных инфильтративных изменений. Гистологически получены периканаликулярные ФАД в 5 (83,3%) случаях: на фоне непролиферативной ФКБ – у 3(50%) пациенток, на фоне инволютивных процессов - у 2(33,3%) пациенток. В 1(16,7%) случае, с двумя образованиями в железе - непролиферативная ФКБ, очаговый мастит. Иммуногистохимическое определение Ki-67 показало низкую пролиферативную активность у 6 (100%) пациенток (экспрессия ядер <1-2 %).

Выводы

Высокой степени эстетичность молочной железы в раннем, отдаленном периодах после ВАБ-резекции под местным обезболиванием, с возможным удалением более одного образования из одного чрескожного доступа, отсутствие деформирующих рубцов, приводящих к длительному послеоперационному периоду депрессии и заставляющих зачастую обращаться за помощью пластических хирургов, позволяют методу ВАБ-резекции занять первостепенное место в «хирургии одного дня» доброкачественных непальпируемых образований МЖ, сохраняя высокую жизненную активность женщины, ее физическое и психологическое здоровье.

КОМБИНАЦИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С ПЕНОСКЛЕРОТЕРАПИЕЙ ПРИТОКОВ. ОТКАЗ ОТ ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖЕН

Айдаев С.С., Атанова Н.А., Мусаев Т.Р., Исмаилов Р.Х.

ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ им. Р.П.Асккерханова»

Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) в последние годы прочно заняло ведущее место среди методик хирургического лечения варикозной болезни. Одним из основных

проявлений варикозной болезни (ВБ) является варикозная трансформация притоков БПВ и МПВ. Устранение варизно-расширенных прито-

ков является одним из основных этапов хирургического лечения ВБ. Классическая минифлебэктомия (МФЭ) имеет широкое распространения и за годы применения заслужила репутацию одного из наиболее эффективных, относительно дешевых, косметичных и надежных методик малоинвазивного лечения ВБ. Однако МФЭ требует выполнения проколов кожи, обуславливая интраоперационную боль, создавая пути проникновения инфекции, а так же сопряжена с механическим повреждением нервов, образованием послеоперационных гематом и требует значительного местного введения анестетика. Нами выбрана пеносклеротерапия (ПСТ) как наименее инвазивный вариант.

Материалы и методы. С октября 2018 года по апрель 2019 года на базе ХЦГБ прооперированы свыше 800 пациенток с варикозной трансформацией вен нижних конечностей в бассейне БПВ. Всем пациентам выполнялось УЗДС вен нижних конечностей. В 83% случаев варикозно-трансформированные вены бедра и голени являлись притоками БПВ. Медиана возраста пациентов 39 лет. 358 пациентам выполнена эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) с МФЭ 245 пациентам выполнена ЭВЛО, дополненная отсроченной ПСТ. Медиана выполнения ПСТ составила 7 дней от момента выполнения ЭВЛО. Время на операцию составило 45 мин. ЭВЛО +

МФЭ 20 мин. ЭВЛО+ПСТ. Объем вводимого раствора анестетика (0.01% р-р лидокаина): 300 мл при ПСТ и 900 мл. МФЭ. Все вмешательства в обеих группах были успешны. Ствол БПВ и варикозно-трансформированные притоки были «закрыты». Локальные уплотнения, экхимозы и парестезии чаще отмечались при МФЭ. Послеоперационная боль практически отсутствовала при выполнении ПСТ, проявляясь лишь незначительным дискомфортом по ходу склерозированной вены. Средний срок окончательного восстановления при МФЭ составил 6-8 недель и 2-4 недели при ПСТ. В группе МФЭ отмечались 2 случая нагноения п/о ран, требующих перевязок в течение 8-10 дней. Разницы в послеоперационных проявлениях ХВН в обеих группах отмечено не было.

Выводы

Тактика применения комбинации эндовенозной лазерной облитерации и пеносклеротерапии в лечении заболеваний вен позволяет оказывать эффективную, малоинвазивную помощь пациентам с ХВН. Непосредственные результаты позволяют снизить время оперативного вмешательства, объем вводимых анестетиков, интра- и периоперационную боль, сроки реабилитации, а так же снизить вероятность развития нежелательных осложнений.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ PRP-ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Айдаева С.Ш., Калашников А.В., Калашникова С.А.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт - филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России*

В настоящее время поиск новых методов лечения хронической эмпиемы плевры остается актуальным, что связано с сохраняющимися высокими показателями летальности и инвалидизации больных. Существующие методики лечения не обеспечивают полную санацию и облитерацию остаточной полости, которая является источником хронической инфекции, увеличивая риск развития рецидива заболевания. Одним из новых и перспективных направлений современной хирургии является применение плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP). Метод получил название плазмолифтинг и зарекомендовал себя как наиболее безопасный из существующих биологических субстратов, в связи с этим представлялось актуальным изучить возможность его использования для комплексного лечения эмпиемы плевры.

Материал и методы. Исследование проводилось на 30 нелинейных крысах самцах средней массой 280-300 г. в два этапа. На первом

всем животным была смоделирована хроническая эмпиема плевры. Крысам опытной группы для лечения в плевральную полость вводили 1 мл плазмы, обогащенной тромбоцитами, животным группы сравнения однократно вводили 1 мл физ. раствора. Выведение животных из эксперимента проводили на 30-е сутки от начала второго этапа. Забор спаек осуществлялся с максимальным сохранением точек фиксации. Для проведения гистологического исследования спайки фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин по стандартной методике. Полученные срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону. Статистическая обработка проведена общепринятыми для медико-биологических исследований методами с помощью программных пакетов EXCEL 7.0 (Microsoft, USA) и АРКАДА (Диалог-МГУ, Россия).

Полученные результаты. При ревизии плевральной полости у крыс группы сравнения

остаточная полость была заполнена гнойным содержимым, без признаков уменьшения объема. У крыс опытной группы наблюдалось формирование спаек между висцеральной и париентальной плеврой и множественные междолевые спайки различной степени зрелости. А в 20,0% случаев (7 животных) зарегистрировано заполнение остаточной полости зрелой соединительной тканью. При гистологическом исследовании ткани легких и плевры животных группы сравнения определялась выраженная воспалительная реакция в виде диффузной лейкоцитарной инфильтрации плевры, очаговой деструкции мезотелия и формированием тканевого детрита со скоплением гноя в остаточной плевральной полости. По периферии очагов деструкции формировалась соединительная ткань, которая при окраске по Ван Гизону была представлена преимущественно коллагеновыми волокнами. Однако границы полости сохранялись. У животных опытной группы на 30-е сутки эксперимента остаточная полость была практически полностью заполнена зрелыми спайками, представленными коллагеновыми волокнами. Воспалительная реакция была умеренной степени выраженности, представлена преимущественно нейтрофилами. В клеточном составе спаек преобладали лимфоциты и фибробласты, что также указывает на хронический воспалительный процесс в спайках.

К тому же отмечалось умеренное количество тонкостенных капилляров, что свидетельствовало о продолжающем процессе адгезиогенеза.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение PRP-технологий (плазмолифтинг) является наиболее перспективным методом биологического спайкообразования, направленного на ускорение регенераторных механизмов, вызываемых содержащимися в тромбоцитах факторами роста. Эти факторы способствуют регенерации тканей, способствуя клеточной миграции, пролиферации, дифференцировке и синтезу внеклеточного матрикса, что приводит к облитерации остаточной полости и устранению очага хронической инфекции.

Выводы

1. Стимуляция адгезиогенеза при остаточных полостях с помощью плазмы, обогащенной тромбоцитами, на фоне хронической эмпиемы плевры ускоряет регенераторные процессы.

2. Применение PRP-технологии стимулирует контролируемое спайкообразование при хронической эмпиеме, способствуя заращению полости, ее санации и может быть рекомендован к проведению клинических испытаний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОСТИМУЛЯЦИИ АДГЕЗИОГЕНЕЗА ПРИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЯХ ПЛЕВРЫ

Айдаева С.Ш., Калашников А.В., Калашникова С.А.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт - филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России*

В настоящее время, несмотря на развитие и широкое внедрение малоинвазивных технологий в торакальной хирургии, ряд проблем по-прежнему остается нерешенными. В частности значительные трудности сопровождают лечение остаточных полостей плевральной полости, при таких патологиях как: хроническая эмпиема плевры, метастатические гидротораксы. Одним из перспективных методов закрытия остаточных полостей является стимулирование спайкообразования, при этом наиболее часто используется препарат доксициклин. Однако данный способ имеет ряд существенных недостатков, что обуславливает поиск новых методов лечения и делает данную тему как чрезвычайно актуальную.

Цель работы: обосновать возможность использования биостимуляции адгезиогенеза при остаточных полостях плевры.

Материал и методы. Исследование проводилось на 100 нелинейных крысах самцах массой $280 \pm 20,3$ г, которым была воспроизведена хроническая эмпиема плевры. Опытные животные были разделены на 3 группы: животным первой группы ($n=30$) вводили плазму, обогащенную

тромбоцитами, крысам второй группы ($n=30$) – центрифугированные адипоциты, представляющие собой полустволовые клетки, животным третьей группы ($n=30$) осуществляли сочетанное введение жировой взвеси и плазмы, обогащенной тромбоцитами. В качестве группы сравнения использовали 10 животных, в полость эмпиемы которым однократно вводили физ. раствор. Выведение осуществляли на 30 сут эксперимента. Забор спаек осуществлялся с максимальным сохранением точек фиксации, далее осуществляли макро- и микроскопическое исследование, включающее стандартную гистологическую проводку. Статистическая обработка проведена общепринятыми для медико-биологических исследований методами.

Полученные результаты. В результате проведенного исследования установлено, что у крыс всех трех опытных групп на 30 сут эксперимента были сформированы зрелые спайки, сформированные между висцеральными и париетальными листками плевры, обнаружены междолевые сращения различной степени зрелости. При этом

наиболее выраженные спайки обнаружены у животных с сочетанным введением в полость эмпиемы жировой взвеси и плазмы, обогащенной тромбоцитами, при этом у 8 (26,7%) животных зарегистрировано полное заращение остаточной полости. В группе с введением плазмы, обогащенной тромбоцитами, полное заращение полости эмпиемы зарегистрировано у 1 (3,3%) животного, при введении жировой взвеси тотальная облитерация отмечена у 3 (10,0%) крыс. При гистологическом исследовании выделенных спаек, во всех группах обнаружены зрелые спайки, представленные преимущественно коллагеновыми волокнами с незначительной лимфоцитарной инфильтрацией. В ткани легких и плевры животных группы сравнения определялась выраженная воспалительная реакция в виде диффузной лейкоцитарной инфильтрации плевры, очаговой деструкции мезотелия и формированием тканевого детрита со скоплением гноя в остаточной плевральной полости, при этом размер остаточной полости не уменьшался.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что сочетанное применение жировой взвеси и плазмы, обогащенной тромбоцитами является наиболее перспективным методом заполнения остаточных полостей при хронической эмпиеме плевры. Полученные сведения согласуются с данными литературы, согласно которым показано использование адипоцитов совместно с гидрогелями, гиалуроновой кислотой и плазмой, обогащенной тромбоцитами в качестве транспортных систем.

Выводы

1. Биостимуляция адгезиогенеза при хронической эмпиеме плевры является перспективным способом, способствующим санации и облитерации остаточных полостей.
2. Наиболее эффективным способом, направленным на ликвидацию остаточных полостей является сочетанное введение жировой взвеси и плазмы, обогащенной тромбоцитами и может быть рекомендован к проведению клинических испытаний.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Айдаева С.Ш., Калашников А.В., Калашникова С.А.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт - филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России*

При травме грудной клетки основным методом лечения является оперативный, направленный на стабилизацию рёберного каркаса, необходимую в связи с тем, что нефиксированные отломки рёбер приводят к повторному повреждению лёгкого, возникновению рецидивного пневмоторакса, кровотечению в свободную плевральную полость. Недостатком существующих способов фиксации рёберных отломков является то, что они могут быть выполнены только после стабилизации общего состояния пациента. Однако при сочетанной травме оперативное пособие не всегда возможно ввиду тяжести состояния больных, обусловленное поражением других жизненно важных органов. В данной ситуации до сих пор применяется выжидательно-консервативная тактика: выполняется дренирование плевральной полости, стабилизация рёберного каркаса выполняется по типу «пневматической стабилизации» путем создания положительного давления конца выдоха (ПДКВ). Одним из способов ускорения восстановления рёберного каркаса является биологическая стимуляция адгезиогенеза. Существуют способы увеличения количества фибробластов и/или их предшественников в дефектах тканей. Известно, что адипоциты, извлеченные из жировой ткани и помещенные в тканевой дефект, в условиях микроокружения могут трансформироваться в стволовые клетки и, далее, дифференцироваться в фибробласты. Однако в современной литературе не описан

способ применения технологии липофилинга в торакальной хирургии.

Цель работы: оценить возможность применения технологии липофилинга при травме грудной клетки.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на 23 нелинейных белых крысах обоего пола массой 180-210 г. У 13 животных опытной группы и 10 животных группы сравнения была воспроизведена травма грудной клетки. После воспроизведения травмы животным опытной группы в асептических условиях проводили изъятие 50 мг жировой ткани из подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки и гомогенизация в 450 мкл физиологического раствора. Полученную взвесь с помощью шприца вводили в область перелома ребер субплеврально под париетальную плевру. Животным группы сравнения субплеврально вводились 500 мкл физиологического раствора. Выведение животных из эксперимента осуществлялось на 30-ые сутки послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. При исследовании плевральных спаек животных группы сравнения были обнаружены спаечные сращения, представленные рыхлой волокнистой соединительной тканью с участками лейкоцитарной инфильтрации и умеренным количеством лимфоцитов, макрофагов. Наличие лейкоцитов свидетельствует об активном воспалении в зоне спайки, а,

следовательно, о наличии риска развития бесконтрольного тотального спаечного процесса в плевральной полости. У животных опытной группы плевральные спайки были зрелыми и характеризовались преобладанием коллагеновых и эластических волокон, умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрацией и редуцированным капиллярным руслом. Сформированные спайки локализовались в зоне перелома ребер и служили дополнительным фактором стабилизации реберного каркаса, при этом признаки воспаления в зоне спайки отсутствовали, что свидетельствовало о контролируемом адгезиогенезе при точечном введении гомогенизированной жи-

вой ткани в плевральную полость в область перелома ребер субплеврально под париетальную плевру. Полученные данные не противоречат литературным сведениям по применению технологии введения адипоцитов для стимуляции регенерации.

Выводы

1. Биостимуляция адгезиогенеза является перспективным направлением комплексного лечения травм грудной клетки. 2. Одним из наиболее эффективных методов лечения травм грудной клетки следует признать липофилинг.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА НОРМАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ КАК ОДНОГО ИЗ ОСНОВНЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Айдемиров А.Н., Шахназарян Н.Г., Вафин А.З., Градинар А.О., Шахназарян А.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

С целью профилактики послеоперационных осложнений и снижению летальности при существующем многообразии вариантов лечебной тактики механической желтухи необходимо придерживаться принципа снижения билирубинемии до хирургического вмешательства. Ключом к решению данной проблемы случит двухэтапная тактика лечения (на первом этапе проводят консервативные мероприятия с билиарной декомпрессией, на втором – радикальное или паллиативное оперативное вмешательство), которая позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений на 17%, а летальности – до 2,8%. Помимо билиарной декомпрессии, первый этап лечения больных с механической желтухой включает в себя консервативные мероприятия: правильное питание, введение пластических веществ, которые необходимы для репаративных процессов гепатоцитов, витаминотерапию, антибиотикотерапию и энтеросорбцию.

Цель исследования: проследить течение первого этапа лечения, разработать алгоритм лечения больных с механической желтухой различного генеза с целью нормализации показателей крови как одного из основных условий для проведения радикальной операции у пациентов с подпеченочным холестазом.

Материалы и методы: в клинике ГБУЗ СККЦ СВМП в 2018г на лечении находилось 96 больных обтурационной желтухой различного генеза. У 59 (64,46%) пациентов подпеченочный холестаз возник в результате доброкачественных заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны, у 37 (38,54%) - злокачественных. Мужчин было 51 (53,13%), женщин - 45 (46,87%), соотношение мужчин к женщинам составило 1,13:1,0.

Полученные результаты: При поступлении больных на первый этап лечения среднее значение билирубина крови составило 395,75 мкмоль/л. Степень тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину была в среднем 11,2 баллов (тяжелая). Билиарная декомпрессия выполнена всем пациентам, после которой показатель билирубина крови снизился до 267,86 мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи составляла в среднем 8,8 баллов (средняя). Учитывая классификацию и рекомендации Э.И. Гальперина (2014г), разработан алгоритм консервативного лечения больных с обтурационной желтухой: при значении билирубина крови менее 100 мкмоль/л: применение инфузионной терапии в объеме 800-1300мл, использование антибиотиков при наличии клинических признаков инфицирования желчных путей, витаминотерапия; при значении билирубина крови от 100 до 200 мкмоль/л: количество инфузий составляет 1300-1600мл, антибиотикотерапия с целью профилактики инфекционных осложнений, витаминотерапия, при пониженном уровне общего белка крови использование энтерального питания, энтеросорбция; при значении билирубина крови более 200 мкмоль/л: применение инфузионной терапии в объеме более 1600мл, антибиотикотерапия с целью профилактики инфекционных осложнений, витаминотерапия, при пониженном уровне общего белка крови использование энтерального питания, энтеросорбция, подключение гепатопротекторов. В день выписки из стационара среднее значение билирубина крови составило 99,32 мкмоль/л. Степень тяжести обтурационной желтухи у больных данной группы составляла в среднем 6,8 баллов (средняя). Среднее пребывание в стационаре составило 9±2,1 койко-дней. При выписке больных из стационара рекомендована явка для проведения дальнейшего лечения

при снижении уровня билирубина крови. Время от выполнения декомпрессии печени до госпитализации на второй этап лечения составило в среднем $3 \pm 1,6$ недель. На 2-ой этап лечения поступили 41 (42,7%) больных с показателем билирубина крови 60,12 мкмоль/л, которым проводились различные оперативные вмешательства.

Выводы

Разработанный алгоритм купирования механической желтухи позволяет эффективно нормализовать показатели крови для проведения радикальной операции у пациентов с обтурационным холестазом

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ПО ДАННЫМ НАШЕЙ КЛИНИКИ

Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Делибалтов К.И., Байрамкулов М.Д., Грушко В.И., Маланка М.И., Рой С.В

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель исследования - анализ ранних послеоперационных осложнений и летальности после пластики пищевода в торакоабдоминальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 1997 по 2018гг.

Материалы и методы. За период с 1997г. под нашим наблюдением находились более 100 больных раком пищевода. Из них только у 28 удалось выполнить радикальные операции. У 7 больных с железистым раком нижней трети пищевода и кардиоэзофагеальным раком мы выполнили резекцию нижнегрудного отдела с внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом по Гарлоку, у 10 – по Льюису, у 1 – тонкой кишкой и у 10 при раке средне-грудного отдела пищевода – экстирпацию органа с абдоминоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой. С послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка оперированы 69 больных (от 18 до 74 лет, женщин – 25, мужчин – 38). У 52 больных выполнена экстирпация пищевода с одномоментной абдоминоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 11 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена загрудинная шунтирующая пластика пищевода толстой кишкой.

Результаты. Из 28 оперированных по поводу рака пищевода послеоперационные ослож-

нения возникли у 3 (10,7%): у 1 - внутриплевральное кровотечение в раннем послеоперационном периоде, что потребовало повторного оперативного вмешательства, у 2 - несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза, медиастинит, эмпиема плевры с летальным исходом. Из 69 оперированных по поводу послеожоговых рубцовых стенозов пищевода различные осложнения развились у 19 (27,5%) и умерли 8 (11,6%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике. В эти же годы было плохое медикаментозное обеспечение. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 – несостоятельность пищеводно-желудочного внутриплеврального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом, у 1 – острый инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде и у 3 – полиорганная недостаточность.

Выводы

Таким образом, остаются нерешенными проблемы ранней диагностики рака пищевода, необоснованности длительного бужирования доброкачественных стриктур и невозможности эффективной предоперационной подготовки истощенных больных в районных больницах.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Байрамкулов М.Д., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А., Машурова Е.В., Абдоков А.Д., Гусейнов Ш.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель исследования - анализ результатов лечения пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода в торакоабдоминальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 1997 по 2019гг.

Актуальность. Лечение больных с рубцовыми стриктурами пищевода остается сложной и актуальной проблемой. По нашим данным в 99% случаев причиной рубцовых структур пищевода явились химические ожоги. Мы отдаем предпо-

чение консервативным методам лечения рубцовых стриктур пищевода, проводимого со строгим соблюдением основных принципов бужирования – восстановление проходимости пищевода в сочетании с осторожностью и разумной настойчивостью, а также поддерживающими курсами бужирования.

Материалы и методы. В настоящей работе представлен результат лечения 459 больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога в 1995-2019гг. Бужирование пищевода было выполнено 401 больным, из них у 206 – полыми бужами на металлической струне-проводнике под контролем рентгентелевидения, у 190 – под эндотрахеальным наркозом с использованием жесткого эзофагоскопа и у 5 больных – бужирование «без конца» на нити через гастростому. В среднем выполнялось 3 сеанса бужирования с интервалом 2-3 дня. Стойкий клинический эффект был достигнут у 361 (80,1%) больных. У 91 больного бужирование пищевода было неэффективным из-за протяженности стриктуры, поэтому 72 пациентам выполнены различные виды пластики пищевода, 22 – питательную гастростомию. У 54 больных произведена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 12 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена загрудинная шунтирующая пластика пищевода толстой кишкой. Перфорация пищевода после бужирования возникла у 4 больных, причем у всех оно выполнялось под контролем жесткого эзофагоскопа. Трем пациентам по экстренным показаниям выполнена первичная пластика пищевода на фоне

медиастинита (у 1 – в течение первых 6 часов, у 2 – через 16 и 18 часов после бужирования). Одному пациенту выполнена медиастинотомия по Савиных, дренирование средостения.

Результаты. Летальный исход отмечен у пациента после первичной пластики пищевода, оперированного через 18 часов с момента перфорации пищевода в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся в раннем послеоперационном периоде. После плановых операций у 69 больных различные осложнения развились у 19 (27,5%) и умерли 8 (11,5%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике из-за плохого медикаментозного обеспечения. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 – несостоятельность пищеводно-желудочного внутриплеврального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом, у 1 – острый инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде и у 3 – полиорганная недостаточность.

Выводы

Таким образом, адекватный выбор метода бужирования в зависимости от распространенности и характера поражения, а также регулярное его проведение позволило достичь стойкого клинического эффекта у 80,1% больных. Экстирпация пищевода с первичной пластикой абсолютно показана при повреждении (перфорации) пищевода в первые 10-12 часов с момента травмы.

ЭЗОФАГОПЛАСТИКА ПРИ ОБЫЧНЫХ И НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Курбанов К.А., Эльдарханова А.З., Омаров К.Х., Магомедов С.М., Омаров О.И., Гасанов М.К., Закаржаева З.М.

ГБУ РД "НКО "ДЦГХ"

В мировой литературе достаточно прочно утвердилась концепция, что операцией выбора при раке и доброкачественных стриктурах грудного отдела пищевода является резекция или экстирпация с одномоментной внутри или внеплевральной эзофагогастропластикой. Самостоятельными задачами явились изыскания в онкохирургической стратегии рака резецированного желудка и профилактика легочно-сердечных осложнений нестандартная эзофагопластика и сплено-привратникосохраняющие операции, симультанные, суперрадикальные операции (n=65), включая класс первично-множественно-синхронных, метакронных опухолей при местнораспространенном кардиоэзофагеальном раке.

Материалы и методы. Для определения хирургической тактики, оптимизации лечебно – диагностического комплекса, стержневым представлен вопрос дифференциальной диагностики: по этиопатогенезу, патофизиологической сущности, морфологическому субстрату. Неинвазивные методы дополнены высокоинформативными с включением ЯМР, КТ. В клинический материал включены 952 пациентов, 759 из которых оперированы по поводу рака пищевода и кардии, а 193 – доброкачественных стриктур пищевода в период с 2000-2018гг. с разделением на 3 группы. Возраст больных варьировал от 19 до 94 лет, из которых мужчин – 510, женщин – 249. В 1 группу вошли 313 больных с радикальными операциями на пищеводе. Они распределены по

стадиям следующим образом: I, II стадия-27%, III стадия-58%, III–IV стадия -15%.

Результаты. Им были выполнены операции типа Льюиса в модификации М.И. Давыдова с послеоперационной летальностью 3,1% и (или) экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову (n=48) с одним летальным исходом. Концепция о системности заболевания с первичной генерализацией опухолевого процесса, допускает использование малотравматичного трансхиатального доступа у истощенных и пожилых пациентов. Во - вторую группу вошли 446 больных. Они распределены по стадиям: I, II стадия-11%, III стадия-62%, III–IV стадия - 27%. Выполнены операции: гастрэктомия, в том числе с сохранением селезенки, привратника, гастроэзофагеальные, эзофагосубтотальные резекции, полиорганные симультанные операции с послеоперационной летальностью (1,35%). Во 2 группе стратифицированы подгруппы (а, б, в). В подгруппу а) - включены 40 операций гастрэктомий с сохранением пилорического жома, которые позволили повысить функциональные возможности со снижением постгастррезекционных синдромов (рефлюкс-эзофагита, демпинг-синдрома) с улучшением качества жизни. В подгруппе б) - включены больные после реконструктивных вмешательств по поводу «болезней оперированного пищевода» (n=22). В подгруппе в) - с местнораспространенным раком выполнены симультанные операции (n=65) с удалением от 3 до 8 органов, включая операции с

синхронным и метасинхронным раком пищевода (n=17). В 3 группу включены больные (n=193) с доброкачественными стриктурами пищевода и кардии. Непосредственные результаты после радикальных операций с доброкачественными стриктурами удовлетворительные, с одним летальным исходом (0,5%). Обсуждение. Изложены стратегические, тактические и технические аспекты с улучшением непосредственных результатов операции. Сведены к минимуму противоречия к показаниям чрезплевральных и трансмедиастинальных операций при раке грудного отдела пищевода.

Выводы

Расширение показаний к выполнению эзофагопластики по методике по методике И.М. Давыдова, обеспечивают решение задачи со снижением уровня инфекционных осложнений, связанных как с несостоятельностью швов анастомоза. Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде при радикальных операциях на пищеводе и кардии являются плеврорегочные, сердечнососудистые осложнения. Эффективным методом профилактики плевро-легочных, сердечнососудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции путем более широкого внедрения «стрипинг» операций.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ АРТРОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ПАТОЛОГИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.

Алиев Р.Б., Будаев Д.Ш.

МСЧ МВД России по Республике Дагестан

По данным литературы травмы коленного сустава относятся к группе часто встречающейся патологии опорно-двигательного аппарата, их доля составляет 18,3%. Частота повреждений коленного сустава объясняется тем, что он является одним из самых крупных суставов человека, который претерпевает значительные физические нагрузки и имеет сложную конфигурацию с множеством анатомических структур, движения в нем производятся в взаимно перпендикулярных осях и плоскостях. Актуальность. Артроскопия, как малоинвазивный метод лечения и диагностики при повреждениях коленного сустава, является методом выбора при травмах коленного сустава.

Цель. Применение артроскопических вмешательств в сочетании с послеоперационной реабилитацией и последующим диспансерным наблюдением, позволяющими минимизировать

риск осложнений и добиться оптимальных результатов лечения. Материалы и методы. В представленном докладе освещены и систематизированы результаты обследования и лечения 253 пациентов, пролеченных с 2016 года по настоящее время в клиническом госпитале МСЧ МВД РФ по РД. Из них мужчины – 239 (94,5%), женщины – 14 (5,5%) в возрастном диапазоне от 20 до 60 лет. В связи с тем, что МСЧ МВД РФ по РД имеет статус межрегиональной комплексное лечение в нашей медицинской организации получили 62 пациента из 32 регионов России, что составило 24,5% от общего количества пациентов. Наиболее частый механизм травматизации сустава касательно всех пациентов – это падение со скручиванием нижней конечности в коленном суставе с фиксированной стопой. Помимо клинических методов диагностики предопераци-

онное обследование включало следующие методы исследования: обзорная рентгенограмма в стандартных или дополнительных проекциях, МРТИ, МСКТИ, УЗИ, контрастные артрографии, функциональные рентгенограммы, диагностическая артроскопия. Показания и противопоказания к операции ставились на основании результатов данных исследований. В послеоперационном периоде все пациенты нуждаются в реабилитационных мероприятиях, проводимых в несколько этапов. Первый этап реабилитации в условиях хирургического отделения: изометрические упражнения на мышцы конечности, подтягивание вверх надколенника, растягивание икроножной мышцы без осевой нагрузки на конечность, подъем прямой ноги в тугоре, криоаппликации на сустав, обучение ходьбе на костылях. С открытием лечебно-реабилитационного центра МВД РФ по РД, с сентября 2018 года в среднем на 5-7 суток после оперативного вмешательства, все прооперированные пациенты переводились в отделение медицинской реабилитации и с учетом результатов тестирования, в соответствии с указанными шкалами, составляется реабилитационная программа, рассчитанная на среднее

пребывание пациента в реабилитационном центре на 10-12 дней. Использование строго по показаниям физиотерапевтических методов, а также массаж, индивидуальные занятия ЛФК, механокинезотерапия с использованием аппаратов для разработок суставов, позволили оптимизировать реабилитацию данной категории пациентов. Преимущества: • Применение артроскопии позволяет в 94-96% установить точный диагноз • Сроки пребывания пациентов в стационаре сокращаются в среднем в 2,5-3 раза • Оптимизируются отдаленные результаты лечения • Уменьшается количество осложнений со стороны операционных ран

Выводы.

Артроскопия, как малоинвазивный метод лечения повреждений и приобретенной патологии коленного сустава в сочетании с активными реабилитационными мероприятиями, позволяет существенно ускорить восстановительные процессы, улучшить отдаленные результаты лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЛЕНОДИМЕКСИДА В ЛЕЧЕНИИ РАН АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

М.А.Алиев, С.Ю.Сафаров., Х.М.Абдулмажидов, Джанмурзаев У.И.

*Дагестанский государственный медицинский университет,
городская клиническая больница № 1*

Лечение ран анального канала остается одной из актуальных проблем в колопроктологии, так как послеоперационные нагноения ран этой области, по данным ряда авторов, колеблется от 10 до 50%. Мы провели микробиологическую и цитологическую оценку эффективности сочетанного использования спленина и димексида в лечении ано-ректальных ран. Известно, что димексид обладает способностью растворять лекарственные средства и с высокой скоростью проникать через биологические мембраны, слизистые, оболочки микробов, свойственно так же анальгезирующее и антисептическое действия. Спленин богат цитокиновыми факторами и обладает высокими антисептическими, детоксикационными и иммуностимулирующими свойствами.

Материал и методы исследования: в исследование вошли 55 проктологических больных после геморроидэктомии, иссечения анальных трещин, и параректальных свищей. Возраст больных колебалось от 18 до 58 лет, женщин было 23 мужчин – 33 человек. Все больные разбиты на две группы: основная – 30 и контрольная - 25 человек. Больные обеих групп по возрасту, сопутствующим заболеваниям и по нозологиям были идентичны. В оценке эффективности проводимого лечения наряду с клиническими показателями ис-

пользовали цитологические и микробиологические исследования, на протяжении всего срока наблюдения за операционными ранами.

Результаты. Исследование мазков-отпечатков показало, что на 2-3-й сутки воспалительная реакция в ранах обеих групп характеризовалась выраженной клеточной реакцией преимущественно нейтрофильного типа с небольшой примесью эозинофилов и лимфоцитов. При осложненном течении и присоединении вторичной инфекции увеличивалось число фагоцитирующих макрофагов. Данные исследования показали, что у всех больных в микробном пейзаже гнойной раны обнаруживалась преимущественно ассоциативная микрофлора, включавшая чаще всего кишечную палочку-37%, энтерококк-14%, протей-14%, которые были устойчивыми к часто применяемым антибактериальным средствам в 60% случаев. Меньше встречались синегнойная палочка, стафилококк по 8%. В монокультуре чаще всего выявлялась кишечная палочка. К 5-м суткам после операции в цитограммах раневых отпечатков больных контрольной группы преобладали нейтрофильные лейкоциты и лишь в небольшом количестве встречались одноядерные клеточные элементы кровяного происхождения (лимфо- и моноцитарные клетки). В основной группе в это время при неосложненном течении раневого процесса число нейтрофилов в мазках

заметно уменьшалось, в них отмечались явления дистрофии и дегенерации: цитоплазма клеток уже не имела четких границ, ядра были гипертрофированы, сегментация ядер не выражена, контур их размыты, хроматин разрыхлен. На этом фоне в отпечатках нарастало количество одноядерных гистиоцитов. В контрольной группе больных заметное очищение раны наблюдалось лишь к концу 1-й недели после операции при этом, в раневых отпечатках увеличивалось число гистиоцитарных элементов и появлялись единичные фибробласты. В цитограммах у больных основной группы к 7-му дню после операции воспалительная реакция сменялась появлением клеточных признаков репарации (одноядерных гистиоцитов и фибробластов). На 2-й неделе после операции появлялись пласты незрелого плоского

эпителия и клеточные элементы фиброзной ткани.

Выводы

Проведенные нами клинико-цитологические исследования показали, что при использовании традиционных методов лечения послеоперационных ран ано-ректальной области почти у половины больных наблюдалось осложненное течение раненого процесса, которое характеризовалось воспалительной реакцией, отеком периаанальной области и замедленным развитием репаративных процессов. При использовании спленодимексиды отмечается значительное ускорение репаративных процессов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Алибеков Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А.,
Жвиташвили И.Д., Прохоренко Т.И.*

ГБУ РД «ГКБ №1», Махачкала, ФГБОУ ВО СГМУ, Смоленск

Проблема лечения холедохолитиаза как одного из частых осложнений желчно-каменной болезни остается актуальной и на сегодняшний день.

Целью исследования является изучение возможности малоинвазивных методов лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом.

Материал и методы. Отбор больных 1. Больные с подозрением или подтвержденным холедохолитиазом. 2. Все больные имели расширенный гепатихоледох. 3. Множественные или большие камни. 4. Неудача выполнения ЭПСТ или удаления камней. Всего 42 пациента ЖКБ, осложненным холедохолитиазом. Всем выполнялась ЛХЭ. Лапароскопическая коррекция холедохолитиаза 21 больному, ЭПСТ до/послеоперационном периоде ЛХЭ – 21. Обе группы сравнимы по гендерно-возрастному показателю, нозологической форме. В первой основной группе: хр. холецистохоледохолитиаз – 13 больных, - острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит – 4, холедохолитиаз, гнойный холангит – 2, резидуальный холедохолитиаз (ЛХЭ в анамнезе) – 2. Механическая желтуха наблюдалась в 6 случаях (28,6%). В срочном порядке оперировано – 8, в плановом – 13 пациентов. Всем пациентам интраоперационно выполнялась холангиоскопия аппаратом фирмы Pentax. Характер проведенных вмешательств на холедохе: холедохолитотомия и дренирование общего желчного протока по Керу – 14, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому – 1, холедохолитотомия глухой шов холедоха и стентирование -1, лапароскопический холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – 5, Показанием

ХДА явилось пожилой возраст и наличие протяженной стриктуры дистального отдела ОЖП. В контрольной группе (N=21) до операции (ЛХЭ) ЭПСТ выполнена у 16 пациентов, после операции ЛХЭ - у 5. Механическая желтуха наблюдалась у 8 (38,1%), холедохолитиаз - у 19 стриктура дистального отдела ОЖП – у 2. В 4 случаях потребовалось повторное выполнение ЭПСТ, литоэкстракции. У трех пациентов не удалось устранить холедохолитиаз эндоскопически ввиду наличия крупных конкрементов в ОЖП. Все три пациента впоследствии оперированы лапароскопически.

Результаты и обсуждение. Осложнения в основной группе – 4,8% (2): желчеистечение по улавливающему дренажу – 1(2,4%) гемобилома подпеченочного пространства - 1(2,4%). В контрольной группе осложнения – 7,1% (3): острый панкреатит - 2 (4,8%), желудочно-кишечное кровотечение - 1 (2,3%). Повторных хирургических вмешательств и летальности не было. Критерии оценки: продолжительность операции – ЛХЭ и ЭПСТ ? 1 – 3 часа; ЛХЭ и холедохолитотомия ? 1 – 3 часа. Возможность удаления больших и множественных камней - ЛХЭ и ЭПСТ представляют сложности, ЛХЭ и холедохолитотомия – возможно удаление. Сфинктер одди (БДС) при ЛХЭ и ЭПСТ рассекается а при ЛХЭ и холедохолитотомия – не рассекается. Холангиты и панкреатиты при ЛХЭ и ЭПСТ часто наблюдаются, а при ЛХЭ и холедохолитотомия практически нет. Резидуальный холедохолитиаз чаще встречается при ЛХЭ и ЭПСТ. Количество этапных операций при ЛХЭ и ЭПСТ – многоэтапно, при ЛХЭ и холе-

дохолитотомия – в один этап. Стоимость и средняя длительность лечения при ЛХЭ и ЭПСТ выше по сравнению с ЛХЭ и холедохолитотомией. Кривая обучения специалиста при ЛХЭ и ЭПСТ значительно меньше по сравнению с ЛХЭ и холедохолитотомией.

Выводы

Лапароскопические методы позволяют излечить больного холецистохоледохолитиазом в один этап. Особенно это актуально в ситуациях, когда возникают те или иные трудности для эндоскопической коррекции. Однако о полноценной альтернативе лапароскопической коррекции холедохолитиаза и ЭПСТ преждевременно, данное направление является перспективным, и конечно, требует дальнейшего изучения, и накопления опыта.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ.

Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Жвиташвили И.Д., Прохоренко Т.И.
Алибегов Р.А.(1), Сергеев О.А.(2), Жвиташвили И.Д.(2), Прохоренко Т.И.(2).
Алибегов Р.А.(1), Сергеев О.А.(2), Жвиташвили И.Д.(3), Прохоренко Т.И.(3).

Республиканская клиническая больница, г. Махачкала.
Смоленский государственный медицинский университет,
ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

Не смотря на широкое внедрение скрининга в лечебной сети первичного колоректального рака (КРР), ? пациентов имеют метастазы в печень на момент выявления. Хирургическое лечение метастазов КРР (мКРР) является «золотым стандартом» лечения. Но уровень интра-и послеоперационных осложнений, техническая трудоемкость анатомических резекций препятствует широкому внедрению данных операций вне специализированных отделений.

Цель: повысить радикальность лечения синхронных и метасинхронных мКРР в печень.

Материал и методы. Анализируются результаты хирургического лечения 67 больных мКРР в печень, которым было проведено 72 вмешательства. В исследование лиц женского пола – 39, мужского – 9, средний возраст 54,2±7,1 лет. Трое пациентов оперировано дважды, 1 – трижды. Среди выполненных операций преобладали расширенные анатомические резекции – 52, сегментарные – 15. Характеристика пациентов: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – 19, расширенная ПГГЭ – 14, левосторонняя ГГЭ (ЛГГЭ) – 16, расширенная ЛГГЭ – 3. Бисегментэктомия SVII-VIII – 2, трисегментэктомия SII,III,IVB – 1, левосторонняя латеральная секциозэктомия (ЛЛСЭ) – 4, правосторонняя латеральная секциозэктомия – 1, сегментэктомия SIII – 2. Экономные неанатомические резекции печени при билобарном поражении (удаление от 3 до 8 очагов) – у 5 пациентов. Лапароскопически операции: ЛЛСЭ – 2, лапароскопическая резекция SIII – 1. Лапароскопически-ассистированные вмешательства выполнены у 2-х больных, выполнено ЛГГЭ в обоих случаях. Билобарное поражение печени отмечалось у 30 больных. Метасинхронные метастазы наблюдались у 37 больных, синхронные –

у 30. Синхронные операции с удалением первичной опухоли выполнены у 12 больных: низкая передняя резекция прямой кишки+бисегментэктомия SVII-VIII – 1, передняя резекция прямой кишки + трисегментэктомия SII,III,IVB – 1, правосторонняя гемиколэктомия+ЛГГЭ – 1, правосторонняя гемиколэктомия + неанатомические резекции печени – 6, резекция сигмовидной кишки + ЛЛСЭ – 2, левосторонняя гемиколэктомия + резекция SIII – 1. В 2-х случаях при наличии доминирующих очагов в печени и клинически незначимой первичной опухоли применена методика Liver First. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 40,1% (n=27) случаях. Осложнения (Clavien-Dindo): I – 9 (13,4%), II – 10 (14,9%), IIIa – 4 (6,0%), IIIb – 2 (2,9%), IVa – 2 (2,9%). Летальность – 1 (1,5%). Отдаленные результаты (выживаемость): 3-х летняя – 43%, пятилетняя – 28%. Безрецидивная выживаемость – 19%.

Обсуждение: выполнение больших резекций печени (>2 сегментов) сопряжено с большим операционным риском и послеоперационными осложнениями; сегменториентированные анатомические резекции допустимы во всех случаях их абластического выполнения, так как не снижают отдаленной выживаемости. Лечение синхронного мКРР в один этап представляется интересным, но требует дальнейшего изучения и накопления опыта.

Выводы

Наиболее радикальным методом лечения при мКРР в печень, позволяющим увеличить продолжительность жизни и повысить ее качество остается резекция печени; лапароскопические

операции позволяют значительно снизить травматичность вмешательства, не снижая радикальность лечения; одноэтапные операции при син-

хронных метастазах не сопряжены с повышенным риском послеоперационных осложнений и летальности при рациональном, селективном подходе.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (ТАРР, ТЕР) ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ.

Алибегов М.А.(1)(2), Курбанов М.М. (1), Мелконян С.С. (2), Магомедов Н.Н. (1), Абдурахманов Ф.М. (1) Алибегов М.А.(1)(2), Курбанов М.М. (1), Мелконян С.С. (2), Магомедов Н.Н. (1), Абдурахманов Ф.М. (1)

*ГБУ РД "Городская клиническая больница №1", Махачкала
ОГБУЗ "Клиническая больница №1", Смоленск*

Представлены результаты лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж трансабдоминальной преперитонеальной(ТАРР) и тотальной экстраперитонеальной герниопластики(ТЕР). В настоящее время установлено, что оптимальным вариантом ненатяжной пластики задней стенки пахового канала являются операции с применением видеоэндоскопических технологий.

Цель - оценка результатов трансабдоминальной преперитонеальной(ТАРР) и тотальной экстраперитонеальной паховой герниопластики(ТЕР).

Материалы и методы. В работе представлен опыт применения видеолапароскопических методов лечения паховых грыж. С января 2018года выполнено 56 операций. 50 пациентов были мужского пола, 6-женского. Возрастной интервал составил от 18 до 66 лет. Пациентов с односторонней паховой грыжей было 38, с двусторонней паховой грыжей – 9, с рецидивной паховой грыжей (после пластики по Лихтенштейну) – 9. ТАРР была выполнена 32 случаях, ТЕР-24. Критериями оценки результатов оперативного вмешательства являлись: время его проведения, сроки госпитализации, частота осложнений, степень выраженности болевого синдрома, и экономическая составляющая. Средняя продолжительность операции составила 95,3 мин для ТАРР, 113,8 мин- для ТЕР. Средний срок госпитализации при ТАРР составил 4 койко-дня. Для ТЕР -3 койко-дня. Особенности которые были выявлены в ходе выполнения оперативных вмешательств ТАРР: 1) Работа из стандартного доступа. Расположение анатомических ориентиров соответствует классическим лапароскопическим операциям. 2) Возможность интраабдоминальной диагностики. 3)Короткая кривая обучаемости. 4) Меньшая раневая поверхность, которая соответствует стандартному размеру трансплантата 10х15см. Для ТЕР выявлены следующие особенности: прямой доступ без вхождения в брюшную

полость. 2) широкое и объемное рабочее пространство. 3) Отсутствие необходимости фиксации сетчатого трансплантата. 4) Исключение контакта со спайками брюшины. Результаты. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Конверсия в ТАРР выполнена в 1 случае. Активизация больных проводилась 1-е сутки после операции. Выраженность послеоперационного болевого синдрома на 1-е сутки после операции по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составила 2-3 балла. Из послеоперационных осложнений отмечалось 6 случаев образования клинически значимых сером и 1 гематома передней брюшной стенки. Отдаленные результаты наблюдали в сроки до 1 года. Рецидивов не выявлено. Достоверного снижения качества жизни оперированных больных по комбинации опросников SF-36 и GIQLI не выявлено. У 3х пациентов наблюдался хронический болевой синдром (более 6 месяцев после операции), купированный введением НПВС.

Выводы

Лапароскопическая герниопластика считается золотым стандартом при лечении паховых грыж на современном этапе развития хирургии. Эндоскопические способы пластики паховой грыжи приводят к более раннему возвращению к повседневной деятельности или к труду. Тотальная экстраперитонеальная пластика является малотравматичным оперативным вмешательством, которое исключает контакт с брюшной полостью, способствует раннему возвращению пациентов к активной деятельности, исключает формирование троакарных грыж и обладает хорошим косметическим эффектом. ТЕР является наиболее экономически выгодным методом чем ТАРР.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**Алибегов Р.А. (1), Сергеев О.А. (2), Жвиташвили И.Д. (2), Прохоренко Т.И. (2),
Магомедов Н.Н. (1), Магомедов М.М. (1), Магомедов М.С. (1)**

*ГБУ РД «ГКБ №1», Махачкала
ФГБОУ ВО СГМУ, Смоленск*

В настоящее время лапароскопическая технология позволяет выполнить свыше 70-80% абдоминальных операций. При этом спектр лапароскопических вмешательств с каждым годом расширяется.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты лапароскопических операций в абдоминальной хирургии.

Материал и методы. За период 2015-2019 гг. в клинике выполнено 867 лапароскопических операций при различных заболеваниях органов брюшной полости. Спектр вмешательств при онкологической патологии включал: резекция прямой и ободочной кишки – 63, субтотальная резекция желудка – 12, тотальная гастрэктомия – 1, резекция левой половины поджелудочной железы – 5, панкреатодуоденальная резекция – 1, резекция печени – 7, резекция тонкого кишечника – 3, реконструктивные операции на толстом кишечнике после операции Гартмана – 6. Билиодигестивные анастомозы (холецистоэнтеро-, и холедоходуодено-анастомозы) сформированы в 9 случаях, причем в 3-х - сочетание с гастроэнтероанастомозом. Радикальная нефрэктомия произведена у 12 больных, резекция нижнего полюса левой почки – у 2. При доброкачественной патологии наиболее часто выполняли холецистэктомию из стандартного доступа – 426 и из единого доступа – 115. Резекция желудка по Бильрот-1 при стенозе выходного отдела желудка – у 5 больных. У 27 пациентов с холедохолитиазом произведена холангиоскопия, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха. Пластика паховых грыж трансабдоминальным методом (TAPP) сделана у 46 больных, забрюшинным доступом (TEP) – у 24, послеопера-

ционных вентральных грыж – у 35. Эзофагофундопликация при диафрагмальных грыжах выполнена у 27 больных, лапароскопическая операция Геллера при ахалазии кардии – у 7. Антевазальная пластика лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе произведена у 2 пациентов, удаление крупных камней из мочеточника – у 2, иссечение кист почек – у 7. Симультанные операции (холецистэктомия и пластика грыж) осуществлены у 23 пациентов.

Результаты. Средняя длительность операции составила: при резекции прямой и ободочной кишки – 210 (180-360) мин; при резекции желудка – 258 (140-420) мин. В группе пациентов с онкопатологией осложнения после операций наблюдали у 7 (5,8%) больных, при этом жизнеугрожающее осложнение (перфорация тонкой кишки) потребовавшее повторную операцию – у одного. Умер один больной (0,8%) в результате ТЭЛА. В группе больных с доброкачественной патологией осложнения развились у 11 (1,5%) больных, жизнеугрожающее осложнение (повреждение холедоха) – у одной больной. Конверсия выполнена у 13 (1,5%) больных.

Выводы

Лапароскопическая технология значительно уменьшает травматичность операции, болевого синдрома, быстрее восстанавливает после операции, значительно сокращает послеоперационного койко-дня, позволяет добиться максимального косметического эффекта. Несомненным преимуществом лапароскопической операции является хорошая визуализация и возможность выполнения симульных операций в различных отделах брюшной полости

ОНКОХИРУРГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ВНЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЯХ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Курбанов К.А., Эльдарханова А.З., Омаров К.Х.,
Магомедов С.М., Омаров О.И., Гасанов М.К., Закаржаева З.М.**

ГБУ РД "НКО "ДЦГХ"

Проблема лечения больных внеорганными опухолями торак- абдоминальной локализации (ТОЛ) остается сложной. Актуальность обусловлена эмбрио- и гистологическим разнообразием, топографо-анатомическим разнообразием, своеобразием клинической картины, а также с уточне-

нием нозологической принадлежности. Хирургический объем в этой группе больных оказывается с многочисленными организационными тактическими и другими врачебными ошибками. Высокий индекс агрессивности, высокий потенциал местного рецидивирования сочетается с низкой

чувствительностью к методам противоопухолевой терапии. Такова общая характеристика. Несмотря на совершенствование методов хирургического и комбинированного лечения, непосредственные и отдаленные результаты неутешительны. Каждая 10 операция при местнораспространенном опухолевом процессе носит эксплоративный характер. Частота выполнения радикальных и условно-радикальных операций низкая. Основными причинами отказа от радикальных операций являются – связь опухоли с близлежащими органами брюшной полости и забрюшинного пространства, с магистральными сосудами, с костными структурами, рецидивами заболевания. Необходимым условием для проведения операции является наличие высокой квалификации оперирующего хирурга, владеющего методиками хирургических манипуляций на органах шеи, грудной полости, брюшной полости и малого таза, магистральных сосудов. Сформулирована стратегия хирургического лечения внеорганных опухолей торако- абдоминальной локализации, в том числе при вовлечении в опухолевый процесс магистральных сосудов. К задачам первичной диагностики относят установление факта наличия опухоли, определение ее происхождения (первичная, метастатическая, органогенная, неорганная) и гистогенеза.

Материалы и методы. В ДЦГХ заложены основы торако-абдоминальной онкохирургической специальности. Наряду с общеклиническими методиками в комплексное обследование включены: УЗИ, КТ, МРТ. Изучены внеорганные опухоли у 168 больных торакальной и абдоминальной локализации: мужчин -89, женщин -99. Возраст в диапазоне от 15 до 94 лет. Частота встречаемости опухолевых новообразований по

локализации. Структура нозологических единиц представлена следующим образом (n=168): неорганные шейные опухолевые заболевания 37 (22%); неорганные заболевания средостения 78 (46%); неорганные забрюшинные опухоли 53 (52%). Внеорганные опухолевые заболевания шеи, средостения (n=114): Медиастинальный зоб-22(21%); неврогенные опухоли-30 (27%); Лимфомы-14(13%); кисты-15(14%); тератомы-11(10%); Липомы-9(8%); сосудистые опухоли-4(4%); прочие-3(3%); всего-114(2%); летальность-2(1,7%) Распределение пациентов в зависимости от морфологии НЗО (n=54) с 1 летальным исходом: Герминогенные опухоли (тератома) -3; Опухоли мезенхимы (саркомы) -33; опухоли эндокринной системы (параганглиома)-9; опухоли неопределенной дифференцировки-9.

Результаты. Практически все оперативные вмешательства при местнораспространенном раке являются нестандартными и должны быть выполнены в специализированных центрах. Непосредственные результаты 114 операций с летальностью 1,7% считаем вполне удовлетворительными.

Выводы

1. Мультидисциплинарный подход с использованием опыта специалистов смежных хирургических специальностей химиолучевой терапии в решении данной проблемы может привести к желаемому результату.
2. В доклинической стадии редко ставится диагноз. При признаках местнораспространенной опухоли с компримированием близлежащих органов определяют частый контакт опухоли с соседними органами и с сосудистыми структурами.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.

**Алиев М.А.(1,2), Скороваров А.С.(2), Сафаров С.Ю.(1),
Магомедов Н.И.(2), Джанаев М.С(1).**

*Дагестанский государственный медицинский университет,
городская клиническая больница 1*

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии является одним из актуальных проблем современной хирургии. Летальность при рецидивных кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода превышает 50%. Рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода наблюдаются у, более чем, 70% пациентов.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения 22 пациентов с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода, которым были использованы различные способы остановки кровотечения. Лица мужского пола

были -18, женского-4. Всем пациентам при поступлении выполнялись общеклинические, специальные лабораторные и инструментальные методы исследования. 18 пациентов из-за тяжести состояния были госпитализированы в реанимационное отделение, а 4- в отделение общей хирургии под динамическим наблюдением. При фиброэзофагогастроскопии варикозное расширение вен пищевода обнаружено у всех больных; у 6 - II степени (изолированные прямые варикозно расширенные вены пищевода, которые незначительно суживают просвет), у 10 - III (степени крупные, извитые вены, значительно сужи-

вающие просвет пищевода), у 6- IV степени (почти полная обтурация просвета пищевода - признаки высокого риска кровотечения из вен). В анализах крови отмечено снижение гемоглобина в среднем, до 76 г/л, эритроцитов до 2.2 10¹²/литр. Как показал опрос больных и родственников, 7 пациентов поступили стационар поздно, только на 2 сутки от начала кровотечения, 5 в состоянии геморрагического шока. Еще 6 пациентов были доставлены в стационар в состоянии геморрагического шока. Пациенты и родственники объясняли данную ситуацию тем, что не думали о тяжести заболевания и надеялись на остановку кровотечения самостоятельно. Сразу после поступления всем пациентам выполняли эзофагогастроскопию, устанавливали желудочный зонд, проводили гемостатическую терапию. Больные получали по показаниям переливания крови, плазмы, кровезаменители, печеночную терапию. в зависимости от способа остановки кровотечения все больные разделены на 4 группы. 1 группа- 5 пациентов, основным способом остановки кровотечения явилось использование зонда Блейкмора. После остановки кровотечения гемостатическую терапию продолжали. 2 группа- шесть пациентов, наряду с установкой зонда Блейкмора, после остановки кровотечения, проводили склерозирование варикозно расширенных вен пищевода. За один сеанс тромбировали не более трех венозных узлов. При необходимости процедуру повторяли через 5 дней. 3 группа - пять пациентов, которым после остановки кровотечения было выполнено эндоскопическое лигирование вены с помощью эластиче-

ских колец или петель. При этом на каждую варикозно расширенную вену накладывали от 1 до 3 колец. 4 группа-шесть пациентов, четверым больным из которых использована одновременная эмболизация селезеночной и левой желудочной артерий, а двоим- эмболизацию только селезеночной артерии. Суть метода состоит в эндоваскулярной катетеризации и введении в их просвет эмболизирующего материала, заключающаяся во введении в просвет селезеночной артерии 5–15 эмболов из органосовместимого пенополиуретана.

Результаты. В первой группе рецидив кровотечения отмечен у 5 пациентов, умерли двое пациентов, один от полиорганной недостаточности, один от геморрагического шока. Во-второй группе умерла одна пациентка, от рецидива кровотечения и геморрагического шока. В третьей группе-умер один пациент, от рецидива кровотечения. В четвертой группе- умер один больной, которому было выполнено эмболизация селезеночной артерии, без эмболизации левой желудочковой артерии. Причина смерти-острая печеночная недостаточность. Наблюдение за 4 больными, которым выполнено эмболизация селезеночной артерии и левой желудочной артерии в течение года -рецидива кровотечения нет.

Выводы

Проведенные исследования показали, что эмболизации селезеночной и левой желудочковой артерии снижает летальность и риск рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНОЙ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩЕЙ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Алиев М.А.(1,2), Джанмурзаев У.И.(2), Сафаров С.Ю.(1), Абдулмажидов Х.М.(2)

*Дагестанский государственный медицинский университет(1),
городская клиническая больница(2)*

Проблема лечения трансфинктерных свищей до сих пор остается актуальной, так как предложенные методики имеют высокий процент рецидивов и послеоперационных осложнений. В литературе описываются различные методы лечения и часто встречаются противоречивые данные относительно целесообразности и эффективности применения той или иной методики. В настоящее время при лечении трансфинктерных свищей прямой кишки чаще всего применяются следующие методы хирургических вмешательств: иссечение свища с ушиванием сфинктера; иссечение свища с проведением лигатуры; иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки; за-

крытие внутреннего отверстия при помощи биопротезного обтуратора; заполнение свищевого хода биологическим клеем. К недостаткам всех этих методов относятся: 1. высокий риск послеоперационной слабости анального жома до 44.8% 2. относительно высокая частота гнойно-воспалительных осложнений более 10% 3. длительный период послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента – от 4 недель до нескольких месяцев. Учитывая довольно высокий процент инконтиненции, большое количество гнойно-септических осложнений мы решили использовать новую миниинвазивную сфинктеросохраняющую методику хирургического лечения трансфинктерных свищей.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с трансфинктерными свищами прямой кишки.

Материал и методы. В исследовании вошли 15 больных с трансфинктерными свищами прямой кишки, которым использован новый миниинвазивный метод хирургического лечения. Суть метода заключается в том, что поперечным разрезом длиной 1,5 см у медиального края свищевого хода, на расстоянии 1-1,5 см от края прямой кишки, рассекают кожу с подкожной клетчаткой, выделяют свищевой ход на протяжении до 1,0 см, без вскрытия его просвета, и завязывают двумя лигатурами на расстоянии до 0,5 см друг от друга, и рассекается. В области внутреннего отверстия свищевого хода у пораженной крипты рубцово-измененные ткани иссекаются. Для закрытия внутреннего отверстия свищевого хода, со стороны просвета прямой кишки, при диаметре внутреннего отверстия свищевого хода до 0,4 см, используется метод сегментарного перемещения слизистой прямой кишки, а при диаметре свищевого хода более 0,5 см, перемещается слизисто-мышечный лоскут прямой кишки на ножке. После гидравлической препаровки, поперечным разрезом, на 0,2 см выше внутреннего отверстия свищевого хода, выкраивают лоскут слизистой на ножке, длиной 1,5 см и шириной 0,7-0,8 см. Выделенный лоскут свободно, без натяжения укладывают на внутреннее отверстие свищевого хода и фиксируют 3-мя -4-мя швами викрилом № 3 к ее краям. Оставшийся после перемещения дефект слизистой ушивается 2-мя -3-мя узловыми швами викрила № 3. Для защиты раны

прямой кишки от попадания кишечного содержимого и нагноения, а также ее герметизации, используется медицинский клей "Сульфакрилат", обладающий антибактериальным, гемостатическим эффектом. Клей наносится тонким слоем. Для укрепления шва, после нанесения клея, держивают в соединенном состоянии края перемещенной слизистой в течение 2-3 минут. В течение указанного времени на соединенных раневых поверхностях образуется прочный клеевой шов. Образующаяся клеевая пленка эластична, не ломается в течение 10-15 суток. Этого срока хватает для первичного заживления раны, воспаление тканей не происходит. На рану накладывают гемостатическую губку. Наружное отверстие свищевого хода saniруется ежедневно антисептиками, в течение 3-х дней, в просвет вводят 70% этиловый спирт. Это приводит к склерозированию и ликвидации наружного отверстия свища в течение 3-5 дней.

Выводы

Наблюдение в течение 6 месяцев за больными показало, что использование данного метода лечения у 15 больных показали хорошие ближайшие и отдаленные результаты: в 2 раза сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, ближайший послеоперационный период протекает гладко. Наружный свищевой ход закрывался в среднем на 8-10 суток. Ни в одном случае не наблюдался слабость сфинктера прямой кишки.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов Н.И., Магомедов Р.З.

*Дагестанский государственный медицинский университет,
городская клиническая больница № 1*

Диагностика и лечение больных с тромбозом мезентериальных сосудов остается одной из сложных задач в экстренной абдоминальной хирургии. Такие больные встречаются нечасто, по литературным данным от 0,05 до 2% , и поступают они в стационар под другими диагнозами, чем отчасти обусловлено запоздалое оперативное лечение и высокая летальность- до 90%.

Цель исследования: оценить клинические проявления и диагностические возможности лапароскопии при тромбозах мезентериальных сосудов.

Материал и методы. С 2011 по 2018 года в хирургическое отделение ГКБ № 1 были доставлены 21 больной с диагнозом тромбоз мезентериальных сосудов. Мужчин было 6 женщин- 15. По возрасту больные распределились следующим образом: до 60 лет 2 больных, от 60 до 70 лет – 6 больных, от 70 до 75 лет- 6 больных, более

75 лет- 7 больных. Сроки поступления в стационар от начала заболевания составили: двое больных доставлены до 7 часов от начала заболевания; 10 больных доставлены в сроки от 10 до 24 часов от начала заболевания, 9 больных доставлены через сутки от начала заболевания. Средние сроки поступления в стационар составили более 16 часов от момента начала заболевания. При поступлении состояние больных оценивалось как средней тяжести- у 5 больных, тяжелая- у 10, и крайне тяжелое - у 6 больных. У всех больных- сопутствующая сердечная-сосудистая , легочная патология. Больные поступили в стационар под разными диагнозами: 8 больных - с диагнозом острый панкреатит, 10 больных- кишечная непроходимость, и 4 больных - острый живот. Время, от госпитализации до установления правильного диагноза составило 11 часов.

Клинические проявления тромбоза мезентериальных сосудов зависело от стадии заболевания; при ишемическом поражении кишечника больные чаще всего жаловались на крайне интенсивные схваткообразные боли, без определенной локализации, которые уменьшались после приема спазмолитиков, боли нередко сопровождались тошнотой, рвотой, бледностью кожных покровов. Отмечалась нестабильная гемодинамика. Живот при осмотре умеренно вздут, при пальпации слегка болезненный во всех отделах, без четкой локализации. Иногда при мягком животе появлялся стул в виде малинового желе. При перитоните боли носили интенсивный характер, состояние больных ухудшалось, нарастала интоксикация, появлялся положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Для уточнения диагноза имело значение тщательно собранный анамнез заболевания. Чаще всего (12 больных) жаловались на внезапное начало, с интенсивных болей в животе, без определенной локализации. Незначительные боли с дискомфортом желудочно-кишечного тракта отмечены у 9 больных. Задержку газов и стула отмечены у 12 больных, у шести больных проблем со стулом не было. Следует подчеркнуть, что при пальцевом исследовании из 15 больных у 6 имелись следы стула в виде малинового желе, но данные изменения никак не трактовались. Предоперационное обследование включало в себя: общеклинические и биохимические исследования, УЗИ, эндоскопические исследования. Обзорная рентгенография выполнено у всех больных - пневматоз выявлен у 100% больных, симптом «отпечатка большого пальца» - у 10 больных. Диагностическая лапароскопия выполнена у 16 больных, во всех случаях

выявлен локальный или распространенный инфаркт кишечника. В 11 случаях выполнена диагностическая лапаротомия. Время от госпитализации до операции составляла от 7 до 24 часов, в среднем 12 часов. Это время включало в себя и предоперационную подготовку с учетом возраста и сопутствующих заболеваний. Всех больных после подтверждения диагноза, госпитализировали в реанимационное отделение.

Объем оперативного вмешательства определяли субоперационно. Выполнены следующие оперативные вмешательства: 1. резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтероанастомоза при сегментарном поражении кишечника - у 6 больных; 2. субтотальное удаление тонкой кишки с наложением еюнотомии - 4 больных; 3. субтотальная резекция тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия с наложением еюнотрансверзанастомоза у 2 больного; 4. Лапаротомия, дренирование брюшной полости 5 больных. Умерло 14 (68%) больных.

Выводы

Неудовлетворительные результаты лечения больных с тромбозом мезентериальных сосудов обусловлены как с поздней обращаемостью больных за медицинской помощью, так и длительностью, и ошибками обследования больных в стационарных условиях; При неясном диагнозе, наличии факторов риска развития тромбоза мезентериальных сосудов, следует целенаправленно использовать видеолароскопию, которая позволяет во всех случаях установить правильный диагноз, оценить степень и протяженность поражения кишечника, а также определить дальнейшую тактику лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ТИТАНОВЫМИ СЕТЧАТЫМИ ИМПЛАНТАМИ

*Аль-Арики Малик К.М. (1), Тархани Мохаммед К.М. (1), Ахмедов Т.З. (1),
Азимов Р.Х. (2), Курбанов Ф.С. (1)*

*РУДН,
ЦКБ РАН.*

В России разработан титановый сетчатый имплант для использования в герниологии. Экспериментальные данные показывают минимальную реакцию тканей на титановые импланты, а также возможность их применения даже в условиях гнойно-воспалительного процесса. Цель: оценка результатов применения титанового сетчатого импланта при лапароскопической герниопластике паховых грыж.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 32 пациентов с паховыми грыжами за период с 01 сентября 2017 г. по 30 октября 2018 г. Все больные разделены на 2 группы: в 1 группе (16 больных)

применяли титановый сетчатый имплант «Титановый шелк» (НПФ «Темп», Россия), во 2 группе (16 больных) – полипропиленовый сетчатый имплант «Эсфил» (ЗАО «Линтекс», Россия). Больным обеих групп выполняли лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику (TAPP). Все пациенты были оперированы в плановом порядке. Средний возраст оперированных пациентов в 1 группе составил $46,1 \pm 12$ лет, во 2 – $49,6 \pm 18,6$ лет ($p > 0,05$). В группах были только мужчины. В обеих группах степень риска анестезии по шкале американского общества анестезиологов (ASA) варьировала от

I до III ($1,6 \pm 0,7$ в 1 группе и $1,5 \pm 0,9$ во 2) и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$).

Результаты. Средняя продолжительность операции была статистически значимо больше в 1 группе ($80,4 \pm 11$ мин.), чем во 2 группе ($68,4 \pm 17$ мин.) ($p < 0,05$). Интраоперационных осложнений в обеих группах не было. Конверсии доступа не потребовалось. Во 2 группе у 1 больного (6,3%) отмечено образование подкожной гематомы в области троакарной раны в правой мезогастральной области, которая вылечена консервативно. Других послеоперационных осложнений у больных обеих групп не отмечали. Летальных исходов в обеих группах не было. Длительность послеоперационного периода у больных 1 группы

была статистически значимо больше, чем у больных 2 группы ($3,9 \pm 1$ и $2,9 \pm 1,2$ суток соответственно, при $p < 0,05$), что было обусловлено контрольным обследованием пациентов 1 группы на 3-и сутки после операции.

Вывод

Использование сетчатого титанового имплантата при лапароскопической герниопластике не сопровождается ростом числа специфических осложнений. Увеличение времени операции объясняется меньшей пластичностью титанового имплантата.

ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Арбулиев К.М., Османов М.Г., Арбулиев М.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет»
МЗ РФ, кафедра урологии

Тактика лечения пациентов со стриктурами уретры – один из спорных и неоднозначных вопросов современной урологии. Актуальность проблемы обусловлена наличием двух принципиально разных подходов к лечению данного заболевания. Первый подход предполагает проведение эндоскопических операций для коррекции стриктур уретры, второй – выполнение различных пластических операций на уретре. Предложены варианты противо-рецидивной терапии препаратами различных групп. Расхождения обусловлены как более высокой частотой рецидива после проведения эндоскопического лечения по сравнению с уретропластикой, так и возможными осложнениями, и недостатками уретропластики как более травматичного вмешательства. Тем не менее, в большинстве случаев первичным методом лечения при коротких стриктурах уретры является внутренняя оптическая уретротомия. По данным литературы и, исходя из собственного опыта лечения пациентов со стриктурами уретры, эндоскопические методы более эффективны при наличии стриктур различных отделов мочеиспускательного канала протяженностью не более 1-го см. Таким образом, в настоящее время стандарты лечения больных со стриктурами уретры являются предметом дискуссий. Цель исследования Изучение воздействия препарата «Митомицин» на экспериментальный рубцовый процесс в уретре лабораторных животных и его возможностей в процессе метафилактики стриктур уретры после их эндоскопического рассечения. Материал и методы исследования Для тщательного изучения влияния препарата «Митомицин» на рубцовый процесс нами проведено экспериментальное исследование с моделированием травматического повреждения уретры и применением «Митомицина» для профилактики рубцового перерождения эпителия

слизистой оболочки в процессе восстановления уретры. Экспериментальное исследование проводилось с разрешения этического комитета и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», в условиях кафедральной операционной. В период с ноября 2014 по май 2015 года был проведен эксперимент на 32 кроликах породы Шиншилла, самцах, весом от 1500 до 2000 грамм, среди которых выделено 4 группы: I группа - оперированные животные (травматическое повреждение уретры); II группа - оперированные животные (травма уретры + введение раствора препарата в день операции); III группа - оперированные животные (травма уретры + введение раствора препарата в день операции и через 5-7 суток); IV группа - интактный контроль. Животным I-III групп под внутримышечно введенным препаратом «Золетил» (50 мг действующего вещества), проводилась обработка операционного поля. Обнажался половой член, в просвет уретры, по нижней поверхности, вводилась бранша зубчатого хирургического зажима, воздействием которой осуществлялось травматическое повреждение слизистой оболочки уретры, вторая бранша осуществляла сдавление тканей полового члена снаружи. Зажим с помощью фиксаторов смыкался, сдавление осуществлялось в течение 3-5 минут, до появления следов кровоизлияний в тканях полового члена. У животных II и III групп, помимо травматического воздействия, в стенку уретры инъекционно вводился 0,1 мл раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия): во II-ой группе – только в день операции, в III-ей группе – в день операции и на 5-е сутки после операции. Повторное введение препарата осуществлялось также под анестезией. В среднем,

через 20 суток после введения препарата «Митомицин», животные всех групп умерщвлялись введением в летальной дозе анестетика Золетил 50 (до 5,0 мл в/м). Производился забор биологического материала для морфологического исследования. Срезы окрашивались гематоксилин-эозином и изучались с помощью электронного микроскопа, подключенного к персональному компьютеру, при увеличении $\times 100$ и $\times 200$ с фотофиксацией. Микроскопическое исследование срезов уретры выявило, что механическая травма на клеточном уровне выражается дефектом покровного многослойного плоского эпителия, гиперемией капилляров, отеком собственного слоя и умеренно выраженной воспалительной инфильтрацией с примесью нейтрофилов. У животных опытной серии с травмой мочеиспускательного канала и 2-х кратным введением в стенку уретры митомицина наблюдались морфологические признаки более активной регенерации эпителия слизистой оболочки, затихания воспалительной реакции со слабо выраженной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией и ангиогенезом, без признаков фибропластической трансформации и стенозирования просвета. Следующим этапом нашего исследования стало практическое применение препарата «Митомицин» в процессе эндоскопического лечения непротяженных стриктур уретры. С января 2013 г. по декабрь 2016 г. на базе Республиканского Урологического Центра 25 пациентам проведено эндоскопическое лечение непротяженных (до 1 см) стриктур различных отделов уретры. Все пациенты прошли комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее восходящую уретрографию и урофлоуметрию. В соответствии с планом исследования пациенты были разделены на две группы: основную ($n = 10$) и группу сравнения ($n = 15$). Всем пациентам была проведена внутренняя оптическая уретротомия по принятой в клинике методике. Пациентам основной группы сразу после оптической уретротомии «холодным» ножом строго на 12 часах условного циферблата, интраоперационно, в область рассечения стриктуры, на 10 и 14 часах условного циферблата, эндоскопическим

инъектором вводился раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия) из расчета 1 мл раствора на 0,5 см длины стриктуры. Длина стриктуры оценивалась с помощью мочеточникового катетера. После завершения введения препарата мочевой пузырь дренировался силиконовым уретральным катетером № 16-18F на 10–14 дней. В группе сравнения препарат не вводился. Контрольное обследование (оценка жалоб по шкале IPSS, ультразвуковое исследование для оценки объема остаточной мочи, урофлоуметрия, уретроцистоскопия при подозрении на рецидив) осуществлялось через один, три и шесть месяцев после операции. Статистический анализ был проведен с использованием программы Statistica 6.0, статистическую обработку проводили критерием Стьюдента. Результаты исследования. Через шесть месяцев после уретротомии проведена оценка эффективно-сти эндоскопического лечения стриктур уретры. В основной группе рецидив наблюдался в одном (10%) случаях из 10, в группе сравнения – в двух (13%) случаях из 15. Оценка межгрупповых различий подтвердила, что подслизистое введение препарата «Митомицин» ($p < 0,05$) снижает вероятность наступления рецидива в два раза при эндоскопической коррекции непротяженных (менее 1 см) стриктур уретры. Применение препарата уменьшило частоту рецидива стриктур с 15,5 до 11,5% у данной категории больных.

Выводы

Применение препарата «Митомицин» показало свою эффективность в процессе экспериментального исследования и подтвердило его на практике, при этом не отмечалось побочных эффектов, как местного, так и системного характера. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о хорошем соотношении эффективности и безопасности препарата в профилактике рецидива стриктур уретры после их эндоскопического лечения, что позволяет применять его в клинической практике.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОККОЗА ПОЧКИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Гамзатов А.Г., Арбулиев М.Г.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет»,
кафедра урологии*

Эхинококкоз почки представляет собой заболевание, обусловленное развитием в ней пузырчатой, гидатидозной стадии гельминта — *taenia echinococcus* (Геллер Н.Ю. 1989). Являясь относительно редким заболеванием, эхинококкоз почки занимает шестое место после эхинококкоза печени, легких, брюшины и сальника, мышц

с подкожной клетчаткой и селезенки (Пряничникова М.Б. и соавт., 2015). За последние 10 лет в Республиканском урологическом центре наблюдали 18 больных с эхинококкозом почки гидатидную форму у 16, альвеолярную у 2 пациентов. Из них 13 было женщин, 5 мужчин. Возраст больных колебался от 20 до 52 лет. В большинстве эти

были сельские жители, которые имели частый контакт с домашними животными. Двусторонний эхинококкоз почки наблюдается довольно редко. Еще реже встречается эхинококкоз врожденно единственной почки; такие наблюдения описаны Housel (1891) и М.Д. Джавад-Заде (1954). Интересно отметить, что при почечном эхинококкозе не бывает одновременного поражения эхинококкозом других органов. Большой разницы в частоте поражения эхинококковым правой и левой почки не отмечается. Этиология и патогенез. Заболевание вызывается гельминтом *taenia echinococcus*. Как видно из собранного нами анамнеза носителем возбудителя заболевания являются домашние животные-кошки, собаки крупный и мелкий скот. Чаще всего во всех случаях гельминтом поражается одна почка. Зародыш гельминта попадает в почку гематогенным или лимфогенным путем, чаще всего в корковый слой. Паренхима поражается редко. Форма заболевания. Различают две формы заболевания: гидатидозная однокамерная киста и альвеолярный многокамерный эхинококкоз. Последняя форма встречается крайне редко. В наших случаях у 16 больных были гидатидозные формы, только у 2-х альвеолярные. Гидатидозная однокамерная киста растет медленно и по мере своего роста сдавливает паренхиму почки, приводя ее к гибели. Вокруг кисты образуется плотная соединительнотканная оболочка, которая превращается в фиброзную капсулу. К капсуле примыкает хитиновая оболочка самой кисты, на внутреннем слое которой развиваются зародышевые пузырьки со сколексами. Если из сколексов не образуются дочерние пузырьки, то киста простая (ацефалотическая). Однако, киста чаще содержит дочерние пузырьки. У 12 больных кисты были больших размеров и образованы единым конгломератом с окружающими тканями и органами. У части больных с 5 из 16 случаев эхинококковые кисты прорвались в полостную систему почки. Альвеолярный эхинококкоз представляет одно целое с почкой. У 6 больных эхинококковая киста нагноилась и, разрушив хитиновую оболочку, прорвалась в паренхиму почки. Альвеолярный многокамерный эхинококкоз рос за счет экзофитной пролиферации путем почкования. Паренхима почки пронизана множеством мелких альвеол, величиной с горошины до вишни. В центральной части эхинококковой массы нередко обнаруживают полости распада, обызвествленные участки, вся масса пронизана плотными фиброзными тяжами и по внешнему виду напоминает опухоль. Клиническое течение эхинококкоза почки. Клинические признаки заболевания проявляются через несколько лет от момента заражения гельминтом. При достижении кистой больших размеров и

вскрытии ее в мочевые пути появляются симптомы заболевания. Основным клиническим признаком заболевания во всех случаях была тупая боль в поясничной области или подреберье. При пальпации можно обнаружить безболезненное и подвижное округлое образование с гладкой поверхностью и упругой консистенцией. Если киста сращена с окружающими органами, то подвижность ее ограничена (5 наблюдений). При прорыве кисты в полость лоханки в 2-х случаях заболевание проявилось почечной коликой. В этом случае моча содержит целые дочерние пузырьки и обрывки хитиновой оболочки. Попадание этих элементов в мочевой пузырь вызывает дизурию. В 3-х случаях нагноение открытой гидатидозной кисты сопровождалось пиурией. Патогномоничен для эхинококкоза симптом дрожания гидатид, возникающий в кисте при толчкообразном постукивании в результате трения дочерних пузырей, но он отмечается крайне редко. В нашем наблюдении отмечалось однажды. Ценную помощь в диагностике оказывает реакция Касони. Только при погибшей или нагноившейся кисте она будет отрицательной во всех случаях. Диагностика эхинококкоза почки. Основной метод диагностики эхинококкоза почки-рентгенологический. Проводится обзорная рентгенография, на которой обнаруживаются изменения, аналогичные простой солитарной кисте. При обызвествлении кисты определяется кольцевидная тень. На экскреторных урограммах и ретроградных пиелограммах при закрытом эхинококкозе определяется серповидная тень, преимущественно по латеральному краю паренхимы почки; при открытом эхинококкозе - округленные образования в виде грозди винограда, обусловленные затеканием жидкости вокруг дочерних пузырей, в полости кисты - горизонтальный уровень жидкости. При разрушении фиброзной оболочки контрастное вещество проникает между ней и паразитарной кистой. Дифференциальная диагностика основывается главным образом на патогномоничных признаках рентгенологического обследования и на результате реакции Касони. Лечение эхинококкоза почки. Лечение, как правило, оперативное и органосохраняющее. Наиболее безопасной и радикальной операцией является закрытая одномоментная эхинококкотомия. Проводится также нефрэктомия. Для профилактики эхинококкоза необходимы санитарно-просветительные мероприятия с целью осведомления населения об опасности заражения от домашних животных, тщательный санитарно-ветеринарный надзор за бойнями.

ОПЕРАЦИЯ «ОКОШКО КАЛЬБА» ПРИ ВОДЯНКЕ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Абдуселимов Т.А., Гусниев Н.М., Михайлов С.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, кафедра урологии

Введение: гидроцеле характеризуется избыточным скоплением жидкости между париетальными и висцеральными листками собственной влагалищной оболочки яичка. Гидроцеле - одно из самых распространенных заболеваний половых органов у мужчин. До сих пор нет единого мнения в отношении выбора метода терапии. Задачей нашего исследования является выбор эффективного лечения водянки оболочек яичка у пациентов старшей возрастной группы (80-90 лет).

Материалы и методы: В соответствии с целями и задачами исследования, и в зависимости от метода оперативного лечения все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 18 больных – это пациенты, которые были оперированы по стандартной методике Бергмана. Во вторую группу вошли 15 больных, оперированных по методике Кальба. Средний возраст больных первой и второй группы составил 84 года (от 79 до 92). При статистической анализе, по возрасту все 2 группы однородны. Оценка результатов оперативного лечения водянки оболочек яичка проводилось нами путем сравнения осложнений послеоперационного периода. Техника операции Бергмана классическая. Техника операции «Окошко Кальба» следующая: под местным обезболиванием делаем косой разрез длиной 3 см на нижней трети передней поверхности мошонки до париетального листка оболочки яичка; тупым путем выделяется полость мошонки, пунктируется и удаляется жидкость; после этого на париетальном листке собственной влагалищной оболочки вырезалась широкое окошко- диаметром оттока до 2-х см. Рана мошонки ушивалась, окошко остается открытым для резорбции оставшейся водяночной жидкости лимфатическими сосудами подкожной клетчатки мошонки. Наличие эпидидимита /орхоэпидидимита/ подтверждалось данными ультразвукового исследования (ультразвуковой аппарат Philips IU

22, Франция) при помощи датчика 12 МГц. Диагностическими критериями, характерными для эпидидимита и орхоэпидидимита, считали утолщение головки придатка яичка более 10мм, тела придатка – более 6 мм, хвоста придатка – более 8мм, утолщение оболочек яичка – более 5 мм, а семенного канатика – более 10мм (3,5). Наличие отека тканей мошонки оценивали путем измерения окружности (при помощи сантиметровой ленты на уровне среднего полюса мошонки), соответствующей половине мошонки сразу после операции, а затем на 1, 3, 5-е сутки в послеоперационном периоде. Разницу между первым и последующим измерениями до 5 мм расценивали как отсутствие отека, от 5 до 15мм - как умеренный отек. Результаты исследования приведены в виде среднего арифметического (М) и среднего квадратичного отклонения (m). Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили методами вариационной статистики. Для статистического анализа были использованы непараметрические критерии Крускала-Уоллиса, Уилкоксона. Также для сравнения между группами использовали критерий Дана и «х квадрат».

Выводы

При анализе осложнений в раннем послеоперационном периоде, было выявлено, что больше всего осложнений наблюдались у пациентов 1-й группы, которым была выполнена операция Бергмана. Это повидимому, связано с травматичностью операции Бергмана. В тоже время у больных 2 группы, которые перенесли операцию «Окошко Кальба» отмечается меньшее количество осложнений. Среднее число койко-дней у больных 1 группы 5 ± 2 дней, а у больных 2-й группы перенесших операцию «Окошко Кальба» $2,1 \pm 1,2$ дней.

ТАКТИКА УРОЛОГА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА

Арбулиев К. М., Гусниев Н.М., Усманов М.У.

ГОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, кафедра Урологии

Перекрут яичка является редкой патологией по отношению к общему количеству заболеваний органов мошонки. Там не менее экстренность и серьезность ситуации должна нацеливать врача на оказание urgentной урологической помощи. В

клинике урологии Дагмедакадемии за последние 5 лет наблюдались 22 больных с диагнозом перекрут яичка, что составляет примерно 1,2 % от всех заболеваний органов мошонки. Возраст больных колеблется от 16 до 35 лет. Перекрут

яичка в большинстве случаев возникает безпричинно со слов больных, но при более внимательном осмотре анамнеза связан с незначительными травмами, тряской в транспорте, переохлаждением, физическими нагрузками, что провоцирует кремастерный рефлекс и внезапное поднятие тяжести. Мужчины с перекрутом яичка предъявляют жалобы на боли, увеличение одной из половин мошонки, затруднение при ходьбе, при осмотре определяется напряженное, плотное, резко болезненное и подтянутое к наружному отверстию пахового канала яичка. При позднем поступлении воспаление-отек, гиперемия кожи мошонки. Перекрут яичка является актуальной проблемой в экстренной андрологии, в связи с тем, что имеется большой процент орхорезекций операций, из-за диагностических ошибок и поздней диагностики данного заболевания урологами и хирургами. Стремлением провести консервативную терапию больным с диагнозом острый орхит, эпидидимоорхит. Больные разделены на 2 группы-по давности перекрута: до 6 часов-12 больных, до суток-3, более суток-7. Всем больным выполнены оперативные вмешательства. Орхэктомия-8 больным, раскручивание яичка с орхопексией-14 больным. Орхэктомия составляет 57,1% от всех операций, выполняемых по поводу данной нозологии. В нашем наблюдении орхэктомия составила 36,8% от количества

больных с перекрутом яичка. Длительность госпитализации в среднем составила 7 суток, хотя в двух случаях отмечены более длительные сроки. В одном случае больной находился на лечении в течении 25 дней, во втором случае до 2 месяцев с диагнозом острый эпидидимоорхит. Наши дни показывают, что решающую роль играет срок от начала заболевания, любому пациенту с подозрением на наличие перекрута показана срочная ревизия. Что касается больных с подозрением на перекрут яичка, то выполненная операция и при его фактическом отсутствии является менее серьезной ошибкой, чем отсроченная операция при наличии перекрута. Промедление, связанное с необходимостью проведения доплерографии, УЗИ, радионуклидного исследования неоправданно, хотя проведение этих исследований дают дополнительную информацию о поражении органа. При невозможности в экстренном порядке произвести данные исследования промедление неоправданно, в связи с тем, что что сохранить яичко можно в течении 6 часов после перекрута, так как через 24 часа яичко как правило не жизнеспособно. Таким образом, тактика уролога при перекруте яичка должна быть активно хирургической. В сомнительных случаях необходимо доплерография сосудов яичка.

25-ТИ ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Арбулиев К. М., Гамзатов А.Г., Газимагомедов Г.А., Гусниев Н.М.

Кафедра урологии Дагестанского государственного медицинского университета, республиканский урологический центр МЗ РД, г.

С появлением первых письменных источников проблемы урологии и гинекологии рассматривались вместе. Так, в папирусах Кахуна, датированных 200 годом до нашей эры, наряду с болезнями женских половых органов, обсуждались заболевания мочевого пузыря. При рентгенологическом исследовании у мумии одной из шести женщин при дворе фараона Менухотена (это примерно 2050 год до нашей эры) был обнаружен обширный мочеполовой свищ. В "Каноне врачебной науки" - энциклопедии средневековой медицины (это примерно 1000 год нашей эры) Абу Али Ибн-Сина (Авиценна) указывает основные приемы обследования и лечения урогинекологических больных. В становлении урогинекологии видную роль сыграли многие представители отечественной и зарубежной науки. Совершенно особое место занимают Дмитрий Оскарович Отт и Дмитрий Вавильевич Кан. Последний написал "Руководство по акушерской и гинекологической урологии", являющееся настольной книгой урологов и акушер-гинекологов. В последние десятилетия эту проблему успешно развивают

ученики Дмитрия Вавильевича Кана - член-корреспондент Российской академии медицинских наук, профессор Олег Борисович Лоран и профессор Дмитрий Юрьевич Пушкар. Развитию урогинекологии в Дагестане способствовало создание Республиканского урологического центра. Начали выполняться многие урогинекологические операции по поводу мочеполовых свищей, недержания мочи, иссечения парауретральных кист, уретероцистоастомоз, операция Боари. С приобретением современной эндоскопической техники стали шире применять эндоскопические операции и стентирование мочеточников. В 1993 г., впервые в республике, кафедра урологии Дагмедакадемии приобрела и внедрила в клиническую практику урофлоуметрию. За последние 25 лет мы наблюдали 768 женщин с пиелонефритом беременных, 65 с мочеполовыми свищами, 121 с недержанием мочи и 85 с парауретральными кистами. По данным эпидемиологических исследований, гестационный пиелонефрит осложняет течение беременности у 8-12% женщин. За период с 1993 г. по 2018 годы

наблюдали 768 женщин с гестационным пиелонефритом в возрасте от 17 до 48 лет. При обращении пациентки предъявляли жалобы на лихорадку с ознобом, боль в поясничной области, присутствовали признаки интоксикации. В лабораторных анализах лейкоцитоз, лейкоцитурия и бактериурия. Микробиологическое исследование позволило установить, что этиологическим фактором гестационного пиелонефрита наиболее часто служили: *E. Coli* 65%, реже *protensvulgaris* 13%, *klebsiellasp* 7%, *Staphylococcus* - 11%. В 4% наблюдений зарегистрирована ассоциация *E. Colli* и *staphylococcusaureus*. При УЗИ у 704 (90%) женщин выявлена дилатация чашечнолоханочной системы. В последнее время для диагностики гнойных форм пиелонефрита применяем ультразвуковую доплерографию почек и реже магнитно-резонансную томографию. Первым этапом лечения было восстановление оттока мочи из пораженной почки. Если раньше мы применяли для этого мочеточниковые катетеры, то в последние 10 лет активно проводим стентирование мочеточников. В 6 наблюдениях выполнена открытая нефростомия, вскрытие абсцесса и декапсуляция почки. Одной пациентке проведена пункционная нефростомия под ультразвуковым наведением. В качестве антибактериальной терапии применяли ампициллин, оксацилин, оксамп, нацеф, цефабол, амоксиклав, вильпрофен, монурал, фурумаг. Своевременное дренирование верхних мочевых путей и адекватная антибактериальная терапия позволили у 97% (752 больных) женщин купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным вмешательствам. Ведущей проблемой современной урологинекологии являются мочеполовые свищи: За последние 25 лет мы наблюдали 65 женщин с мочеполовыми свищами: 49 пузырно-влагалищные, 14 мочеточниково-влагалищные и 2 с уретровлагалищными свищами. Основным симптомом мочеполовых фистул, независимо от их вида, является непроизвольное выделение мочи из влагалища. Распознавание свищей в большинстве случаев не вызывает больших трудностей. Влагалищное исследование, введение металлических зондов, цистоскопия в большинстве случаев позволяют диагностировать фистулу. Для выявления мочеточниково-влагалищных свищей применяют хромоцистоскопию, УЗИ, в/в урографию, катетеризацию мочеточников. Пластику пузырно-влагалищных свищей выполняли чрезпузырным доступом, хотя у одной больной провели чрезбрюшным методом. Среди 49 оперированных женщин у 43 (82%) удалось закрыть пузырно-влагалищный свищ. Более сложное лечение мочеточниково-влагалищных свищей: 12 женщинам выполнен уретероцистоанастомоз, двум операция Боара, а еще двум пришлось провести нефрэктомия. Наблюдали 2-х больных с уретровлагалищными свищами. Одной фистулу удалось закрыть, а у другой образовался рецидив. Ее отправили на

дальнейшее лечение в г. Москву. Недержание мочи - это непроизвольное выделение мочи, не подающееся волевому усилию. Из-за постоянного ношения прокладок, неприятного запаха нарушается социальная адаптация пациенток и значительно ухудшается качество жизни. В мире более 20 млн. женщин страдают этим заболеванием. В России недержание мочи является причиной страдания 40% женщин в возрасте от 35 до 60 лет. Это больше чем сахарный диабет, бронхиальная астма, эпилепсия, болезнь Паркинсона. Обращаются же за квалифицированной медицинской помощью лишь 4%. Столь малую частоту обращений к врачу можно объяснить деликатностью данного вопроса и не желанием обсуждать его в семье и даже в кабинете врача, что же нам говорить о нашей республике, где большинство женщин придерживаются канонов Ислама. Только этим можно объяснить такое малое количество больных с недержанием мочи, которые находились в республиканском урологическом центре за последние 25 лет. 121 женщине выполнено 105 операций: 88 - операция Маршала-Марчетти-Крантца, 17 - Гебиль-Щтеккеля. 16 пациенткам проведена медикаментозная терапия с вагинальной и уретральной электростимуляцией и лазеротерапией на аппарате "Андрогин". Надо отметить, что наиболее современными и эффективными во всем мире считаются петлевые операции по типу ТУТ (свободная синтетическая петля) - эффективность которых достигает 90-96%. Парауретральные кисты являются распространенным заболеванием и встречаются от 1 до 6% случаев. За период 1993 по 2018 гг. в нашей клинике находилось 85 женщин. Возраст их составляет от 21 до 58 лет. Средняя продолжительность заболевания от 6 месяцев до 5 лет. Основные жалобы: наличие пальпируемого парауретрального образования, дизурия, рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей, выделения из уретры. План обследования женщин включал: 1. Осмотр в гинекологическом кресле; 2. Ультразвуковое исследование, включая трансвагинальное УЗИ; 3. Уретероцистоскопию; 4. Микционная цистография или ретроградная уретрография. Операция проводилась под наркозом в гинекологическом положении. В мочевой пузырь устанавливали катетер "Фолея №16" по Шарьеру. После предварительной гидропрепаровки передняя стенка влагалища вместе подлежащей лобково-шеечной фасцией рассекалась продольном направлении над кистой, а затем тупым и острым путем производится выделение образования вплоть до уретры. Ложе удаленной кисты ушивается кутгутowymi швами. Стенки влагалища ушиваются узловыми швами по Донати. Осложнения были у двух больных: у одной - недержание мочи, у другой развился уретровлагалищный свищ. Подводя итоги можно сказать, что урогинекология в Дагестане является широко востребованной специальностью. Этому способствуют большое количество родов,

увеличение числа акушерских и гинекологических операций. Для улучшения результатов лечения женщин с недержанием мочи при напряжении считаем необходимым приобрести для республики современную уродинамическую аппаратуру и наборы для TVT операций.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ МОШОНКИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Арбулиев К.М., Адамов А.А., Гусниев Н.М., Салихов З.О.

*ГБОУ ВПО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,
кафедра урологии*

Туберкулёзное поражение органов мошонки относится к трудно диагностируемым патологиям в поликлинических условиях. Общие стандартные обследования, проводимые в поликлинике, такие, как общие анализы крови, мочи, УЗИ исследование мошонки и простаты не позволяют точно поставить диагноз в условиях поликлиники. Трудность диагностики также обусловлена общностью клинической картины туберкулёза с другими воспалительными заболеваниями органов мошонки, а также ограниченностью использования инвазивных методов обследования органов мошонки в условиях поликлиники. Наше сообщение основано на анализе 48 поликлинических амбулаторных карт поликлиники №3 города Махачкалы больных, перенесших воспалительный процесс органов мошонки за период с 2012 по 2015 года. Из этих больных мужчин фертильного возраста было 37, что составляло 77%. Ранее перенесших туберкулёз другой локализации, не было среди этих больных ни одного человека. Все эти больные были обследованы стандартными методами обследования – анализы крови, мочи, УЗИ исследование мошонки и простаты. Все они получили неспецифическую антибактериальную терапию. На фоне антибактериальной терапии эффект отмечался у 32 больных, что составило 66,6%. У 16 больных должного эффекта от антибактериальной терапии не наблюдалось, и они были направлены на стационарное лечение. Этими больными, после

стационарного лечения, были представлены выписки. Из больных, получивших стационарное лечение, 14 были оперированы – эпидидимозктомия или орхозепидидимозктомия, и проведено гистологическое исследование. У 4 оперированных больных (8,3%) гистологически обнаружены эпителиоидноклеточные гранулемы и очаги казеозного некроза. Эти больные направлены в ПТД, где им подтверждён диагноз туберкулёзного поражения органов мошонки, и назначено соответствующее лечение. Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы: Туберкулёзное поражение органов мошонки составляют незначительное количество среди всех воспалительных заболеваний органов мошонки. Стандартные методы обследования, проводимые в поликлинике не информативны в диагностике туберкулёза органов мошонки. Диагностика туберкулёза органов мошонки основана на гистологическом исследовании после оперативного вмешательства, что является невозможным в условиях поликлиники. Совместная работа врачей поликлинической службы, врачей стационара и врачей ПТД помогает своевременной постановке диагноза туберкулёза органов мошонки, что в конечном итоге позволяет правильно подобрать соответствующее лечение и снизить риск генерализации туберкулёзного процесса у больного.

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОДИФИЦИРОВАННЫМ КАТЕТЕРОМ ФОЛЕЯ ПОСЛЕ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ.

Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Кадиев Г.М.

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Дренирование мочевого пузыря катетером Фолея через уретру вызывает сдавление и инфицирование уретры (Лопаткин Н.А. 1998; Сергиенко Н.Ф. 2010 г.). По этим причинам возникает вопрос необходимости ведения больных после открытой или трансуретральной аденомэктомии без дренажа в уретре. Для решения этой про-

блемы предлагается модифицированный катетер Фолея, который устанавливается в ложе аденомы таким образом, чтобы он не находился в уретре, но оказывал бы кровоостанавливающий эффект в послеоперационном периоде. Это позволит избежать инфицирования уретры, сдавления ее стенки и станет профилактикой развития рубцовых изменений стенки уретры. Его отличие

от, заводского варианта заключается в том, что дополнительные отверстия делают над баллончиком. К концу катетера завязывается длинная капроновая нить, которую через уретру выводят наружу. Баллон наполняют до 10-15мл. и удерживают его у внутреннего отверстия уретры. Капроновая нить натягивается настолько сильно, что бы наступил гемостаз и по его достижении фиксируется к верхней трети голени. А сам катетер Фолея выводится за мочевого пузыря на переднюю стенку живота. Через его первый входной патрубок, осуществляется раздувание баллончика и когда нужно его опорожнение, через второй патрубок осуществляется перфузия асептического раствора в мочевой пузырь. Данная

методика применена у 18 больных перенесших операцию чрезпузырной аденомэктомии, наблюдение в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде показало отсутствие у больных осложнений в виде стриктуры уретры. В это же время у группы больных, которым осуществлено дренирование через уретру по общепринятой методике, в одном случае отмечена стриктура уретры, потребовавшая оперативного лечения в объеме оптической уретротомии. Как показывает опыт, предлагаемая методика имеет преимущества перед «классическим» вариантом уретрального дренажа.

СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ С ИЗУЧЕНИЕМ ВЛИЯНИЯ НА ПРОЦЕСС ЗАЖИВЛЕНИЯ ЦИТОСТАТИКА МИТОМИЦИН

Арбулиев К.М., Османов М.Г., Патахов Г.М., Кадиев Г.М.

ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ

Большое значение в эффективности эндоскопического лечения стриктур уретры имеет профилактика рубцового процесса в зоне оперативного пособия. Учитывая актуальность проблемы, мы провели собственное экспериментальное исследование с применением цитостатика «Митомин» для профилактики рубцевания. Работа проведена на 32 кроликах породы Шиншилла, весом по 2000-2300 грамм каждый, разделенные на 4 группы. Животным I-III групп в условиях анестезии в просвет уретры, по нижней поверхности, вводилась бранша зубчатого хирургического зажима, воздействием которой осуществлялось травматическое повреждение слизистой оболочки уретры. Зажим с помощью фиксаторов смыкался, сдавление продолжалось в течение 3-5 минут, до появления следов кровоизлияний в тканях полового члена. У животных II и III групп, помимо травматического воздействия, в подслизистый слой уретры вводился 0,1 мл раствор митомина: во II-ой группе – только в день операции, в III-ей группе – в день операции

и на 5-7 сутки после операции. Животные четвертой группы представляли собой группу контроля. Через 30 суток кролики всех групп умерщвлялись путем введения анестетика в летальной дозе, производился забор материала для гистологического исследования. Проведенное микроскопическое исследование материала от животных II и III групп в сравнении с материалом от I группы, выявило морфологические признаки более активной регенерации эпителия слизистой оболочки, затихания воспалительной реакции со слабо выраженной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией и ангиогенезом, без признаков фибропластической трансформации и стенозирования просвета. Учитывая вышеизложенное, применение цитостатического препарата «Митомин» в комплексном лечении стриктур уретры может иметь определенный клинический успех.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИСТЕРОСКОПИИ.

Аскерханов Г.Р., Гасангусейнова С.М., Аскерханова Э.Р., Абушева Н.А., Бадыев И.А., Раджабова Ш.Ш.

ООО "Медцентр им.Р.П.Аскерханова"

Внутриматочная патология (ВМП) – собирательное понятие и включает в себя прежде всего такие заболевания: как гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), аденомиоз, подслизистая миома матки и др. Актуальность проблемы ГПЭ определяется тем, что требует внимания

врачей в связи с онкологической настороженностью, возможностью малигнизации.

Цель работы. Оценить эффективность диагностики гистероскопии и терапии внутриматочной патологии и снизить заболеваемость раком эндометрия.

Материал и методы исследования. За период с 2012 по 2019 годы в Медцентре им.Р.П.Аскерханова обследовано 238 пациенток в возрасте от 18 до 79 лет с различными видами ВМП. Для диагностики ВМП применяли УЗИ органов малого таза и стационарную методику жидкостной гистероскопии с использованием гистероскопа немецкой компании «Карл Шторц», под тотальной внутривенной анестезией, с гистологическим исследованием соскобов. Структура внутриматочной патологии (ВМП) была представлена следующим образом: гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) – 58,2 %; аденомиоз – 45,3%; миома матки с подслизистым расположением узлов – 39,1 %; перегородки и синехии, инородные тела – 7,5%, остатки плодного яйца и плацентарной ткани – 13,1%. Для лечения внутриматочной патологии (ВМП) использовали консервативные методы лечения (противовоспалительные и гормональные), так и оперативные вмешательства, как гистерэктомия лапаротомическим и лапароскопическим доступом.

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что методом выбора диагностики всех видов внутриматочной патологии является офис-

ная и стационарная гистероскопия. Гистероскопический диагноз в 96% случаев подтвердился гистологически. После гистологического подтверждения диагноза вторым этапом проведены радикальные хирургические операции 43 пациенткам; органосохраняющая операция – эмболизация маточных артерий (ЭМА) – 9 пациенткам; гистерорезектоскопия – 11 пациенткам; гормонотерапия – 97 женщинам. Контрольная гистероскопия на фоне гормонального лечения через 3-6 месяцев проведена 37 больным. У 18 больных в постменопаузе с сопутствующей экстрагенитальной патологией (ЭГП) оперативная гистероскопия с прицельным удалением полипов эндометрия дала возможность избежать хирургическую агрессию.

Выводы

Своевременная диагностика внутриматочной патологии (ВМП) и правильный выбор метода лечения позволяет повысить эффективность лечения, снизить заболеваемость раком эндометрия.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО МИНИИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ЛМ) – ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА).

Аскерханов Г.Р., Аскерханова Э.Р., Скороваров А.С., Дубаев А.А., Гасангусейнова С.М., Абусуева Н.А.

ООО «Медицинский центр им.Р.П.Аскерханова»

Лейомиома матки является одним из самых распространенных заболеваний у женщин. В настоящее время отмечено омоложение этого заболевания. По данным статистики каждая 4-5 женщина в мире после 30 лет страдает миомой матки.

Гистерэктомия во многих лечебных учреждениях остается и сегодня единственно рассматриваемой методикой в лечении данного заболевания.

В настоящее время органосохраняющее лечение миомы матки становится одним из приоритетных направлений. Связанно это с тем, что с одной стороны, наметилась стойкая тенденция беременеть в позднем репродуктивном возрасте, с другой все чаще миома матки стала диагностироваться у молодых женщин.

ЭМА - высокотехнологичное малоинвазивное эндоваскулярное вмешательство, является органосохраняющей операцией, отвечает современным тенденциям в лечении миомы матки.

Цель исследования: оценить эффективность ЭМА в лечении больных с миомой матки, в том числе среди пациенток высокого хирургического риска.

Материал исследования. Внутрисосудистая окклюзия маточных артерий выполнена 107 больным лейомиомой матки в возрасте от 30 до 52 лет (средний возраст 39,8±4,7 лет).

Перед операцией проводилось полное клиническое и гинекологическое обследование и выявление ЭГП как при подготовке к традиционной лапаротомии.

Постгеморрагической железодефицитной анемией страдали 74 больных с миомой. Симптомы сдавления близлежащих органов (чувство тяжести внизу живота, дизурия, диспареуния и т.д.) отмечались у 82 больных, быстрый рост – у 39 пациенток. Во всех случаях на выбор ЭМА в качестве основного метода лечения повлияло стойкое желание пациенток сохранить орган, а в 38 – возможность сохранения репродуктивной функции. Срок наблюдения больных в постэмболизационном периоде составил от 1 до 12 месяцев.

Эмболизации были подвергнуты больные с различными формами расположения узлов, в том числе, интерстициально – субмукозное расположение узлов было отмечено у 42 женщин.

Диаметр миом по данным УЗИ составил от 2,5 до 10,4 см (в среднем $4,9 \pm 2,7$ см).

Размеры матки соответствовали ее величине при 12 недель беременности у 44 больных, величине от 12 до 14 недель – у 36 пациенток, более 15 недель – у 27, в среднем – 13,7 недель. Сопутствующая экстрагенитальная патология была у 33 женщин.

На основании лечения методом ЭМА у 107 больных с миомой матки установлены характерные симптомы постэмболизационного синдрома: у 22 больных – легкой степени, у 65 – средней степени, у 20 тяжелой. Срок пребывания пациенток в стационаре в 88% случаев составил 3-4 дня, в 12% – до 7-8 койко-дней.

Проведены дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия.

Методы исследования: билатеральная селективная катетеризация и эмболизация маточных артерий выполнена всем 107 больным. В качестве окклюзирующих агентов использованы частицы поливинилового спирта ПВА.

Результаты исследования: клинический эффект был достигнут в 103 случаях в сроке до 1 года (96,2%). В том числе у 15 женщин произошла чрезвычайная экспульсия некротизированных субмукозных миом в сроки до 6 месяцев после ЭМА. В одном случае ЭМА закончилась гистерэктомией.

В 11 случаях после операции ЭМА у пациенток до 40 лет наступила беременность, 8 женщин по желанию прервали беременность в раннем сроке, 3 больные родили живых доношенных детей.

Диаметр миом через 3-6 месяцев составил от 0,5 до 7 см (в среднем $2,3 \pm 1,7$ см). Таким образом, сокращение размеров очагов (миом) отмечалось в пределах 40-70%. У 97 женщин полностью исчезли или значительно уменьшились клинические симптомы миомы матки, причем 98% высказали полную удовлетворенность произведенной ЭМА.

Выводы

Таким образом, ЭМА зарекомендовала себя как безопасный и эффективный метод лечения миомы матки, являясь полноценной малоинвазивной и органосохраняющей альтернативой хирургическому лечению миомы матки.

По всей видимости, широкое внедрение ЭМА в клиническую практику позволит существенно улучшить результаты лечения пациенток с этой распространенной патологией.

РАЗВИТИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М., Магомедов С.З., Бабаев М.Р., Магомедов А.А., Масуев М.А., Рамазанова Б.М.

ГБУ РД РКБ, отделение торакальной хирургии

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении эхинококкоза, определение тактики лечения этой патологии и в XXI веке остается порой трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Особенно эта задача острее встает перед хирургом именно в эндемичных по эхинококкозу зонах, где с этой патологией сталкиваются редко, часто проводятся неоправданно большие объемы оперативных вмешательств, резекции органов и т. д. В настоящее время единственным эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Однако нет единой методики удаления паразита и обработки остаточной полости, точных показаний к различным видам операций. Наиболее значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких следует считать широкое использование закрытых радикальных методов эхинококкэктомии, часто с применением прецизионной техники и видеоторакоскопии. За последние 30 лет под нашим наблюдением находилось 875 больных с эхинококкозом легких, из них мужчин – 482, женщин –

393. Наибольшее число случаев отмечается у лиц молодого и среднего возраста. У 489 больных был неосложненный эхинококкоз, у 386 – осложненный. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 122 больных, из них у 79 кисты располагались в одном легком, у 43 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени или других органов отмечен у 88 больных. Характер и методика оперативного вмешательства при эхинококкозе легких зависит от особенностей поражения, размеров и числа кист и сопутствующих осложнений. При эхинококкозе легкого мы предпочтение отдаем торакотомии, определив заранее рентгенологически точную локализацию кисты. С появлением компьютерной томографии (КТ, МСКТ), магнитно-резонансной томографии, УЗИ-аппаратов экспертного класса, мы больше предпочтение отдаем малым доступам, прецизионной технике и видеоассистированным (ВАТС) операциям, в связи с отсутствием необходимости тщательной пальпации легкого, печени через диафрагму и т. д. Нами выполнены следующие операции: операция по А.А.Вишневскому – 167, капитонаж по Дельбе-

287, операция Боброва-Спасокукоцкого- 47, различные виды резекции легкого- 71, комбинированные операции - 131, операции с использованием ВАТС- 48, операции по собственной методике (КПВШ) – 33, экстирпация эхинококковой кисты- 14, идеальная эхинококкэктомия- 19, одномоментная операция на легком и печени- 59, одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия торакотомными доступами- 21, продольной стернотомией- 11, дренирование ложа кисты- 9. Удаление эхинококкового пузыря с фиброзной оболочкой также, как резекция легкого, абсолютно гарантирует от возможности загрязнения операционного поля и плевральной полости содержимым кисты. Оно выполняется только при небольших, поверхностно расположенных кистах, так как при больших кистах, особенно в случаях глубокого их залегания, выполнение этой операции чревато большой травмой ткани легкого, осложнениями, связанными с повреждением сосудов и бронхов. Менее травматичной является энуклеация кисты без повреждения кутикулярной оболочки, такая операция также выполнима при небольших кортикально расположенных кистах. При больших кистах удаление кутикулярной оболочки в целом виде удается редко, часто она повреждается, что приводит к загрязнению раны и плевральной полости элементами паразита. Поэтому эти идеальные методы удаления эхинококковых кист широкого применения не нашли. При больших кистах, что чаще наблюдается, целесообразно предварительно опорожнить кисту проколом иглы, соединенным с электрососом, дальше широко вскрыв фиброзную капсулу, удалить спавшуюся кутикулярную капсулу (145случаев). Более ответственным является вопрос касающийся полости фиброзной капсулы. При неосложненном эхинококкозе, в зависимости от показаний мы применяем все известные методы операций, но предпочтение отдаем капитонажу полости фиброзной капсулы разными способами, он оправдан по своим отдаленным результатам, которые бывают наилучшими. В последние 12 лет мы используем собственную методику капитонажа вертикальными перекрёстными швами. При некоторых формах эхинококкоза показаны различные виды резекции легкого. Основным показанием к таким операциям являются необратимые склеротические изменения в легочной ткани вокруг пузыря, которые развились в результате длительного ателектаза или воспалительного процесса при наличии огромных эхинококковых кист (32 случая). Показанием для краевой резекции легких вместе с паразитом является наличие эхинококковой кисты небольших размеров с краевым расположением (39 случаев). У 20 больных с двусторонним эхинококкозом легких операцию выполнили в 2 этапа с перерывом в 1-3 месяца, у 11 больных- одноэтапно трансстернальным доступом, и у 21 больных с одномоментными боковыми торакотомиями, в

том числе у 5 больных с осложненным эхинококкозом. При сочетанном поражении правого легкого и печени хирургическая тактика определялась местом локализации эхинококковой кисты в печени. При поддиафрагмальном расположении, отмеченном у 56 наших больных, операция выполнена в один этап, в остальных 5 случаях - в 2 этапа. Среди наших больных с осложненным эхинококкозом у 178 больных был прорыв кисты в бронх, у 65- в плевральную полость, и у 143-нагноение. При прорыве эхинококковой кисты в бронх хирургическая тактика была такой же как при неосложненном эхинококкозе и с такими же благоприятными послеоперационными результатами. Прорыв в плевральную полость требует срочного оперативного вмешательства. Операция в этих случаях заканчивается удалением кутикулярной оболочки, ушиванием бронхиальных свищей, ликвидацией остаточной полости (фиброзной капсулы) одним из способов, санацией и дренированием плевральной полости. В случаях когда ложе эхинококковой кисты по течению имеет характер хронического гнояника с выраженными гнойно-воспалительными изменениями, фиброзом и бронхоэктазами в окружающей ткани показана резекция легкого, объем которой зависит от распространённости процесса. При отсутствии вышеуказанных изменений в окружающей легочной ткани хорошие результаты дают методы закрытой, либо полужакрытой эхинококкэктомии. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пневмония в 18 случаях, ателектаз доли или легкого- в 8, подкожная эмфизема- в 11, внутриплевральные кровотечения- в 3, эмпиема плевры- в 12, бронхиальные свищи- в 17, нагноение раны- в 14, с остаточными полостями выписано 16 больных. Рецидив эхинококкоза отмечен у 12 больных, из них у 8 первая операция была по поводу осложненного эхинококкоза, у 4- неосложненного. У 5 больных первая операция выполнена по способу А.А.Вишневого, у остальных была комбинированная. Торакоскопические операции (48 случаев) по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось. Удельный вес торакоскопических операций растёт год за годом. Таким образом, малотравматичное оперативное лечение при эхинококкозе легких с применением оригинальных подходов, одномоментных вмешательств при множественных поражениях, малых доступов и видеоассистенции является наиболее целесообразным и высокоэффективным методом лечения. Хирургические методы лечения эхинококкоза совершенствуются, особенно с развитием эндоскопических технологий и рНесмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении эхинококкоза, определение тактики лечения этой патологии и в XXI веке остается порой трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Особенно эта задача острее встает перед

хирургом именно в неэндемичных по эхинококкозу зонах, где с этой патологией сталкиваются редко, часто проводятся неоправданно большие объемы оперативных вмешательств, резекции органов и т. д. В настоящее время единственным эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Однако нет единой методики удаления паразита и обработки остаточной полости, точных показаний к различным видам операций. Наиболее значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких следует считать широкое использование закрытых радикальных методов эхинококкэктомий, часто с применением прецизионной техники и видеоторакоскопии. За последние 30 лет под нашим наблюдением находилось 875 больных с эхинококкозом легких, из них мужчин- 482, женщин- 393. Наибольшее число случаев отмечается у лиц молодого и среднего возраста. У 489 больных был неосложненный эхинококкоз, у 386 осложненный. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 122 больных, из них у 79 кисты располагались в одном легком, у 43 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени или других органов отмечен у 88 больных. Характер и методика оперативного вмешательства при эхинококкозе легких зависит от особенностей поражения, размеров и числа кист и сопутствующих осложнений. При эхинококкозе легкого мы предпочтение отдаем торакотомии, определив заранее рентгенологически точную локализацию кисты. С появлением компьютерной томографии (КТ, МСКТ), магнитно-резонансной томографии, УЗИ-аппаратов экспертного класса, мы больше предпочтение отдаем малым доступам, прецизионной технике и видеоассистированным (ВАТС) операциям, в связи с отсутствием необходимости тщательной пальпации легкого, печени через диафрагму и т.д. Нами выполнены следующие операции: операция по А.А.Вишневскому- 167, капитонаж по Дельбе- 287, операция Боброва-Спасокукоцкого- 47, различные виды резекции легкого- 71, комбинированные операции - 131, операции с использованием ВАТС- 48, операции по собственной методике (КПВШ) – 33, экстирпация эхинококковой кисты- 14, идеальная эхинококкэктомия- 19, одномоментная операция на легком и печени- 59, одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия торакотомными доступами- 21, продольной стернотомии-ей- 11, дренирование ложа кисты- 9. Удаление эхинококкового пузыря с фиброзной оболочкой также, как резекция легкого, абсолютно гарантирует от возможности загрязнения операционного поля и плевральной полости содержимым кисты. Оно выполняется только при небольших, поверхностно расположенных кистах, так как при больших кистах, особенно в случаях глубокого их залегания, выполнение этой операции чревато большой травмой ткани лег-

кого, осложнениями, связанными с повреждением сосудов и бронхов. Менее травматичной является энуклеация кисты без повреждения кутикулярной оболочки, такая операция также выполняется при небольших кортикально расположенных кистах. При больших кистах удаление кутикулярной оболочки в целом виде удается редко, часто она повреждается, что приводит к загрязнению раны и плевральной полости элементами паразита. Поэтому эти идеальные методы удаления эхинококковых кист широкого применения не нашли. При больших кистах, что чаще наблюдается, целесообразно предварительно опорожнить кисту проколом иглы, соединенным с электроососом, дальше широко вскрыв фиброзную капсулу, удалить спавшуюся кутикулярную капсулу (145случаев). Более ответственным является вопрос касающийся полости фиброзной капсулы. При неосложненном эхинококкозе, в зависимости от показаний мы применяем все известные методы операций, но предпочтение отдаем капитонажу полости фиброзной капсулы разными способами, он оправдан по своим отдаленным результатам, которые бывают наилучшими. В последние 12 лет мы используем собственную методику капитонажа вертикальными перекрестными швами. При некоторых формах эхинококкоза показаны различные виды резекции легкого. Основным показанием к таким операциям являются необратимые склеротические изменения в легочной ткани вокруг пузыря, которые развились в результате длительного ателектаза или воспалительного процесса при наличии огромных эхинококковых кист (32 случая). Показанием для краевой резекции легких вместе с паразитом является наличие эхинококковой кисты небольших размеров с краевым расположением (39 случаев). У 20 больных с двусторонним эхинококкозом легких операцию выполнили в 2 этапа с перерывом в 1-3 месяца, у 11 больных- одноэтапно трансстернальным доступом, и у 21 больных с одномоментными боковыми торакотомиями, в том числе у 5 больных с осложненным эхинококкозом. При сочетанном поражении правого легкого и печени хирургическая тактика определялась местом локализации эхинококковой кисты в печени. При поддиафрагмальном расположении, отмеченном у 56 наших больных, операция выполнена в один этап, в остальных 5 случаях - в 2 этапа. Среди наших больных с осложненным эхинококкозом у 178 больных был прорыв кисты в бронх, у 65- в плевральную полость, и у 143- нагноение. При прорыве эхинококковой кисты в бронх хирургическая тактика была такой же как при неосложненном эхинококкозе и с такими же благоприятными послеоперационными результатами. Прорыв в плевральную полость требует срочного оперативного вмешательства. Операция в этих случаях заканчивается удалением кутикулярной оболочки, ушиванием бронхиальных свищей, ликвидацией остаточной полости (фиброзной

капсулы) одним из способов, санацией и дренированием плевральной полости. В случаях когда ложе эхинококковой кисты по течению имеет характер хронического гнояника с выраженными гнойно-воспалительными изменениями, фиброзом и бронхоэктазами в окружающей ткани показана резекция легкого, объем которой зависит от распространенности процесса. При отсутствии вышеуказанных изменений в окружающей легочной ткани хорошие результаты дают методы закрытой, либо полужакрытой эхинококкэктомии. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пневмония в 18 случаях, ателектаз доли или легкого- в 8, подкожная эмфизема- в 11, интраплевральные кровотечения- в 3, эмпиема плевры- в 12, бронхиальные свищи- в 17, нагноение раны- в 14, с остаточными полостями выписано 16 больных. Рецидив эхинококкоза отмечен у 12 больных, из них у 8 первая опе-

рация была по поводу осложненного эхинококкоза, у 4- неосложненного. У 5 больных первая операция выполнена по способу А.А.Вишневого, у остальных была комбинированная. Торакоскопические операции (48 случаев) по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось. Удельный вес торакоскопических операций растет год за годом. Таким образом, малотравматичное оперативное лечение при эхинококкозе легких с применением оригинальных подходов, одномоментных вмешательств при множественных поражениях, малых доступов и видеоассистенции является наиболее целесообразным и высокоэффективным методом лечения. Хирургические методы лечения эхинококкоза совершенствуются, особенно с развитием эндоскопических технологий и робототехники.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ МАРКИРОВКА ВЕН ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ – ПУТЬ К СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Садыки М.Н., Аскерханова Э.Р.

Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова

Цель исследования: Сравнить частоту развития рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей в отдаленном периоде после флебэктомии среди пациентов, которым проводилась предоперационная маркировка вен под дуплексным контролем и без него.

Материалы и методы: За период с 2009 г. по 2019 г. было амбулаторно обследовано 174 пациента (174 нижние конечности), которые перенесли более трех лет назад комбинированную флебэктомию на одной нижней конечности в разных клиниках. Мужчин было 53, женщин 121. Всем пациентам было выполнено дуплексное ангиосканирование вен в режиме цветного доплеровского картирования. Опираясь на анамнестические данные пациенты были разделены на две группы. В I (исследуемую) группу вошло 89 пациентов, которым предоперационная разметка вен нижних конечностей выполнялась без ультразвукового контроля. Во II (контрольную) группу вошло 85 пациентов, которым выполнен стриппинг в сочетании с минифлебэктомией с предоперационной маркировкой стволов, соустьев, ветвей и перфорантных вен под УЗИ. Оценивались объективные проявления рецидива варикозной болезни: наличие варикозного расширения подкожных вен в зоне проведенной операции, культя большой подкожной вены более 1 см длиной, наличие неперевязанных перфорантных вен в зоне рубца, неоваскуляризация в области сафено-фemorального соустья. Также оценивалась средняя длина послеоперационных рубцов на бедре и голени в обеих группах.

Результаты: В I группе визуально рецидив варикозной болезни выявлен у 17 (19,1%) пациентов. Длинная культя БПВ оставлена у 9 (52,9%) пациентов, причем визуально рубец после кроссэктомии во всех случаях находился ниже паховой складки на 1-2 см, средняя длина культи составила $2,4 \pm 0,3$ см, средний диаметр составил $1,3 \pm 0,2$ см; неперевязанные перфорантные вены у 12 (70,6%) пациентов, неоваскуляризация зоны сафено-фemorального соустья у 6 (35,3%) пациентов. У 4 пациентов было выявлено сочетание источников рецидива (длинная культя + перфорантная вена). Средняя длина послеоперационных рубцов составила 1,2 см. Во II группе рецидив выявлен у 9 (10,6%) пациентов. У 7 (8,2%) пациентов неоваскуляризация, у 5 (5,9%) пациентов выявлена неперевязанная перфорантная вена Коккета. Средняя длина послеоперационного рубца составила 0,3 см. В обеих группах неоваскуляризация произошла у пациенток, родивших после операции. Всем пациентам с длинной культей БПВ и с неперевязанными перфорантными венами было рекомендовано оперативное лечение (рекроектомия, перевязка перфорантных вен под местной анестезией), при неоваскуляризации была рекомендована микропенная эхофлебосклеротерапия.

Выводы

Предоперационная маркировка варикозных вен позволяет значительно снизить частоту рецидивов варикозной болезни вен, уменьшить

травматичность вмешательства, а в случае развития рецидива уменьшает вероятность повторной операции.

ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ТРАХЕИ В РКБ

**Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов С.З., Ильясов К.М., Бабаев М.Р.,
Магомедов А.А., Рамазанова Б.М.**

ГБУ РД РКБ, отделение торакальной хирургии

Рубцовый стеноз трахеи с резким сужением её просвета является неотложным состоянием и опасен для жизни пациента. Для его излечения необходимы большие хирургические вмешательства. Многие пациенты месяцы и годы вынуждены жить с трахеостомой, периодически обращаться в различные лечебные учреждения и оставаться инвалидами. Рубцовый стеноз трахеи возникает в результате замещения нормальных структур ее стенки грубой соединительной тканью и появления участков трахеомалации. Несмотря на достижения торакальной хирургии и оториноларингологии, эндоскопической хирургии, проблема лечения рубцового стеноза пока еще остается трудной задачей. Частота возникновения рубцового стеноза трахеи после длительной интубации и трахеостомии по наблюдениям разных лечебных учреждений, авторов варьирует весьма широко- от десятых долей процента до 10 % и в среднем равна 2-3 %. Классическими «излюбленными» локализациями стеноза являются уровень трахеостомы, надувной манжетки и конца интубационной трубки. Наиболее часто стеноз возникает на уровне надувной манжетки. С 2004 по 2018 гг в под нашим наблюдением находилось 142 пациентов с рубцовыми, рубцово-грануляционными стенозами шейного, шейно-верхнегрудного отдела трахеи, из них мужчин – 98, женщин- 44, в возрасте от 16 до 68 лет. Этиологическими факторами в основном в 38 случаях была длительная интубация, в 93 – трахеостомия, в 11 случаях травма шейного отдела трахеи (в 6- от удара, в 2-механическое сдавление, в 3- ранение). Таким образом более чем в 90 % случаях стеноз имел ятрогенную этиологию. 58 пациентов поступили или переведены в отделение со стридором, по поводу чего потребовались экстренные лечебные мероприятия, в основном эндоскопические иссечения грануляций и бужирования, реже ретрахеостомия с бужированием. Поражение трахеогортанной области диагностировано у 32 больных, при этом выяснилось, что у 16 пациентов при ранее проведенной трахеостомии поврежден или пересечен перстневидный хрящ с последующими возникшими грубыми изменениями в области подскладочного пространства и голосовых связок, у 110 пациентов выявлен стеноз на разных уровнях. В обследовании больных ведущая роль принадлежит эндоскопическому исследованию. В сочетании с контрастной трахеографией, компьютерной томографией оно позволяет достаточно

точно определить локализацию, степень, протяженность сужения, состояние трахеобронхиального дерева. При резком затруднении дыхания диагностическую трахеоскопию заканчивали лечебной процедурой. Основным радикальным методом лечения рубцового стеноза трахеи является циркулярная резекция трахеи. Нами выполнены 6 циркулярных резекций шейно-верхнегрудного отдела трахеи, 2 циркулярная трахеогортанная резекция с отличными послеоперационными результатами в 7 случаях, с частичной несостоятельностью анастомоза в раннем послеоперационном периоде у 1 больной после АКШ, процесс разрешился консервативно. Причиной рубцовой стриктуры в 4 случаях была длительная интубация, трахеостомия, в 4 случаях - ранее проведенные интубации от 3 до 6 суток, после экстубации пациенты чувствовали себя хорошо, в последующем появились прогрессирующие явления затрудненного дыхания, по поводу чего 2 пациента были госпитализированы в терапевтические отделения с диагнозом бронхиальная астма, откуда после консультации торакального хирурга переведены на хирургическое лечение. Нами выполнены: этапная трахеопластика в 125 случаях (включая и пациента с циркулярной резекцией трахеи с ларинготрахеопластикой), стентирование трахеи- 17, в том числе эндоскопическое стентирование в 8 случаях, открытое стентирование с иссечением рубцов, грануляций в 9, летальных исходов не наблюдалось. Для профилактики стенозов трахеи следует придерживаться следующих правил (выводы): 1) выполнять не трахеотомию, а полноценную трахеостомию с подшиванием краев трахеи к коже; 2) искоренить понятия верхней, нижней и средней трахеостомии (исключения-если не экстренная и при отсутствии опыта), трахеостомия должна быть только нижней, поскольку при верхней и средней трахеостомии очень высок риск развития рубцовых стенозов, после наложения экстренной трахеостомии с коникотомией, по стабилизации состояния больного трахеостомию перевести на нижнюю; 3) не производить ни одной деканюляции при длительной ИВЛ без эндоскопии- фиброларинготрахеоскопии- прямой или ретроградной через трахеостому; 4) отказаться от трахеостомий по Бьерку, или подобных вмешательств с созданием «окошка», ввиду появляющихся после деканюляций сужений по типу «песочных часов» даже при благоприятном течении обстоятельств

ств; 5) использовать конические термопластичные канюли или «расщепленный зонд» (отрезок термопластичной интубационной трубки), не применять металлические и жесткие пластмассовые канюли.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-ПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ В ГБУ РД РКБ

**Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А.,
Бабаев М.Р., Масуев М.А., Рамазанова Б.М.**

ГБУ РД РКБ, отделение торакальной хирургии

Лечение больных с респираторно-пищеводными свищами остается одной из сложных проблем в торакальной хирургии несмотря на постепенное улучшение диагностических возможностей и оперативной техники. Сложность эта обусловлена тяжестью клинических проявлений самого свища, возникающими в последующем грозными осложнениями, тяжестью и характером предшествующих заболеваний, травм, и обреченностью больных без хирургического вмешательства. Вместе с тем операции по поводу респираторно-пищеводных свищей часто сопряжены тяжелыми осложнениями и высокой летальностью, которая может достигать до 10-15 %. В отделении торакальной хирургии РКБ г.Махачкала за последние 15 лет нами наблюдались 24 больных с респираторно-пищеводными свищами. Из них 22 пациента с трахео-пищеводными свищами, в том числе у 1 пациента рецидивный трахеопищеводный свищ после операции в детском возрасте по поводу врожденного трахео-пищеводного свища, у 5 пациентов свищ развился на фоне распространенного рака трахеи с прорастанием пищевода и распадом; 2 пациента с бронхо-пищеводными свищами, в том числе у 1 на фоне легочных проявлений болезни Бехчета в виде хронического абсцесса нижней доли левого легкого. Этиология приобретенных респираторно-пищеводных свищей разнообразна, основным фактором при наших наблюдениях была механическая травма, запущенные опухоли пищевода и трахеи, в редких случаях химический ожог пищевода, абсцедирующая пневмония. Патогенез респираторно-пищеводных свищей определяется в основном этиологией, но ведущими факторами являются воспаление и некроз. Клинические проявления респираторно-пищеводных свищей разнообразны, определяются проявлениями самого свища, заболеваниями, травмами, на фоне чего развился свищ, последующими осложнениями. Основным и постоянным симптомом наличия свища является поперхивание при приеме жидкости, пищи, сопровождающееся кашлем с мокротой, в которой имеются примеси съеденной пищи, жидкости, крови. Другие проявления респираторно-пищеводных свищей проявляются в той или иной степени и непостоянны. Большую

диагностическую ценность представляют эндоскопические и рентгенологические методы исследования по выявлению свища. При этом, учитывая клинические проявления и анамнестические данные, диагноз выставляется без особых затруднений. Эндоскопически свищ был диагностирован у 22 пациентов, при этом выявление устья свища облегчалось введением в пищевод растворов красителей. Компьютерная и магнитно-резонансная томографии помогают в оценке состояния свища, прилежащих органов и тканей, что облегчает в выборе тактики и доступа оперативного вмешательства. Определение тактики лечения респираторно-пищеводных свищей является сложной проблемой. Спонтанного заживления свища не наблюдается. Консервативное лечение дает временный эффект, облегчает состояние больного, уменьшает риск тяжелых осложнений. Поэтому в лечении респираторно-пищеводных свищей основным методом является хирургическое вмешательство. Хирургические операции, проводимые по поводу респираторно-пищеводных свищей, делили на паллиативные и радикальные. Паллиативные операции проведены 6 пациентам как подготовительный этап к радикальному хирургическому лечению, 5 - как единственно возможная помощь по поводу распадающихся с прорастанием в пищевод (или наоборот) опухолей трахеи (или пищевода). Радикальные хирургические вмешательства выполнены 13 больным. Радикальная операция состоит в разобщении патологического соустья между дыхательными путями и пищеводом. Дефект трахеи, бронхов закрывали однорядным швом через все слои, для ликвидации дефекта пищевода - 2- или 3-рядный шов. Основным моментом хирургической тактики после ушивания дефектов в трахее или бронхе и пищеводе является разобщение линий швов на этих органах. Для этого линию швов на пищеводе укрывают лоскутом париетальной плевры, перикарда на ножке, кивательной или межреберной мышцей, с их подшиванием непосредственно по линии швов или вокруг них, либо производят ротацию пищевода. Оперативными доступами были использованы: цервикотомия слева у 12 пациентов, боковая торакотомия слева у 1 пациента, при этом в последнем случае объем оператив-

ного вмешательства был расширен нижней лобэктомией легкого, у 2 пациентов объем операции расширен трахеопластикой с установкой Т-образной трубки по поводу рубцово-грануляционной стриктуры шейно-верхнегрудного отдела трахеи. В ранний послеоперационный период у 1 пациента наблюдался шейный пищеводно-кожный свищ, который закрылся консервативными

мероприятиями. Отдаленное послеоперационное состояние хорошее у 14 пациентов, удовлетворительное - у 3, которым по поводу умеренно выраженного стеноза пищевода на уровне ликвидации свища проводились сеансы баллонной дилатации. Полученные результаты лечения больных свидетельствуют о том, что хирургическая тактика при респираторно-пищеводных свищах является методом выбора.

НАША ТАКТИКА ПРИ ПОЗДНИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ РАНЕНИЙ ЛЕВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ

**Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов С.З., Ильясов К.М., Бабаев М.Р.,
Магомедов А.А., Масуев М.А., Рамазанова Б.М**

ГБУ РД РКБ, отделение торакальной хирургии

Ранения левого купола диафрагмы занимают особое место среди торакоабдоминальных ранений и закрытых травм грудной клетки. Особый интерес к ним обусловлен тяжестью состояния больных, сложностью расстройств, связанных с повреждением такой мощной дыхательной помпы, какой является диафрагма, сообщением двух полостей с разными давлениями, перемещением органов брюшной полости в грудную с возможным их ущемлением, кровотечением, развитием воспалительных процессов в обеих полостях. Сложными и диагностически трудными являются поздние проявления, осложнения ранений левого купола диафрагмы с воспалительными изменениями в обеих полостях с длительной экспозицией органов брюшной полости в грудной, с частым их ущемлением и некрозом, которые, по разным источникам, составляют от 4 до 15-20 %. Под нашим наблюдением за последние 19 лет находились 128 пациента с ранениями левой половины диафрагмы, у 24 (18,7 %) из которых ранения выявлены в сроки от 7-10 дней до 10 лет после получения травмы. Всем этим больным (мужчин-19, женщины- 5) при обращении в стационар были выполнены обзорные рентгенографии органов грудной клетки, при этом у 9 выявлен малый гемоторакс слева, который разрешился пункционно или дренированием плевральной полости. Причинами травмы у 7 больных явились ножевые ранения, у 1-огнестрельное сквозное ранение, у 6 - тупая травма грудной клетки с переломами ребер, у 10- авария, в большинстве случаев также с переломами ребер. У 1 пациентки, находящейся в стационаре, явления дыхательной недостаточности появились на 7-8 сутки после травмы, был диагностирован разрыв левого купола диафрагмы. 9 пациентов были отпущены домой после обследования (рентгенография, общеклинические исследования, УЗИ), оказания первой медицинской помощи, обработки, ревизии ран, 6 пациентов, отказавшиеся после травмы от обследования, обратились через 2, 3, 5 и 10 лет соответственно, 5 находились на лечении в стационаре после

травмы, выписались в удовлетворительном состоянии, повторное обращение в сроки от 3 до 8 месяцев, 1 пациент после оказания «помощи» по месту жительства доставлен в РКБ в крайне тяжелом состоянии, 2 пациента после лечения в ЦРБ после травмы обратились через 6 и 8 месяцев соответственно. При повторном обращении состояние 10 пациентов крайне тяжелое, обусловлено диафрагмальной грыжей с ущемлением или некрозом желудка, с развитием у 4 из них тяжелой эмпиемы плевры, острой дыхательной недостаточностью, интоксикацией, гиповолемией. Выполнены операции: 1. Тораколапаротомия, низведение органов брюшной полости, ушивание дефекта диафрагмы, проксимальная резекция желудка и абдоминального отрезка пищевода с эзофаго-гастро-анастомозом - 4, в том числе 2 больным операция дополнялась эмпиемплеврэктомией и декортацией легкого; 2. Лапаротомия, низведение желудка, ушивание раны диафрагмы, проксимальная резекция желудка с наложением гастростомы и дренированием пищевода (в райбольнице) - 1, этому же больному в последующем в РКБ на фоне продолжающихся кровотечений из культи пищевода после санации поддиафрагмального абсцесса слева наложен эзофагогастроанастомоз (операция вынужденная, как ни странно исход хороший); 3. Тораколапаротомия слева с пересечением реберной дуги, ревизия, низведение органов брюшной полости, ушивание ран легкого, дренирование плевральной и брюшной полости - 3; 4. Торакотомия, низведение органов брюшной полости, пластика диафрагмы, частичная декортация легкого слева - 16, в том числе 1 больному произведена спленэктомия из-за массивности спяечного процесса и травмы селезенки при выделении; После проведенных операций летальный исход у 1 больной на фоне несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. Состояние других больных при последующих наблюдениях хорошее у 18, удовлетворительное - у 5. Большие повреждения левого купола диафрагмы обычно ди-

агностируются 100% рентгенологически наличием газового пузыря в левой плевральной полости с уровнем жидкости или кишечными петлями. Имеющиеся затруднения в ранней диагностике ранений левого купола диафрагмы обусловлены (по нашим наблюдениям) неполным повреждением диафрагмы (сквозным), малыми размерами дефекта, которые проявляются в последующем разностью давления в брюшной и плевральных полостях, воспалительными изменениями в области дефекта, внешними воздействиями (тяжелая физическая нагрузка, дополнительная травма, физические перенапряжения и т. д.). Рентгенологически ранения левого купола диафрагмы можно выявить с помощью сульфата бария в положении Тренделенбурга. При

ранениях левой половины грудной клетки считаем необходимым: 1. при наличии соответствующей техники всем больным в затруднительных случаях в диагностическом плане провести лапаро- и торакоскопию; 2. провести рентгенографию органов грудной клетки, рентгеноскопию с дачей бариевой взвеси в положении Тренделенбурга; 3. при диагностических трудностях всем больным провести компьютерную томографию органов грудной клетки; 4. при отсутствии данных за разрыв диафрагмы вести динамичное наблюдение, повторное рентгенологическое исследование через 3-4 недели.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВОЗНИКШИХ НА ФОНЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Аскерханов Г.Р.(1), Султанов А.С.(1), Канаев А.И.(1), Омаров К.Х.(2)

*Дагестанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница*

Актуальность исследования. Диагностика и лечение больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, развившихся на фоне гнойно-септических и системных заболеваний, представляют большие трудности и сопровождаются, по данным разных авторов, высокой летальностью (более 60%). Приводим примеры наших наблюдений: 1. Пациент 32 лет, и/б 271250, поступил в отделение хирургии 01.09.2018г. с диагнозом: Кишечная непроходимость? Хронический пиелонефрит единственной почки, хроническая почечная недостаточность 2-3 степени, нейрогенный мочевого пузыря. В анамнезе перелом 5-шейного позвонка (больной колясочный). При поступлении объективно состояние больного тяжелое, сознание ясное, но тяжело общаться из-за сухости во рту, кожные покровы бледные, влажные, пульс 114 в минуту, АД 105/80 мм рт.ст., СОР тоны приглушены, в легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 24 в минуту. Живот вздут равномерно, участвует в акте дыхания, симптомы раздражения брюшины отрицательные. При осмотре per rectum стул черного цвета, жидкий. Моча по катетеру чистая, диурез не снижен. В анализе крови: гемоглобин 83г/л, лимфоциты 4%, тромбоциты 99тыс, гематокрит 23%. В анализе мочи: удельный вес 1008, белок 0,48г/л, эритроциты 1-8 в п/з. В биохимии: общий белок 57 г/л, билирубин 110 мкм/л, АСТ 58, АЛТ 190, кальций 1,00. 05.09.18г консилиумом рекомендовано оперативное лечение. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В брюшной полости 100 мл выпота, петли тонкой кишки расширены до 5-6 см, нарушения пассажа нет. Декомпрессия тонкой

кишки, эвакуировано около 2 литров застойного содержимого, произведена блокада брыжейки тонкой кишки раствором новокаина. Из забрюшинной клетчатки эвакуировано 500мл мутной жидкости с последующим дренированием. 5.09.18г отмечено обильное кровотечение из дренажей и операционной раны. Лечение проводится в условиях реанимационного отделения. 16.00 06.09.18г состояние крайне-тяжелое, на фоне нарастания сердечно-легочной недостаточности констатирована биологическая смерть. 2. Пациент 3., 62 лет, поступил 04.08.18г. с диагнозом: Термические ожоги 2-3 степени 31% (из них глубокие 12%) передней поверхности туловища, левой верхней и нижней конечностей. На фоне ожоговой болезни развилась полиорганная недостаточность. 16.08.18г появились признаки кишечной непроходимости. Стимуляция кишечника не эффективна. При МСКТ грудной клетки выявлены двухсторонние застойные явления - пневмония. По назогастральному зонду застойное желудочное содержимое по типу кофейной гущи. При ФГДС выявлен выраженный эрозивный гастрит, бульбит, эзофагит. Анализ крови: гемоглобин 60-90 г/л, общий белок 37-50 г/л, лейкоцитов крови 15-19 х 10⁹. креатинин 150-170мкм/л, билирубин 29мкм/л, АСТ 156, АЛТ 147. Консилиум 17.08.18г 9:00, констатировано наличие у больного на фоне ожоговой болезни и полиорганной недостаточности клиника динамической кишечной непроходимости. Решено провести дообследование и продолжить стимуляцию кишечника. При колоноскопии в просвете правой половине ободочной кишки выявлено сплывание большого количества каловых масс, механиче-

ского препятствия нет. При повторном УЗИ выявлено наличие в брюшной полости (больше справа) свободной жидкости. Постепенно начали нарастать признаки кишечной непроходимости, состояние пациента ухудшается. Повторный консилиум 17.08.18г 15:30, констатировано наличие у больного перитонита неясного генеза (вероятно прободение полого органа), назначена операция. 17.08.18г лапаротомия, в брюшной полости кишечные равномерно раздут, в брюшной полости до 2,5 литров гнойной жидкости с каловыми массами. На куполе слепой кишки дефект стенки округлой формы диаметром 0,5см, из которого активно поступает кишечное содержимое. Купол слепой кишки вместе с дефектом выведены через контрапертуру наружу в виде цекостомы. Произведена санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: динамическая кишечная непроходимость на фоне ожоговой болезни, диастатическая перфорация купола слепой кишки, разлитой каловый

перитонит, терминальная стадия (абдоминальный компартмент синдром), полиорганная недостаточность. 19.08.18г проводимое интенсивное лечение неэффективно, от нарастающей полиорганной недостаточности констатирована биологическая смерть.

Выводы

Приведенные наблюдения демонстрируют трудности в диагностике и лечении этого контингента больных. Возникновение острых заболеваний у них, обусловлено снижением физиологической резистентности слизистой желудочно-кишечного тракта, нарушением микроциркуляции и органного кровотока, интоксикацией, снижением реактивности, нарушениями контроля иммунной системы, развитием полиорганной недостаточности.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Аскерханов Г.Р. (1), Садыки М.Н. (1), Аскерханов Р.Г. (2)

*ФБГОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет",
ГБУЗ "Московский клинический научно-практический центр"
Департамента здравоохранения Москвы, г.Москва*

На сегодняшний день лапароскопическая продольная (рукавная, SLEEVE) резекция желудка (ЛПРЖ) – одна из наиболее часто выполняемых и эффективных по снижению веса операций. Наряду с потерей избыточного веса, важным показателем эффективности хирургических манипуляций является качество жизни.

Цель исследования: оценить качество жизни больных ожирением после продольной резекции желудка из лапароскопического и лапаротомного доступов, а также выявить зависимость КЖ от различных факторов.

Материал и методы В Московском клиническом научно-практическом центре им. А.С. Логинова Департамента Здравоохранения Москвы и в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова г. Махачкала с января 2012 г. по сентябрь 2016 г. ПРЖ по поводу ожирения выполнена 353 пациентам, из них 264 – лапароскопически, 89 – лапаротомным доступом. Критерием включения пациентов в исследование являлось морбидное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м², а также ожирение с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии хотя бы одного сопутствующего заболевания. Критерии исключения включали в себя противопоказания к операции и отказ пациента от участия в исследовании. В зависимости от вида выполненной операции, все пациенты с ожирением были распределены на 2 группы. Первую группу составили 87 больных, перенесших лапароскопическую ПРЖ. Среди них 74 женщины (85,1%) и 13

(14,9%) мужчин. Средний возраст $44,1 \pm 10,9$ лет (от 19 до 67 лет). ИМТ до операции варьировал от 35,0 до 63,3 кг/м². Среднее значение ИМТ – $42,8 \pm 6,6$ кг/м². Вторую группу составили 45 пациентов, которым была выполнена открытая продольная резекция желудка. Среди них 9 мужчин (20%) и 36 женщин (80%). Средний возраст $45,3 \pm 10,8$ лет (21-68 лет). Средний ИМТ $42,9 \pm 4,8$ кг/м². Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, не страдающих ожирением и сопутствующими заболеваниями, среди которых 19 женщин (63,3%) и 11 (36,7%) мужчин. Средний возраст $46,2 \pm 9,7$ лет (от 24 до 64). Средний ИМТ $27,3 \pm 1,3$ кг/м². Динамику массы тела оценивали с использованием показателей: индекс массы тела (ИМТ), процент потери избыточной массы тела (%EWL). Частоту сопутствующих заболеваний исследовали в %. КЖ оценивали до операции, через 12 и 24 месяца после операции методом анкетирования с использованием трех анкет: русскоязычной версии MOS Short Form 36 (MOS SF36); опросника Moorehead-Ardelt II; анкеты для оценки КЖ после операций на органах желудочнокишечного тракта Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI).

Результаты и их обсуждение. По потере избыточного веса статистически значимых различий в зависимости от операционного доступа продольной резекции желудка выявлено не было. По опросникам MOS SF-36 и GIQLI каче-

ство жизни после лапароскопической продольной резекции желудка достоверно выше, чем после открытой операции по шкалам социального и ролевого функционирования и психологического здоровья. По анкете Moorehead Ardelt II результаты после лапароскопической операции также выше по шкалам чувства собственного достоинства, физической, социальной и сексуальной активности. Между полом, возрастом, частотой сопутствующей патологии и КЖ пациентов после ПРЖ статистически значимой связи не обнаружено. Отрицательная корреляционная связь выявлена между показателем общего здоровья и ИМТ после лапароскопической операции.

Выводы

Качество жизни после продольной резекции желудка выше, чем до операции. Лапароскопическая продольная резекция желудка имеет преимущества перед операцией из лапаротомного доступа в виде более высокого качества жизни пациентов после операции.

ОПЫТ ЦЕНТРА: АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ.

Аскерханов Г.Р., Дубаев А.А.

ООО МЦА им. Р.П. Аскерханова

Коронарная реваскуляризация пожилых пациентов с острым коронарным синдромом показывает результаты, которые превосходят консервативную тактику. С совершенствованием перкутанных коронарных методик с использованием стентов с лекарственным покрытием, метод ангиопластики и стентирования стал привлекательным вариантом лечения у пожилых пациентов.

Цель исследования. Анализ рентгеноэндоваскулярного лечения пожилых больных с ОКС и коморбидной патологией с использованием методики транслюминальной баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

Материал и методы. В МЦА им. Р.П. Аскерханова с 2014 и по настоящее время выполнено более 200 интервенционных коронарных вмешательств при остром коронарном синдроме. Пожилые пациенты в количестве 54 (75 лет) были выделены в отдельную группу, из них 19 (35.1%) женщин и 35 (64.8%) мужчин с острым коронарным синдромом, которым имплантированы 84 стента с лекарственным покрытием (1.5 стента на пациента). С сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа было 22 (40.7%) больных, с атеросклерозом периферической артериальной системы 14 (25.9%), с постоянной формой фибрилляции предсердий 11 (20.3%), с гипертонической болезнью III-IV, риск ССО 3-4 42 (77.7%), с ранее выполненными операциями реваскуляризации коронарного стентирования 10 (18.5%), с неста-

бильной стенокардией 28 (51.8%) , с Q инфарктом миокарда 12 (22.2%), с не- Q инфарктом миокарда 14 (25.9%) . Шкала риска Syntax Score составила 16.9 (8-32) баллов. Стенотические поражения подвергнутые КС, локализовались: ствол ЛКА – 6 (11.1%), ПМЖВ – 26 (48.1%), ПКА – 8 (14.8%), ОВ – 12 (22.2%). Другие – 2 (3.7%). Однососудистые поражения 18 (33.3%) - , многососудистые поражения – 36 (66.6%) . Оценка локализации, верификация и вариант инфаркта оценивались по данным клинической картины, ЭХО-КГ, ЭКГ, тропониновый тест.

Полученные результаты. Интраоперационный ангиографический успех КС составил 98,2 %. В одном случае летальный исход у пациентки с кардиогенным шоком. Отдаленные результаты прослежены от 6 до 38 мес, повторные реваскуляризации 1, рестеноз 1. ДАТ проводилась во всех случаях, за исключением пациентов с фибрилляцией предсердий, у которых добавлялись антикоагулянты. ФВ составила в среднем 53% (38-63%).

Выводы

Ангиопластика и стентирование можно применить у пациентов старше 75 лет с использованием стентов с лекарственным покрытием, что позволяет улучшить клинические исходы ОКС.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Аскерханов Г.Р., Исмаилов С.А., Адильханов С.Г., Казакмурзаев М.А., Канаев А.И., Закариев М-Р.З

Дагестанский государственный медицинский университет

Цель исследования — оценить результаты хирургического лечения аневризм брюшной аорты при различных вариантах течения заболевания.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2019 гг. в сосудистое отделение Республиканской клинической больницы г. Махачкалы поступило 76 больных с диагнозом аневризма брюшного отдела аорты. Из них 9 женщин, остальные — мужчины в возрасте от 37 до 82 лет. Средний возраст составил $64,2 \pm 7,3$ года. Больные разделены на две группы. К I группе отнесен 44 (52,4%) пациент с неосложненным течением аневризм аорты, ко II группе — 32 (47,6%) пациента с осложненным течением аневризм (разрыв, надрыв, забрюшинная гематома) или имеющие признаки расслоения (болевая форма, аневризмы больших размеров с критическим истончением стенки). ИБС выявлена у 48 (63,2%) пациентов, из них 25 (52,1%) пациента входило в состав I группы, 23 (47,9%) пациент — в состав II группы исследования. Комплекс обследования включал: анализ жалоб, анамнеза заболевания, общеклинические методы обследования, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), дуплексное сканирование брюшной аорты, экстракраниальных артерий, сосудов нижних конечностей, компьютерную и магнитно-резонансную томографию с ангиографией. 17 пациентам с ишемической болезнью сердца в дооперационном периоде выполнена коронарография, из них у 13 (22 стента) пациентам выполнено стентирование коронарных артерий. 5 больных по тяжести сопутствующих заболеваний признаны неоперабельными. 71 пациент оперировано, из них 42 из I группы, 29 из II группы наблюдений. 16 пациентов оперировано в срочном порядке. Проводилась стандартная резекция аневризмы интрааренального отдела аорты с наложением у 15 (21,1%) аорто-аортального анастомоза, у 17 (23,9%) — двустороннего аорто-подвздошного, у 31 (43,6%) — аорто-бифеморального, у 8 (11,3%) — комбинированного аорто-подвздошно-феморального шунтирования.

Результаты: Летальность в I группе составила 3 (7,1%), во II — 6 (20,7%). Причиной смерти в 66,6% случаев явилась сердечно-сосудистая недостаточность, в половине случаев вызванная фатальным коронарным синдромом, в

половине — кровотечением. В группе неосложненных аневризм инфаркт миокарда явился основной причиной смерти (двое из троих). На наш взгляд, имеется несомненное отрицательное влияние стенотического поражения коронарных артерий на толерантность к кровопотере, так как в данном случае наблюдается сочетание двух факторов — гемодинамической (атеросклероз) и гипоксической (анемия) ишемии миокарда. В связи с этим при разрыве аневризмы аорты у больных с сопутствующей ИБС к летальному исходу приводит кровотечение меньшего объема, чем у больных без ИБС. Более негативное влияние на исходы лечения ИБС оказывает в группе больных с осложненными формами аневризм аорты. Так, среди умерших пациентов, имевших ИБС, пациенты с осложненными формами аневризмы аорты составили большую долю (на 22,7%), а в группе выживших пациентов, имеющих ИБС, таких пациентов было меньше (на 25,3%).

Выводы

Таким образом, диагноз аневризма брюшной аорты предполагает немедленную госпитализацию больного в специализированное отделение с выполнением реконструктивных вмешательств хирургом высокой квалификации. Объем и вид реконструктивного вмешательства диктуется в зависимости от распространения аневризмы в проксимальном направлении и вовлечением в процесс отходящих от аорты крупных артериальных ветвей. Ишемическая болезнь сердца является самой частой сопутствующей патологией у больных с аневризмой брюшной аорты, встречаясь в 71,5% случаев, и чаще у больных с аневризмой осложненного течения или с угрозой ее разрыва. Концентрация больных с осложненным течением аневризм брюшной аорты в специализированных центрах сердечно-сосудистой хирургии позволит значительно снизить хирургическую летальность и улучшить результаты лечения данной группы больных.

МАГНИТНО-ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНАСТОМОЗИТА И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Арсютов В.П. (1), Арсютов О.В. (1), Столяров С.И. (2)

*ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
БУ "Республиканская клиническая больница "*

Введение. К одной из актуальных в абдоминальной хирургии относится проблема несостоятельности швов анастомозов. Несостоятельность кишечного шва и швов соустьев является самой частой причиной послеоперационного перитонита. Частота ранних вынужденных повторных операций после хирургических методов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, несмотря на наличие классических, отработанных методов операций, остается высокой и колеблется от 4,2 до 16% с послеоперационной летальностью до 4%. Наиболее опасным осложнением при них являются недостаточность швов желудочно-кишечного анастомоза (ЖКА) и швов культи двенадцатиперстной кишки. К другим частым и опасным осложнением после органосохраняющих операций на желудке и резекции желудка, приводящим к релапаротомии, относят нарушение желудочной эвакуации, встречающееся в 0,8-50% случаев. Частой причиной нарушения эвакуации из культи желудка является анастомозит, встречающийся в 1,2-43,6% случаях после резекции желудка. Создание оптических квантовых генераторов относится к важным достижениям научно-технического прогресса последних десятилетий. Большой интерес для врачей представляет использование низкоинтенсивного лазерного излучения - своеобразного общего и местного стимулятора активности тканевых элементов и многих функций живого организма, обладающего анальгезирующим, противовоспалительным действиями.

Цель исследования: изучить влияние магнитно-лазерной терапии (МЛТ) на непосредственные результаты резекций желудка.

Материалы и методы исследования. В 98 наблюдениях (49 сравниваемая группа и 49 исследуемая) изучено влияние магнитно-лазерного воздействия на непосредственные результаты резекций желудка, выполненных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Больным исследуемой группы сразу после операции и ежедневно в течение 7 суток проводили МЛТ на зону анастомоза чрескожно из двух парных точек приложения на передней брюшной стенке, используя магнитно-лазерный

аппарат «Млада». Состояние анастомоза контролировалось методом фиброгастроскопии на 9 сутки после резекции желудка.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный период у пациентов исследуемой группы протекал благополучнее, чем в сравниваемой. Моторная функция желудочно-кишечного тракта у пациентов исследуемой группы восстанавливалась уже со вторых суток, раньше на 1-1,5 сутки, чем в сравниваемой группе. Количество лейкоцитов в крови на 5 сутки послеоперационного периода в сравниваемой группе составила $10,8 \pm 0,45 \cdot 10^9/\text{л}$, тогда как у больных исследуемой - $7,8 \pm 0,32 \cdot 10^9/\text{л}$ ($p < 0,001$). Температура тела на этих сроках исследования в сравниваемой группе в среднем составила $37,2 \pm 0,10$ °C, а у больных исследуемой группы - $36,7 \pm 0,10$ °C ($p < 0,001$). Из 49 больных сравниваемой группы у 2 (4,1%) в послеоперационном периоде диагностирован анастомозит и у 1 (2%) - несостоятельность швов межкишечного соустья, по поводу чего выполнена релапаротомия.. Средняя длительность пребывания в стационаре после резекции желудка в сравниваемой группе составила $16,2 \pm 0,89$ койко-дней, а в исследуемой - $12,2 \pm 0,23$ ($p < 0,05$). Осложнений у больных этой группы в послеоперационном периоде не установлено. Заживление желудочно-кишечного соустья после МЛТ у больных исследуемой группы контролировали биопсией слизистой зоны анастомоза при фиброгастроскопии на 9 сутки после резекции желудка. При этом установлено, что заживление ЖКА завершается к 9 суткам послеоперационного периода.

Выводы. 1. Анализ клинического материала показал, что МЛТ на зону ЖКА приводит к быстрому заживлению соустья, предупреждению развития осложнений и сокращению послеоперационного нахождения пациента в стационаре. 2. Проведенные исследования убедительно демонстрируют необходимость применения МЛТ в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, с целью улучшения результатов и профилактики различных послеоперационных осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Атаян А.А. (1,2), Косенков А.Н. (1), Ярков С.А. (3), Хачатрян Э.О. (1), Шадыжева Т.И. (1), Рамазанов А.А. (3)

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (1), ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана (2), ГКБ имени С.С. Юдина (3)

Несмотря на развитие медицины и современные технологии, и в наше время установить диагноз на ранней стадии не всегда удается, а при постановке диагноза спасти ишемизированную кишку традиционными подходами практически не возможно. Вследствие чего и летальность при остром нарушении мезентериального кровообращения может достигать 97%.

Цель: Определить возможности применения маркера I-FABP сыворотки крови, и использования компьютерной томографии с контрастированием для определения нарушения мезентериального кровообращения. Доказать необходимость применения эндоваскулярных методов в лечении нарушения мезентериального кровообращения на различных стадиях.

Материалы и методы: Материалом исследования являются пациенты с нарушением мезентериального кровообращения. В исследование включено 18 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения с ишемией кишки и 52 пациента с поражением ВБА и её ветвей с признаками некроза стенки кишки. В качестве диагностического маркера 32 пациентам выполнялся анализ маркера I-FABP. Возраст больных колебался от 47 до 91 года. Всем больным с подозрением на острое нарушение мезентериального кровообращения выполнялась компьютерная томография с контрастным усилением, после определения нарушения кровотока в верхней брыжеечной артерии, больных переводили в отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения для выполнения дальнейшего лечения.

Результаты: Как средства ранней диагностики помимо определения D- димера, 32 пациентам выполнялось исследование биомаркера I-FABP. У 5 пациентов с ишемией кишки уровень составлял $671 \pm 183,1$ нг/мл, у 27 пациентов с некрозом кишки $915 \pm 214,2$ нг/мл. При выполнении спиральной компьютерной томографии из 70 больных в группе с ишемией кишки у 13 (72,2%) больных выявлена окклюзия в системе ВБА, у 5 (27,8%) – значимые стенозы ВБА. В группе с инфарктом кишки у 48 (92,3%) больных диагностирована окклюзия в системе ВБА, у 3 (5,7%) больных диагностирован критический стеноз устья ВБА с развитием компенсационного кровотока по коллатералям, у 1 (1,9 %) больного – ангиоспазм подвздошно-ободочной кишечной артерии с последующим некрозом подвздошной кишки. Лечебная тактика в стадии ишемии включала эндо-

васкулярное восстановление кровотока. 13 больным с окклюзией ВБА выполнена вакуумная тромбэкстракция с последующей транслюминальной баллонной ангиопластикой, из них у 11 (84,6%) удалось получить тромботические массы. Имплантация стента проведена в 3 случаях. Пациентам с гемодинамически значимыми стенозами ВБА выполнена транслюминальная баллонная ангиопластика с последующей имплантацией стента. Хороший рентгенэндоваскулярный результат восстановления кровотока по ВБА и её ветвям получен в 83,4% случаев. Лечебная тактика пациентам с некрозом кишки помимо эндоваскулярного восстановления кровотока включала резекцию некротизированного участка кишки. 39 (81,2 %) из 48 больным выполняли антеградную механическую, всем 39 больным выполняли аспирационную тромбэкстракцию, у 34 (70,8%) пациентов из общего количества больных с окклюзионным поражением удалось в разной степени аспирировать тромботические массы. у 9 (18,7%) с имплантацией стента. 3 больным со значимым стенозом ВБА выполнялась баллонная ангиопластика с последующим стентированием. Пациенту с неокклюзионной формой нарушения мезентериального кровообращения (ангиоспазм подвздошно-ободочной кишечной артерии с последующим некрозом подвздошной кишки) селективно в ВБА был введен папаверин с нитроглицерином с положительным ангиографическим результатом. У всех 52 больных имелись КТ-признаки некроза кишки, после эндоваскулярного вмешательства им выполнялась ревизия кишки с последующей резекцией некротизированного участка. Оперативное лечение было проведено у 52 (100%) больных. Паллиативная лапаротомия выполнена у 6-х (11,5%) больных в связи с тотальным некрозом тонкой кишки. Резекция кишки выполнялась у 46 (89,5%) больных. Протяженность резекции была различна и зависела от уровня окклюзии и времени выполнения реваскуляризации ВБА. Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 39 (84,8 %) случаев. В результате лечения больных в стадии ишемии и инфаркта умерло 13 больных, летальность составила 36,9%. Всем больным проведена попытка реваскуляризации ВБА и её ветвей на всех уровнях поражения, при этом ведущее место отдавали рентгенэндоваскулярным методикам восстановления кровотока в ВБА в сочетании с резекцией некротизированного участка кишки. В

группе пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения без некроза кишки, летальность составила 16,6%. У больных с некрозом кишки и применением гибридной тактики лечения летальность составила 44,2 %.

Выводы

Применение маркера I-FABP и компьютерной томографии улучшает диагностику острого

нарушения мезентериального кровообращения и сокращает время верификации патологии. Применение рентгенхирургических методов восстановления кровотока позволяет эффективно выполнить реваскуляризацию и сохранить жизнеспособность ишемизированного участка кишки и значительно уменьшить зону инфаркта кишки, и как следствие сократить границы резекции.

МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ N. FACIALIS

Ахмадулинов М. Г., Патахов Г. М., Ахмадулинов А. М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Посттравматический диастаз между концами поврежденного нерва, является актуальной проблемой в нейро- и челюстно-лицевой хирургии. Метод прямой нейрорафии, с которым у врача обычно не возникает значительных трудностей, зачастую оказывается не применимым в случаях со значительным диастазом. В таких ситуациях для восстановления целостности периферических нервов и утраченных функций предложены различные методы пластических операций с использованием нервов-доноров. Нами разработана методика создания условий для направленной регенерации центральных концов мышечных ветвей лицевого нерва (патент на изобретение РФ № 2376650 "Способ направленной регенерации мышечных ветвей лицевого нерва в эксперименте". Сущность предлагаемого способа заключается в следующем: с помощью микрохирургической техники выделяются из окружающих тканей концы поврежденной мышечной ветви лицевого нерва. Используя микрохирургическую технику под увеличением бинокулярной лупы и операционного микроскопа, производятся все этапы подготовки поврежденных концов лицевого нерва. В качестве трубулы-проводника применяют полихлорвиниловый проводник, состоящий из двух одинаковых частей подобранных по диаметру нерва. От средней трети трубчатого про-

водника начинается продольный срез до внутреннего его конца, так что наружная часть при этом имеет вид трубки, а внутренняя часть, начиная со средней трети, имеет вид полутрубки. Сопоставляют внутренние полутрубчатые поверхности обеих частей проводника, так чтобы их срезы и просвет находились друг напротив друга и фиксируют их снаружи двумя тонкими кетгутowymi лигатурами. Далее подготовленные концы нервов вводят между сопоставленными внутренними полутрубчатыми частями проводника через боковые отверстия расположенные в средней трети проводника у начала срезов. Наружные концы обеих частей проводника, имеющие вид трубок, выводятся на кожу и фиксируются к ней узловыми швами. Они используются в качестве катетеров для периневральных введений лекарственных веществ стимулирующих рост нервных волокон, а также за них после врастания аксонов, центрального конца в периферический, извлекаются обе части проводника. К этому сроку вокруг трубчатой конструкции формируется фиброзная капсула, которая надежно изолирует зону репарации от окружающих мягких тканей. Всесторонние экспериментальные исследования показали целесообразность и надежность методики.

ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВЕ ХИАТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.

Ахматов А.М., Тарбаев И.С., Бечвая Г.Т., Василевский Д.И., Корольков А.Ю., Лапшин А.С., Жолуд Н.Н.

ПСПБГМУ им. АК. И.П. Павлова

Лечение хиатальных грыж остается одной из сложных проблем хирургии в связи с высокой частотой рецидива заболевания. Частота рецидива ГПОД после хирургического лечения составляет 3–12%, при параэзофагеальных и смешанных грыжах - до 30%. Рецидив ГПОД и симптомов

ГЭРБ чаще всего возникает в срок от 1 до 3 лет после операции. Основные анатомические варианты рецидивов: синдром «телескопа», миграция манжетки в заднее средостение, несостоятельность швов манжеты или зоны крурорафии, формирование параэзофагеальной грыжи. Для

предотвращения рецидива заболевания применяются различные подходы: гастропексия, укрепление хиатального отверстия круглой связкой или левой долей печени и другие методики. Но наибольшее распространение получило применение протезирующих материалов для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова с 2015 по 2018 г. было оперировано 27 пациентов с рецидивом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Во всех случаях для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы использовались полимерные имплантаты. Применялась методика "mesh-reinforced". При размерах хиатального окна более 7 см выполнялась комбинированная передняя и задняя крурорафия, уменьшавшая натяжение тканей, а зона лигатур позади и спереди от пищевода укреплялась двумя имплантатами полулунной или одним протезом С-образной формы. Использовались протезы из полипропилена, обладающие наибольшей механической прочностью и высокой адгезивностью. Имплантаты фиксировались герниостеплером и перекрывали линию крурорафии на 2-2,5 см. Для исключения контакта со стенкой пищевода и ее возможного повреждения протезы располагались на расстоянии 2-3 мм от внутреннего края диафрагмальных ножек. Для предотвращения желудочно-пищеводного заброса во всех случаях, кроме 5 (19%), выполнялась антирефлюксная реконструкция. Двоим - выполнение фундопликации не представлялось возможным в связи с выраженной рубцовой деформацией дна желудка. Трем пациентам из этой группы выполнена протезирующая пластика пищеводного отверстия диафрагмы из торакального доступа.

При нормокинезии пищевода у 3 (11%) пациентов, осуществлялась циркулярная фундопликация на 360°. При нарушениях сократительной активности органа, имевшей место у 19 (70%) человек, проводилась парциальная фундопликация на 270°. С целью профилактики осложнений со стороны сетчатого имплантата в обязательном порядке при формировании манжеты стенка желудка располагалась в виде "прокладки" между пищеводом и протезом.

Полученные результаты: Отдаленные результаты лечения (6-24 мес.) прослежены у 16 (59%) из 27 человек. Специфических осложнений (перфорации пищевода протезом, его сужения) не отмечено ни в одном случае. Случаев рецидива хиатальной грыжи не отмечено. Возврат симптомов гастроэзофагеального рефлюкса без рецидива хиатальной грыжи был диагностирован у 1 (4%) человек.

Обсуждение: Таким образом, полученные результаты показывают высокую эффективность использования полимерных сетчатых материалов при пластике хиатального отверстия и доказывают безопасность их применения при соблюдении предложенных рекомендаций.

Выводы

1. Использование протезов при хирургическом лечении рецидивных хиатальных грыж является обязательным; 2. Применение полимерных имплантатов в данной области хирургии, с учетом особенностей анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы, является безопасным.

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ КАК ЧАСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Ахмедов И.Г. (1,2), Кишов У.А. (2)

*Кафедра госпитальной хирургии №1 ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ,
ООО «Медицинский центр «Здоровье»*

Амбулаторно-поликлиническая хирургия составляет важное звено в структуре организации хирургической помощи населению. Степень удовлетворенности населения организацией амбулаторно-поликлинической хирургической службы косвенно может быть охарактеризована по структуре и количественным показателям амбулаторной хирургической помощи населению в платных медицинских учреждениях региона.

Материал. Проанализированы число и структура услуг хирургического профиля за период с мая 2018 по апрель 2019 годы в Медицинском центре «Здоровье», являющейся клинической базой кафедры госпитальной хирургии №1.

В исследование не включены услуги проктологического и урологического профиля.

Результаты. За указанный период (1 год) обратилось за помощью к хирургам 1342 пациента. Преимущественно пациенты обращались для выполнения перевязки и обработки свежей или инфицированной раны. За год 466 пациентам выполнены различные оперативные вмешательства преимущественно амбулаторно. Госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар потребовалась лишь 78 (16,7%) пациентам: вскрытие и дренирование гнойного мастита - 9, грыжесечение с пластикой пахового канала или

передней брюшной стенки различными методами – 33, операции на желудке – 3, гемиколэктомия и резекция ободочной кишки – 4, операции при узловом нетоксическом зобе – 3, холецистэктомия лапароскопическая или лапаротомная – 16, аппендэктомия – 7, прочие – 3. Серьезные интра- и послеоперационные осложнения не имелись.

Отдаленные результаты оперативных вмешательств оценены у 62 пациентов: во всех случаях хорошие и удовлетворительные. Остальным 388 (83,3%) пациентам выполнены небольшие оперативные вмешательства, не требующие госпитализации, с хорошими результатами. Из всей группы пациентов перевязки, а также удаление поверхностных образований и операции при вросшемся ногте выполнены 624 (46,5%) пациентам. Объем медицинских манипуляций у этой категории пациентов вполне мог быть организован

в любом лечебном учреждении по месту жительства пациента, и это косвенно свидетельствует о недостаточной организации данного вида помощи населению на местах.

Выводы

1. Медицинские услуги по хирургии амбулаторно-поликлинического уровня в частных медицинских учреждениях востребованы населением Республики Дагестан. 2. Достаточно высокая востребованность услуг в частных медицинских учреждениях свидетельствует о недостаточной организации данного вида помощи населению в государственных лечебных учреждениях на местах.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ХОЛАНГИТОМ

Ашурлаев К.М., Закариев З.М., Абдулжалилов М.К., Османов А.О.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Острый холецистит является одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении проблема далека от решения. Хотя летальность при данном заболевании относительно не высока, однако имеются ряд не решенных вопросов в диагностике и лечении при осложнениях калькулезного холецистита, таких как холедохолитиаз, гнойный холангит, и результаты их лечения не утешительны.

Материал и методы. За последние 3 года в клинику неотложной хирургии ГБУ РД РКБ ЦСЭМП поступило 6075 больных с диагнозом острый калькулезный холецистит. Из них у 861 (14,17%) холецистит сочетался холедохолитиазом с развитием механической желтухи и холангитом различной тяжести. Мужчин – 143 (16,6%), женщин – 718 (83,4%). Возраст больных 20-91 лет. Среди них холедохолитиаз осложнился острым панкреатитом у 74 (8,59%). В диагностическую программу помимо общеклинического и лабораторного обследования обязательно включали ультразвуковое исследование (УЗИ) желчевыводящей системы, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). При мало информативности УЗИ, исследование дополняли компьютерной томографией. С внедрением эндоскопических и эндобилиарных вмешательств при лечении осложненных форм желчекаменной болезни применялось этапное лечение холедохолитиаза и холангита. При выявлении признаков поражения внепеченочных желчных протоков проводили эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), а при наличии

патологии манипуляцию завершали эндоскопической папиллосфинктеротомией и холедохолитэкстракцией. На основании этого комплекса обследования определяли возможность и сроки выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Результаты. Для декомпрессии билиарного тракта, уменьшения явлений интоксикации и для подготовки к радикальному оперативному вмешательству 9 (1,04%) случаях у больных с гнойным холангитом при обтурационном холедохолитиазе выполнили чрескожное чреспеченочное холангиостомию, а 23 (2,67%) чрескожную холецистостомию под контролем УЗИ. 127 (14,75%) случаях холедохолитиаза конкременты удаляли эндоскопически корзиной Дордмиди и через 2-3 производили лапароскопическую холецистэктомию. В 679 (78,86%) случаях обтурационного холедохолитиаза с явлениями желтухи и холангита камни удаляли после папиллосфинктеротомии. Это приводило устранению холестаза, укупированию печеночно-почечной недостаточности и вторым этапом, в более благоприятных условиях производили холецистэктомию. В 3 случаях после ПСТ выполнено наружное назогастральное дренирование желчевыводящих путей у больных гнойным холангитом. У 10 больных после папиллосфинктеротомии отмечалось самопроизвольное отхождение конкрементов, полноту которого контролировали при повторных РПХГ. 23 (2,67%) больных камни из холедоха удаляли лапаротомным способом из-за невозможности разрешить холедохолитиаз эндоскопическими вмешательствами на фатеровом соске. Умерло 6 больных. Причины смерти: в 2 случаях поздняя госпитализация больных с гнойным холангитом, у которых

развился молниеносная форма холангиогенного сепсиса. В одном случае развитие панкреонекроза. В остальных случаях причиной летального исхода послужила инфаркт и тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы

Анализ результатов лечения показал, что внедрение малоинвазивных вмешательств у тяжелого контингента больных с синдромом механической желтухи и холангита, направленных на декомпрессию желчевыводящей системы, позволяют адекватно провести подготовку больных к радикальным операциям и снизить процент осложнений и летальных исходов.

ПРЕДИКТОРЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗАХ СОННЫХ И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ.

Бабаян Г.Б. (2), Зорин Р.А. (1), Пшенников А.С. (1)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ул. Высоковольтная, д. 9, Рязань.

ГБУ РО ОКБ, ул. Интернациональная, 3а, Рязань, Россия.

Гемодинамические значимые стенозы магистральных экстракраниальных артерий являются одним из патогенетических механизмов ишемического инсульта. Актуальность гемодинамических ишемических инсультов определяется вовлечением больших сосудистых бассейнов, грубой инвалидизацией и риском летального исхода у пациентов. Наиболее эффективным методом профилактики и лечения острого и хронического нарушения мозгового кровообращения у пациентов с транзиторным либо стойким неврологическим дефицитом являются операции на сонных и позвоночных артериях при гемодинамически значимых стенозах.

Целью исследования: прогнозирование выраженности неврологического дефицита у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами артерий шеи на основе комплексного клинко-инструментального и клинко-лабораторного обследования и технологий машинного обучения.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим стенозом магистральных сосудов шеи и головы. Средний возраст составил 62,9 года, стандартная ошибка средней 1,17 лет, из них 30 мужчин и 19 женщин. У 32 пациентов верифицирован гемодинамически значимый стеноз каротидных артерий (внутренней сонной или общей сонной артерии), у 17 гемодинамический значимый стеноз позвоночных артерий (изолированный или в комбинации с гемодинамически значимым стенозом каротидных сосудов). Все пациенты были оперированы: в 34 случаях выполнена каротидная эндартерэктомия, в 15 случаях редрессация позвоночной артерии. Пациентам выполнялось ультразвуковое исследование и доплерография сосудов шеи и головы с оценкой степени стеноза сосудов по площади, линейной скорости кровотока по общим сонным артериям, внутренним сонным артериям, позвоночным артериям с двух сторон; ультразвуковое исследование сердца, оценивались показатели систолической функции (фракция выброса), конечно-диастолический и конечно-систолический

размер левого желудочка. Всем пациентам выполнялось стандартное исследование электрокардиограммы по 12 отведениям. Показатели гемостаза оценивались при помощи аппарата (Sysmex CA-500 Series) и включали уровень фибриногена, тромбиновое время, активированное частичное тромбиновое время, международное нормированное отношение, протромбиновый индекс, тромбоциты. Оценивались биохимические факторы риска развития нарушений мозгового кровообращения: уровень гликемии и холестерина крови.

Результаты. На основе оценки неврологического статуса, данных нейровизуализации и анамнеза пациенты были разделены на 2 группы: с ишемическим поражением головного мозга и неврологическим дефицитом и без соответствующих нарушений. Была создана искусственная нейронная сеть, классифицирующая пациентов в данные группы на основе показателей гемодинамики в магистральных сосудах шеи и головы, данных клинко-лабораторного обследования и систолической функции сердца. Искусственная нейронная сеть обладала удовлетворительными классификационными способностями. Выявлена закономерность между нарушениями магистрального кровотока в вертебро-базилярном бассейне и развитием неврологического дефицита. Среди высоко значимых показателей особый интерес представляют показатели гемостаза, характеризующие тенденцию к гиперкоагуляции; а также показатели системной гемодинамики, определяющиеся насосной функцией сердца. Меньшую значимость имела степень стеноза сонных артерий.

Выводы

Наиболее значимыми предикторами неврологического дефицита являются нарушения кровотока в вертебро-базилярном бассейне, показатели гемостаза и характеристики насосной функции сердца. Технологии прогнозирования на основе машинного обучения позволяют достаточно

эффективно прогнозировать формирование неврологического дефицита у пациентов с гемодинамически значимым стенозом магистральных сосудов шеи.

СПОСОБ СНЯТИЯ НАТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЛАСТИКЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА СОБСТВЕННЫМИ ТКАНЯМИ

Бабурин А.Б. (1,2), Логинов В.И. (1), Паршиков В.В. (2)

*ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ
ГБУЗ НО «Городская больница №35»*

Частота паховых грыж составляет 4,9%, (соотношение мужчин и женщин 8 к 1), а грыжесечение является наиболее частой операцией в общей хирургии и составляет 10-15% всех операций. В настоящее время не подлежит сомнению, что именно на укрепление задней стенки пахового канала должно быть направлено хирургическое вмешательство. На сегодняшний день этим требованиям среди традиционных способов наибольшей степени отвечают методы Bassini, Sholdice, McVay, Postempsky. Однако, при этих видах пластики имеется один существенный отрицательный момент, а именно: происходит натяжение тканей в месте пластики. Данный недостаток противоречит основному закону хирургии – чем слабее натяжение краев раны, тем лучше происходит их срастание – и, как следствие, может становиться причиной болевого синдрома в послеоперационном периоде, осложнений со стороны органов мошонки и рецидива грыжи. Чтобы уменьшить натяжение в области швов предлагается производить послабляющий разрез передней стенки влагалища прямой мышцы живота длиной 4-6 см. Обычно послабляющий разрез делается после наложения и завязывания швов, формирующих заднюю стенку пахового канала. Однако, при таких разрезах явления натяжения полностью не снимаются, так как за счёт целостности заднего листка влагалища прямой мышцы живота, напряжение мягких тканей в области пластики сохраняется. Кроме того, прямая мышца живота расположена медиальнее зоны оперативного вмешательства, что так же препятствует полному снятию натяжения в области пахового канала.

Для устранения указанного недостатка при пластике задней стенки пахового канала традиционными методами, мы предлагаем следующий способ снятия натяжения при пластике задней стенки пахового канала собственными тканями, который основан на сочетании классических

(традиционных) натяжных методов операций при паховых грыжах, использовании эндопротеза, принципов пластической хирургии и заключается в следующем.

После рассечения кожи и подкожной клетчатки параллельно паховой связки и выше неё на 3 см, выполняется рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, выделяется грыжевой мешок, который удаляют или погружают в брюшную полость. Затем на 3 см выше зоны предполагаемой пластики делают послабляющий разрез апоневроза наружной косой мышцы живота длиной 6 см по ходу волокон и, только после этого, производят пластику задней стенки пахового канала одним из традиционных способов. Образовавшийся дефект в апоневрозе наружной косой мышцы живота закрывается сетчатым эндопротезом расположив его sub lay (под апоневрозом) и фиксируется узловыми швами. Послойный шов раны. Предлагаемый способ успешно внедрен в хирургическую практику ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ г. Нижнего Новгорода и применен в оперативном лечении 87 пациентов с паховыми грыжами. Все больные получали комплексную терапию согласно стандартам оказания медицинской помощи, при этом обезболивание с применением наркотических анальгетиков в первые сутки послеоперационного периода потребовалось у 11 пациентов. Отмечены осложнения: гематома в области оперативного вмешательства - 3, серома - 1.

Заключение. Описанный способ способствует снижению травматичности операции с уменьшением осложнений со стороны послеоперационной раны, позволяет сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности пациентов, способствует быстрой реабилитации больных, улучшению качества жизни и обеспечивает социально – экономический эффект.

НОВЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Багаудинова С.Г. Газиев Р.М., Омаров И.М., Курбанисмаилова М.Г. Омарова Х.З.

*ФГБВОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" МЗ РФ
Кафедра факультетской хирургии*

Недостаточность анального сфинктера- это полное или частичное нарушение произвольного и непроизвольного удержания содержимого толстой кишки. Лечение недостаточности анального сфинктера является сложной задачей. Существуют многочисленные виды пластик при НАС, применяемые хирургами - колопроктологами в решении такой актуальной проблемы, как анальная инконтиненция. Общеизвестно, что основным функциональным предназначением прямой кишки является накопление и эвакуация кишечного содержимого, осуществляемые при условии координированной работы сфинктерного аппарата. С этой точки зрения наиболее простым, практически безопасным среди арсенала оперативных методов лечения слабости анального сфинктера, являются операции суживающие задний проход. В связи с этим целью исследования явилась попытка разработать метод эффективной пластики анального кольца, которая улучшит результаты хирургического лечения больных с недостаточной накопительной и удерживающей функцией анального сфинктера прямой кишки.

Материал и метод. Работа, основанная на обследовании и лечении пациентов с НАС, осуществлялась в клинике факультетской хирургии ДГМУ на базе отделенческой больницы ООО ЖДБ СКЖД в период с 2004 по 2017, Выявлено 62 пациента с недостаточностью анального сфинктера. Возраст пациентов от 18 до 77 лет, из них мужчин -37(59,8%), женщин-29(46,8%). Предоперационное обследование включало: анкетирование с использованием шкалы тяжести инконтиненции Векснера, визуальный и пальцевой осмотр, аноскопия, сфинктрометрия. Критериями включения пациента в исследование являлись наличие жалоб на каломазанье, в связи с чем приходилось использовать гигиенические прокладки, подгузники и что в свою очередь введет к существенному изменению образа жизни. При осмотре – зияние заднего прохода, подтвержденным снижением базального давления в анальном канале по результатам сфинктрометрии. Операцию выполняли в условиях операционной, под внутривенным наркозом. В послеопе-

рационном периоде пациентам проводили антибиотикопрофилактику, а так же получали анальгетики.

Результаты. Всем пациентам для оценки результатов лечения было проведено анкетирование по шкале Векснера через 3,6 и 12 месяцев, а так же клиническое и колодинимическое исследование. При клиническом исследовании через 3 месяца после операции отмечали прекращение использования гигиенических прокладок, улучшение общего состояния пациентов и их субъективной оценки результатов лечения. Значение индекса Векснера составило до лечения в среднем $8,7 \pm 3,5$., после лечения $1,8 \pm 1,5$. С целью получения объективных данных исследования мы проводили всем пациентам сфинктрометрию. В результате этого исследования определялись среднее значения основных показателей деятельности сфинктера – давление покоя и давление максимального волевого сокращения. В нашей работе сфинктрометрия играет важную роль в сравнительном анализе результатов «до» и «после» лечения. Через 6и 12 месяцев клиническое улучшение сохранялось у всех пациентов, показатели были такими же, как и через 3 месяца после операции. Полученные результаты позволили нам получить удостоверение рационализаторского предложения №08-1413 от января 2009года. Заявка на патент № 2017144773 от 19.12.2017. Осложнений приводящих к нарушениям функциональных показателей не наблюдалось. В 2(3,2%) случаях наблюдалось образование лигатурного свища, после устранения последнего воспалительный процесс стихал.

Выводы

Методика довольно проста в использовании и подручна широкому кругу хирургов проктологов и может быть рекомендована для внедрения практическому здравоохранению. Низкий процент рецидива говорит о состоятельности метода и может улучшить результаты лечения и создать положительный психологический эффект у больного.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ МЕЖРЕБЕРНО-ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

*Байсиев А.Х., Хон А.Э., Корольков А.Ю., Баландов С.Г., Ким Р.В., Ахматов А.М.,
Никитина Т.О., Попов Д.Н., Китаева М.А.*

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова.

Травматическая межреберно-диафрагмальная грыжа – перемещение органов брюшной полости в грудную полость через патологическое отверстие в диафрагме, которые возникают в результате травматизации грудной клетки. Частота развития травматических диафрагмальных грыж, по сводным данным, составляет 2–3%, т.е. 13% от всех диафрагмальных грыж. Зачастую грыжевой мешок отсутствует. Особо следует различать травматические диафрагмально-межреберные грыжи, когда разрыв диафрагмы происходит в месте прикрепления ее волокон к нижним ребрам или в области запяянного плеврального синуса. В этих случаях грыжевое выпячивание попадает не в свободную плевральную полость, а в одно из межреберий, как правило, слева. Диагностика посттравматической диафрагмальной грыжи нередко бывает затруднительной, особенно если факт повреждения диафрагмы не был установлен в остром периоде травмы. Лечение врожденных и травматических грыж только хирургическое. В настоящий момент предложен широкий ряд методик пластики дефекта диафрагмы, среди них наиболее широко применяется ушивание отверстия отдельными узловыми швами на расстоянии 0,8-1,0 см друг от друга, с созданием дубликатуры, возможно с пликацией. При обширных дефектах диафрагмы с целью их замещения используется аллопротезирование. Послеоперационная летальность у данной категории пациентов достигает 50 %, а вмешательства относят к категории сложных. Ниже представлен случай лечения посттравматической диафрагмальной грыжи, с формированием межреберной грыжи. Пациент 44 лет в 2016 году на фоне сильного кашля почувствовал резкую боль. После чего образовалась обширная опоясывающая подкожная гематома и грыжа. Позже грыжевое выпячивание увеличивалось в размерах. При МСКТ выявлено, что плевральная полость

на 2/3 заполнена органами брюшной полости (часть желудка, тонкая кишка, сальник, поперечно-ободочная кишка), а так же расширенное 8-е межреберье. Пациент готовился к оперативному лечению - снижал вес. В дооперационном периоде были выявлены признаки бронхоспазма - проведено соответствующее лечение. После чего пациент оперирован. Доступ-боковая торакотомия через расширенное 8-е межреберье, грыжевого мешка не обнаружено – дислоцированные органы находятся в плевральной полости. Выявлен спаечный процесс между дислоцированными органами брюшной полости и плеврой. Выполнен адгезиолизис, перемещение дислоцированных органов в брюшную полость через грыжевые ворота в диафрагме размерами 8х8 см. Так же при ревизии выявлен растянутый плевральный синус, нижний край которого находился на уровне Spina iliaca anterior superior. При ревизии растянутого синуса выявлен дефект передней брюшной стенки в левом мезогастрii. Выполнено ушивание дефекта диафрагмы. Установка и фиксация единого сетчатого протеза 30х30см на диафрагме (поверх ушитого дефекта), с переходом на переднюю брюшную стенку (поверх вышеописанного дефекта передней брюшной стенки в мезогастрii) – по типу ONLAY. Произведена редукция левой плевральной полости до нормальных размеров, путем герметичного ушивания синуса с дренированием плевральной полости. Резекция мягких тканей расширенного межреберья ("грыжевого мешка"), с редукцией и пластикой межреберного промежутка. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан на 14 суток. При контрольном осмотре через месяц, состояние удовлетворительное.

ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОПЕРАЦИЙ ТРАДИЦИОННОЙ (ТХ) И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ (ЛХЭ) ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЕЙ (ВПЭХ)

*Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Войтковский А.Е., Барбадо-Мамедова П.А.,
Муцуров Х.С., Оразалиев Г.Б., Архипкин А.К.*

МКМЦ, ЦРБ, РБ

Операция ЛХЭ является в настоящее время стандартом лечения и широко применяется в клинической практике городских и районных больниц. Отличаясь от традиционной операции

многими преимуществами, она, тем не менее, несет в себе целый ряд неудач, которые дискредитируют её, вызывают ряд профессиональных и социальных проблем (вплоть до судов). Знание

негативных проблем операции ЛХЭ, мер профилактики и способов коррекции актуальны и требуют изучения. Несомненные перспективы в решении этих вопросов принадлежат внутрисветной чреспапиллярной эндоскопической хирургии (ВПЭХ).

Цель исследования: оценить возможности ВПЭХ в коррекции некоторых неудач операции холецистэктомии.

Материал, методы, обсуждение. С момента первой выполненной нами операции ЛХЭ в 1991г. и первой публикации в 1993г. о её неудачах, мы постоянно возвращались к этому вопросу и накопили достаточно большой материал их коррекции с помощью ВПЭХ, в том числе после традиционной холецистэктомии (ТХЭ). В 2015-2016 гг мы наблюдали 87 больных с неудачами операций ХЭ (44 – после традиционной и 43 – после ЛХЭ): 7 – с повреждениями желчных протоков (ЛХЭ-6, ТХЭ-1); 4- с желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) (3- Т-образных, 1-трубчатый); 17- с несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП); 1- с желчным свищом (ЖС); 7 – со стриктурами желчных протоков (ЖП); 27- с забытыми камнями; 1- с неполной ХЭ. Клинически они сопровождались перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими проявлениями, у 21- они сочетались. После ЛХЭ у 43 больных преобладающими были повреждения ЖП (у 6 из 7 больных), НКПП (14), стриктуры ЖП (6 из 7), а после ТХЭ у 44 больных – желчеистечения в брюшную полость и наружу (14), холедохолитиаз (23) и др. Итак, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП, холедохолитиаз и аденомы

БДС. Недостаточное предоперационное обследование и игнорирование чреспапиллярной и интраоперационной холангиографией – причина неадекватных операций ТХЭ и резидуального холангиолитиаза и не устраненных новообразований. Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшее методом лечения 66 из 87 пациентов и включающее комплекс оперативных вмешательств: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость и помимо НДЖП (11 из 14) и НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы ре- и лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холедохолитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при обширных травмах (3 из 6) и стриктурах желчных протоков (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом и Т-образным дренажом от печеночной недостаточности.

Выводы

1. Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой и тщательной ревизией дуоденального сосочка.
2. Внутрисветная эндоскопическая чреспапиллярная хирургия перспективна при касательных повреждениях ЖП, НКПП, дефектах НДЖП, холедохолитиазе и новообразованиях БДС.

НЕУДАЧИ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (НДЖП) И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.

Балалыкин А.С., Муцуров Х.С., Гвоздик В.В., Войтковский А.Е., Архипкин А.К., Оразалиев Г.Б.

МКМЦ, РБ, ЦРБ.

Холангиолитиаз (ХЛ), частота которого составляет 15-25 %, сопровождаемый механической желтухой и холангитом, является серьезной проблемой хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ), определяя сложность лечения и неадекватность операций. Интраоперационные методы исследования (холангиография, холедохоскопия, эндоУЗИ) мало используются в практике городских и районных больниц. Хирурги ограничены и технически, и во времени при проведении операции и вполне обоснованно методом выбора скорейшего ее завершения является наружное дренирование желчных протоков (НДЖП). За многолетнюю историю предложены разные методы НДЖП и предпринимались многочисленные попытки усовершенствования дренажных

трубок, но лишиться метод недостатков не удалось.

Цель исследования: анализ негативных сторон НДЖП и место чреспапиллярной эндоскопической хирургии (ЧПЭХ) в их решении.

Материал и методы. Из 1659 ЛХЭ завершилась у 8 (2,5%) НДЖП: у 6 (75%) через культи пузырного протока (КПП) и у 2 – Т-образным дренажом. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) (контрольная группа): из 195 больных у 27 (13,9%) завершилась НДЖП: у 12 (32,4%) – через КПП и у 15 (67,6%) – Т-образным дренажом. Таким образом, при ЛХЭ предпочтение отдавалось наружному дренированию желчных протоков через КПП, а при ТХЭ – дренированию Т-образным дренажом. Таким образом, в эндоскопической хирургии частота операций НДЖП реже (2,5% против

13.9%), чем в традиционной и используется чаще дренирование через КПП. Это, во-первых, результат двухэтапной тактики ЖКБ, в которой ЧПЭХ является первым этапом лечения больных с сочетанными поражениями желчного пузыря и желчных протоков; во-вторых, несомненный недостаток лапароскопической хирургии, обусловленный недостаточной подготовкой хирургов к проведению лапароскопической холедохолитомии (ХЛТ).

Обсуждение. Проанализированы результаты лечения 37 больных с НДЖП. Проблемами НДЖП являются: 1-недостаточная обоснованность проведения операций НДЖП; 2-ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3-методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4-нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5-осложнения НДЖП и выбора тактики их лечения. Из 37 обследованных больных с НДЖП у 35 отмечено 52 различных неудач, ошибок и осложнений. Недостаточная обоснованность показаний к проведению НДЖП включает: - ошибки и малая информативность пред- и интраоперационной диагностики; - субъективизм хирургов, - недостаточный их опыт и помощников; - неадекватная санация желчных протоков. Недостатки НДЖП после ХЛТ обосновывают необходимость двухэтапной тактики лечения холелитиаза. Однако у 15-25% больных даже у опытных специалистов ЧПО оказываются неудачными, и методом лечения холедохолитиаза остается традиционная ХЛТ, лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически. ЧПО приближают хирургов к адекватным операциям при ЖКБ. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей включают: - неправильное название дренажей; - плохое качество и неадекватные параметры дренажных трубок; - неправильная обработка дренажных трубок. Из 23 Т-образных дренажей, названных Kehr только 9 (39%) были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами -J.Deaver (несрезанная полуокружность). О дренаже по А. В. Вишневскому, который произведен у 2 (5.4%) из 37 наблюдений после ХЛТ, надо называть его именем А.Lane если мы не используем принцип «сифон-манометр» в послеоперационном периоде. Дренажом Д. Л. Пиковского называют дренаж W. Halsted - проведение дренажной трубки в общий желчный проток через КПП. Он предложил дренажную

трубку диаметром 1мм и доказал текучесть желчи через неё. Ошибки проведения операции НДЖП на наш взгляд включают: неудачи выбора места установки дренажа; неправильное размещение дренажной трубки в гепатикохоledoхе; использование нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа; дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки; пренебрежение дренированием брюшной полости. Ошибки ведения послеоперационного периода: длительное обильное желчеистечение по дренажу (7-19%); пассивное ведение послеоперационного периода; неправильное расположение желчеприемника; преждевременное и позднее удаление дренажа; удаление дренажа без контрольной холангиографии; длительное пребывание больных в стационаре. Осложнения НДЖП (ранние, поздние) у 37 больных: перегибы дренажных трубок (5.4%); неправильное положение бранш и нарушение проходимости желчных путей (5.4%); деформация гепатикохоledoха (2.7%); дислокация дренажа (2.7%); подтекание желчи мимо дренажа в брюшную полость (11.1%); обильное длительное желчеистечение по дренажу (18.9%); повреждение гепатикохоledoха при извлечении дренажа (5.4%); желчный перитонит, абсцессы (5.4%); холангит (13.5%); желчный свищ (2.7%); стриктуры гепатикохоledoха (11.1%). Неудачи Т-образных дренажей у 20 из 23 больных: у 17 - холангиохолеlтиаз, у 4 - желчеистечения в брюшную полость, у 2 - повреждение желчного протока. При НДЖП через КПП у 5 из 12 больных выявлен холедохолитиаз, подтекание желчи - у 2 и др. Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 5 больных (умер 1 пациент 82 лет с желчным перитонитом); лапароскопия - у 1; ЧПО - у 31 больного. Таким образом, эндоскопия - это «палочка-выручалочка» в решении проблем НДЖП.

Выводы

Проблемы операций НДЖП обусловлены недостаточной технической оснащённостью, исключение современных методов интраоперационного обследования, ограниченным применением лапароскопической и чреспиллярной хирургии при сочетанных поражениях желчного пузыря и протоков.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ "FAST-TRACK" У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Баснаев У.И., Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Джемилов И.В., Расулов Н.А.

Медицинской академии имени С. И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Количество послеоперационных ухудшений при распространенном перитоните, по данным разных источников, колеблется от 40% до 60%,

что влечет за собой социальный и экономический вред. Трендом является применения программы ускоренного выздоровления «Fast-track»

в лечении больных с распространенным перитонитом. В результате применения этой программы наблюдается улучшение процесса хирургического лечения и уменьшение сроков стационарного лечения. Цель работы. оценка эффекта от применения программы «Fast-track» в ходе лечения больных с распространенным перитонитом. Материалы и методы. В нашу работу был положен сравнительный анализ результатов лечения 89 пациентов с распространенным перитонитом, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГКБ № 7 г. Симферополь в период с 2017 по 2019 года. Все больные были разделены на основную группу и группу сравнения. К первой отнесены 50 пациента, их лечение было дополнено некоторыми элементами программы «Fast-track». Ко второй группе были отнесены 39 больных, лечение которых проводилось согласно национальным клиническим рекомендациям. В исследование были включены следующие заболевания: острый гангренозно-перфоративный аппендицит (ГПА), перфоративная язва желудка (ПЯ Желудка), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК). Возраст пациентов колебался от 30 до 65 лет. В исследовании приняло участие 45 мужчин и 44 женщин. Лечение больных основной группы дополнялось следующими элементами программы «Fast-track»: Отказ от премедикации, профилактика нарушений углеводного обмена, минимизация оперативного доступа, профилактика тошноты и рвоты, целенаправленная инфузия, отказ от рутинного применения опиоидных препаратов, раннее энтеральное питание, ранняя активация. Эффективность проводимой терапии мы оценивали по клиническим признакам (уровень болей по Визуально аналоговой шкале (ВАШ), лабораторным данным (ЛИИ, МСМ), по данным электрогастроэнтерографии в послеоперационном периоде, и частоте осложнений. Результаты. В первые двое суток послеоперационного периода у всех больных основной группы уровень болей по шкале ВАШ не превышал 5 баллов, что не требовало использования

наркотических анальгетиков. Тогда как у 39 (89%) больных впервые 2 суток, в группе сравнения, уровень боли по ВАШ достигал 7-9 баллов. Данные электрогастроэнтерографии свидетельствуют о более раннем восстановлении перистальтики и отхождения газов в основной группе, относительно группы сравнения (в 1,8 раза быстрее). На 4-6 сутки, у больных основной групп отмечается снижение уровня ЛИИ и МСМ в 2,1 раз по сравнению с первыми сутками после операции, тогда как в группе сравнения ЛИИ и МСМ уменьшились в 1,6 раз ($p > 0,05$). Нормализация ЛИИ и МСМ в группе сравнения отмечалась лишь к 12 суткам. В послеоперационном периоде в группе сравнения у 2 (3,6%) пациентов зарегистрированы эвентрация органов брюшной полости, у 10 (18,2%) нагноение послеоперационной раны, и 2 (3,6%) случая развития ранней спаечной кишечной непроходимости, что продлило стационарное лечение на $12,2 \pm 1,1$ дней. В основной группе за весь период послеоперационного наблюдения у 3 (6,8%) пациентов было зарегистрировано нагноение послеоперационной раны, что продлило лечение на $4,4 \pm 1,2$ дней. Средняя длительность стационарного лечения больных основной группы составила 10 - 15 суток (в среднем $12,1 \pm 1,2$ суток). В группе сравнения 14 - 19 суток (в среднем $17,5 \pm 1,4$ суток) ($p > 0,05$).

Выводы

Применение программы «Fast-track» в лечении больных с распространенным перитонитом позволило снизить сроки стационарного лечения, что в свою очередь влечет за собой положительный социальный и экономический эффект - снижение стоимости лечения больного, раннее восстановление трудоспособности пациентов. Длительность стационарного лечения больных основной группы составила $12,1 \pm 1$, сутки, тогда как в группе сравнения $17,5 \pm 1,4$ суток ($p > 0,05$).

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Белик Б.М. (1), Тенчури Р.Ш. (1, 2), Дадаян А.Р. (2), Абдурагимов З.А. (1, 2), Мареев Д.В. (2), Осканян М.А. (1), Маслов А.И. (1), Родаков А.В. (1), Чиркин Г.М. (1)

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»*

В настоящее время применение различных малоинвазивных хирургических технологий в лечении панкреонекроза (ПН) и его осложнений находит все большее распространение. При этом, если в использовании малоинвазивных вмешательств при асептических деструктивных осложнениях ПН имеется определенная ясность,

то при лечении инфицированных форм данного заболевания вопрос о возможности их применения до сих пор остается предметом дискуссии. В этом случае основными сдерживающими факторами их применения у больных с инфицированным ПН являются необходимость точной топиче-

ской диагностики очагов поражения и адекватность их дренирования, так как используемые при этом дренажи имеют относительно небольшой диаметр и не всегда выполняют своей функции. Поэтому на сегодняшний день отношение хирургов к использованию малоинвазивных вмешательств в лечении различных форм ПН неоднозначно – от оптимистичного до достаточно сдержанного.

Цель работы: оценить возможности применения различных малоинвазивных хирургических вмешательств в комплексном лечении больных с ПН на различных стадиях заболевания.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 87 больных в возрасте от 32 до 69 лет, находившихся на лечении в МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с 2011 по 2018 г. с клиническим диагнозом ПН. Причиной ПН у 56 (64,4%) больных явился прием алкоголя и жирной пищи, у 31 (35,6%) – желчнокаменная болезнь. У всех пациентов с целью верификации и топической диагностики очагов панкреатогенной деструкции использовали УЗИ, компьютерную томографию с болюсным контрастированием и магнитно-резонансную томографию. Оценка степени тяжести заболевания проводили с помощью шкалы APACHE II. Все больные получали комплексную интенсивную терапию в условиях реанимационного блока в соответствии со стандартными протоколами лечения тяжелого острого панкреатита. В зависимости от подхода к выбору хирургической тактики все пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 42 пациента, у которых в зависимости от стадии заболевания и характера осложнений на разных этапах лечения использовали различные варианты и сочетания малоинвазивных хирургических вмешательств, а также их комбинации с традиционными открытыми операциями. У 25 пациентов малоинвазивные операции явились законченным видом хирургического лечения. Этим больным всего проведено 59 малоинвазивных хирургических операций, включающих видеолaparоскопическую санацию и дренирование брюшной полости, чрескожные дренирующие вмешательства под лучевым контролем, мини-лапаротомию или мини-люмботомию с использованием набора инструментов «Мини-ассистент», видеоассистированные санации через мини-оментобурсостому и/или ретроперитонеостому. При проведении чрескожных дренирующих вмешательств с применением лучевой навигации в зависимости от топографии, размеров и характера патологического очага использовали различные методы: одноэтапное установление дренажей с помощью стилет-катетера, многоэтапный (установление нескольких дренажей с последующей заменой их на трубки большего диаметра) и троакарный способ, позволяющий одновременно установить дренажи большого

диаметра и/или «гильзы» для формирования мини-ретроперитонеостомы, через которую в дальнейшем осуществляли этапные видеоассистированные санации гнойно-некротических полостей. У 17 (40,5%) пациентов использовали комбинацию малоинвазивных методик и открытых операций. В основной группе в фазу панкреатогенной токсемии и асептического ПН малоинвазивные хирургические вмешательства были произведены 38 (90,5%) больным. Основными показаниями к операции являлись ферментативный перитонит, наличие свободных жидкостных скоплений в брюшной полости, прогрессирование или сохранение проявлений эндотоксикоза и органных дисфункций, а также нарастание внутрибрюшной гипертензии на фоне адекватной интенсивной терапии. 4 (9,5%) пациента основной группы были изначально оперированы в фазу инфицированного ПН. Из 38 пациентов, первоначально оперированных в фазу стерильного ПН с использованием малоинвазивных технологий, у 15 (39,5%) отмечалось инфицирование очагов панкреатогенной деструкции, что потребовало у 14 больных проведения традиционных открытых хирургических вмешательств, как правило, в комбинации с миниинвазивными операциями. Таким образом, в целом с инфицированными формами ПН в основной группе были оперированы 19 (45,2%) пациентов. В группу сравнения были включены 45 больных, у которых применение малоинвазивных хирургических вмешательств в процессе лечения не носило обязательного характера или ограничивалось выполнением лечебно-диагностической лапароскопии. Из них у 32 (71,1%) пациентов выполняли видеолaparоскопию и традиционные открытые операции и у 13 (28,8%) больных – только широкие лапаротомные вмешательства. Обе исследуемые группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, этиологическим формам ПН, срокам и степени тяжести заболевания. Как первый этап хирургического лечения видеолaparоскопия выполнена у 34 (80,9%) пациентов основной группы и у 32 (71,1%) больных из группы сравнения. У пациентов из группы сравнения видеолaparоскопия носила преимущественно диагностический характер и заканчивалась конверсией в виде открытого лапаротомного вмешательства. При наличии билиарной гипертензии у больных во время операции выполняли лапароскопическую холецистостомию. При необходимости у пациентов осуществляли чрескожно-чреспеченочную микрохолецистостомию или холангиостомию под ультразвуковым наведением, а также эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке и желчевыводящих путях.

Результаты и обсуждение. Из 42 пациентов основной группы комплексное лечение ПН с применением малоинвазивных методик оказалось эффективным и достаточным у 25 (59,5%) больных. У данных больных превалировал жидкост-

ный компонент в стерильных очагах панкреатогенной деструкции либо имели место ограниченные формы инфицированного ПН. В этом случае применение малоинвазивных вмешательств, и прежде всего различных вариантов чрескожного дренирования очагов деструкции под лучевым наведением позволило в большинстве случаев снизить фактор операционной травмы и избежать открытых операций. Вместе с тем считаем необходимым отметить опасность преувеличения возможностей малоинвазивных вмешательств в качестве основного метода лечения при распространенных формах инфицированного ПН, при которых имеется длительная и обширная секвестрация. В таких случаях для достижения стойкого лечебного эффекта следует своевременно прибегнуть к традиционному хирургическому вмешательству. Так, у 17 (40,5%) пациентов в основной группе после проведения малоинвазивных вмешательств были выполнены открытые операции. В то же время применение малоинвазивных методик на первом этапе лечения ПН позволило устранить у больных септические проявления и в дальнейшем выбрать наиболее подходящие сроки для выполнения открытого хирургического вмешательства в отсроченном порядке (на 2-3-й неделе заболевания и

даже позже) в условиях наступившей демаркации, секвестрации и разграничения зон некроза и жизнеспособных тканей. Из 42 больных основной группы умерли 7 (летальность – 16,7%). Основной причиной неэффективности применения малоинвазивных методов лечения являлось наличие обширного инфицированного ретроперитонеонекроза с преобладанием плотного тканевого компонента. В группе сравнения летальный исход наступил у 14 (31,1%) пациентов.

Выводы

Таким образом, применение малоинвазивных вмешательств в начальной стадии заболевания и при ограниченных гнойных осложнениях ПН обеспечивает адекватную санацию и дренирование патологических очагов в совокупности с низкой хирургической агрессией доступа, что способствует улучшению результатов лечения. Вместе с тем различные малоинвазивные технологии у больных ПН должны применяться по строгим показаниям и не противопоставляться традиционным хирургическим вмешательствам открытого типа, а при необходимости применяться в комбинации с ними, исходя из конкретной клинической ситуации

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Белик Б.М. (1), Суярко В.А. (2), Осканян М.А. (1), Мареев Д.В. (2), Ефанов С.Ю. (1), Маслов А.И. (1), Сизов С.Р. (1), Беданокоев К.М. (1)

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

В патогенезе органных расстройств и тяжелых метаболических нарушений, обусловленных распространенным гнойным перитонитом (РГП) и абдоминальным сепсисом, ключевая роль принадлежит эндотоксикозу, опосредованному массивным поступлением токсических продуктов различной природы из просвета кишечника и брюшной полости в портальное кровеносное русло с развитием депрессии детоксикационной и защитно-барьерной функций печени. В последние годы в комплексном лечении РГП получили распространение различные методы локальной и системной озонотерапии, что обусловлено широким диапазоном лечебных свойств озона, проявляющихся в антиоксидантном, антигипоксикантном, бактерицидном, противовоспалительном, детоксикационном, иммуномодулирующем и анальгезирующем воздействии. В этой связи представляется перспективным направлением в коррекции дисфункции печени при РГП применение внутрипортальных инфузий озононасыщенных растворов, что позволяет доставлять их

непосредственно к печеночной паренхиме в более высокой концентрации и тем самым способствовать повышению эффективности проводимого лечения.

Цель исследования: изучить влияние внутрипортальных инфузий озононасыщенных растворов на ультраструктурные изменения печени при экспериментальном РГП.

Материал и методы. Объектом исследования явились 26 кроликов калифорнийской породы, у которых создавалась модель РГП. С этой целью у животных предварительно воспроизводили острый деструктивный процесс путем введения 5-7 мл 10% раствора хлористого кальция в предбрюшинную клетчатку боковой стенки живота. Через 2 суток животным пункционным способом из одного вкола (в центре белой линии живота) внутрибрюшинно вводили 5 мл эндотоксина *E.coli*, а затем в правое и левое подреберье и в обе подвздошные области инъецировали 20% каловую взвесь (из расчета 0,5 мл на 100 г массы тела). Каловую взвесь готовили из содер-

жимого слепой кишки интактного животного, которого предварительно умерщвляли путем передозировки наркоза. Через сутки у всех животных развивался РГП. Через 24 часа после моделирования перитонита животным выполнялись срединная лапаротомия, санация брюшной полости путем ее промывания изотоническим раствором хлорида натрия с последующим ушиванием брюшной стенки наглухо. Все животные были разделены на две группы. I группу (группа сравнения) составили 8 животных, у которых после интраоперационной санации брюшной полости однократно осуществляли капельную инфузию изотонического солевого раствора в периферическую вену. Во II (основную) группу включено 18 животных, у которых после санации брюшной полости проводилась внутрипортальная инфузионная терапия (ВПИТ). У этих животных интраоперационно канюлировали верхнюю мезентериальную вену в области ее вхождения в воротную вену, после чего осуществляли внутрипортальную инфузию озононасыщенных растворов (у 9 животных – изотонического раствора хлорида натрия и у 9 животных – перфторана, являющегося кровезаменителем с газотранспортными функциями на основе перфторуглеродных эмульсий) с концентрацией озона в диапазоне от 0,8 до 1,5 мг/л. Озононасыщенные растворы получали путем их барбитажа озono-кислородной смесью в озонаторе «Медозонс БМ». Общий объем инфузии в обеих группах животных был примерно одинаковым и составлял 230-250 мл (в среднем 75-80 мл/кг массы тела). В послеоперационном периоде животные каждой группы выводились из эксперимента на 1-е, 2-3-и и 5-е сутки. Производили забор краевых биоптатов правой доли печени размером 0,5 x 0,5 см, которые в последующем обрабатывались по стандартной методике для электронной микроскопии. Ультратонкие срезы толщиной 50 нм получали с помощью ультрамикротомы "Ultracut-E" (Leica, Германия) и алмазного ножа "ultra 45°" (Diatome, Швейцария), контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца, затем просматривали в электронном микроскопе "Jem 1011" (Jeol, Япония). В качестве контроля исследованы также образцы нормальной печени у 2 интактных животных. Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что ультраструктура ткани печени у интактных животных соответствовала норме. В гепатоцитах был хорошо развит шероховатый эндоплазматический ретикулум (ШЭР), вакуолизации в нем не наблюдалось. В цитоплазме печеночных клеток встречались единичные липидные капли, немногочисленные гранулы желчных пигментов, липофусциновые включения. На билиарном полюсе гепатоцитов желчевыводящие протоки имели обычную ультраструктуру без видимого расширения и накопления желчных пигментов. Митохондрии гепатоцитов не имели признаков набухания или конденса-

сации матрикса, кристы хорошо просматривались. Пространство Диссэ не было расширено, коллагенизации синусоидов не наблюдалось. Как на синусоидальном, так и на билиарном полюсе гепатоцитов микроворсинки были сохранены и хорошо развиты. Эндотелиальная выстилка синусоидов также имела обычное строение – безъядерные участки цитоплазмы эндотелиоцитов были уплощены, фенестрированы. Межклеточное сообщение не нарушено, о чем свидетельствовала сохранность десмосом на билиарном полюсе. Расширения межклеточных пространств не наблюдалось. При этом клетки Купфера были сохранены и не претерпевали существенных морфологических изменений, признаки их активации отсутствовали. В образцах ткани печени у животных I группы в условиях развившегося РГП обращало на себя внимание значительное набухание цитоплазмы и уменьшение количества гликогена в цитоплазме печеночных клеток. Митохондрии были набухшие, кристы при этом не просматривались. Отмечалось разрушение межклеточных десмосом. В гепатоцитах имелись признаки жировой дистрофии с наличием крупных липидных капель. Желчные протоки были расширены, микроворсинки практически не просматривались. В синусоидах пространство Диссэ сокращено, Просветы синусоидов были обтурированы клеточным детритом, в котором содержались остатки бактериальной микрофлоры. При этом в стандартных полях зрения выявлялись лишь единичные сохраненные клетки Купфера, тогда как в большей части печеночных макрофагов отмечались выраженные деструктивные изменения в виде резкого набухания, вакуолизации и десквамации в просвет синусоидов. У животных II группы с развившимся гнойным перитонитом в условиях проведения внутрипортальных инфузий озонированных растворов морфологические изменения в печени имели иной характер. Так, в биоптатах ткани печени у животных, которым осуществляли инфузию озонированного физиологического раствора, гепатоциты были умеренно отечные, в основном за счет вакуолизации эндоплазматической сети, митохондрии – набухшие, кристы не просматривались. Отмечалось аккумуляция гликогена в цитоплазме печеночных клеток. На билиарном полюсе гепатоцитов в просвете желчных канальцев отмечалась сглаженность микроворсинок. Избыточного накопления желчных пигментов не отмечалось. В синусоидах пространство Диссэ было несколько сокращено, микроворсинки сглажены, в просвете синусоидов встречались сегментоядерные лейкоциты, нередко обнаруживались обломки эритроцитов, лимфоцитов. Имело место набухание и увеличение в размерах клеток Купфера, которые при этом занимали большую часть просвета синусоида. Отмечалось появление отдельных клеток Купфера с выраженными дистрофическими изменениями вплоть до некроза и десквамации. Вместе с тем большая

часть клеток Купфера, наблюдавшихся в полях зрения, сохраняла свою морфологическую структуру. При этом отмечали появление клеток Купфера с наличием многочисленных вакуолизированных фагосом в цитоплазме, что являлось отражением резкой активации системы мононуклеарных фагоцитов на антигенную стимуляцию в условиях абдоминального инфекционного процесса. В группе животных с РГП, которым осуществлялась инфузия озонированного перфторана, морфологические изменения в печени были наименее выражены и отличались достаточно значительным разнообразием. Как правило, определялись нарушения внутрипеченочной циркуляции в виде спазма артериол, выраженного полнокровия центральных венул и веточек воротной вены. В гепатоцитах присутствовали признаки выраженного аккумуляирования гликогена. При этом клетки были увеличены за счет отека, но вакуолизации ШЭР не просматривалось. Наблюдалось некоторое расширение межгепатоцитарных пространств. Имело место умеренное набухание митохондрий и выраженное группирование данных органелл. Митохондриальные кристы не визуализировались. Жировой и пигментной дистрофии не выявлялось.

Пространство Диссэ было сокращено, микроворсинки сглажены. Отмечалась сохранность десмосом. Большая часть клеток Купфера была сохранена. При этом в клетках Купфера выявлялись отчетливые ультраструктурные признаки их выраженной активации, проявлявшиеся наличием большого количества микроворсинок на поверхности, появлением крупных аутофагических вакуолей и многочисленных пиноцитозных везикул в цитоплазме, инвагинаций в ядре. В просвете синусоидов имелись единичные лейкоциты, лимфоциты, тромбоциты, фрагменты макрофагов отсутствовали.

Выводы

Таким образом, проведенные нами экспериментальные исследования показали, что внутрипеченочное введение озононасыщенных растворов при РГП в значительной мере уменьшает степень альтерации и выраженность ультраструктурных деструктивных изменений в печени, способствует ее морфофункциональной реабилитации, что дает основание к применению этого метода в клинической практике в комплексном лечении больных с тяжелыми формами абдоминальной хирургической инфекции.

ВЫБОР МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ И САНАЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ И ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Белик Б.М. (1), Коробка В.Л. (3), Толстомятов С.В. (3), Абдурагимов З.А. (1, 2), Тодоров С.С. (1), Тенчуринов Р.Ш. (1, 2), Родаков А.В. (1), Усаткин А.А. (2), Погосян Л.М. (2), Дадаян А.Р. (2), Чиркинян Г.М. (1)

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко»
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»*

Активное внедрение в клиническую практику малоинвазивных хирургических технологий способствовало успешному устранению различной патологии желчных и панкреатических путей, являющейся основной причиной развития острого билиарного панкреатита (ОБП). Однако до настоящего времени окончательно не разработана стратегия выбора наиболее оптимальных методов декомпрессии и способов санации билиарного тракта и панкреатических путей у больных ОБП в различных клинических ситуациях с учетом характера этиопатогенеза, вида осложнений и особенностей течения заболевания. При этом вопросы, касающиеся объема малоинвазивного хирургического вмешательства и сроков его проведения у больных ОБП, также являются предметом дискуссии и далеки от окончательного разрешения.

Цель исследования: оптимизация выбора методов декомпрессии и способов санации пан-

креатобилиарных путей, а также сроков их проведения у больных ОБП с использованием малоинвазивных хирургических технологий.

Материал и методы. Исследование включает проспективный и ретроспективный клинический анализ результатов обследования и лечения 209 больных ОБП, находившихся в хирургических отделениях № 2 МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко» и ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница» г. Ростова-на-Дону в период с 2014 по 2018 гг. Этиологическими причинами ОБП у 112 (53,6%) пациентов являлись холедохолитиаз, у 43 (20,6%) – рубцово-стенозирующий папиллит, у 27 (12,9%) – микролитиаз и билиарный сладж, у 16 (7,6%) – стриктуры терминального отдела холедоха, у 6 (2,9%) – вирсунголитиаз в сочетании с желчнокаменной болезнью и у 5 (2,4%) – парафатериальные дивертикулы. На момент поступления у 138 (66,0%) пациентов отмечалась механическая желтуха. У 37 (17,7%) больных наблюдалась острая обструкция панкреатобилиарных путей

вследствие вклинения конкремента в большой дуоденальный сосочек (БДС). У 26 (12,4%) больных на фоне холедохолитиаза выявлялся гнойный холангит. На момент поступления и в динамике лечения всех пациентов стратифицировали по степени тяжести ОБП на основе оценочной шкалы APACHE II. У пациентов в ранние сроки течения ОБП (24-48 часов) выполнялась срочная декомпрессия билиарного тракта ретроградным или антеградным доступом. Кроме того, у 18 (8,6%) пациентов осуществляли эндоскопическое ретроградное стентирование главного панкреатического протока (ГПП). На всех этапах лечения у больных производили манометрию желчевыводящих путей по унифицированной методике В.В.Виноградова и соавт. (1964), а также осуществляли заборы желчи для проведения дополнительных исследований. С целью верификации микробных маркеров пробы желчи подвергали бактериологическому исследованию и хромато-масс-спектрометрии. Оценку реологических свойств желчи проводили путем исследования ее кинематической вязкости с помощью вискозиметра ВПЖ-2. Кроме того, после предварительного центрифугирования проб желчи выполняли мазок-отпечаток (окраска азур-эозином по Романовскому) с последующим изучением цитологических препаратов с применением иммерсионной микроскопии.

Результаты и обсуждение. У 172 (82,3%) пациентов ОБП выполняли срочную декомпрессию билиарного тракта ретроградным доступом. У этих больных в течение первых 24 часов от момента поступления были произведены эндоскопические ретроградные транспапиллярные декомпрессионно-санационные вмешательства: папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), холедохолитоэкстракция (ЭХЛЭ) и назобилиарное дренирование (НБД) с восстановлением оттока желчи и панкреатического секрета. У 12 пациентов после удаления конкрементов из холедоха возникла необходимость его стентирования. У 18 больных после выполнения ЭПСТ осуществляли стентирование ГПП (при необходимости, предварительно выполняли вирсунготомию и эндоскопическую литоэкстракцию под рентгенологическим контролем). Из 209 больных ОБП у 37 (17,7%) декомпрессия билиарного тракта была выполнена антеградным доступом. У 29 (13,9%) пациентов основанием для выбора антеградного варианта декомпрессии желчных путей являлись невозможность проведения транспапиллярных вмешательств и/или высокий риск, связанный с их выполнением («сложная» канюляция БДС при его атипичном расположении или наличии парафатериального дивертикула, выраженный папиллит, протяженная стриктура холедоха, наличие в желчном протоке крупного «неудалимого» конкремента, а также отсутствие эндоскопического доступа к БДС вследствие перенесенной ранее резекции желудка по типу Бильрот II). У

данных больных в качестве антеградного способа декомпрессии желчных путей использовали чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию (микроЧХХС) или чреспеченочную холангиостомию (ЧХХС) под ультразвуковым наведением. В этом случае ЧХХС являлось эффективной и безопасной альтернативой ретроградному дренированию панкреатобилиарных путей при невозможности его выполнения. Выполнение ЧХХС у таких больных облегчало последующее проведение эндоскопических или лапароскопических вмешательств. У 8 (3,8%) пациентов ОБП в связи с деструкцией желчного пузыря и нарастанием механической желтухи, что имело ведущее клиническое значение, в срочном порядке производили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) или холецистэктомию из мини-лапаротомного доступа с наружным дренированием холедоха. При наличии признаков гнойного холангита у больных ОБП осуществляли активную санацию желчных путей посредством проведения проточно-капельного лаважа холедоха озонированным физиологическим раствором через назобилиарный зонд или наружный дренаж (в том числе чреспеченочную холангиостому). Сроки декомпрессии и санации желчных путей определялись динамикой ликвидации внутрипротоковой гипертензии (по результатам манометрии), а также темпами элиминации микробных маркеров, нормализации реологических свойств (кинематической вязкости) желчи и восстановления ее микроскопической кластерной структуры (появление в мазках-отпечатках симметричных кристаллов различной величины и формы при отсутствии элементов гнойного воспаления – белка и нейтрофильных гранулоцитов). Из 209 пациентов ОДП у 147 (70,3%) отмечали легкое или среднетяжелое течение заболевания (индекс шкалы APACHE II ? 9 баллов). У этих пациентов при наличии холецистолитиаза в связи с высоким риском повторной миграции конкрементов из желчного пузыря и рецидива холедохолитиаза в отсроченном порядке выполняли ЛХЭ или холецистэктомию из мини-лапаротомного доступа. По нашим данным, проведение этого вмешательства на фоне полноценной декомпрессии желчно-панкреатических путей не приводило к каким-либо осложнениям и являлось окончательным вариантом санации билиарного тракта. У 62 (29,7%) больных констатировали тяжелое течение ОБП (индекс шкалы APACHE II ? 9 баллов). У данных пациентов после проведения декомпрессии панкреатобилиарных путей в последующем осуществляли все необходимые мероприятия в соответствии с протоколом лечения тяжелого острого панкреатита. При развитии деструктивных осложнений у этой категории больных применяли малоинвазивные хирургические вмешательства, которые при необходимости комбинировали с традиционными открытыми операциями.

Выводы

Таким образом, применение дифференцированного подхода к выбору наиболее оптимальных малоинвазивных методов декомпрессии и санации желчных и панкреатических путей, а также сроков их проведения у больных ОБП с учетом характера этиопатогенеза, вида осложне-

ний и клинических особенностей течения заболевания позволяет во всех случаях своевременно и адекватно ликвидировать причины нарушения оттока желчи и панкреатического секрета. В свою очередь, это способствует быстрому регрессу клинико-лабораторных проявлений ОБП, а также позволяет предупредить развитие тяжелых гнойно-деструктивных осложнений.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Белик Б.М. (1), Тодоров С.С. (1), Тенчурин Р.Ш. (1,2), Подина М.В. (1), Скорляков В.В. (1), Кещян С.С. (1), Баяев О.В. (1), Сизов С.Р. (1), Беданов К.М. (1)

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

В настоящее время эндоскопический гемостаз (ЭГ) является основным методом остановки геморрагии и профилактики ее рецидива у больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) и в большинстве случаев представляет собой альтернативу хирургическому лечению. Вместе с тем вопросы совершенствования способов ЭГ у больных с ОГДЯК далеки от окончательного разрешения, а их решение составляет актуальную задачу неотложной хирургии.

Цель исследования: обосновать роль и оценить эффективность инфильтрационного эндоскопического гемостаза с использованием обогащенной тромбоцитами аутоплазмы при лечении ОГДЯК.

Материал и методы. В эксперименте на 30 кроликах калифорнийской породы изучены особенности регенерации ткани желудка в условиях острой кровопотери при использовании различных вариантов инфильтрационного (инъекционного) гемостаза. У животных под внутривенным наркозом производили срединную лапаротомию. Острую геморрагию получали путем пересечения одной из ветвей правой желудочно-сальниковой вены и кровопускания 30-40 мл крови (20-25% от общего объема циркулирующей крови животного), что соответствовало средней степени тяжести кровопотери, после чего вена перевязывалась. Затем производилась гастротомия передней стенки тела желудка. Отступая 2,5-3 см от края гастротомического отверстия создавали дефект тканей в виде язвенного кратера размером 0,8 x 1,0 см путем иссечения участка слизисто-подслизистого и частично мышечного слоев желудка. В зависимости от способа проведения интраоперационного гемостаза все животные были разделены на три группы. I (контрольная) группа (10 животных) - гемостаз осуществляли путем прижатия марлевого тампона в течение 3-5 минут с последующим прошиванием кровоточащих

сосудов в дне раны. Во II группу (группа сравнения) включены 10 животных, у которых гемостаз выполняли путем инъекции в слизисто-подслизистый слой по окружности раневого дефекта 2-2,5 мл физиологического раствора с сосудосуживающим препаратом (норадреналин) – по аналогии с традиционным инфильтрационным способом ЭГ. III (основную) группу составили 10 животных, у которых гемостаз проводили путем инъекции в слизисто-подслизистый слой по периметру раны 2-2,5 мл аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы. С этой целью после пересечения ветви желудочно-сальниковой вены в специальную пробирку в виде песочных часов (BIOSTEMS CO., LTD, Южная Корея) забирали 20 мл крови. После центрифугирования крови из этой пробирки отбирали 2-2,5 мл плазмы, в которой концентрация тромбоцитов была в среднем в 7 раз выше в сравнении с исходной (Platelet Rich Plasma). Гастротомическое отверстие ушивали двухрядными узловыми швами. Лапаротомная рана ушивалась наглухо. Животные каждой группы выводились из эксперимента на 1-е, 2-е, 3-е, 5-е, 7-е, 10-е и 14-е сутки после операции. Производили забор биоптатов ткани желудка в зоне нанесенного дефекта. Биоптаты фиксировали в растворе формалина. Парафиновые срезы тканей окрашивали гематоксилином-эозином и по Ван Гизону. В клинических условиях инфильтрационный ЭГ с использованием аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы был применен у 38 больных с ОГДЯК.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что в I и II группах животных в зоне нанесенного раневого дефекта вплоть до 3-5-х суток отмечалась выраженная воспалительная реакция тканей (вплоть до гнойного воспаления), сопровождающаяся перифокальным отеком и массивной нейтрофильной инфильтрацией. Грануляционная ткань появлялась лишь к

7-м суткам. Заживление раны в этих группах животных отмечалось ближе к 14-и суткам с формированием достаточно грубого рубца. В то же время у животных III группы воспалительная реакция тканей наблюдалась лишь в течение 1-2-х послеоперационных суток. При этом выраженность воспалительной реакции была минимальной, инфильтрация тканей нейтрофилами и выраженный перифокальный отек отсутствовали. Дно и края раневого дефекта были покрыты тонкой фибриновой пленкой. У этих животных, уже начиная с 4-5-х суток, наблюдали появление грануляционной ткани. Отмечали активное прорастание сосудов в грануляционную ткань. Полноценное восстановление дефекта тканей отмечали к 7-10-м суткам с формированием нежного соединительнотканного рубца. В клинических условиях инфильтрационный ЭГ с использованием аутологичной Platelet Rich Plasma был применен у 38 больных с ОГДЯК (у 13 пациентов имело место кровотечение типа Forest I и у 25 - типа Forest II). Из их числа у 23 пациентов ин-

фильтрационный ЭГ осуществляли в комбинации с аргонплазменной коагуляцией и у 5 – в сочетании с клипированием сосуда в дне язвы. У всех данных больных рецидива ОГДЯК не отмечали. При проведении динамической эзофагогастродуоденоскопии у всех пациентов наблюдали активную репарацию тканей в зоне язвенного дефекта.

Выводы

Таким образом, проведенные экспериментальные исследования показали, что введение в слизисто-подслизистый слой раневого дефекта желудка аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы значительно уменьшает местную воспалительную реакцию, обеспечивает надежный гемостаз и ускоряет регенерацию тканей. Клинические наблюдения также свидетельствовали, что применение аутологичной Platelet Rich Plasma для проведения инфильтрационного ЭГ существенно повышает его эффективность при лечении больных с ОГДЯК.

ОБЪЁМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

Богомолов Н.И.(2), Бурдинская Т.В.(1), Капустина Н.В.(2), Ральникова Н.В.(1)

*ГУЗ Краевой онкологический диспансер МЗ Заб. Края,
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ)*

Объёмные образования - опухоли средостения (ОС), относящиеся к новообразованиям «трудных локализаций», – сложный раздел клинической медицины. Известно более 100 разновидностей новообразований средостения из различных тканей, на долю которых приходится 3-7% от всех опухолей человека. Выделяют 4 группы ОС с преобладанием доброкачественных (до 60%) над злокачественными (около 40%) по гистологической структуре. Сложность диагностики, дооперационной верификации процесса, выбор метода лечения и доступа для хирургического пособия – далеко не полный перечень вопросов, которые приходится решать клиницистам.

Цель. Проанализировать предварительные результаты диагностики и лечения опухолей средостения за фиксированный промежуток времени по материалам двух клиник города Чита.

Методы исследования. В процессе диагностики и лечения ОС в различные годы деятельности (с 1976 по 2018гг) использовались все доступные для своего времени методы инструментальной и морфологической (гистологической) верификации процесса. Авторы провели анализ результатов диагностики, хирургического и медикаментозного лечения 74 человек с опухолями средостения, которыми занимались лично и непосредственно.

Полученные результаты. Опухоль средостения выявлена у 74 человек, мужчин было 26 (35,14%), женщин – 48 (64,86%) в возрасте от 24 до 71 года, средний возраст мужчин - 55, женщин – 44 года. Жителей города Читы было 27(36%), из районов - 47(64%). По гистологической структуре выявлено 22 вида ОС. Чаще всего (16 случаев) диагностированы метастазы опухолей различной локализации в лимфоузлы средостения, преобладал мелкоклеточный рак лёгкого. Лимфогранулематоз с поражением лимфоузлов средостения был у 10 пациентов. Лимфома диагностирована у 9 человек. Тимомы (все женщины) выявлены у 6 пациенток. По 4 наблюдения имеем хроническое гранулематозное воспаление саркоидозного и(или) туберкулоидного типа; PNET/нейробластома (примитивная нейроэктодермальная опухоль) и первичный лимфоэпителиальный рак тимуса. Параперикардальная киста установлена в 3-х случаях. Приобретенная тимомегалия (реактивная транзиторная гиперплазия тимуса) имела место у 2 женщин. Тератома средостения удалена у 2 человек, столько же оперировано по поводу липомы и ещё у 2-х – удалена бронхиогенная киста в заднем средостении. По одному наблюдению в нашем материале имеются: злокачественная гломусная опухоль (гломангиосаркома), первичный мелкоклеточный нейроэндокринный рак тимуса у женщины 25 лет, томолипосаркома (тимогенная злокачественная

стромальная саркома у мужчины 46 лет), реактивная гиперплазия лимфоузлов средостения, рост диморфного рака в средостение у женщины 44 лет, злокачественная опухоль с неуточнённым гистогенезом у мужчины 59 лет и лимфогенная киста (лимфангиома). Таким образом, процесс только в вилочковой железе различного генеза имел место у 14 пациентов. Особую группу ещё из 3-х пациентов выделим из материалов Дорожной клинической больницы, «до эры» компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, когда диагноз до операции опирался на банальные рентгенологические исследования и эндоскопию. Окончательный диагноз устанавливался только после изучения операционного материала. Так случилось ещё с тремя пациентами из нашей практики. При торакотомии у одной больной выявлено огромное количество гемангиом средостения и операция завершилась биопсией. В ЦКБ МПС СССР (Москва), куда больная была направлена нами после операции, от повторного вмешательства врачи воздержались, ограничились ангиографией для подтверждения диагноза. Во втором наблюдении выявлена большая лейомиома (стромальная опухоль) пищевода, которую не без труда удалось с капсулой «вылущить» из стенки органа без вскрытия его просвета. И ещё у одной пациентки во время операции выявлен большой тракционный дивертикул пищевода, верхушка которого заканчивалась рубцовым тяжем, соединявшимся со стволом лёгочной артерии справа. Дивертикул благополучно иссекли. Для верификации процесса использовали трансторакальную пункцию, троакарную биопсию, медиастиноскопию (у 2-х больных), а с середины 90-х годов – торакоскопию, которая в настоящее время является доминирующим диагностическим пособием трансформирующимся, где это возможно и нужно, в торакотомию. О значимости компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике ОС говорить излишне, они опора диагностического процесса. Современные средства визуализации, основанные на компьютерных технологиях, в ряде случаев, позволяют заподозрить конкретный патологический

процесс даже до морфологической верификации. Тем не менее, только иммуногистохимические технологии с 38 методиками исследования у 47,2% пациентов позволили установить окончательный диагноз. Традиционные открытые хирургические пособия: торакотомия через межреберье или стернотомия при доступе к вилочковой железе – хорошо отработанные технологии для радикальной операции. Лимфогранулематоз, лимфомы и некоторые другие процессы требуют полихимиотерапии. Опухоли средостения – повод для консилиума с участием онкологов, химиотерапевтов, лучевых терапевтов и торакальных хирургов, комиссионное решение определяет стратегию лечения больного. Именно так нами решались лечебно-диагностические вопросы. Все больные со злокачественными ОС наблюдаются в онкологическом диспансере, по мере необходимости проводится курсовая химиотерапия. Роль флюорографии в ранней диагностике ОС не следует переоценивать, тем не менее, она должна присутствовать в скрининговых программах по выявлению опухолей человека.

Выводы

1. Для диагностики ОС необходимо использовать весь арсенал инструментальной и лабораторной верификации процесса. Иммуногистохимическое исследование материала использовалось в 47,2%, что не оставляло сомнений в характеристике процесса и влияло на выбор методов лечения у конкретного больного. 2. В современном арсенале диагностических и лечебных методов малоинвазивные технологии (пункционная биопсия с лучевым наведением, троакарная биопсия, торакоскопия, операции через мини-доступ, гибридные технологии и др.) занимают достойное место, а в ряде случаев являются альтернативой традиционным открытым хирургическим вмешательствам при ОС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КЛАССИЧЕСКОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ.

**Борисов В.А. (1), Михин А.В. (2), Абдулгамидов Т.Б. (1), Фролов А.А. (1),
Неверова О.С. (1), Мазуренко Е.А. (1).**

1) Саратовский ГМУ. 2) Клиника «Сова», город Саратов.

Варикозная болезнь нижних конечностей одно из самых распространенных заболеваний сосудистой системы. По данным статистики варикозной болезнью страдает до 50-60% жителей нашей планеты, а явления хронической венозной

недостаточности можно выявить у 80% населения Земли.

Цель: сравнительная оценка эффективности лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) методом эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и классической флебэктомии.

Материалы и методы: В период с февраля 2018 г. по март 2019 г. в медицинской клинике «Сова» и в областной клинической больнице г. Саратова было прооперировано 412 больных с ВБНК, которые относились к С2-С6. Мужчин было 110 (27%), женщин - 302 (73%). Возраст пациентов колебался от 24 до 76 лет (средний $44,3 \pm 5,1$). У 144 (1 группа) была выполнена ЭВЛО большой подкожной вены (БПВ), которая сочеталась с минифлебэктомией в 95 (59,7%), со склеротерапией 29 (18,2%) и в комбинации с кроссэктомией 121 (76,1%) случаях. У 15 (10,4%) больных ЭВЛО была выполнена с двух сторон. Показанием для облитерации БПВ были: протяженный стволовой рефлюкс, расширение БПВ в области устья не более 15 мм. Нами был использован аппарат Dornier Medilasc длиной волны 980 нм, мощность колебалась от 20 до 30 Вт в зависимости от диаметра вены. Для облитерации вены использовался радиальный лазерный световод с ручной тракцией волокна под УЗИ контролем. Процедура ЭВЛО проводилась под тумесцентной анестезией раствором Кляйна. Диаметр вен составлял 5-15 мм. Как правило, при диаметре вен более 10 мм. ЭВЛО сочеталось с кроссэктомией. Данным пациентам с целью обезболивания использовалась спинно-мозговая анестезия. У 268 пациентов (2 группа) была выполнена классическая флебэктомия, показанием к которой были: приустьевое расширение ствола БПВ более 10 мм, извитой ход варикозно трансформированных притоков БПВ на голени и бедре. Оценку результатов лечения проводили

на основании динамики клинических проявлений и данных дуплексного исследования.

Полученные результаты: Большинство пациентов 1 группы в течение суток находились под наблюдением врача в стационаре, после чего выписывались на амбулаторный этап лечения с соответствующими рекомендациями. В раннем послеоперационном периоде у всех наблюдаемых была достигнута полная облитерация ствола магистральных вен, что было подтверждено дуплексным сканированием, при котором на всем протяжении коагулированной вены отсутствовал кровоток, что указывало на правильно выбранный режим лазерной коагуляции. Пациенты 2 группы находились на стационарном лечении от 5 до 10 дней (средний 4 ± 2). Болевые ощущения в зоне операции в течение 3-4 дней отметили 52 % больных 2 группы и 6% больных 1 группы. Подкожные гематомы в проекции ствола БПВ, которые не потребовали каких-либо вмешательств, отмечены у 31% 2 группы и у 4% 1 группы.

Выводы

Эндовенозная лазерная облитерация - надежный метод лечения хронической венозной недостаточности, позволяющий быстро и качественно добиться желаемого результата, при этом сроки нахождения в стационаре значительно меньше, а осложнения встречаются крайне редко.

НАСТАВНИЧЕСТВО В ХИРУРГИИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Быков А.В. (1), Мяконький Р.В. (1), Панкратов А.И. (2)

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Клиническая больница №50 ФМБА России*

В настоящее время в России единственной официальной концепцией наставничества является предложенная в 2015 г. Ассоциацией заслуженных врачей России концепция «Наставничество в медицинской среде», которая описывает лишь общие ориентиры наставничества как института профессионального сопровождения начинающих специалистов. Несмотря на эпизодически возникающее обсуждение проблемы гипоскиллии начинающих хирургов и наставничества, как способа ее коррекции на сегодняшний день реальные программы наставничества в хирургии в отечественном практическом здравоохранении отсутствуют. Указанное обстоятельство детерминирует необходимость актуализации этой проблемы в хирургическом сообществе с целью выработки незамедлительных мер по повышению профессиональных возможностей начинающих хирургов.

Материал и методы. В российской социальной сети ВКонтакте, в профессиональной группе «Молодой хирург» (число участников на 03.05.2019 г. - 5908 человек) в сетевом пространстве проведено социологическое исследование с использованием сервиса docs.google.com. Осуществлен Интернет-опрос начинающих хирургов и потенциальных наставников, что позволило «посмотреть» на имеющуюся ситуацию с позиции обучающихся и обучающихся. Под начинающим (нестажированным) хирургом мы понимаем специалиста, получившего на основании действующего законодательства Российской Федерации допуск к самостоятельной деятельности по хирургической специальности, имеющего вторую квалификационную категорию или без таковой, стаж работы которого по профессии составляет менее 5 лет. В опросе приняли участие 89 российских начинающих хирургов в возрасте от 27 до 32 лет, из которых 71,9% - мужчины и 28,1%

- женщины. В 58,4% случаев респонденты работали в стационарах мощностью до 500 коек. «География» респондентов оказалась следующей: Балтийск, Волгоград, Воронеж, Красноярск, Казань, Самара, Саратов, Краснодар, Саратов, Махачкала, Санкт-Петербург и Москва. Число опрошенных «наставников» оказалось существенно меньше, что можно объяснить характером целевой аудитории группы, в которой проводился опрос. Среди потенциальных наставников оказалось 29 респондентов в возрасте от 40 до 56 лет, из которых 77,8% - мужчины и 22,2% - женщины, в 77,8% случаев работающие в стационарах мощностью до 500 коек. Опрошенные в данной группе исследования являлись представителями следующих городов: Волгоград, Магнитогорск, Саратов, Санкт-Петербург и Москва. В 71,5% случаев респонденты имели высшую категорию, 50% ученую степень, при этом 2/3 являлись кандидатами медицинских наук и 1/3 докторами, все остепененные респонденты указали на наличие ученого звания доцент. Полученные результаты. О существовании программ по наставничеству знали 4,5% начинающих хирургов, в то время как 75,3% о них ничего не слышали, при этом в 19,1% где эти программы были введены они полноценно не реализовывались, и лишь 2,2% респондентов отметили, что в их учреждениях такие программы реализуются. В 71,9% случаев у начинающего хирурга нет официального наставника. Что касается срока, на который необходимо закрепление наставника 52,8% респондентов указали период более 1 года, 39,3% - 12 месяцев, 6,7% - 6 месяцев и в равной степени (1,1%) опрошенные считают, что наставник не требуется или период наставничества зависит от конкретной хирургической специальности. Опрос в группе наставников позволил получить следующие данные. О программах наставничества знали 33,3%, не знали 22,2% и 44,4% знали, но указали на их невыполнение в медучреждениях 44,4% респондентов. Период наставничества в 6 месяцев определили 11,1% респондентов, 12 месяцев – 55,6% и более 1 года - 33,3%. Интересный момент, ни один из наставников не указал на то, что наставничество не требуется. Бесплатно выполнять роль наставника готовы 22,2% опрошенных, такое же количество не готовы стать наставником, а 55,6% согласны стать наставником у начинающего хирурга при наличии доплаты за эту работу. Финансовым стимулом для участия в наставничестве для 11,1% может стать доплата в размере 20 000 руб/мес, для 77,8% эта сумма составляет 30 000 руб/мес и 11,1% респондентов указали суммы свыше 40 000 руб/мес. Стоит отметить, что в свою очередь, на вопрос «Какого размера должна быть зарплата клинического ординатора (резидента)» респонденты из числа

начинающих хирургов указали практически аналогичные суммы: 20 000 руб/мес – 18%, 30 000 руб/мес – 65,2% свыше 40 000 руб/мес – 16,8%. По мнению 44,4% «наставников» в связи с отменной субординатой и интернатурой, необходимо увеличение срока обучения в ординатуре по хирургии, в равной степени (22,2%) опрошенных высказались, что ее срок должен составлять от 3 до 5 лет.

Обсуждение. Полученные результаты позволяют сказать, что хирургия как специальность в большинстве коллективов продолжает оставаться «мужской», что связано с характером работы, интенсивностью и напряженностью труда. Абсолютное большинство начинающих хирургов (92,1%) в период адаптации и профессиональной социализации в первичном хирургическом коллективе нуждаются в присутствии наставника. Мнение о том, чтобы начинающего специалиста должен «страховать» опытный коллега высказали 100% респондентов из группы потенциальных наставников. Несмотря на обоснованное общее понимание необходимости существования наставничества в хирургии, принятые в некоторых медучреждениях программы на основе концепции «Наставничество в медицинской среде» реализуются либо формально, либо не реализуются. Лишь у начинающих хирургов (28,1%) указывают на наличие у них реального наставника при начале самостоятельной работы в медучреждении. В качестве основной причины сложившейся ситуации является отсутствие мотивации у потенциальных наставников. В свою очередь финансовое стимулирование в размере 30 000 руб/мес мотивировать 88,9% наставников к участию в профессиональном становлении начинающих хирургов. До 55,6% «наставников» считают, что нет необходимости в увеличении срока обучения в ординатуре по хирургии, эта точка зрения может основываться на том аргументе, что настоящее обучение начинающий хирург проходит в первичном хирургическом коллективе, непосредственно участвуя в лечебной работе, в частности в операциях. К тому же, увеличение срока обучения в ординатуре, в том формате, в котором оно существует в настоящее время, не будет способствовать решению вопроса кадрового дефицита в отрасли. Стоит обратить внимание, что респонденты обеих групп, как начинающие хирурги, так и потенциальные наставники, обозначили размер зарплаты (стипендия ординатора, доплата за наставничество) в размере 30 000 руб/мес. Получается, что для коррекции гипоскиллии у начинающих хирургов необходимо рассмотреть вопрос дополнительного финансирования. При этом, не увеличивая срок обучения в ординатуре, а направляя финансирование на стимуляцию развития программы наставничества в хирургической среде, можно

минимизировать расходы и в более короткие сроки добиться достижения должного уровня компетенции у начинающих хирургов.

Выводы

Таким образом, стоит понимать, что наставничество как процесс, является сложным, трудоемким и затратным. Хирург-наставник несет тяжелый груз ответственности перед пациентом, его родственниками, администрацией здравоохранения и вуза. Но должна еще существовать ответственность перед обучающимся хирургом за его профессиональную подготовку и перспективу дальнейшего роста. Необходимо сосредоточить личные усилия всех грамотных опытных хирургов на обучение молодого поколения хирургов. И профессорско-преподавательский состав медицинских вузов и опытные врачи практического здравоохранения, и сохранившиеся профессионалы в административном медицинском корпусе должны осознать важность этой задачи. Выявленные обстоятельства делают актуальным рассмотрение вопроса о консолидации профессионального сообщества в направлении совершенствования подготовки хирургов. Если не

начать активную работу по подготовке грамотных квалифицированных, способных к самостоятельной работе и к самоусовершенствованию хирургов, то кадровый дефицит будет стремительно прогрессировать, что напрямую приведет к угрозе общественной безопасности.

Рекомендации. Необходимо проработать соответствующие дополнения к концепции «Наставничество в медицинской среде» актуальными для хирургических специальностей методическими, юридическими и социальными аспектами, или же взяв ее за основу, преобразовать в самостоятельный документ «Наставничество в хирургии», выступив с инициативой его закрепления через приказ Минздрава РФ или как составной части профессиональной этики отечественных хирургических школ при реализации концепции развития хирургической помощи в РФ на 2019 - 2024 гг. В свою очередь, Российское общество хирургов может выступить в качестве высшего представительного органа, методического центра и разработчика единой национальной образовательной концепции подготовки начинающих хирургов в России.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

**Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Мнацаканян Э.Г.,
Погосян Г.А., Машурова Е.В.**

Ставропольский государственный медицинский университет

По частоте локализации кист эхинококкоза легких занимает второе место – 23-29%. Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии эхинококкоза, лечение его до настоящего времени остается сложной проблемой.

Целью исследования является оценка хирургического лечения эхинококкоза легких на основе применения современных технологий.

Материалы и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 296 больных эхинококкозом легких, оперированных в клинике в 1982 – 2018 гг. Плазменные технологии применялись у 196 больных эхинококкозом легких, оперированных в 1993 – 2018 гг. (1 группа). Контролем послужили результаты лечения 100 больных в 1982 - 1992 гг. традиционными методами (2 группа). Хирургическое лечение основной группы больных проводилось с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности, применения апаразитарных способов эвакуации содержимого кист. Плазменный поток применялся во всех случаях на различных этапах эхинококкэктомии.

Результаты и обсуждение. 88,2% больных поступили с первичным и 11,8% - с рецидивным и резидуальным эхинококкозом, у 69,7% имелись солитарные кисты легкого, у 30,3% - множественные с односторонней или двусторонней локализацией кист и/или в сочетании с поражением органов брюшной полости. Закрытая эхинококкэктомия (по О.Б. Милонову) в целом произведена у 24,6% больных - у 16% в контрольной и у 32,7% в основной группе. Открытая эхинококкэктомия произведена у 75,4% больных: у 76% в контрольной и у 61,3% в основной. Сочетанная эхинококкэктомия произведена у 9,1%, пульмонэктомия при генерализованном эхинококкозе правого легкого выполнена у 1 (0,5%) больной основной группы. Метод капитонажа использован при ликвидации 95% остаточных полостей после открытой эхинококкэктомии, в том числе у 92,4% в контрольной группе и у 87,8% в основной. У 4,5% больных – у 5,4% в контрольной группе и у 6,7% в основной после открытой эхинококкэктомии остаточные полости ликвидированы путем апластизации. В контрольной группе у 2 (2,2%) больных после открытой эхинококкэктомии произведено наружное дренирование остаточных полостей. После эхинококкэктомии традиционными

способами послеоперационные осложнения развились у 34% оперированных в контрольной группе и у 8,2% в основной. У 34 больных контрольной группы было 44 осложнения, так как в ряде случаев имелось сочетание нескольких осложнений. В основной группе у 1,3% пациентов ранний послеоперационный период осложнился острой сердечно-сосудистой недостаточностью с летальным исходом. В контрольной группе у 2 (2%) больных был летальный исход – у одной больной из-за тромбоэмболии легочной артерии, у второй – острой сердечно-легочной недостаточности.

Заключение

Снижение частоты послеоперационных осложнений с 34% в контрольной группе до 8,2%

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТАНДЕМНЫХ СТЕНОЗАХ ВНУТРЕННЕЙ И ОБЩЕЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ.

Винокуров А.Ю., Владимиров П.А., Алексеева Н.В., Вахитов К.М., Черняков И.С.

Ленинградская областная клиническая больница

На сегодняшний момент приоритет каротидной эндартерэктомии среди инвазивных методов профилактики ишемического инсульта не вызывает сомнений. Вопрос выбора варианта каротидной эндартерэктомии остается за конкретным исполнителем. В последние годы отмечается рост выполнения эверсионной каротидной эндартерэктомии. В настоящее время эверсионную каротидную эндартерэктомию можно считать «золотым стандартом», наряду с классическим вариантом оперативного вмешательства. Данный метод имеет как ряд преимуществ, так и ряд общеизвестных ограничений. Кроме того, следует отметить, что атеросклероз, как системное поражение не может поражать лишь один локальный участок в сосудистом русле. Частота встречаемости tandemных стенозов общей сонной артерии (ОСА) и внутренней сонной артерии (ВСА), а так же выбор тактики хирургической реконструкции каротидной бифуркации остаются мало изученными. Нами предложен способ хирургического лечения атеросклеротического поражения сонных артерий при сочетанном поражении общей и внутренней сонных артерий (Патент РФ на изобретение № 2623650).

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости tandemных стенозов ОСА и ВСА, сравнение предложенного способа с общепринятыми методами реконструкции каротидной бифуркации.

Материалы и методы. За tandemный стеноз ОСА и ВСА принималось их сочетанное атеросклеротическое поражение с распространением атеросклеротической бляшки в ОСА более

в основной и летальности соответственно с 2% до 1,3% достигнуто внедрением комплекса разработанных в нашей клинике методов эхинококэктомии. Продолжительность пребывания больных в стационаре снизилась на 52,4%, послеоперационный койко-день на 46,3%. Отдаленные результаты изучены у 78,2% обследованных основной группы в сроки от 1 месяца до 10 лет по данным диспансерного наблюдения. При физикальном, рентгенологическом и серологическом исследовании данных за рецидив не выявлено. Представленные результаты лечения эхинококкоза легких позволяют говорить о перспективности применения разработанных в нашей клинике методов эхинококэктомии.

чем на 1,5 см проксимальнее от точки каротидной бифуркации. Длина в 1,5 см предложена нами в связи на основании описания техники выполнения эверсионной эндартерэктомии различными авторами, при выполнении отсечения ВСА от ОСА. В исследование включены результаты обследования и планового оперативного лечения 310 больных в условиях отделения сосудистой хирургии ГБУЗ ЛОКБ с 2014 по 2017 годы. В первую группу вошло 15 больных с tandemными стенозами, которым выполнена классическая каротидная эндартерэктомию с пластикой аутовеной, во вторую группу вошло 12 больных - выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомию, третья - 17 больных, которым выполнена реконструкция по оригинальному способу. Предложенный способ отличается от общепринятых тем, что после эверсионной эндартерэктомии выполняют полузакрытую эндартерэктомию ОСА из дополнительной поперечной артериотомии, которую проводят по передне-латеральной стенке ОСА на расстоянии не менее 5 мм от проксимального конца атеросклеротической бляшки.

Результаты. Tandemный стеноз встречался у 44 больных (14,2%). При изучении характеристик этих больных достоверно установлено, что tandemный стеноз встречается чаще у пациентов с мультифокальным атеросклерозом у 29 больных ($p < 0,05$), Частота встречаемости не зависит от возраста и пола пациентов. Tandemный стеноз чаще встречался у больных имеющих высокий уровень коморбидности, оцененный по шкале и имеющие средний высокий бал по индексам CIRS, Charlson, Kaplan-Feinstein. У пациентов, имеющих tandemный стеноз избыточная длина

ВСА, позволяющая выполнить эверсионную каротидную эндалтерэктомию регистрировалась у 29 больных (65,9%). Периоперационных осложнений во всех группах отмечено не было. В ближайшем 30 дневном послеоперационном периоде в во второй группе отмечено 1 эпизод ОНМК, что достоверно отличалось ($p < 0,05$) от первой и третьей групп, где показатель инсульт или инфаркт в не выявлен.

Выводы

По своим результатам предложенный нами способ сопоставим с общепринятыми методиками каротидной хирургии. По нашему мнению

продолженное в проксимальном направлении эндалтерэктомию снижает частоту рестенозов. При дооперационном УЗДГ обследовании необходимо определять проксимальную границу атеросклеротической бляшки. В случае тандемного атеросклеротического поражения ОСА и ВСА считаем, что целесообразнее выполнять каротидную эндалтерэктомию по классической методике, при сочетании с избыточной длиной ВСА выполнение эверсионной каротидной эндалтерэктомии следует дополнять эндалтерэктимией из ОСА по предложенной нами методике.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛАПАННЫХ БИЛИО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ СОУСТИЙ ПРИ СТЕНОЗЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА И ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Волков А.Н. (1), Мизуров Н.А. (1), Краснов Г.Н. (1,2), Столяров С.И. (1,2)

*ВГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
БУ «Республиканская клиническая больница»*

При стенозе большого дуоденального сосочка (БДС) и терминального отдела холедоха развивается тяжелое осложнение – желчная гипертензия. О роли желчной гипертензии в патогенезе заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, их осложнений и об операциях при них писали многие как отечественные, так и зарубежные хирурги.

Цель. Оптимизация хирургического лечения больных со стенозом БДС и терминального отдела холедоха, разработкой двух клапанных операций: 1) трансдуоденальной лазерной клапанной папиллосфинктеропластики (при стенозе БДС) и 2) клапанного супрадуоденального холедоходуоденального соустья (при стенозе терминального отдела холедоха). Отличием разработанных нами операций от их классических аналогов является то, что при них восстанавливается не только проходимость общего желчного протока, но и создается абсолютная барьерная функция вновь созданных клапанных билио-дуоденальных соустьев для содержимого двенадцатиперстной кишки (ДПК), что позволяет предупредить холангит (гепатит) и панкреатит.

Материал и методы. С целью восстановления желчотока и профилактики дуодено-билиарного и дуодено-панкреатического рефлюкса мы предложили два клапанных билио-дуоденальных соустья: первое разработано для восстановления проходимости холедоха при стенозе БДС, второе – при протяженном стенозе дистального отдела общего желчного протока.

Результаты и обсуждение. Клапанная трансдуоденальная папиллосфинктеропластика выполняется следующим образом. После попереч-

ной дуоденотомии лазерным скальпелем рассекается слизистая оболочка, покрывающая БДС на его верхушке в виде лепестка, и сдвигается вверх, а мышцы и слизистая оболочка холедоха (уже склерозированные) – до устранения стеноза. Оставшаяся над рассеченным сосочком слизистая оболочка возвращается на свое место и таким образом становится клапаном, пропускающим из холедоха желчь в ДПК и препятствующим рефлюксу дуоденального содержимого в общий желчный проток (ОЖП). Тем самым вновь созданное соустье, восстанавливая полностью проходимость ОЖП, приобретает функцию и абсолютного барьера для дуоденального содержимого. Операции с формированием только что упомянутого клапана в клинике выполнено 47 больным, послеоперационных осложнений не было. В ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки (до 5 лет) контрольной дуоденографией доказано сохранение абсолютной барьерной функции вновь образованного клапана; в то время как у ($n=43$) больных, которым выполнен классический вариант бесклапанной трансдуоденальной папиллосфинктеропластики, имел место дуодено-холедохоальный рефлюкс (контраст свободно попадал в холедох). Если после клапанной папиллосфинктеропластики больные жалоб не предъявили, то после классического варианта операции все они жаловались на периодические боли в правом подреберье, в особенности после приема жирной пищи. Клапанный супрадуоденальный анастомоз выполняется так. Холедох вскрывается поперечным разрезом над ДПК, клапан образуется из стенки последней на уровне холедоха, для чего

делается полуовальный разрез, с помощью которого создается лоскут основанием, направленным в оральную сторону. Двухрядными швами формируется анастомоз между холедохом и ДПК. Таким образом, созданный клапан при прохождении химуса по ДПК прижимается к верхней ее стенке, тем самым лишая его возможности попадания в холедох. Мы с формированием такого клапана оперировали 9 больных. При контрастной дуоденографии ни у одного из них контраст в желчные пути не попадал. Отдаленные результаты у всех больных хорошие. У больных, которым сформирован холедоходуоденальный анастомоз в классическом варианте (n=19), были периодические боли в эпигастрии. При обзорной рентгенографии у них обнаруживали газовые пузырьки в холедохе. При дуоденографии контрастное вещество попадало в общий желчный проток. У всех больных со стенозом БДС и тер-

минального отдела холедоха, перенесших операции по устранению желчной гипертензии и завершившиеся формированием арефлюксных клапанных соустьев, ближайшие и отдаленные результаты оказались хорошими. Сравнение их с таковыми при классических вариантах бесклапанных соустьев говорит в пользу первых.

Выводы

Таким образом, наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что операции по поводу стеноза БДС и терминального отдела холестаза должны выполняться с формирования клапанных билио-дуоденальных анастомозов, при которых восстанавливается как проходимость общего желчного протока, так и абсолютной барьерной функции для дуоденального химуса.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гасанов А.Г. (1), Султанова Р.С. (2,3)

*ГБУ РД "Республиканский медицинский центр"
ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России
ГБУ РД "Городская клиническая больница №1"*

Грозными послеоперационными осложнениями резекционных операций поджелудочной железы (ПЖ) являются: послеоперационный панкреатит, несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов, аррозивные кровотечения. При их развитии послеоперационная летальность становится очень высокой.

Цель исследования. Разработать способы защиты билио- и панкреатодигестивных анастомозов и метода профилактики осложнений после резекционных операций, а также оценить их эффективность.

Материалы и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 148 пациентов с патологией ПЖ. Опухолевый процесс имелся в 129 (87,2%) наблюдениях, кистозные образования ПЖ – в 8 (5,4%), хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – в 11 (7,4%). Гастропанкреатодуоденальная резекция проведена в 135 (91,2%) случаях, центральная резекция ПЖ – в 5 (3,4%), дистальная резекция ПЖ – в 8 (5,4%). Все пациенты были разделены на 2 группы: основная (n= 51), где были использованы новые технические решения и контрольная (n= 85) – формирование анастомозов проводили традиционными способами. Новыми техническими решениями послужили: формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на «каркасных» дренажах и наложение кисетного шва на край среза ткани ПЖ до формирования панкреатодигестивного анастомоза.

Результаты и их обсуждение. Медиана длительности операции ГПДР в основной и контрольной группах достоверно не отличалась. Интраоперационные осложнения в контрольной группе наблюдались чаще. Послеоперационный панкреатит развился в контрольной группе в 5 раз чаще, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза- в 4, аррозивные кровотечения – в 3. Сроки лечения пациентов основной группы были значительно меньше, чем в контрольной – 8,9%. Выбор метода обработки культи ПЖ и формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов имеет большое значение в исходе операции ГПДР. Перед формированием анастомозов следует учитывать факторы, имеющие значение при выборе способа завершения реконструктивного этапа при резекциях ПЖ. Также следует учитывать факторы, возникающие в послеоперационном периоде и имеющие значение в возникновении осложнений.

Заключение

Лучшими являются варианты билио- и панкреатодигестивных анастомозов, которые формируются на «каркасных» дренажах. При них значительно редко возникают фатальные осложнения ГПДР.

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

**Гаджиев А.Р., Чудинов А.Н., Гасанова Л.Г., Жахбаров А.Г.
Гаджиев А.Р.(1), Чудинов А.Н.(2), Гасанова Л.Г.**

*Кафедра стоматологии детского возраста, ДГМУ. Жахбаров А.Г.(4),
Детская Республиканская клиническая больница.*

Врожденная патология челюстно-лицевой области, в том числе расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба (ВРГН) относятся к числу распространенных тяжелых аномалий, сопровождающихся сложными анатомическими и функциональными нарушениями, и является одной из актуальных проблем в современной челюстно-лицевой хирургии. Все дети с врожденной патологией челюстно-лицевой области являются инвалидами детства и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании. Проблема медико-социальной реабилитации таких детей сложна и многогранна. За последние годы накоплен значительный опыт, касающийся совершенствования методов хирургического лечения больных с ВРГН, изменились подходы к возрастным показаниям при оперативных вмешательствах, разработаны новые виды операций. Однако система комплексного лечения детей с ВРГН, предусматривает длительное (от рождения до 16-18 лет), многоэтапное участие врачей-специалистов разных профилей: челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, ортопеда, детского стоматолога, отоларинголога, педиатра, логопеда, психоневролога, социолога, физиотерапевта.

Материал и методы. В нейро-челюстно-лицевом отделении Детской Республиканской клинической больницы г. Махачкала, которое является клинической базой кафедры стоматологии детского возраста ДГМУ, оказывают высококвалифицированную хирургическую помощь детям с челюстно-лицевой патологией, в том числе с врожденными расщелинами губы и неба. Результаты статистического анализа, проведенного сотрудниками кафедры на основании изучения 506 историй болезни детей, находившихся на хирургическом лечении по поводу ВРГН за последние 5 лет позволяют сделать следующие выводы: •За последние годы в республике отмечается тенденция к росту числа детей госпитализиро-

ванных по поводу ВРГН. •Среди госпитализированных более 60% детей с ВРГН встречаются среди жителей сельской местности, при этом из климатогеографических зон патология чаще наблюдается в горной зоне республики. •Наряду с определенными успехами в хирургическом лечении данной категории больных, целый ряд вопросов, связанных с оказанием им комплексной помощи остаются нерешенными. Только междисциплинарный подход, с четким взаимодействием многих квалифицированных специалистов, позволит обеспечить получение оптимальных результатов лечения и полноценной реабилитации детей с ВРГН. Это сложная проблема является актуальной на сегодняшний день, в связи с отсутствием в РД территориального центра по оказанию комплексной реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО). Во многих регионах Российской Федерации такие центры функционируют. Территориальный центр диспансеризации детей с ЧЛО является учреждением первого уровня, который решает следующие задачи: 1.Выявление и постановка на диспансерный учет детей с врожденной и наследственной патологией ЧЛО. 2.Создание стандартов по объему оказания специализированной комплексной помощи детям с врожденной и наследственной патологией ЧЛО. 3.Оказание ортодонтической и логопедической помощи детям. 4.Медико-генетическое консультирование семьи. 5.Психолого-педагогическая помощь детям. 6.Социальная реабилитация детей. В работе территориального реабилитационного центра должны принимать участие опытные специалисты, врачи разных профилей. Реализация всех положений центра позволит детям с данной патологией получить хорошие эстетические и функциональные результаты, а также осуществить их раннюю медико-социальную и педагогическую реабилитацию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ

Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А.

*ГБОУ ВПО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,
кафедра Урологии*

Гипоспадия встречается у одного из 300 новорожденных мальчиков и лечение ее представляет порой трудную задачу. Об этом говорит

факт, что нередко больные оперируются многократно – 8,11,13,14, и 24 раз. Гипоспадия часто

сочетается с другими пороками развития: крипторхизмом, гипогенитализмом, ложным гермафродитизмом и др., оказывает отрицательное влияние на развитие полового члена, общее развитие и формирование личности больного (1). Различают: гипоспадия головки, стволовая, члено-мошоночная, мошоночная и промежностная формы; в зависимости от формы характеризуется искривление полового члена в сторону мошонки вследствие недоразвития губчатой части уретры. Если в таком состоянии он будет много лет (до 14- 16- 18 – и далее), то в пещеристых телах наступает фиброзные изменения, что естественно отрицательно сказывается в последующем. Обычно большинство авторов рекомендуют начинать лечение в 3-5 лет. Производится выпрямление полового члена, для чего иссекается соединительный тяж (хорда), в результате чего наружное отверстие уретры смещается проксимально - очень значительно. Для этого обычно пользуются продольным разрезом на вентральной поверхности полового члена, окаймляя наружное отверстие. В редких случаях приходится прибегать к дополнительным разрезам, если имеется дефицит кожи. Чем больше возраст больного, тем сложнее становится иссечение хорды и рубцов, так как она становится единой с белочной оболочкой. После выпрямления половому члену придается положение гиперкоррекции, как пишут некоторые авторы, не менее 2-х месяцев, а затем взрослым допустим половой контакт. После выпрямления полового члена дефект уретры становится еще больше. Через 5-6 месяцев выполняется наиболее сложный этап оперативного лечения пластика канала,

которая зависит от вида гипоспадии (1,3). У больных с гипоспадией головки и без искривления полового члена производится меатотомия т.е. наружное отверстие рассекается по нижней стенке на 5-6 мм с круговым ушиванием. Мочу отводят катетером. Восстановление канала при стволовых и других проксимальных формах гипоспадии требует уже тонких и сложных операций, очень бережного отношения к тканям, особой аккуратности и терпения. Предложено множество методов пластики - это операция Бивена, Рассела, Горгаммера, Девиса-Тирмана, Бека, Боуссона, Дюплия, Совченко, Тирша, Броуна, Цециля, и много других (1,2,3). В основном эти больные попадают в детские клиники, где их оперируют и лишь часть из них с неудачными результатами после неоднократных вмешательств, попадают в клиники с взрослым контингентом. В нашей клинике получили лечение 12 больных (15-18 лет), также оперированные в прошлом в другой клинике. В своей практике мы пользовались методом Ландерера в модификации Русакова. Это нелегкая трудоемкая операция, но при нормальном выполнении всегда эффективна. Канал создается из кожи вентрального отдела полового члена и передней части мошонки. Недостатка в тканях нет. Весь смысл в аккуратном сведении тканей. Отрицательная сторона – многоэтапность (3). Это ничего для ребенка, неплохо для взрослого. Отдаленные результаты через 2-3 года хорошие.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА

Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
кафедра урологии*

Гидронефроз часто встречающееся заболевание почек, которое может наблюдаться как у новорожденного, так и у пожилых людей. Причиной его, в основном, является нарушение уродинамики, оттока мочи из-за стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) различного характера, что способствует дисплазии как элементов нефрона, так и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). Выраженность изменений в почке зависит от степени стеноза ЛМС и длительности этого состояния. Причинами возникновения стеноза ЛМС и Гидронефроза являются, так аберрантный нижнеполярный сосуд почки, высокое отхождение мочеточника, изредка врожденный клапан в области ЛМС, перегиб и сужение прилоханочного отдела мочеточника и мочекаменная болезнь. Важна своевременная диагностика и лечение его. Ведущее место в этом принадлежит

физическим методам, таким как ультразвуковые в положении лежа и стоя, рентгенологические, особенно мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием почек. В течении 15 лет (2002-2017) в Республиканском урологическом центре г. Махачкалы находились на лечении 172 больных гидронефрозом, возрастом от 18 до 76 лет. Причиной заболевания у 68 было сужение ЛМС, в 56 случаях аберрантный нижнеполярный сосуд почки, высокое отхождение мочеточника - 21, врожденный клапан в области ЛМС - 2. Перегиб и сужение прилоханочного отдела мочеточника после перенесенных хирургических вмешательств – 14 и мочекаменная болезнь в 11 случаях. Клинические проявления заключались в появлении болей на соответствующей стороне поясницы. Боли за редким исключе-

нием носят тупой, несильный характер. Более интенсивный характер они имеют, когда имеется начальная стадия болезни и причиной является камень почки. Характерны так же признаки воспалительного процесса – лейкоцитурия, изредка эритроцитурия, хотя они появляются чаще всего во второй, а то и в третьей стадиях процесса. Показаниями для хирургического лечения служили болевой синдром, значительное расширение ЧЛС, лейкоцитурия и артериальная гипертензия. Больным с камнями почек устанавливались мочеточниковые стенты и производились ДЛТ, другим (16) с выраженной соматической патологией органов грудной клетки также устанавливались стенты с заменой по мере необходимости. 16 пациентам с гидронефрозом в терминальной стадии произведено нефрэктомия. Остальным 129 больным произведены органосохраняющие операции – пластика ЛМС (124), уретеролиз (5) с внутренним стентированием мочеточника. В основном мы пользовались методом Хайнес–Ан-

дерсена и в каждом отдельном случае исполнение его зависело от причины гидронефроза, то есть, если aberrantный сосуд, то накладывался антевазальный анастомоз. Считаем обязательным резекцию ЛМС и измененного участка мочеточника (у некоторых больных до 4-6 см). В таких случаях приходится так же низвести и фиксировать почку во избежание натяжения анастомоза. У 4 больных с гидронефрозом на почве сужения значительного участка мочеточника с широкой лоханкой выполнена пластика по Кульп–де–Верду с хорошим результатом. Дренировали почку в начале шинирующим дренажем и нефростомой, а в последующем внутренним стентированием. Отдаленные результаты в течении 5 лет наблюдения хорошие у 102 пациентов, удовлетворительные – 19,4 больных нуждаются в периодическом стентировании мочеточника и 4 перенесли нефро-эктомию. Шовным материалом пластики ЛМС служил викрил 5.0.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ МОШОНКИ

Гусниев Н. М., Арбулиев К. М., Усманов М.У., Магомедов М.Г.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,
кафедра урологии*

Вопреки ранее принятому мнению о редко встречающейся травме мошонки, в последние годы установлено, что частота ее составляет 20% повреждений органов мочеполовой системы/ Тарасов Н.И. и соавт.,1992/. Увеличению данного вида травматизма в Дагестане способствуют активные занятия спортом и криминальная обстановка в республике. Несмотря на обсуждение этого вопроса на 6 пленуме правления Всесоюзного общества урологов, современные подходы к диагностике и лечению повреждений мошонки и яичек освещены недостаточно. Следствием является значительное число осложнений/ нагноение, организация гематомы, атрофия яичка/, которые могут стать причиной бесплодия. Поэтому обоснования и выбор способом лечения этой категории больных имеет большое медицинское и социальное значение. Цель работы-улучшить результаты лечения больных закрытой травмой мошонки. За период с 1980 по 2001 годы наблюдали 204 больных с открытой травмой мошонки в возрасте от 15 до 52 лет. 85% из них были до 30 лет. У 133 пострадавших имело место бытовая, 43- спортивная, 22- производственная, 7-транспортная травма. Ушиб левой половины мошонки наблюдался в четыре раза чаще, чем в правой. Это можно объяснить анатомическим положением левого яичка, которое в норме располагается ниже правого и характером травмы-нанесения удара правой ногой в левую половину мошонки пострадавшего. Около 70% пострадавших обратились в стационар в сроки свыше 48

часов после травмы. Клиническая картина характеризовалась резкой болью, гематомой и отеком в мошонке, и затруднением при ходьбе. Дифференциальная диагностика глубоких гематом в мошонке непростая задача. Поэтому правильно собранный анамнез, ультразвуковое исследование, скрупулезный осмотр мошонки и сопоставление с ними клинические данные во многих случаях помогли поставить правильный диагноз. Интравагинальную гематому мошонки (гематоцеле) диагностировали у 139 (68%) больных, которым выполнены в экстренном порядке различные оперативные вмешательства. Ушивание белочной оболочки яичка проведено 203, резекция полиса яичка-17, эпидидимэктомия-9 и орхиэктомия-10 пациентам. Следовательно ранние органосохраняющие операции выполнены у 93% больных. Активная хирургическая тактика у пострадавших с интравагинальной гематомой мошонки привела к сокращению койко- дня более чем в два раза. У всех оперированных больных послеоперационный период протекал без осложнений. Пациенты находились в клинике в среднем от 8 до 10 дней. Учитывая трудности в распознавании кожных повреждений яичка операция может быть рекомендована всем больным, у которых после резко болезненной травмы подозревается гематоцеле. В справедливости этих положений мы убедились на основании оперативного лечения 139 пациентов. При затруднении в диагнозе и подозрении на разрыв яичка у 25 больных прибегли к операции, на которых подтвердилась травма семенника. Таким образом

активная хирургическая тактика при закрытой травме мошонки приводит к сокращению койки-дня более чем в два раза и предупреждает развитие атрофии яичка. Большинство больных при подкожных разрывах яичка сделаны органосохраняющие операции.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД УСТРАНЕНИЯ РЕФЛЮКСА ПО ПЕРФОРАНТНЫМ ВЕНАМ.

Гамзатов Т.Х.3, Махачев О.А.1,2, Муталипов Р.М. 1, Шихмагомедов О.О.1,2

*ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМУ»
Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России*

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения лазерного излучения при устранении патологического рефлюкса по перфорантным венам.

Материал и методы. Исследование включало 40 пациентов. Стадия венозной патологии по классификации CEAP в 95 % (n = 38) случаев соответствовала C5-C6, в 5 % (n = 2) наблюдений C4. Использовался световод с торцевым типом излучения в следующем режиме: длина волны 1470 нм, мощность излучения — 8 - 10 Вт, плотность энергии — 100 - 130 Дж / см². Эффективность устранения рефлюкса оценивалась по результатам УЗИ через 1 неделю и 1 месяц после оперативного вмешательства. При контрольном ультразвуковом исследовании оценивались следующие параметры: реканализация облитерированной вены, тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз поверхностных вен, нейропатия в зоне вмешательства.

Результаты. У всех оперированных больных была достигнута окклюзия перфорантных вен с элиминацией патологического рефлюкса

при первом контрольном УЗИ через неделю после операции. При повторном обследовании через месяц окклюзия перфорантных вен также сохранялась у всех обследованных пациентов. Нейропатия развилась у четырех больных дистальнее места пункции. В ходе нашего исследования мы не выявили клинико-инструментальных данных за ТГВ, ТЭЛА и тромбофлебит в зоне, ассоциированной с облитерированной перфорантной веной. В местах кожных пункций у 6 (15%) больных выявлены ограниченные (точечные) кожные некрозы, которые разрешались спонтанно через образование струпа в течение 2-3 недель после операции.

Заключение

Эндовенозная лазерная облитерация является эффективным и безопасным методом в лечении пациентов с тяжелыми формами венозной патологии и патологическим рефлюксом по перфорантным венам.

КЛАССИФИКАЦИЯ СПОСОБОВ АНТИПАРАЗИТАРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Гаджибакаров Г.М., Гаджибакарова П.Г., Койчурев Р.А., Исаев М.И., Магомедов Х.А., Мусаев З.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Важнейшими этапом эхинококкэктомии при любом способе операции является интраоперационная антипаразитарная обработка и проведение противорецидивных мероприятий на всех этапах лечения больного. Существуют множество способов решения этой задачи: применение гермицидных средств интраоперационно, воздействие лазером, ультразвуком низкой частоты, радиочастотная абляция, противорецидивное лечение перед и в послеоперационном периоде, усовершенствование технических средств для эвакуации содержимого кисты и способы воздействия на орган носитель. С целью оптимизации

выбора способа антипаразитарного воздействия на организм нами разработана классификация, позволяющая систематизировать имеющиеся способы и выбрать алгоритм действия в каждом случае. 1. Методы повышающие апаразитарность операции: технически безупречное выполнение операции; внедрение в клиническую практику совершенных технических средств эвакуации содержимого паразитарной кисты; выполнение радикальных операций (резекция органа с кистой или удаление органа-носителя паразитарной кисты). 2. Методы антипаразитарного воз-

действия: механическая апаразитарность (полное удаление содержимого кисты, перикистэктомия); физическая антипаразитарность (воздействие ультразвуком, радиочастотным облучением, воздействие высокой температурой, лазерное облучение, гипертонические растворы (3-30%NaCl, 20-100% глицерин), ионизированные растворы и др. 3.Химическая апаразитарность (формалин, спирт, диоксидин, кислоты, препараты йода, перекись водорода). 4. Биологическая апаразитарность: стимуляция неспецифического и специфического иммунитета, применение антипаразитарных химиопрепаратов (альбендазол, мебендазол), протеолитические ферменты). Предлагаемая классификация основана на многолетнем опыте хирургического лечения эхинококкоза печени и внепеченочной локализации. На основе предлагаемой классификации в нашей клинике для каждого случая вырабатываем алгоритм антипаразитарного воздействия на организм и выполняем его на всех этапах лечения больного до полного выздоровления, что позволило снизить частоту рецидива до 3%.

ческого и специфического иммунитета, применение антипаразитарных химиопрепаратов (альбендазол, мебендазол), протеолитические ферменты). Предлагаемая классификация основана на многолетнем опыте хирургического лечения эхинококкоза печени и внепеченочной локализации. На основе предлагаемой классификации в нашей клинике для каждого случая вырабатываем алгоритм антипаразитарного воздействия на организм и выполняем его на всех этапах лечения больного до полного выздоровления, что позволило снизить частоту рецидива до 3%.

СПОСОБ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПАРАЗИТАРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Гаджабакаров Г.М., Гаджабакарова П.Г., Исаев М.И., Мусаев З.М., Магомедов Х.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Современный этап в хирургическом лечении эхинококкоза характеризуется внедрением малоинвазивных технологий и новых способов лечения. В этих условиях вопрос эффективности антипаразитарного воздействия становится еще более актуальным. Нами разработан способ оценки в динамике эффективности интраоперационного и послеоперационного антипаразитарного воздействия при эхинококкэктомии. Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени. Сущность способа заключается в тестировании протосколексов *in vitro* и микроскопии, отличающийся тем, что пробу обрабатывают дуоденальным соком, инкубируют при температуре 70 С в течении 3 минут и при отсутствии выворачивания протосколексов антипаразитарное воздействие признается эффективной. Данный способ позволяет при эхинококкэктомии интраоперационно и в динамике в послеоперационном периоде оценить эффективность антипаразитарного воздействия. При этом проводится исследование протосколексов до интраоперационного антипаразитарного воздействия и после нее в послеоперационном периоде, исследуя отделяе-

мое по дренажу из остаточной полости ежедневно. В случаях наличия жизнеспособных протосколексов в отделяемом по дренажу из остаточной полости, проводились дополнительные мероприятия по усилению антипаразитарного воздействия. Повышение и достоверности достигается тем, что на результаты тестирования не влияет степень подготовки оператора и учитывается обратимость изменений, возникающих в ходе интраоперационного антипаразитарного воздействия. Способ применили в отделении хирургии органов брюшной полости Республиканской клинической больницы при лечении 78 больных с эхинококкозом печени. Произведена оценка антипаразитарного воздействия 96 эхинококковых кист диаметром от 5 до 25 см. Отдаленные результаты изучены у 62 больных. Сроки наблюдения от 8 месяцев до 9 лет. При ультразвуковом исследовании печени и органов брюшной полости рецидив не выявлен. Таким образом, полученные результаты показали, что способ обладает значительным преимуществом, прост в исполнении и можно рекомендовать в широкую клиническую практику.

КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Гаджабакаров Г. М (1), Даудова Р.Д.(2).Гасанбекова З.М. (1), Гаджабакарова П.Г.(1), Исаев М.И.(1), Койчув Р.А.(1), Магомедов Х.А. (1)

*ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России.
ГБОУ ВО ДГПУ Минздрава России.*

Несмотря на высокий уровень диагностики и лечения ЖКБ, остается много неясных моментов в эпидемиологии, этиологии и патогенезе холелитиаза. Изучение влияния различных факторов на результаты лечения больных с этой патологией до сих пор остается одной из самых актуальных проблем в хирургии.

Целью исследования было изучение современных аспектов клинко-эпидемиологической характеристики желчнокаменной болезни. Задачами исследования были: выявить динамику изменения возрастного и гендерного состава больных с ЖКБ; определить сезонность заболевания; изучить характер сопутствующих патологий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 432 случаев больных с ЖКБ, прошедших лечение в Республиканской клинической больнице, отделении брюшной хирургии с 2016 по 2018 гг. в возрасте от 17 до 84 лет. Все пациенты обследованы согласно с НКР. Больные были распределены на 3 группы: 1гр-2016г.; 2гр-2017г.; 3гр – 2018 г.

Полученные результаты. Анализ показал, что пик заболеваемости приходится на весенне-осенний период. Наибольших значений величины достигли в марте и ноябре во всех 3-х группах. Основное количество больных находится в возрастном интервале от 40 до 60 лет. Их доля составила 44%. Пациенты в возрасте от 20 до 40 лет составили 25%; от 60 до 70 лет- 19%; 9%-старше 70 лет и 3%- до 20 лет. При этом было определено, что в 2016 году пациенты до 20 лет составляли всего 1% и с последующим ростом до 3% в 2018 году. Из сопутствующих патологий доля заболеваний сердечно-сосудистой системы составила 58%. Вторым по распространенности было ожирение – 38%. Третьей по распространенности стала язвенная болезнь -25%. Среди пациентов РКБ с ЖКБ преобладали женщины, доля которых составила 81%. Обсуждение. - Рост заболеваемости среди пациентов моложе 20 лет указывает на своеобразное «омолаживание» ЖКБ - Распространенность ЖКБ в большей степени среди женщин подтверждает то, что предрасполагающими факторами заболевания являются беременность, роды и связанные с ними изменения гормонального статуса. - Наблюдаемая сезонность заболевания, с ростом в весенне-осенний период, указывает на наличие множества факторов, влияющих на частоту обращения больных с ЖКБ, в том числе социальных

факторов, таких как профессиональная занятость, особенности самой ЖКБ и функционирования лечебных учреждений. Отмечается, что в летний период отпусков врачей обращаемость больных резко снижается. Тот факт, что 95% больных после обострения заболевания и начала печеночной колики не обращались за помощью в медицинские учреждения указывает на низкий уровень санитарно-просветительской работы и слабую работу по диспансеризации больных с ЖКБ. В среднем, каждый пациент до поступления в стационар провел 3-7 дней дома, принимая спазмолитики. Поэтому 10% больных с хроническим калькулезным холециститом были оперированы в срочном порядке.

Выводы

1. В связи с «омоложением» ЖКБ целесообразно проводить лечебно-диагностические мероприятия по выявлению и профилактике ЖКБ с детского и подросткового возраста.
2. Учитывая сезонность обращения больных с ЖКБ в лечебные учреждения в весенне-осенний период, проводить дополнительную мобилизацию материальных и интеллектуальных ресурсов лечебных учреждений.
3. Распространенность язвенной болезни, как сопутствующая патология, может быть веской причиной для того, чтобы всем без исключения пациентам с ЖКБ проводилось обязательно ФГДС и противовоспалительное лечение для профилактики осложнений язвенной болезни.
4. Поскольку заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди сопутствующих заболеваний, хирургическое лечение требует тщательную коррекцию ССС, для предупреждения грозных осложнений во время и после операции.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Гужина А.О. (1), Бордуновский В.Н. (2), Головнева Е.С. (2), Игнатьева Е.Н. (1)

*ГБУЗ «Многопрофильный центр лазерной медицины»
ФГБОУ ВО «ЮУГМУ Минздрава России»*

Стремление сохранить селезенку при ее повреждении уже не вызывает дискуссий. В настоящее время отдается предпочтение пластической сберегательной хирургии селезенки, обеспечивающей сохранение ее практически при любой травме. Но и эти разработки не лишены недостатков, в связи с чем поиск более современных способов гемостаза по-прежнему актуален. Появление лазерных хирургических аппаратов открыло новые перспективы в решении вопросов органосберегательной хирургии селезенки.

Цель исследования - изучение возможности использования диодного лазера с длиной волны 805 нм при операциях на селезенке для резекции

и для достижения гемостаза при колото-резаных ранах.

Материалы и методы. Проведены три серии экспериментов из 28 опытов на беспородных собаках. Операции проводились под общим обезболиванием. В первой серии опытов наносились резаные раны на вентральной поверхности селезенки с глубиной травматизации паренхимы 0,5 см, длиной 2 см. Коагуляция с полной остановкой кровотечения осуществлялась дистанционно, через моноволоконный кварцевый световод диаметром 400 мкм при мощности излучения 5-8 Вт за 60-17 сек. Во второй серии опытов скальпелем наносились колото-резаные раны на вентральной поверхности селезенки. Ранения

были однотипные с шириной входного отверстия 1 см, глубиной 1,5 см, то есть носили практически сквозной характер. Во всех опытах из мест повреждения возникало обильное кровотечение. Осуществляли контактную лазерную коагуляцию на мощности 5-7 Вт в квазинепрерывном режиме путем заваривания раны от дна к поверхности. В третьей серии опытов производилась краевая лазерная резекция селезенки. Резекция лазером осуществлялась по наружному краю специального зажима. При этом наблюдался эффект сваривания соприкасающихся поверхностей. Оптимальной признана мощность 20 Вт в квазинепрерывном режиме и световод с диаметром кварцевой жилы 600 мкм. Эффективность хирургического лечения оценивали по морфологическим изменениям ткани селезенки и особенностям репаративных процессов в ней в динамике в течение одного месяца. Результаты морфологических исследований свидетельствуют о том, что через 1,5 часа после резекции края селезенки линия разреза была представлена полосой серо-черного цвета, прикрытой подпаянным к ней сальником узкой полосой на всю длину раны. Через одни сутки подпаянный к линии резекции сальник был инфильтрирован нейтрофильными лейкоцитами, сохранялись все выделенные зоны повреждения. К седьмому дню фрагменты карбонизированной ткани были окружены соединительнотканью прослойками с гигантскими клетками инородных тел - сидерофагами. От интактной ткани зона некротизированной ткани от-

граничена клеточным валом из 10-20 слоев клеток: лимфоцитов, макрофагов, фибробластов, моноцитов, единичных нейтрофилов. Среди них – ориентированные вдоль линии отграничения тонкие коллагеновые волокна. Спустя 1 месяц капсула селезенки по линии резекции была соединена с сальником зрелой соединительной тканью, в которой преобладали волокнистые структуры с замурованными среди них сидерофагами, карбонизированными частицами. Зона повреждения отграничена грануляционной тканью с клеточным валом из макрофагов, лимфоцитов, моноцитов, фибробластов, эозинофилов. Нейтрофилов в зоне отграничения не определялось. В зоне лазерокоагуляции динамика морфологических изменений практически соответствовала таковой в зоне резекции. Однако линия отграничения очага повреждения спустя один месяц была представлена более зрелой соединительнотканной капсулой с преобладанием волокнистых структур.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что диодный лазер с длиной волны 805 нм с моноволоконным кварцевым световодом является удобным высокоэффективным средством при резекции и обработке ран селезенки, повышающим качество, эффективность и снижающим сложность выполняемых операций. Его использование должно найти широкое применение в клинической практике.

К ВОПРОСУ О НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ХИРУРГИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Сайпудинова А.Ш., Баулина Н.В., Билалов Б.К.

Кафедра хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО

Несмотря на более чем 100-летнюю историю хирургии толстой и прямой кишки, проблема несостоятельности толстокишечных анастомозов сохраняет свою актуальность. На сегодняшний день результаты оперативного лечения различных заболеваний прямой кишки не могут удовлетворить хирургов в связи с высокой частотой послеоперационных гнойно-септических осложнений. При этом наиболее частым из них является несостоятельность швов сформированного анастомоза - грозное осложнение, являющееся основной причиной смерти даже после плановых оперативных вмешательств на ободочной и прямой кишке. По данным исследователей она развивается в пределах от 4,4 до 24%, летальность в этой группе больных достигает до 40%. Поэтому, несмотря на использование новых шовных материалов, внедрения сшивающих аппаратов и совершенствование анестезиологического пособия в колоректальной хирургии еще нельзя

утверждать, что операции на прямой кишке стали безопасными, а шов надежным.

Цель: Целью настоящего исследования явилось изучение результатов развития послеоперационных осложнений при резекции прямой кишки с первичным восстановлением кишечного пассажа и без проведения разгрузочных мероприятий.

Материал методы Анализ подвергнуты данные 163 (83 мужчин и 80 женщин) пациентов, которым на базе Пензенского областного онкологического диспансера в период с января 2014г по декабрь 2016г проведена резекция прямой кишки без проведения дополнительных мероприятий по защите кишечного шва. Возраст больных варьировал от 26 до 85 лет, средний возраст составил $63,1 \pm 10,9$ лет, из них старше 60 лет 50,9% (83). Всем больным выполнялась нижнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, согласно конкретной ситуации определя-

лись границы резекции прямой кишки: Проксимальная - архитектурой сосудов нижней брыжеечной артерии и длиной сигмовидной кишки; Латеральная – глубиной инвазии опухоли; Дистальная – уровнем расположения опухоли в прямой кишке по отношению к сфинктеру. У 129 больных сформирован аппаратный анастомоз с применением циркулярного сшивающего аппарата. Ручной анастомоз накладывали узловым двухрядным кишечным швом по типу конец-в-конец у 34 больных.

Полученные результаты: После резекции прямой кишки без проведения дополнительных мероприятий по защите кишечного шва из 163 больных, послеоперационные осложнения развились у 24 (14,6%), несостоятельность анастомоза выявлена у 14, что составило 8,6%. При формировании толстокишечного анастомоза

ручным способом данного осложнения встречалось у 6 из 34 оперированных больных, что составило 17,6%, несостоятельность аппаратного анастомоза отмечена у 9 из 129 (7,0%). Стоит отметить, что при статистическом анализе достоверных различий между способом формирования анастомоза и развитием несостоятельности нами не выявлено.

Заключение

Таким образом, анализ исследования показывают необходимость разработки способа защиты анастомоза, позволяющей исключить нагрузку на линии шва и создать благоприятные условия для его заживления, что позволит улучшить результаты хирургического лечения рака прямой кишки.

НИЗКИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ В РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

Дарбишгаджиев Ш.О. (1), Баулин А.А. (1), Лесин В.Н. (2), Баулин В.А. (1), Баулина Н.В. (1).

Кафедра хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО (1), Пензенский областной онкологический диспансер (2)

Хирургическое вмешательство занимает первостепенное значение в лечении опухолевого поражения прямой кишки. Возможность сохранения естественности колоректального пассажа наряду с принципами радикальности остаются наиболее важными аспектами в колопроктологии. До недавнего времени, единственным радикальным вмешательством при низком раке прямой кишки считалось выполнение брюшно-промежностной экстирпации с формированием постоянной колостомы на передней брюшной стенке. Наличие кишечной стомы влияет не только на физическое и психоэмоциональное состояние пациента, но и изменяет социальное положение в обществе, приводя к изоляции и инвалидизации, а так же требует постоянного наблюдения и ухода медперсонала. Безусловно, улучшение прогноза пациентов с опухолевым поражением прямой кишки имеет первостепенное значение и в погоне за увеличением продолжительности жизни, нельзя забывать о ее качестве. Однако, улучшение качества жизни больных раком прямой кишки может быть достигнуто при условии возможности проведения сфинктеросохраняющих операций, что диктует необходимость расширения показаний к выполнению подобных вмешательств. При этом исследователи отмечают высокую частоту развития несостоятельности и ассоциированную с ней смертность при расположении толстокишечного анастомоза ближе 6 см от аноректальной линии.

Цель. Оценка значимости уровня расположения анастомоза при резекции прямой кишки в

развитии несостоятельности колоректальных анастомозов.

Материал и методы. В период с 01.01.2014г. по 31.12.2016г. в отделении абдоминальной хирургии Пензенского областного онкологического диспансера пролечено 248 пациентов с опухолевым поражением прямой кишки. Мужчин было – 128 (51,6%), женщин 120 (48,4%) в возрасте от 26 до 85 лет. В зависимости от уровня и способа формирования толстокишечного анастомоза пациенты рандомизированы на 2 группы. Передняя резекция прямой кишки с наложением колоректального анастомоза выше 6 см от аноректальной линии выполнена 110 больным (61 мужчина и 49 женщин) в возрасте от 35 до 85 лет, медиана 63,8. Из них с наложением двухрядного кишечного шва ручным способом (66/110) и циркулярным сшивающим аппаратом (44/110). Во второй группе у 138 больных (67 мужчин и 71 женщина) в возрасте от 28 до 85 лет, средний возраст 63,5, выполняли низкую переднюю резекцию прямой кишки, накладывая анастомоз на расстоянии менее 6 см от зубчатой линии. Аппаратный анастомоз применен у 53 из 138, ручной сформирован у 85 из 138. Таким образом, группы были сопоставимы по возрасту, полу и способу формирования толстокишечного анастомоза.

Полученные результаты. Среди 248 пролеченных больных раком прямой кишки ранние послеоперационные осложнения выявлены у 24 больных, что составило (9,7%). Несостоятельность швов колоректального анастомоза после

резекции прямой кишки отмечено у 15 больных, что составило 6% больных 2-х групп. В первой группе больных после передней резекции прямой кишки и формирования анастомоза выше 6 см от анокутанной линии развития несостоятельности швов толстокишечного анастомоза выявлена у 3-х (2,7%) больных. Наложение анастомоза на расстоянии менее 6 см от анокутанной линии привело к развитию данного осложнения у 12 (8,7%). Проведенный анализ течения раннего послеоперационного периода после резекции прямой кишки с восстановлением колоректального пассажа показал, что формирование анастомоза наложением двухрядного кишечного

шва ручным способом (6/119), или циркулярным сшивающим аппаратом (9/129) не влияет на развитие данного осложнения.

Заключение

Развитие несостоятельности швов толстокишечного анастомоза зависит от уровня ее наложения, при расположении анастомоза ниже 6см от зубчатой линии вероятность развития несостоятельности возрастает с 2,7% (3/110) до 8,7% (12/138).

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЗОЧНЫХ КОЛОСТОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Дарбишгаджиев Ш.О. (1), Баулин А.А. (1), Гудошников В.Ю. (2), Баулин В.А. (1), Баулина О.А. (1)

*Кафедра хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО
Пензенский областной онкологический диспансер*

Во всем мире колоректальный рак является третьим, наиболее распространенным типом рака у мужчин, и вторым - у женщин. Рак ободочной и прямой кишки диагностируется в основном у лиц старше 60 лет и имеет тенденцию к постоянному ежегодному росту. Хирургическое вмешательство остается радикальным методом лечения у больных ранним колоректальным раком и неотъемлемой частью комплексного подхода в лечении больных местно-распространенными формами. При этом наиболее часто встречаемым осложнением является несостоятельность колоректального анастомоза (НКРА), развитие которого ассоциировано с высоким риском летальности. Для профилактики НКРА и связанных с ними осложнений широкое распространение получили превентивные коло- и илеостомы, позволяющие осуществить декомпрессию толстой кишки несущий анастомоз и обезопасить толстокишечное соустье. Проведенный анализ последних исследований показывает, что разгрузочная кишечная стома позволяет не только снизить частоту развития несостоятельности, но и уменьшить тяжесть клинических проявлений несостоятельности и снизить частоту повторных оперативных вмешательств.

Цель исследования: Оценка значимости превентивной кишечной стомы для защиты толстокишечного анастомоза при резекции прямой кишки.

Материал и методы: Работа выполнялась на кафедре хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ - филиала РМАНПО, клинической базой которого является Пензенский областной онкологический диспансер. Исследование представлено ретроспективным анализом историй болезней хирургического лечения рака прямой кишки за период с 2014 по 2016гг.

Основную группу исследования составили 85 пациентов (45 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 40 до 81 года, которым, после удаления опухоли и восстановления непрерывности колоректального пассажа, сформирована временная петлевая колостома в левом мезогастрii. В качестве контроля использована группа из 163 больных (83 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 28 до 85 лет, где после резекции прямой кишки и восстановления непрерывности пищеварительного тракта не проводились превентивные мероприятия по защите анастомоза.

Полученные результаты. В первой группе больных после передней резекции прямой кишки и формирования превентивной колостомы развития несостоятельности швов толстокишечного анастомоза выявлено у 1 (1,2%) пациента. Во 2-й группе, где после резекции прямой кишки не проводились мероприятия по защите анастомоза, несостоятельность развилась у 14 больных (6 мужчин и 8 женщин), что составила 8,6%. При этом, частота повторных оперативных вмешательств при развитии НКРА без ранее сформированной разгрузочной стомы составила 78,6%. Статистически также доказана достоверная взаимосвязь между развитием данного осложнения и отсутствием превентивной кишечной стомы $p < 0,05$ (критерий согласия Пирсона = 4,899; число степеней свободы $df = 1$, $p = 0,027$).

Заключение:

Анализ исследования позволяет заключить, что превентивная кишечная стома является эффективным способом защиты толстокишечного анастомоза.

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ И ЗАКРЫТИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ КОЛОСТОМ

Дарбишгаджиев Ш.О. (1), Баулин А.А. (1), Лесин В.Н. (2), Зимин Ю.И. (1,2), Баулин В.А. (1).

Кафедра хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО, Пензенский областной онкологический диспансер

Кишечные стомы являются неотъемлемым аспектом клинической практики и широко используются в абдоминальной хирургии для снижения частоты развития несостоятельности колоректальных анастомозов и связанных с ними осложнений после резекции левых отделов толстой кишки. При этом предполагается, что формирование и закрытие превентивной колостомы является простым и безопасным оперативным вмешательством. Однако, многочисленные исследования показали высокий уровень встречаемости осложнений, как после формирования, так и при закрытии данной кишечной стомы. Частота осложнений связанных с колостомами достигают до 56%. При этом дерматиты и мацерации кожи являются наиболее распространенными ранними послеоперационными осложнениями, с общей частотой до 34%, пролапс, пери- и парастомальные грыжи остаются наиболее встречаемыми поздними осложнениями с частотой до 50%. В то время как большинство ранних осложнений поддаются консервативному лечению, развитие поздних осложнений требует хирургического вмешательства.

Целью данного исследования явилось изучение собственных результатов осложнений при формировании и закрытии превентивной колостомы.

Материал и методы: Ретроспективно изучены данные 52 пациентов, которым в период с декабря 2014 года по декабрь 2016 года после резекции левых отделов толстой кишки была сформирована превентивная трансверзостома в левом мезогастрии. Восстановительные вмешательства проводились в сроки от 2-х до 6-ти месяцев после первичного вмешательства. Таким образом, в исследование включены 24 мужчины и 28 женщин со средним возрастом 62,7 года (от 36 до 78 лет).

Полученные результаты: Среди 52 оперированных больных после формирования колостомы осложнения выявлены у 5 больных, что

составила 11,5%. Среди осложнений отмечены: парастомальный дерматит у 2-х больных, пара- и периколостомические грыжи у 4 больных. После реконструктивно-восстановительной операции ранние послеоперационные осложнения выявлены у 7 (13,7%) больных. Среди осложнений наблюдались по одному случаю: ранняя спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение, абсцесс брюшной полости и у 4 больных развилась несостоятельность толстокишечного анастомоза. При динамическом контроле у 2-х пациентов после 6 месяцев с момента закрытия колостомы выявлены рецидивные послеоперационные грыжи в области формирования колостомы. Таким образом, среди 52 оперированных больных осложнения наблюдались в 14 случаях, что составило 26,9%. Заключение: Вопрос о необходимости отключения толстой кишки, несущий анастомоз путем наложения временной кишечной стомы, остается дискуссионным в колопроктологии. Наблюдаемый высокий процент осложнений, связанных как с формированием колостомы, так и с их закрытием, формирует задачу поиска более оптимального варианта. Кроме того, временная стома ухудшает качество жизни и социальную адаптацию пациентов. Очевидным является, что возможность применения временной кишечной стомы необходимо рассматривать при сочетании нескольких факторов (низкорасположенные опухоли, положительная воздушная проба, анемия, гипопротемия, и др), при которых ожидаемая польза превосходит риск, а выборочная стратегия позволит уменьшить количество таких стом и связанных с ними осложнений. Наблюдаемый высокий процент осложнений при наложении и закрытии колостомы диктует необходимость усовершенствования традиционных методов формирования разгрузочных стом.

ЭНДОВАЗАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Джанев М.З.

ГБУ РД ГKB №1

Эндовазальная лазерная коагуляция при осложненных формах варикозной болезни нижних конечностей. Актуальность. В последние годы в современной медицине в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей получает применение малотравматичных, малоинвазивных, с минимальным косметическим дефектом в послеоперационном периоде, методик лечения, с проведением в стационаре минимального количества времени, что не малое значение имеет для стационара в экономическом плане - койко дней. Всему выше указанному соответствует по нашему мнению, и признанное по всему миру - эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК), методика которая получила самое широкое использование в лечении ВРВ.

Цель работы: Сравнить результаты лечения ЭВЛК и традиционной комбинированной флебэктомии при тромбозе и тромбофлебите БПВ и ее притоков. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных осложненных форм варикозного расширения вен нижних конечностей. Задачи: уменьшить время нахождения пациента в стационаре, уменьшение койко-дней. Минимализация операционной травмы. Косметический эффект. Быстрая реабилитация. Исключение повторного оперативного вмешательства в холодном периоде. Условия для выполнения ЭВЛО при осложненных формах варикоза: распространение тромбоза или тромбофлебита не выше коленного сустава. Данные коагулограммы (фибриноген не выше 6-7 г/л) Выраженность болевого синдрома Условия для выполнения комбинированной флебэктомии. Флебэктомия выполнялась только при восходящем тромбозе, без явлений флебита. Материалы и методы. В исследование вошли 23 пациента с варикозным расширением вен нижних конечностей (ХВН С2-С3-С4 по СЕАР). При диагностике в дооперационном периоде (ЦДС вен н/к) у всех пациентов был выявлен патологический венозный рефлюкс по стволу БПВ II- IV степени и так же тромбоз ствола БПВ и ее притоков, в некоторых случаях тромбоз притоков БПВ на уровне голени и бедра. Подбор пациентов для ЭВЛК велся так же с учетом размера варикозно расширенных притоков БПВ диаметр которых не превышал более 7-8мм, так же учитывалось количество варикозно расширенных притоков вовлеченных в патологический процесс. Учитывалось на узи вен нижних конечностей прямолинейность хода ствола БПВ, для возможности проведения световода по стволу. В некоторых случаях удавалось провести световод с радиальным излучением по

искривленному ходу БПВ. Пациенты, подходящие под ЭВЛК по диаметру ствола вены, но не подходящие по степени извитости ствола БПВ подвергались классическому методу лечения ВБ. В клинике прооперировано за 2019г 98 пациента с ВРВ. Из 98 пациентов с осложненной формой ВРВ 23 пациента. Хирургическое лечение ВРВ – 9. ЭВЛК – 14. Критерии, по которым производилась сравнительная оценка результатов лечения, были следующие: болевой синдром в ближайшем послеоперационном периоде; частота послеоперационных осложнений; срок начала трудовой деятельности после операции; косметический результат вмешательства; частота рецидива варикозного расширения подкожных вен.

Результаты и обсуждение. Среднее количество койко - день в стационаре у 1 группы – 5-8 дней, у 2ой группы – 3-4 дня. За время нахождения пациента в стационаре наблюдались послеоперационные осложнения в каждой из групп. Гематома на бедре – 8(88,8%)случаев у 1ой группы, 7(50%)случая у 2 группы, следует отметить что у второй группы гематома возможно обосновать за счет выполнения местной анестезии (повреждение вены иглой). Парестезии и онемение 3(33,33%) у 1ой группы , 2 (14,28%) 2ой группы. Поверхностный тромбофлебит 0 у 1ой группы, 1 (11,1%) у 2ой группы. Лимфорея 1 (11,1%)у 1ой группы, 0 у 2ой группы. Из представленных данных видно, что косметические результаты комбинированного хирургического лечения с использованием ЭВЛК лучше в сравнении с классической флебэктомией при осложненных формах ВРВ. Наиболее частой причиной негативного отношения к проведенной операции пациентов первой группы было наличие косметического дефекта , так более 60% пациентов из 1 группы женского пола до 32 лет. Положительное отношение высказало и большинство пациенток, перенесших сопутствующую минифлебэктомию + склеротерапию.

Выводы

Из сказанного выше, ЭВЛК магистральных подкожных вен не может быть рекомендована для широкого использования в качестве альтернативы классической флебэктомии. Достоинства методики - малотравматичность, косметичность, данного метода имеются недостатки -дороговизна аппаратуры, расходных материалов, техническая сложность в выполнении, сложность устранения возвратного варикоза в отдаленном периоде. Описаны случаи в литературе, восстановление кровотока по стволу БПВ и МПВ после

ЭВЛК. Получение хороших или отличных результатов находится в прямой зависимости от точного соблюдения показаний к ЭВЛК и учета всех факторов – выбор световода, диаметр ствола

вены, соотношение - мощности установленная на аппарате и вывода мощности на конце световода, способствующих успешному применению этого метода.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Косаченко М.В., Атаев Т.А., Эльдерханов М.М.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Острый панкреатит лидирует как причина летальности и наибольших абсолютных потерь острой абдоминальной хирургической патологии (Ермолов А.С. 2015г., Шабунин А.В. 2017г.). Общая летальность при остром панкреатите и составляет 5 – 7 %, а при панкреонекрозе достигает 30 – 40%. При рефлюксе желчи и дуоденального содержимого, где находится энтерокиназа с панкреатическим соком происходит активация и усиленное выделение протеолитических ферментов панкреатоцитами. Высокое давление в главном и дольковых панкреатических протоках триггерный механизм развития острого панкреатита. Повышение давления в главном панкреатическом протоке (ГПП) и мелких протоках способствует повреждению ацинарного эпителия, дестабилизации клеточных мембран, гибели панкреатоцитов и выходу активизированных агрессивных протеолитических ферментов в кровь (ферментемия), некрозу протока и образованию внутренних панкреатических свищей. Важным пусковым механизмом развития при всех видах ОП является дисфункция, длительный спазм или закрытие сфинктера Одди, который является сложной нейромышечной структурой. Патогенетически обосновано при панкреатите обеспечение адекватного оттока в двенадцатиперстную кишку панкреатического сока и активное подавление экзокринной секреции ферментов. При лечении панкреонекроза необходимо максимально рано начинать патогенетически обоснованную терапию, направленную на: уменьшение объема некроза поджелудочной железы; снижение эндотоксикоза; профилактику поражения брюшной клетчатки; профилактику и лечение органных и полиорганных дисфункций; профилактику инфицирования поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. В клинике в течение последних трех лет у 200 (основная группа) больных с острым панкреатитом средней и тяжелой

степени выполнено стентирование ГПП. Контрольная группа составила 100 больных, которым не проводилось стентирование главного панкреатического протока. По тяжести, возрасту, полу и получаемой базисной терапии, приведенной в национальных клинических рекомендациях РФ. Этиология: билиарный — 27%, алкогольный — 48%, алиментарный — 15%, сосудистый — 10%. Из лучевых методов диагностики: рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства при поступлении в стационар и через 3, 5, 7 суток и для определения объема некроза и его распространенности выполнялась КТ с болюсным контрастированием на 2—3-е сутки от начала заболевания и далее по показаниям. На фоне введения с момента поступления в зависимости от тяжести в/в вводили октреатид 300,600,1200 мкг/с, соответственно при легкой, среднетяжелой и тяжелой степени тяжести. Проводили стентирование ГПП. В ГПП устанавливается полностью перфорированный полипропиленовый/тефлоновый панкреатический стент (5 – 7 Fr) различного диаметра и протяженности (5 – 7 см). В основной группе инфицирование наступило у 22 (11%) больных, контрольной – 27 (27%). Умерло в основной группе 9 (4,5%), контрольной – 17 (17%). Неудачное стентирование ГПП было у 19 (8,6%) из 219 больных. Им были выполнены ЭПСТ – 3, литэкстракция из ОЖП – 4, вирсунготомия – 12. Причинами неудач был резкий отёк в области головки поджелудочной железы и БДС. Таким образом, высокие дозы октреотида в зависимости от тяжести ОП и стентирование главного панкреатического протока в первые 3-е суток заболевания на фоне базисной терапия реально улучшают показатели лечения.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Дибиров М.Д., Исаев А.И., Магомедалиев А. М.

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России*

Синдром кишечной недостаточности рассматривается как ведущий симптомокомплекс, который усугубляет эндогенную интоксикацию, может быть одной из причин синдрома системного воспалительного ответа, полиорганной недостаточности.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с синдромом кишечной недостаточности и распространенным перитонитом.

Материалы и методы: В исследование включено 145 пациентов, оперированных по поводу распространенного перитонита в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого в клинике кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ за период с 2013 – 2017 гг. Оперативное вмешательство выполнено из лапаротомного доступа. Интраоперационно выполнялась раздельная назогастральная и назоинтестинальная интубация ЖКТ. В послеоперационном периоде проводилась продленная перидуральная блокада. I – я стадия СКН выявлена у 38 (26,2%) пациентов, II – я – у 82 (56,6%), III – я – у 25 (17,2%). До 24 ч поступили 53 больных, в срок от 24 до 72 ч — 63 больных, 29 больных — позже 3 суток.

Результаты: Все больные были разделены на две группы. В контрольную группу было включено 50 пациентов, которым проводилась стандартная патогенетическая, симптоматическая. В основную группу вошло 95 пациентов, которым базовое лечение дополнялось мероприятиями ранней энтеральной терапии и нутриционной поддержки. После окончания операции сразу же начинался энтеральный лаваж раствором, состоящим из: 100 мл вазелинового масла, 100 мл пребиотика (Хилак форте), 150 мл физиологического раствора, 150 мл 10%-ного раствора глюкозы и 50 мл 25% раствора сернокислой магнезии. В течение 1-х суток энтерально вводили 300 - 500 мл раствора, 2-е сутки – 500 - 800 мл раствора, на 3-е и 4 - е сутки – по 1000 мл раствора до восстановления перистальтики. Энтеральный лаваж дополнялся внутривенным введением с первых суток после операции 1% раствора серотонина адипината в дозе 10 мг х 2 раза в сутки. После введения раствора и экспозиции в течении 40 минут путем пережатия, зонд переводили на пассивный отток. После восстановления перистальтики всем пациентам проводилась нутриционная

поддержка. Разрешение пареза и полное восстановление пассажа по кишечнику в основной группе на 5 –е сутки отмечено у 100 % пациентов, в контрольной группе – у 73 % пациентов. Маркером эффективности лечения и ликвидации пареза кишечника является снижение количества отделяемого по назоинтестинальному зонду. Так, в контрольной группе сброс отделяемого по зонду на 5 – е сутки составил 350±50 мл, в основной группе – 50 мл. В послеоперационном периоде на 7 –е сутки тяжесть состояния и показатели полиорганной недостаточности по интегральным шкалам APACHE II и SOFA в основной группе в 1,5 – 2 раза были ниже по сравнению с контрольной группой. При оценке степени эндотоксикоза по Гостищеву В.К. в основной группе снижение уровня эндотоксикоза до легкой степени на 7 –е сутки послеоперационного периода выявлено у 74 (77,8%) пациентов, в контрольной группе - у 28 (56%). Прирост уровня общего белка в контрольной группе составил 3,3+1,6 г/л, в основной группе – 7,9+1,6 г/л. Рентгенологические и ультразвуковые данные восстановления моторно – эвакуаторной функции кишечника в основной группе принимали нормальные значения в зависимости от стадии СКН на 3 – 5 е сутки, а в контрольной группе – 5-7 е сутки. В основной группе абдоминальный сепсис развился у 9 пациентов (9,5%), в контрольной – у 8 (16%) пациентов. Благодаря применению мероприятий раннего энтерального питания и нутриционной поддержки удалось снизить количество послеоперационных осложнений на 8%. Доля гнойных осложнений в контрольной группе составил 10%, в основной группе - 5,8%. В основной группе умерло 14 (14,7%) пациентов, в контрольной группе 11 (22%) пациентов (p?0.05).

Выводы

Раннее энтеральное питание и нутриционная поддержка позволяет быстро ликвидировать парез кишечника в послеоперационном периоде, снижает частоту послеоперационных осложнений и летальность.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ

Дибиров М.Д. 1, Гаджимурадов Р.У. 1, Халидов О.Х.1, Прошин А.В.2, М.Р. Какубава1

*Московский Государственный Медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева г. Москвы*

В настоящее время сахарный диабет приравнивается к неинфекционной эпидемии XXI века, в связи с его огромной распространенностью и количеством хирургических осложнений, приводящих к высоким ампутациям нижних конечностей и ранней инвалидизации больных, а также сопровождающихся высокой летальностью (Артыкова Д.М с соавт., 2015; Белозерцева Ю.П. с соавт. 2016).

Цель: Разработать алгоритм лечения больных с диабетическими макроангиопатиями нижних конечностей, осложненных гнойно-некротическими поражениями на стопе.

Материалы и методы: Проведено обследование и комплексное хирургическое лечение 438 больных с диабетической макроангиопатией, осложненных гнойно-некротическими поражениями стоп в период с 2013 по 2018 гг. в возрасте от 56 до 92 лет. Мужчин было 43%, женщин 57%. Длительность сахарного диабета составила более 15 лет. У 21% пациентов выявлен изолированный характер поражения артериального русла. У 79% диагностирована окклюзия артерии в нескольких сегментах, что определяло сложность выбора оперативного вмешательства. Ишемия конечности III Б степени имела у 65% больных, IV степени – у 35%. Оценку состояния макрогемодинамики проводили путем УЗДС, МСКТ-ангиографии, лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), данных ТсРО₂. По показаниям выполняли прямую аорто-ангиографию. Всем больным с трофическими поражениями стоп с целью улучшения тканевого метаболизма внутривенно вводили Актовегин в дозе 1200мг в сутки в течение 14 суток, с последующим переводом на таблетированные формы по 1тб. х 3 раза в день в течение 1,5 месяцев. У 103 пациентов (24%) выполнены прямые реконструктивные и у 124 (28%) - эндоваскулярные операции на аорте и магистральных артериях нижних конечностей. У 19 (4,3%) возникала необходимость «позатяжного» выполнения шунтирующих или «гибридных» операций.

Результаты и обсуждение: Особенностью инфекционного процесса у больных с гнойными осложнениями является его поливалентный характер, обусловленный присутствием ассоциации как аэробных, так и анаэробных микроорганизмов. У 84,7% выделены аэробно-анаэробные ассоциации, которые включали облигатно-анаэробные неспорообразующие бактерии – *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus* spp.,

Peptostreptococcus spp., *Prevotella melanogenica*, *Propionobacterium*. Из факультативных анаэробов наиболее часто высевались – *Staphylococcus aureus* – 53%, *Staphylococcus epidermidis* – 37%. Аорто-бедренно бифуркационное шунтирование выполнено у 9,6% пациентов, бедренно-проксимально-подколенное шунтирование у 32,2%, бедренно-дистально-подколенное шунтирование у 33,7%, бедренно-берцовое шунтирование у 24,5%. Стентирование при локальных стенозах подвздошной артерии выполнено у 14,5%, поверхностной бедренной артерии у 22,6%. Реканализация с баллонной ангиопластикой подколенно-тибиального сегмента произведена у 62,9% пациентов. Тромбоз в ближайшем периоде отмечен у 7% больных после бедренно-подколенных шунтирований, у 11% - после бедренно-тибиальных шунтирований, у 12% после эндоваскулярных вмешательств. Причиной тромбоза послужило диффузное окклюзионно-стенотическое поражение магистральных артерий голени с дисфункцией плантарной дуги, нарушение пропульсивной работы сердца с развитием гипотонии в послеоперационном периоде. В связи с нарастающими явлениями ишемии на пораженной стопе у 4 больных из этой группы выполнены ампутации на уровне бедра. У 78 больных (17,8%) больных выполнена ампутация нижней конечности на уровне голени. У 61,5 % больных у которых по данным УЗАС или ангиографии имела окклюзия и субокклюзия (до 80%) глубокой артерии бедра выполнена профундопластика. Восстановление кровотока по глубокой артерии бедра позволило снизить предполагаемый высокий уровень ампутации с уровня бедра на голень.

1. Реконструктивные и эндоваскулярные сосудистые операции позволили избежать высокие ампутации нижних конечностей у 70% больных и ограничиться малыми вмешательствами на стопе с последующим закрытием раневых дефектов путем аутодермопластики или биопластическими материалами. 2. Выполнение профундопластики у 11% больных с восстановлением кровотока в глубокую артерию бедра позволило снизить уровень ампутации с бедра до уровня голени. 3. Актовегин улучшает метаболизм тканей и уменьшает гипоксию тканей за счет нормализации микроциркуляторного русла.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛЕДОХОСКОПИИ

Дряженков И.Г., Гужков О.Н., Дубровина Д.Е., Майоров М.М.

ФГБОУ ВО МЗ РФ Ярославский государственный медицинский университет

Частота холедохолитиаза при желчнокаменной болезни достигает 30—35% общего числа больных. Улучшение результатов лечения холедохолитиаза обусловлено максимально быстрым восстановлением проходимости желчных протоков минимально травматичными методами. Такими преимуществами обладает эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). По мнению ряда авторов, на современном этапе развития хирургии холедохолитотомия остается операцией резерва. Полноценная ревизия холедоха при лечении холедохолитиаза возможна после холедохотомии, удаления видимых конкрементов и холедохоскопии. При постепенном внедрении оперативной холедохоскопии обнаружено, что частота неудалённых конкрементов снизилась с 10 до 1,2%.

Цель исследования: оценка эффективности применения эндоскопических и хирургических методов лечения холедохолитиаза с использованием ЭПСТ и интраоперационной холедохоскопии. Материалы и методы: изучены результаты лечения 87 больных с холедохолитиазом с января 2018 года по апрель 2019 года в возрасте от 24 до 97 лет.

Полученные результаты: преобладали женщины старше 60 лет (70,1%). У всех пациентов были признаки билиарной гипертензии, в большинстве наблюдений проявляющейся желтухой. Клиника холангита отмечена у 48,3% больных. У 13,8 % пациентов ранее выполнялась холецистэктомия. При УЗ-исследовании у 20 (22,9 %) больных отмечалось наличие двух и более конкрементов в холедохе. В 25,3 % наблюдений камни были более 16 мм в диаметре.

Обсуждение: В 54 (62,1%) случаях была выполнена ЭПСТ, которую у 32 (59,3%) больных проводили канюляционным способом, у 22 (40,7%) – неканюляционным или смешанным способом. После ЭПСТ выполняли литоэкстракцию, которая была эффективна в 22 наблюдениях (40,7%). У 34 (63%) больных ЭПСТ явилась окончательным методом лечения, а у 20 (37%) – способом предоперационной подготовки к лапароскопической или «открытой» холецистэктомии или «открытым» корригирующим оперативным вмешательствам на желчных протоках. У большинства этих пациентов все же удалось эндоскопически ликвидировать или уменьшить клинику

механической желтухи и холангита, поэтому «открытые» операции выполнялись в благоприятных условиях. Осложнение после ЭПСТ наблюдали у 1 больной в виде деструктивного панкреатита с летальным исходом (1,8%). 40 больным (45,9%) проведена «открытая» холедохолитотомия (в 7 наблюдениях после ЭПСТ). Она выполнялась у больных при крупных, камнях размером более 1,5 - 2,0 см, при дивертикулах или других анатомических особенностях двенадцатиперстной кишки, когда ЭПСТ была невозможна или не принесла должного эффекта. При холедохолитотомии после удаления конкрементов для профилактики оставленных камней у 23 больных (57,5%), выполнена интраоперационная холедохоскопия. У 5 пациентов (12,5%) при эндоскопическом осмотре выявлены камни желчных протоков, что потребовало их удаления. После литоэкстракции при холедохоскопии устанавливался факт проходимости проксимальных и дистальных отделов желчных протоков, проходимости в двенадцатиперстную кишку. При осмотре желчных протоков в местах нахождения конкрементов отмечались явления гиперемии, отека слизистой с наложениями фибрина. Осложнений холедохоскопии не было. Наружное дренирование желчных протоков осуществлено в 72,5 %. При отсутствии желтухи и холангита у 27,5% пациентов после предварительной адекватной ЭПСТ операция завершена глухим швом холедоха. Оставленных камней в протоках в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов не выявлено. После холедохолитотомии летальные исходы были у 2 больных (5%). Общая летальность составила 3,4%.

Выводы

ЭПСТ эффективное вмешательство у больных с холедохолитиазом. Особенно она показана при необходимости повторного вмешательства на желчных протоках у больных с высокой степенью операционного риска. Холедохоскопия является способом профилактики оставления камней в желчных протоках при холедохолитотомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

(1) Жариков А.Н., (2) Аргучинский И.В., (2) Насонов В.В., (1) Бабак М.А.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Несмотря на последние достижения в хирургии летальность больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода на фоне синдрома портальной гипертензией остается высокой и варьирует от 22 до 84%. Цель работы – провести анализ эффективности эндоскопической профилактики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с синдромом портальной гипертензии.

Материал и методы. В течение последних 2-х лет в отделение общей хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» поступило 23 больных с синдромом портальной гипертензии. Из них, по экстренным показаниям из городов и районов края с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) доставлено 11 (47,8%) пациентов. В плановом порядке, для профилактики этих кровотечений, госпитализировано 12 (52,2%) больных. Среди причин синдрома портальной гипертензии были установлены: тромбоз (атрезия) воротной вены – 7 (30,4%), хронический вирусный гепатит С с трансформацией в цирроз – 6 (26,1%), первичный билиарный цирроз печени – 5 (21,7%), аутоиммунный цирроз печени – 4 (17,4%), алкогольный цирроз печени – 1 (4,3%). Среди поступивших преобладали женщины – 15 (65,2%), средний возраст был равен $49,5 \pm 3,2$ лет. Длительность болезни составила $7,6 \pm 1,4$ года. В основном пациенты поступали с 2 и 3 стадией варикозного расширения вен пищевода. Из 16 больных с циррозом печени, у 8 наблюдался асцит, у 9 печеночная недостаточность. 7 пациентов с подпеченочной портальной гипертензией на фоне тромбоза воротной вены болели в основном с раннего возраста, многим из них в связи с кровотечениями из ВРВП в анамнезе уже применялись технологии малоинвазивного и традиционного лечения.

Результаты. Всем 11 больным, поступившим с кровотечением из ВРВП (81,8% цирроз печени той или иной этиологии), в качестве первого этапа лечения устанавливался зонд-обтуратор Сенгстакена – Блекмора и проводилась консервативная гемостатическая терапия. Хороший окончательный гемостатический эффект при этом был достигнут в 3 (27,3%) случаях состоявшегося кровотечения. При рецидиве кровотечения в стационаре у 4 (36,4%) больных потребовалось эндоскопическое лигирование ВРВП в 2 –

3 точках, что также оказалось эффективным. У 3 (27,3%) больных не удалось остановить кровотечение путем лигирования или повторного использования зонда-обтуратора и им по жизненным показаниям выполнена операция Таннера-Пациоры (гастротомия, прошивание варикозно-расширенных вен пищевода и желудка). 1 (9,1%) пациенту вследствие непрерывных кровотечений произведено дистальное спленоренальное шунтирование). В этой группе умерло 4 (36,4%) вследствие прогрессирования печеночной недостаточности. 12 больных поступили на профилактику кровотечения из ВРВП (5 с тромбозом портальной вены и 7 с циррозом печени). В целом это были пациенты с кровотечениями в анамнезе. Показаниями к плановой госпитализации явились «маркеры гастропатии» на слизистой пищевода, выявленные при эндоскопическом обследовании. Кроме того, одной пациентке профилактика кровотечения из ВРВП проводилась при пролонгировании беременности в сроке 30 недель, а второй, находящейся в листе ожидания на трансплантацию печени. Всем больным было выполнено одноэтапное эндоскопическое лигирование 5-6 кольцами варикозно расширенных вен в дистальном отделе пищевода. Критерием эффективности считалось спадение вен. На 6-7 сутки при контрольной ФГДС зафиксировано отторжение лигатур. Пребывание в стационаре составило $11,7 \pm 1,1$ дней. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы

Эндоскопическое лигирование является эффективным методом профилактики кровотечений из ВРВП у больных с синдромом портальной гипертензии. Выполнение его возможно как этап лечения пациентов, находящихся в листе ожидания на трансплантацию печени. Применение этого метода у больных с рецидивом кровотечения показывает хорошие результаты в 36,4% случаев. На высоте кровотечения из ВРВП при неэффективности эндоскопического гемостаза следует придерживаться активной хирургической тактики.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ

Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Абдуллаев Ж.С., Исхаков Н.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

Нами за период с 2002 по 2018 гг. выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия 430 пострадавшим с травмами груди, из них 320 (74,4%) мужчин и 110 (25,2%) женщин в возрасте от 14 до 66 лет. Все пострадавшие с травмой грудной клетки обследованы рентгенологически. Показанием к экстренной видеоторакоскопии явилось наличие малых и средних гемопневмотораксов. Использовалось торакоскопическое оборудование фирмы «Karl Storz».

Материалы и методы: Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 126 пострадавших, у 148 больных закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 42 с повреждением органов брюшной полости, у 62 - с переломами костей конечностей и с осложненным переломом груднопоясничных позвонков - у 12.

Результаты и их обсуждение: У 72 (16,7%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз достигнут клипированием межреберных сосудов и биполярной диатермокоагуляцией. У 54 (12,5%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз достигнут наложением эндошвов. Поверхностный разрыв плевры без признаков активного кровотечения наблюдался у 84 (19,5%) больных. Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у

43 (10,0%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 75 (17,4%), органов средостения 25 (5,8%) больных. Во всех случаях плевральная полость дренирована. Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 22 (5,1%) пострадавших явился разрыв легких с продолжающимся кровотечением. Интраоперационное осложнение в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакопорта наблюдалось у 3 пациента, у которого гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией. Умерло 12 (2,8%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом груднопоясничного отдела позвоночника).

Выводы

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок и сократить время установления диагноза. Использование видеоторакоскопии при политравмах меняет тактику лечения пациентов и в большинстве случаев является альтернативой торакотомии.

РОЛЬ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Загидов М.З, Магомедов А.Г, Загидова А.М

Кафедра госпитальной хирургии № 1 ФГБОУ ВО МЗ РД

Исходы внутреннего дренирования грудного лимфатического протока путем наложения лимфовенозного анастомоза (ЛВА) между грудным и лимфатическим протоком (ГЛП) яремной веной у больных с циррозом печени с портальной гипертензией в стадии асцита не всегда благоприятны. Актуальность. Причиной этого является то, что изменения в лимфатической системе в виде лимфатического отека печени с переполнением пространства Диссе является на много раньше, чем портальная гипертензия и асцит. Известно, что лимфостаз приводит к нарушению гемодинамики, расстройству окислительно-восстановительных процессов в печени, нарушению трофики печеночных клеток, скоплению в ее строме

большого количества грубодисперстного белка приводящего к образованию коллагеновых структур, прогрессированию цирроза печени, а в последующем к портальной гипертензии, и накоплению в брюшной полости асцитической жидкости.

Материал и методы: С учетом этой последовательности развития патологического процесса нами поставлена цель изучить влияние ЛВА между ГЛП и яремной веной у 38 больных с циррозом печени в асцитической стадии материал исследования явилось оценка результатов ЛВА у 38 больных у 9 из них цирроз был осложнен аллергией у 11 больных. ЛВА был наложен при портальном давлении не ниже 20 мм рт ст так

как при отсутствии гипертензии он не сопровождается изменениями в лимфатической системе и забросом лимфы в вену.

Полученные результаты: После лимфovenозного анастомоза у больных наблюдались улучшения в условиях стационара в течении 3-х недель и амбулаторно- 45 дней и в последующим. У всех 38 оперированных больных оценивали общее состояние, измеряли размеры, определяли консистенцию печени пальпаторно и с помощью УЗИ. Спустя 3,5,7,11, 21 суток после операции в плазме крови определяли количество билирубина, общего белка, соотношение белковых фракций, активность АСАТ, АЛАТ и щелочной фосфатазы.

Обсуждения: Наши исследования показали, что спустя 4-5 суток у больных перенесших ЛВА отмечалась положительная динамика, а заметное улучшение общего состояния, признаки интоксикации уменьшилось через 11-15 суткам. Положительная динамика выражалась в заметном улучшении общего состояния, уменьшении слабости, сонливости, исчезновении болей, чувство тяжести в проекции печени, в налаживание функции кишечника, повышении аппетита, чувство облегчение и тенденции к снижению веса тела. Наглядным было уменьшение размеров печени после внутреннего отведения лимфы. К концу срока стационарно - амбулаторного наблюдения ее размеры уменьшились на одну треть у 31 (81,59%) уменьшение напряжение и размягчения печени у 28 (73,6%). Спустя 16-17 суток после внутреннего отведения лимфы у 23 (60,5%) больных уменьшилось число и размеры сосудистых звездочек - различных локализаций. Значительным было влияние ЛВА на динамику показателей

лабораторных исследований. Количество общего билирубина до операции доходило в среднем до 28,3 мкмоль, а не прямого- до 23, 7 мкмоль/л, общий белок снизился до 59 г/л соотношение альбумина и глобулинов составляло 1:1. Высокими были показатели активности АЛАТ и АСАТ и щелочной фосфатазы. Динамическое исследование содержание билирубина, общего белка, белковых фракций и активности ферментов показало наличие характерной закономерности изменения. Выводы: К 21 суткам у 29(76,3%) больных наблюдалась зарегистрированная нормализация показателей лабораторных исследований, а у 11(28,9%) еще не сохранялась гипо- и диспротеинемия и высокая активность ферментов. Таким образом, для профилактики прогрессирования цирроза печени, развития асцита, лимфатической и портальной гипертензии и угрожающих жизнь осложнений целесообразно наложение лимфovenозного анастомоза в доацитарической стадии течения патологического процесса. Наши исследования показали, что лимфovenозный анастомоз предупреждает углубление цирроза и способствует улучшению функции печени и общего состояния больных с этой патологией.

Рекомендации: Параллельно с положительной динамикой в течении цирроза при ЛВА отмечалось снижение аллерго состояния у 11 больных, уменьшением кожного зуда, и снижении признаков рефлюкс эзофагита с улучшением нормализации функции кишечника, что способствует уменьшению эндогенной интоксикации, исчезновением или уменьшением показателей крови-эозинофилов, моноцитов хотя антиаллергического лечения больные не получали.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОФЛЕБИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Закариев М.З., Исмаилов С.А., Закариев З. М.

ГБУ РД "Республиканская клиническая больница"

Анализируя результаты лечения 250 больных с острыми тромботическими поражениями подкожных вен. Они возникли на почве варикозного расширения подкожных вен у 100 человек (40%), общих инфекционно-аллергических причин у 60 человек (24%), травмы, заболевания кожи и ногтей у 50 (20%). Реже выявлены рецидивирующие, мигрирующие, симптоматические формы тромбоза у 40 человек (16%). Наблюдения разбиты на 2 группы. В первую группу вошли 100 больных с локализованным асептическим тромбозом поверхностных вен бедра и голени. Лечение им проводилось в амбулаторных условиях или на дому с применением паравазальных инстилляций очагов тромбофлебита тромботической смесью Р.П. Аскерханова, включающей гепарин (5000 ед.), гидрокортизон (1 мл), ампициллин (0.5гр.), растворенные в 60-80 со 0, 25%

новокаина. Приготовленная перед употреблением смесь вводится вдоль сосудистого тяжа одиночными или встречными инъекциями. После инстилляций конечность бинтуется туго. А больному сохраняется активный режим. В период 3дня заболевания обратились 60 больных. Полное рассасывание тромба у них достигнуто после однократной паравазальной инстилляции (абортное лечение). 20 больных при продолжительности тромбофлебита 3-5 дней инстилляция проводилась двукратно с промежутками в 2-3 дня. В поздние сроки (5-10 дней) заболевание возникла необходимость повторения блокад 3-4 раза и несмотря на это у 12 больных полного рассасывания венозных тяжей достигнуто. Вторая группа больных 150 человек в том числе 12 после безуспешного амбулаторного лечения. Госпитализирована в клинику 110 из них подвергнуты опе-

рации. Им проводилась иссечение тромбированных сегментов вен, а при варикоze осуществляли радикальное вмешательство. Другие 40 больных в клинике получали курс общей антикоагулянтной терапии в сочетании с паравазальными инстилляциями тромботической смеси. Наши наблюдения показали, что в ранние сроки болезни полное рассасывание тромба при асептическом тромбофлебите, исключая варикоz, удаётся при паравазальной инстилляцией тромботической смеси. Метод технически прост, безопасен, может применяться и в амбулаторных условиях, особенно важно то обстоятельство, что вливание лечебной смеси не сопровождается общей гипокоагуляцией. Следовательно, может

применяться и при наличии противопоказаний к антикоагулянтному лечению. Лечебный эффект паравазальных инстилляций, как показали экспериментальные исследования складывается из комбинированного местного действия ингредиентов смеси, в том числе противовоспалительного, десенсибилизирующего, трофического и антикоагулянтного. Последнее обусловлено как за счёт формирования лекарственного депо на месте вливания, так и главным образом, активацией тканевых факторов тромболизиса. Успех лечения обеспечивается также значительными позитивными изменениями в микроциркуляторном русле.

КЛАССИФИКАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПРОРВАВШЕГОСЯ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Загидов. М.З, Магомедов А.Г, Загидова А.М

Кафедра госпитальной хирургии №1, ФГБОУ ВО МЗ РД

Тщательным изучением анамнеза, оценки объективных локальных данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований и операционных находок, у 78 больных с прорвавшимся в желчные протоки (ЖП) эхинококка печени (НЭП), нами выделены следующие формы прорыва и последствий осложнений; спонтанный - у 32 (41,02%) больных, микроперфорация - у 19 (24,26), сочетанный - у 22 (28,21) и посттравматический - у 5 (6,41) больных. Подобное деление облегчает выбор способа оперативного вмешательства и сроков их выполнения, уточняют задачи и объем хирургического лечения.

Спонтанный прорыв у 32 больных наступил остро, с сильных болей в области печени, рвоты, озноба, липкого холодного пота. Предшествовало этому чувство тяжести, слабость, субфебрилитет. Одномоментная эвакуация содержимого паразитарной кисты и ее элементами в ЖП у большей части больных привела к обтурации холедоха, желчной колики, механической желтухе и аллергической реакции и перитониты. Выраженность последней интенсивности болевого приступа и соответствовала длительности желчной колики, и они все оперированы. У 19 больных при микроперфорации ЭП в ЖП отмечались кратковременные незначительные боли в проекции печени, субфебрильная температура, а у части больных облегчение, что связывалось опорожнением ЭП в кишечник. На 3-4 день у части больных состояние резко ухудшилось на почве развития инфекционно-паразитарного холангита с аллергическим компонентом. С истечением времени перфорационное отверстие НЭП увеличивается, в ЖП поступает значительное количество содержимого кисты, что привело к желчной гипертензии, прогрессированию желтухи. У части больных развился рефлюкс желчи в кисту, что

привело к резкому ее увеличению. Если этих больных вовремя не оперировать то наступает последовательный прорыв и серозные полости в брюшную и плевральную и патологический процесс носит сочетанный характер.

Материалы и методы: Сочетанный прорыв мы наблюдали у 22 больных, из них ЭП сообщались с ЖП и поддиафрагмальным пространством - у 5, с плевральной полостью - у 11, с бронхом - у 6 больных. Посттравматические разрывы ЭП в ЖП - явление редкое, чаще разрывается паренхима печени, стенки кисты и протоков с излиянием содержимого в брюшную полость и частично в билиарную систему. Подобную форму мы наблюдали только у 4 больных, у 1 из-за наличия обширных спаек между печенью и стенкой живота брюшная полость оставалась интактной. У 3 больных развился перитонит. Все больные, исключая оперированных в экстренном порядке, были обследованы лабораторно, рентгенологически 13 из них лапароскопия, 21 - ультразвуковое исследование, 10 - санирование печени, 14 - бронхоскопия. Лабораторные исследования показали наличие глубокого воспалительного процесса. У всех больных выявлен высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ (45 мм за 1 час и более), анемия у 80 процентов со снижением гемоглобина ниже 90 г/л, эозинофилия, повышение активности ферментов (АСТ, АПТ, щелочная фосфатаза, альбуминов), диспротеинемия с гипоальбуминемией и повышением уровня глобулинов. Билирубин повышается в ближайшие сутки после прорыва. При полной обтурации холедоха он достигает до 180-200 ммоль/л и выше. Лапароскопически установлено наличие сращений между пораженной долей и печени и органами брюшной полости, а при суб-

диафрагмальных и внутриплевральных осложнений и патологией диафрагмой, при обтурации желчного протока выявилась застойная увеличенная печень и желчный пузырь. Высокой информативностью отличается внутривенная холангиография, при которой четко вырисовывается полость кисты и желчные протоки. Ультразвуковым исследованием выявлялись полость печени, расширенные желчные протоки, а в определенных случаях удается установить характер содержимого и состояние их стенок. Больные с прорвавшимся в желчные протоки ЭП подлежат кисты и холедох срочному хирургическому лечению, так как более 90% неоперированных умирают от почечно-печеночной недостаточности, гнойно-септических осложнений. Задачами хирургического их лечения являются; восстановление желчеоттока, удаление элементов паразита, санация полости, последствий осложнений и создание условий для их дальнейшего лечения. В каждый из перечисленных компонентов входит по несколько приемов, в сумме составляющих более 40 разновидностей хирургического вмешательства. При выборе способа хирургического вмешательства субоперационно необходимо учесть состояние холедоха, стенок, объем эхинококковой кисты и ее локализации. При спонтанном прорыве и обтурации холедоха элементами эхинококка показана срочная холедохотомия-ревизия его и долевых протоков, освободить протоки, полость кисты от остатков эхинококковой кисты. При отсутствии препятствия нормальному желчеоттоку, достаточно дренировать холедох. Подобная операция нами выполнена в 21 случае, из них 8 больных оперированы в экстремальном порядке, а 13- в ближайшие дни после прорыва т/к больные доставлены поздно. Остаточные полости, при наличии достаточно широкого сообщения с желчными протоками и адекватного желчеоттока, в дополнительных манипуляциях по их ликвидации не нуждаются. Они самостоятельно облитерируются. Из этой группы умер один больной от ТЭЛА. Длительность стационарного лечения остальных в среднем составила 13 дней. У 9 больных ЭП не удалось освободить от элементов эхинококка путем холедохотомии пришлось произвести эхинококкэктомия путем рассечения ткани печени и стенки кисты, операция закончена эхинококкэктомией с оментопломбировкой остаточной полости и дренированием холедоха. Средняя продолжительность лечения у этих больных в условиях амбулатории была длительной и составила 56 дней. Смертельных исходов в этой группе не было. У 2 больных из этой группы ограничились дренированием холедоха широкой трубкой. При этом мелкие элементы паразитарной кисты удалось расплавить протеолитическими ферментами. Исходы благоприятные, длительность лечения в стационаре составляло 18 дней. При микроперфорации ЭП в ЖП нарушение желчеоттока

наблюдается на почве инфекционно-аллергического холангита. Всем 19 больным выполнена эхинококкэктомия и дренирование остаточной полости 16 из них с ее оментопломбировкой, 3-открытая и 4 из них в сочетании с холедоходуостомией. Послеоперационный период у последних 4 больных был гладким, а у остальных наблюдалось длительное желчеистечение. Из них у 2 он осложнился поддиафрагмальным абсцессом, а у 6- нагноением раны. Длительность послеоперационного лечения составила в среднем 46 дней, смертельных исходов не было. Сверхсложно хирургическое лечение больных с сочетанным прорывом ЭП в ЖП, плевральную полость, бронх и поддиафрагмальное пространство. Для лечения сложных нами разработан способ одномоментного дренирования ЭП и транскистозного-эмпиема плевры. Все операции выполняются через подреберный или межреберный доступы, выбирая более подходящие участки для дренирования кисты печени и транскистозного-эмпиемы плевры.

Полученные результаты: Из 20 больных оперированных этим способом умерли двое, оба в первые сутки после операции на почве длительного эндотоксикоза приведшего к полиорганной недостаточности. Он был доставлен поздно. Хирургическое вмешательство при посттравматических прорывах ЭП в ЖП были выполнены в срочном порядке, но по разным показаниям у 4 с разлитым перитонитом спустя 17-20 часов после травмы. Им выполнена санация, дренирование брюшной полости и открытая эхинококкэктомия.

Обсуждения: На 6-7 день после операции умерли двое из них на почве прогрессирующего паразитарного перитонита. Больному с нарушенной целостностью кисты, произведена полузакрытая эхинококкэктомия и дренирование холедоха исход – хорошим. Анализ исходов хирургического лечения НЭП, осложненного прорывом в ЖП показал высокую эффективность при правильном подборе способа хирургического лечения. Всего умерло 5(6,41%) больных. Выводы: Причиной смерти явились; ТЭЛА у 1 больного, прогрессирование перитонита -у 2 полиорганная недостаточность на почве поздней доставки с мест где они занимались животноводством. Следовательно, при прорыве ЭП в ЖП развиваются угрожающие жизни грозные осложнения-механическая желтуха, перитонит, различные виды эмпиемы плевры, бронхо-кисто-желчные свищи.

Рекомендации: Хирургическое лечение ЭП осложненного прорывом в ЖП должно избавить пострадавшего от основного заболевания- эхинококка печени и развившихся осложнений. Строгий учет особенностей прорыва и последствий осложнений помогает своевременно диагностировать, выбрать рациональный способ хирургического лечения, сократить сроки лечения и снизить летальность.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА**Зайцев А.Е.***Филиал ВМедА им. С.М. Кирова*

Хронические длительно не заживающие гнойные раны являются одними из наиболее тяжелых осложнений многих заболеваний и травм. Они представляют собой серьёзную социальную проблему, а их лечение требует значительных экономических затрат. В первую очередь хронические раны встречаются в виде трофических язв у пациентов с сосудистыми нарушениями и эндокринной патологией. Заболеваемость в европейских странах достигает 4 % и имеет тенденцию к росту. В нашей стране насчитывается не менее 2,5 млн. человек страдающих трофическими язвами нижних конечностей, а распространённость среди трудоспособного населения достигает 2 %. Существует довольно большой перечень различных методов, стимулирующих заживление хронических ран различной этиологии. Одним из таких методов является лазерное излучение. Определённый интерес представляют некоторые виды высокоинтенсивных импульсных лазеров, позволяющих воздействовать на разные этапы раневого процесса.

Цель данной работы состояла в оценке эффективности применения высокоинтенсивного эрбиевого лазера для лечения хронических гнойных ран. Материалы и методы. Высокоинтенсивный эрбиевый лазер с длиной волны 2,94 мкм и плотностью энергии до 15,9 Дж/см² в режиме ультракоротких импульсов позволяет производить контролируемую некрэктомию (глубиной до 50 мкм) и санацию раны путём выпаривания (абляции). При этом не происходит термического повреждения подлежащих тканей, что выгодно отличает данный тип лазеров от остальных. Следствием такой аблятивной санации является эффективное удаление раневого детрита, нежизнеспособных тканей и микробных биоплёнок. Это приводит к ускоренному переходу первой фазы раневого процесса во вторую, который в ряде случаев происходит после первой процедуры. Так же в эрбиевом лазере реализована возможность пространственно-модулированной абляции (SMA-воздействие), суть которой заключается в преобразовании лазерного излучения в упругую механическую волну, распространяющуюся вглубь тканей. Такое воздействие создаёт участки микросотрясения, благодаря чему инициируется механизм ускоренной регенерации. Работа лазера в SMA-режиме позволяет эффективно стимулировать заживление ран во второй

и третьей фазе раневого процесса. Апробация высокоинтенсивного эрбиевого лазера на базе системы Multiline была произведена в отделении гнойной хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского. При помощи данной системы в течение 1 месяца было пролечено 15 пациентов с длительно не заживающими ранами и пролежнями на фоне сахарного диабета, хронической артериальной и венозной недостаточности и спинальных травм. Воздействие высокоинтенсивным лазерным излучением производилось как в составе комплексного лечения с выполнением операций и применением специальных раневых покрытий, так и в виде монотерапии. Оценка эффективности данного метода лечения проводили при помощи планиметрического метода измерения площади ран в динамике, а так же морфологического и бактериологического анализа. Контрольную группу составили 15 пациентов с сопоставимыми диагнозами и аналогичной сопутствующей патологией.

Результаты. В ходе лечения пациентов с применением высокоинтенсивного эрбиевого лазера было отмечено более эффективное заживление ран по сравнению со стандартными методами лечения. Лазерная аблятивная санация, в отдельных случаях, за один сеанс полностью очищала гнойно-некротическую рану от детрита, а также снижала обсеменённость возбудителем на несколько порядков, что было подтверждено гистологическим и микробиологическим исследованиями. Лечение гнойных ран происходило в среднем на 7 дней быстрее в опытной группе по сравнению с контрольной. Проведение процедуры у большинства больных не сопровождалось болевыми ощущениями.

Выводы

Высокоинтенсивный импульсный эрбиевый лазер может успешно применяться для лечения гнойных ран различной этиологии в разных фазах раневого процесса, что обеспечивается его различными режимами воздействия на ткани. Хотя данный метод лечения является относительно новым, его применение в хирургической практике является весьма перспективным и требует дальнейших исследований.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иванов С.А., Корымасов Е.А., Кенарская М.В.

СОКБ им. В.Д. Середавина

Введение. Ведущим синдромом, определяющим тяжесть состояния пациентов с распространённым перитонитом (РП), выступает синдром энтеральной недостаточности (СЭН). Одним из патогенетических механизмов СЭН является тканевая гипоксия, приводящая к развитию тканевого ацидоза, гиперпродукции и массивному выбросу в кровь биологически активных веществ, и, в итоге, прогрессии РП.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с распространённым перитонитом путём применения методики интестинальной оксигенотерапии.

Материалы и методы. С 2016 по 2018 гг. на базе СОКБ им. В.Д. Середавина г. Самары проходили лечение 26 пациентов с РП различной этиологии, осложнённым СЭН. В зависимости от тактики комплексного лечения, пациенты были разделены на две группы. Пациенты контрольной и основной группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру заболевания. Четырнадцать больных контрольной группы (53,8%) лечение РП осуществляли при помощи традиционных методов, включавших предоперационную подготовку, оперативное вмешательство - устранение источника перитонита, интубацию тонкой кишки для декомпрессии, инфузионную терапию в послеоперационном периоде, стимуляцию перистальтики кишечника холиномиметиками и очистительные клизмы. В основную группу вошли 12 (46,2%) больных, которым традиционное лечение РП дополняли интубацией тонкой кишки зондом собственной конструкции (патент РФ № 182364); интестинальным диализом гипертоническим раствором хлорида натрия; энтеральной оксигенотерапией по следующей схеме: после промывания зонда 500 мл гипертонического раствора хлорида натрия с помощью специализированного герметичного пакета, заполненного кислородом и шприца-переходника на 160 мл, через интубационный назогастроинтестинальный зонд медленно вводили газ болюсно, со средней скоростью 80 мл/мин, в объёме от $1,0 \pm 0,5$ л до $2,5 \pm 0,5$ л/сут. Перед введением кислорода в зонд и после окончания процедуры пациентам производили измерение внутрибрюшного давления (ВБД). При повышении ВБД до 12 мм.рт.ст. процедуру прекращали. Эффективность применяемых методов лечения в исследуемых группах

оценивали при помощи разработанной нами программы для определения степени СЭН у пациентов с распространённым перитонитом (патент РФ № 2019612419) на 1–3-е сутки, 4–6-е сутки, 7–9-е сутки и 10–12-е сутки после операции.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе до операции и в раннем послеоперационном периоде у 8 пациентов (57,2%) выявлена III степень СЭН, у 4 больных (28,6%) II степень кишечной недостаточности, у 2 пациентов контрольной группы (14,3%) – I степень. Динамика СЭН у больных контрольной группы была следующей: III степень имела тенденцию к постепенному снижению до II степени, в среднем, к $13 \pm 2,4$ суткам наблюдения; вторая степень СЭН при улучшении состояния снижалась до I степени, в среднем, к $6 \pm 1,5$ суткам; I степень СЭН купировалась в среднем к $5 \pm 3,6$ суткам. В основной группе СЭН III степени определяли до операции у 7 (53,8%) пациентов. В послеоперационном периоде у 6 больных (50%) основной группы выявляли энтеральную недостаточность только II и I степеней (5 человек, 50%), купирование которых отмечали в среднем к $5 \pm 2,2$ и $3 \pm 1,3$ суткам, что статистически значимо отличалось от результатов в контрольной группе. Летальность в контрольной группе составила 28,5% (умерло 4 больных). Причинами смерти пациентов служили прогрессирующая полиорганная недостаточность (у 3-х пациентов), септический шок (у 1 больного). В основной группе смерть двух больных (16,6%) произошла в результате сердечно-сосудистой недостаточности.

Заключение

Тканевая гипоксия в условиях распространённого перитонита ухудшает течение заболевания и увеличивает риск послеоперационных осложнений. По нашему мнению, применение интестинальной оксигенотерапии в дополнение к стандартной схеме лечения, позволяет ускорить снижение степени СЭН уже в ранние сроки лечения, что оказывает положительное влияние на улучшение результатов лечения больных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДГЕЗИИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ЛИСТКОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЗОФАГОПЛЕВРОКОЖНЫХ ФИСТУЛ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Игнатюк А.Н., Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С.

УЗ «Брестская областная больница»

Формирование эзофагоплеврокожной фистулы может явиться основным методом лечения среди пациентов с повреждениями пищевода и несостоятельностью швов эзофагогастроанастомоза. Закономерно возникает вопрос о сроках удаления плеврального дренажа, формирующего фистулу. Ввиду особенности репаративных и пластических свойств организма процесс адгезии плевральных листков протекает в различные сроки и, как следствие, раннее удаление дренажной трубки приводит к осложнениям в виде осумкованной эмпиемы плевры. Контролируемое и методически обоснованное ведение пациентов в процессе формирования «контролируемых фистул» способствует усовершенствованию хирургических приемов в процессе лечения пациентов.

Материал и методы: Степень адгезии плевральных листков при формировании эзофагоплеврокожной фистулы изучалась с применением ультразвуковой методики. Исследование пациента выполняется как при свободном дыхании, так и во время искусственной вентиляции легких. Положение пациента лежа или сидя. Устанавливался конвексный датчик ультразвукового аппарата с частотой волны 5-7,5 МГц в области наибольшего «интереса». «Зоной интереса» в нашем случае являлись межреберные промежутки, расположенные к выходу из грудной клетки дренажа формирующего «контролируемую фистулу». Ультразвуковое исследование выполняется в В-, М-режиме. Необходимо получить поперечное изображение двух ребер с межреберным промежутком между ними. Определяется плевральная гиперэхогенная линия. Определение признака «скольжения легкого» (В-режим) в «зоне интереса» говорит о том, что висцеральная плевра движется вместе с легким относительно париетальной плевры, совершая ритмичные поступательные движение на выдохе и вдохе. Это сигнализирует о том, что процессы адгезии плевральных листков в данном месте не произошли и удаление дренажа в области фистулы производить преждевременно. Для подтверждения используется М-режим. В случае развития плевральной адгезии выявляется признак «штрих кода», в норме определяется признак «морского берега». Благодаря данной методике ультразвукового исследования мы можем

определить распространенность адгезии в плевральной полости и решить вопрос об удалении дренажа.

Полученные результаты: Даная методика применена шести пациентам. Осложнений, связанных с применением методики не выявлено. У 3 (50%) пациентов при выявленных ультразвуковых признаках адгезии плевральных листков произведено удаление дренажа на 7-9 сутки, у 2-х (33,3%) — на 9-11 сутки. В одном (16,7%) случае адгезионные процессы не наблюдались на протяжении 3-х месяцев. Процесс формирования фистулы был долгосрочен и трудоемок. Попытки тракции и удаления дренажа сопровождались затеками, эмпиемой плевры. Лечение завершилось формированием большого ложного дивертикула. Контрольная группа — 9 пациентов с несостоятельностью швов пищевода. Перед удалением дренажа отделяемого не отмечалось. Удаление произведено на 10-14 сутки у 5 (55,5%) пациентов, у 4-х (44,5%) — на 15-17 сутки. В 3-х (33,3%) случаях отмечены затеки, потребовавшие дополнительных вмешательств. Обсуждение: Основные преимущества ультразвукового контроля при формировании адгезионных процессов в плевральной полости заключаются в раннем их выявлении, что в свою очередь способствует своевременному и поэтапному удалению дренажа из плевральной полости. Своевременная оценка степени облитерации плеврального пространства дает возможность исключить «затек» в месте формирования эзофагоплеврокожных «контролируемых фистул». Немаловажно широкая доступность и простота использования ультразвукового метода диагностики в лечении пациентов. Кроме того, своевременное удаление плеврального дренажа позволяет более рано активизировать пациентов и сократить сроки госпитализации.

Выводы

Методика ультразвукового контроля за адгезией плевральных листков в процессе формирования эзофагоплеврокожных фистул соответствует современным тенденциям в медицине, таким как ранняя визуализация и контроль за течением раневого процесса.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.**Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З., Гусейнов А-К.Г.****ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ**

Несмотря на достижения в хирургической тактике, актуальность этой патологии высокая. Непроходимость кишечника является одним из грозных заболеваний, встречающихся в абдоминальной хирургии, и составляет более 4,5% от всей ургентной патологии органов брюшной полости. По литературным данным 75-80% кишечная непроходимость механического характера. Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза составляет 95%, спаечная кишечная непроходимость 65%. По данным ВОЗ среди всех онкологических заболеваний, рак толстой кишки занимает 3-4 место, количество больных с поздней обращаемостью и осложненной формой доходить до 70%.

Цель. Оптимизировать варианты оперативного пособия пациентам с ОКН с тяжелой сопутствующей патологией. Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергнуты 54 медицинских карт пациентов находившихся на лечении в хирургических отделениях №1-2 РКБ ЦСЭМП г. Махачкала за 2015-2018 гг. По каналам госпитализации, пациенты разделились на следующие группы; 38(70,4%) пациентов доставлены по скорой помощи, 11(20,4%) по направлению других лечебных учреждений и 5(9,2%) обратились самостоим. Среди них женщин 41(75,9%) мужчин 13(24,1%). 5(9,2%) пациентов доставлены в стационар до 24 часов с момента заболевания, до трех суток 13(24,1%) и более трое суток от начала заболевания поступило 36(66,7%). Основная масса пациентов, 86% доставлены в стационар в стадии декомпенсации, в состоянии гиповолемии отрицательным ЦВД. Всем больным проведено обследование в соответствии требований национальных клинических рекомендации, комплексное консервативное лечение, которое явилось и предоперационной подготовкой. В 3 (5,5%) случаях пациенты оперированы в течении первых 2-3 часа с момента госпитализации, это пациенты с подозрением на старнгуляцию кишечной петли. 38(70,3%) случаев предоперационный период длился около 4 часов, в 8(14,8%) случаях оперированы через 8-10 часов, связи с особенностями предоперационной подготовки и в 5(9,2%) случаях оперированы через 24 часа с момента поступления, что было обусловлено письменным отказом пациентов от оперативного лечения, до прихода родственников. Пациенты с отрицательным ЦВД и тяжелыми сопутствующими заболеваниями ССС,

предоперационную подготовку получали в условиях ОАРИТ, что очень положительно сказывалось на послеоперационном периоде введения пациентов. Схема лечения не отличалась от общепризнанного. В 8(14,8%) случаях оперативное пособие выполнено двух этапно, первый этап наложение «разгрузочной цекстомы» под местным обезболиванием, для снятия интоксикации и более качественной подготовки к предстоящей операции. Вторым этапом, после проведенной интенсивной терапии и клинического дообследования в отсроченном порядке, выполнена лапаротомия и «ликвидация» непроходимости. По локализации опухоли первое место занимало сигмовидная кишка 32(59%), далее папиречноободочная кишка 8(14,3%) и илеоцекальный отдел 9(16%) случаях. У 5(10,7%) больных кишечная непроходимость вызвано: 2 фибробезоар, 2 заворот ободочной кишки и 1 случай инвагинация илиоцекального угла.

Результаты. Анализируя наш материал, выявили следующую хронологию. Оперативное пособие заключалось в гемиколэктомии с выведением колостомы, только в трех случаях операция завершена выведением двустолки с опухолью, так как выявлено множество метастаз и тяжесть состояния больного не позволяло на данном этапе выполнить радикальное вмешательство. Гистологическое подтверждение диагноза получено у 48(89%) пациентов. Из них в 36 (75%) выявлено высокодифференцированная аденокарцинома, в 12 (25%) случаях имеет подтверждение других видов аденокарцином. Все пациенты оперированы по поводу ОКН и интродоперационно выявлено опухоль, с результатами гистологического подтверждения, направлены в последующем под наблюдения онколога, с рекомендацией проведения химиотерапии.

Заключение

Таким образом, тактика раннего оказания оперативного пособия оправдано, виды гемиколэктомии зависят от локализации опухоли и от сроков поступления больного в стационар. Двухэтапное лечение больных в стадии декомпенсации оправдано, так как снижает вероятность летального исхода от операционной травмы в раннем послеоперационном периоде.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.**Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З., Бекмирзаев Ш.Ш., Гусейнов А-К.Г., Даутгаджиев К.К.**

ФГБУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Актуальность эхинококкоза печени объясняется ее широким распространением, частота которого в эндемических регионах не имеет тенденции к уменьшению. Особое значение эхинококкоз имеет в эндемических регионах, к которым также относится Республика Дагестан, где частота заболевания с каждым годом увеличивается. Последнее десятилетие все чаще стали внедрять альтернативную методику оперативного лечения пациентов с эхинококковыми кистами печени, основанная на малоинвазивных технологиях, заключающаяся в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ наведением.

Цель исследования внедрение в клинику малоинвазивных методов хирургического лечения пациентов с эхинококковыми кистами печени.

Материалы и методы В период с января 2016 г. по апрель 2019 г. в клинике хирургических болезней ФПК ППС на базе отделений абдоминальной хирургии РКБ ЦСЭМП находились на лечении 32 пациента с эхинококкозом печени. Всем пациентам, за этот период, мы проводили чрескожные пункционное дренирование эхинококковых кист печени под УЗ наведением. Возраст пациентов от 29 до 72 лет, из них женщин — 29 (90%), мужчин — 3 (10%). Одиночные паразитарные кисты печени наблюдались в 22 случаях (70 %), две и более — в 10 (30 %), размеры варьировали от 3,0 до 12 см в диаметре. При эхинококкозе печени поражение правой доли печени отмечалось у 21 (65,6%) пациента. Первичный эхинококкоз был выявлен у 28 (87%), рецидивный — у 4 (13%) пациентов. С целью соблюдения принципа антипаразитарности, остаточный полость эхинококковой кисты, обрабатывали 96% глицерином с экспозицией 8-10 минут. На 7-9 сутки после операции, для контроля динамики облитерации полости, через дренажную трубку проводилась фистулография.

Результаты. Предлагаемый пункционно-аспирационный метод дренирование эхинококковых полостей, рекомендуется при больших эхинококковых кистах печени и при поверхностно расположенных кистах с риском разрыва последних. С 2016 года в РКБ ЦСЭМП выполняются пункционно-аспирационная эхинококкэктомия под УЗ наведением. Размеры эхинококковых кист в исследуемой группе варьировались от 3,0 до 12 см. в диаметре. У 21 (66,6%) больных было поражение правой доли, у 5 (15,6%) — левой, в 4 (12,5%) случаях эхинококковая киста располагалась в обеих долях печени. Рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 2 (6,3%) пациентов. Во всех наблюдениях отмечено интрапаренхиматозная локализация эхинококковой кисты,

на глубину более 1-1,5 см. от поверхности. У 13 (40%) пациентов эхинококковые кисты были с признаками нагноения. До операции всем пациентам выполнены стандартные методы обследования, плюс МСКТ печени и иммуноферментный анализ крови. Оперативные вмешательства под ультразвуковым наведением выполнялись под местной анестезией с внутривенным потенцированием. При работе использовалась техника экспертного класса: GE, LogikP5 или HitachiArietta и стандартные конвексные датчики с частотой 2,5–5,5 МГц, без специальных средств фиксации и наведения устройства. Для дренирования кисты использовали метод стилет-катетер. Методика заключалась в следующем, после попадания в полость эхинококковой кисты стилет извлекали, а в полость вводили дренаж, последний фиксировали к коже. Мы использовали дренажные катетеры 12-14 Fr. Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты. Далее полость неоднократно промывали раствором глицерина (96%). По дренажной трубке удаляли хитиновую оболочку. В данной группе пациентов интраоперационных осложнений не наблюдалось. Перед завершением операции выполняли фистулографию (урографин+натрий хлор 1:1), до полного заполнения полости кисты, цель, проверить герметичность и наличие сообщения с билиарным деревом. Для выполнения фистулографии использовали С-дугу. Сроки полной эвакуации хитиновой оболочки при нагноившихся формах кист печени в среднем составили 3-4, а в остальных случаях 15-18 суток. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил 8-10 койко-дня. Летальных исходов в данной группе больных не наблюдалось. В послеоперационном периоде пациентам проводили антипаразитарное лечение альбендазолом в дозе 10-13 мг/кг в сутки. При УЗИ, спустя 1 год, рецидива заболевания не выявлено.

Заключение

Малоинвазивный метод вмешательства имеет следующее преимущество перед полостными операциями: 1.малая травматичность, 2.ранняя активизация больных, 3.сокращения койко-дня. Накопленный нами небольшой опыт применения пункционно-аспирационной эхинококкэктомии, позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению, а так же активно внедрять данную методику в Республиканских клинических больницах. Един-

ственным условием является наличие инструментального обеспечения экспертного класса и квалификация специалиста.

ПАХОВЫЙ КАНАЛ СОГЛАСНО АНАОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИМ ОТДЕЛАМ

Иманалиев М.Р., Исаев М.Х., Абдулжалилов М.К., Исаев Х.М-Р.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ.

Наличие множества методов и неутешительные результаты операции Лихтенштейна у молодых пациентов диктует целесообразность дальнейших поисков эффективной герниопластики местными тканями.

Материал и методы. Для дифференцированного подхода к пластике пахового канала при косой и прямой паховых грыж нами предложено разделение пахового канала на отделы согласно анатомо-топографическим особенностям и по их соответствию этим формам грыж. Первый отдел расположен латерально от семенного канатика. Второй представлен глубоким паховым кольцом. Третий соответствует внутренней косой и поперечной мышцам. Четвертый соответствует поверхностному паховому кольцу и апоневрозу прямой мышцы. Первые три отдела имеют отношение к косой паховой грыже, и ее прогноз находится в непосредственной зависимости от надежности и прочности пластики этих отделов. Поперечную фасцию восстанавливаем в пределах повреждения соответственно диаметру семенного канатика, используя П-образный шов. Сближение захваченной в шов мышечной ткани с глубоким отделом паховой связки всегда возможно без натяжения, в связи с их мобильностью и расположением на расстоянии менее 2,0 см. Мы располагаем мышечную ткань в лигатурном желобке с возможностью свободного сокращения, что позволяет ей выполнять свою запирающую функцию в полном объеме. Апоневроз восстанавливаем в виде дубликатуры. Прямая паховая грыжа непосредственно связана только с четвертым отделом. После погружения грыжевого мешка, дефект поперечной фасции закрываем одним или двумя П-образными швами в пределах ее повреждения. Затем мы накладываем первый шов между медиальным отделом боковых мышц и по возможности ближе к медиальной части паховой связки. Это позволяет, еще не фиксированных к паховой связке мышц, подтянуть на поверхность ушитой поперечной фасции, что является существенным фактором в

профилактике рецидива грыжи. Завершаем пластику задней стенки полным закрытием поверхностного пахового кольца и расположением семенного канатика над апоневрозом. Всего пациентов было 138, с косой паховой грыжей 104, прямой 34.

Результаты. Проведена сравнительная оценка частоты послеоперационных осложнений после герниопластики традиционными методами и предлагаемым способом. В группе сравнения гематома раны наблюдалась в 4,6% случаев, серома – 4,0%, инфильтрат – 6,8% нагноение – в 3,5%. Боли в области раны – в 6,2%, гематомы мошонки – в 2,7%, гематома семенного канатика – в 3,4%, отек мошонки – в 2,0%, травматический орхит – в 0,3%, орхоэпидидимит – в 0,7%. Среди оперированных традиционными методами рецидивы имелись у 92 (7,8%) пациентов. В основной группе наблюдались: гематома раны – 0,7%, инфильтрат – 1,4%, отек мошонки – в 0,7%, отек по ходу семенного канатика – 2,1%, кровоподтек вокруг раны – 2,8%. Низкие цифры осложнений связаны с тем, что не нарушается кровообращение и иннервация в тканях пахового канала, прежде всего мышечной. Рецидив заболевания наблюдался только у одного пациента (0,7%).

Выводы

1. Разделение пахового канала на отделы позволило определить дифференцированный подход к лечению косой и прямой паховых грыж.

2. У пациентов репродуктивного возраста целесообразно выполнение герниопластики местными тканями путем перемещения внутренней косой и поперечной мышц на поверхность поперечной фасции без натяжения с паховой связкой.

3. Трехслойная раздельная пластика поперечной фасции, мышц и апоневроза наружной косой мышцы показала себя надежной и прочной.

ГАНГРЕНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Исаев Д.Н.

Ульяновский государственный университет

Ведение пациентов пожилого возраста с критической ишемией нижних конечностей в стадии начавшихся гангренозных изменений представляет большую проблему для хирургов, осуществляющих лечение, на всех уровнях оказания медицинской помощи. Несмотря на то, что тактика оказания хирургической помощи больным с гангренозными изменениями на фоне облитерирующих поражений нижних конечностей тщательно изучена, остается нерешенным вопрос о выборе дальнейшего лечения в случае отказа пациента от радикального оперативного вмешательства, ампутации нижней конечности. Зачастую, пациенты, первично обратившись в экстренном порядке в приемное отделение дежурной больницы и услышав от хирурга о необходимости ампутации пораженной конечности, отказываются от предложенного оперативного лечения и возвращаются домой с рекомендациями амбулаторного наблюдения в поликлинике и консервативной терапии по месту жительства. Главной причиной такого поведения больных является ощущение чувства беспомощности и безысходности положения после ампутации, возможность стать обузой для родственников. Однако постоянные сильные боли заставляют некоторых пациентов пожилого возраста поменять свое решение и повторно обратиться в стационар спустя некоторое время, другая группа больных остается дома без оказания медицинской помощи, что нередко заканчивается неблагоприятно.

Материал и методы. Исследованы амбулаторные карты и истории болезни за 2018 год 8 пациентов с гангреной нижних конечностей на фоне облитерирующего поражения сосудов нижних конечностей первично отказавшие от ампутации и госпитализации в хирургическое отделение города Ульяновска. Средний возраст больных составил 76 лет, среди них 5 мужчин, 3 женщины.

Результаты. Первую группу исследования составили 5 пациентов, которые повторно обратились в хирургическое отделение ЦГКБ для радикального хирургического лечения в период от 1 до 3 месяцев после первичного обращения с диагнозом: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН IV стадии. Гангрена стопы. У всех пациентов на УЗИ были выявлены критические стенозы магистральных ар-

терий голени и бедра. Сопутствующим заболеванием являлся генерализованный атеросклероз, у трех больных был сахарный диабет II типа. После предоперационной подготовки выполнена ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра у 4 пациентов, один пациент категорически отказался от оперативного лечения, в дальнейшем наступила смерть от тромбоэмболических осложнений. После операций умерло двое больных, причины - позднее обращение, наличие сопутствующих заболеваний тяжелой степени. Из группы пациентов, проходивших консервативное лечение амбулаторно (3 больных), умерло 2 пациента. Один пациент получал терапию в домашних условиях тренталом, цефтриаксоном, аспирином, кеторолом в течение 4 недель, на вскрытие выявлено гастродуоденальное кровотечение на фоне острого поражения желудка. Второй пациент умер от острой сердечной недостаточности на фоне общей интоксикации. Третий пациент получал амбулаторно цефтриаксон в/м 10 дней, реополиглюкин в/в/к №5, вазопростан в/в/к №5. После 3 месяцев консервативной терапии состояние тяжелое, заболевание протекает по типу сухой гангрены пальцев стопы, от радикального вмешательства продолжает категорически отказываться. Таким образом, через 3 месяца после отказа пациентов от первично предложенной ампутации нижних конечностей и стационарного лечения на фоне гангренозного поражения общая летальность составила 62,5%, послеоперационная летальность 50%.

Выводы

В современное время сохраняются неудовлетворительные социально-экономические условия для определенной группы больных, что лишает своевременного качественного лечения пациентов пожилого возраста с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, а в стадии гангренозных изменений вынуждает их принимать решение об отказе радикального вмешательства. Применение комплексного консервативного лечения в амбулаторных условиях помогает только лишь затормозить процесс на некоторое время.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИЙ И/КОНЕЧНОСТЕЙ

Исмаилов С.А., Аскерханов Г. Р, Канаетов А. И. Закариев М-Р. З.

ГБУ РКБ, сосудистая хирургия. Кафедра госпитальной хирургии № 1 ДГМУ МЗ РФ

Диабетическая стопа (ДС) – это тяжелое осложнение сахарного диабета (СД). Как правило при этой патологии развиваются язвенные, гнойно-некротические повреждения и гангрены конечностей. По последним научным данным статистика почти без особых изменений, т. е. первые 2-3 года от 32% до 55% больных умирают без оперативного вмешательства. В основном преобладают нейротрофические язвы 62-75%, в 7-13% случаях ишемические, а 24-33% – смешанные. Наш клинический опыт показывает, что конечным результатом традиционного и эндоваскулярных методов лечения рано или поздно ставить вопрос об ампутации конечности. Но возможности методов реваскуляризации у больных сахарным диабетом резко ограничены, наличие ГНП или очага деструкции на стопе создает высокий риск развития после операционных гнойных осложнений, поэтому реваскуляризация является жизненно необходимой мерой для сохранения конечности, улучшения периферического кровообращения купирования болевого синдрома и заживления трофических язв. Материал и методы: В нашей клинике за три года проанализированы результаты лечения больных с реканализацией и баллонной ангиопластикой магистральных артерий у 63 больных, проведенных в сосудистом отделении РКБ ГБУ. Возраст больных от 55-74 лет (М - 33, Ж - 30). Для реканализации артерий использовались гидрофильные проводники, баллонные катетеры длиной до 120 мм., диаметром 2-3 мм. Время баллонной дилатации – 180- 240 сек. Доступ подколенный и паховый для баллонной ангиопластики (БАП). С целью предоперационной подготовки больные стационарно получали традиционное лечение, коррекция сахара крови и лечение с учетом сопутствующей патологии, местное и физиолечение, а также динамическое наблюдение за пациентами на амбулаторном лечении с оценкой состояния периферического кровообращения конечностей и местного заживления ишемических и нейротрофических язв на стопах.

Результаты и обсуждение: Баллонная ангиопластика (БАП) артерий и/конечностей выпол-

нена у 32 пациентов и у 31 эндоваскулярная дилатация магистральных артерий дополнена со стентированием подколенной артерии - 3, стентирование ПББА -15, ЗББА- 13. Клинически значимых осложнений во время БАП, потребовавших хирургического лечения, не было. У 25 (80.6%) больных, у которых удалось достигнуть, восстановления магистрального кровотока до стопы, наблюдалось клиническое улучшение с исчезновением ишемических болей в состоянии покоя, очищением гнойно-некротического дефекта, первичным заживлением трофических язв. 4 (12.9%) больным выполнена ампутация на уровне бедра, 2 (6,4%) больным выполнена ампутация на уровне в/3 голени после БАП на 2-ые сутки. После успешной реваскуляризации и появления четкой демаркации 4 (12,9%) больным выполнена ампутация стопы по Шарпу, у 7 (22.5%) больных - ампутация или экзартикуляция пальцев стопы. Продолжительность стационарного лечения у больных с ДС в среднем 9-11 дней, амбулаторное наблюдение за больными составила в среднем 2-3 недель до полного заживления трофических язв. Повторные эндоваскулярные вмешательства были выполнены 7 больным в связи с рецидивом критической ишемии, причем 5 из них первоначально была восстановлена проходимость одной межкостной берцовой артерии, у 2 больных – задней большеберцовой артерии.

Выводы

Возможность восстановления регионарного кровотока на разных уровнях конечности, малотравматичность операции, быстрая реабилитация, обнадеживающие непосредственные и отдаленные результаты, улучшения качества и прогноза жизни больных, позволяют считать консервативный метод лечения с эндоваскулярной хирургией методом выбора при лечении разных форм ДС.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М., Собитханов Б., Норбаев А.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

В течение последних 18 лет работы нами было выполнено 6098 лапароскопических холецистэктомий. Мы обладаем опытом выполнения 604 (9,9%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии.

Материалы и методы: У 117 (19,5%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 306 (50,6%) больных, сальпингооовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе - у 49 (8,1%). У 63 (10,4%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластикой пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено - у 66 (10,9%). В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочетается с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени. В первую

очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в параумбиликальной точке. В ходе операции не было необходимости введение дополнительного троакара в брюшную полость. Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших симультанные лапароскопические вмешательства показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

Таким образом: Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшит финансовые затраты не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

Цель исследования – улучшить результатов лечения больных с осложненными эхинококкозами печени и брюшной полости. Работа основана на опыте хирургического лечения 971 больных с осложненным эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 11 до 68 лет. Мужчин было 511 (52,6%), женщин – 460 (47,3%). Нагноения эхинококковой кисты печени, селезенки и брюшной полости встречались у 581 (59,8%) больных. Прорыв эхинококкоза печени в брюшную полость диагностирован у 95 (9,8%) пациентов, в билиарные протоки с образованием цистобилиарного свища у 213 (22,0%), механическая желтуха с холангитом у 51 (5,2%), цистобронхоплевральный свищ – у 31 (3,2%). С аллергическими реакциями поступило 42 (4,3%) больных. Анафилактический шок у больных с прорывом эхинококковой кисты печени в свободную брюшную полость наблюдался - у 34 (3,5%). Одиночные кисты печени, селезенки и брюшной полости выявили у 661 (68,0%) больных, множественные – у 310 (32,0%). У 619 больных кисты располагались в правой доле печени и у 205 в

левой. Эхинококкоз селезенки встречался у 31 больных, большого сальника у 31, брыжейки тонкой кишки у 17, забрюшинного пространства у 11 и малого таза – 57. Сочетания эхинококкоза печени, селезенки, легких, брыжейки тонкой кишки, органов малого таза и встречались у 268 больных. Рецидивный эхинококкоз печени был отмечен у 117 (12,0%) пациентов и резидуальный – у 17 (1,6%). Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование печени, рентгеноскопия грудной клетки и по показанием МСКТ органов брюшной полости. Традиционный способ (лапаротомия) применен у 953 больных. Идеальная эхинококкэктомия выполнена у 202 больных, из них у 44 с краевой резекцией печени. Эхинококкэктомия печени с капитанажом остаточной полости была выполнена у 312 больных и у 164, операция завершена с дренированием остаточной полости. Эхинококкэктомия печени в сочетании с холецистэктомией была выполнена у 88 (9,1%) пациентов, ушивание цистобилиарного свища – у 216 (22,4%), наружное дренирование желчного протока – 29 (3,1%). При традиционном

методе лечения отмечались осложнения у 114 больных, из них: послеоперационный перитонит у 17 (1,8%) внутрибрюшное кровотечение у 11 (1,2%), абсцесс остаточной полости у 56 (5,9%), наружный желчный свищ у 26 (2,7%), тромбоз легочной артерии у 2 (0,2%), тромбоз мезентеральных сосудов - у 4 (0,4%). У 11 больных с послеоперационным перитонитом была выполнена видеолапароскопическая санация с оставлением дренажей в брюшной полости. Причиной релапаротомии у 11 больных явилось кровотечение в брюшную полость, перитонит. У 10 больных с прорывом эхинококковой кисты в билиарный тракт первым этапом лечения выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с удалением хитиновых оболочек паразита, которая позволила восстановить отток желчи в двенадцатиперстную кишку. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени была предпринята 18 (1,8%) больным, из-за ограничения возможности ликвидации остаточной полости и риска генерализации дочерних пузырей паразита переход на лапаротомию (конверсия) осуществлена в 4 случаях. Остаточная полость была ликвидирована

путем наложения эндошва, частичной перицистэктомией со сближением краев полости и наружным дренированием. Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени под контролем УЗИ выполнено 57 больным. Повторное ЧПД абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени выполнено 10 пациентам. При нагноившихся эхинококкозе селезенки у 5 больных сопутствующими патологиями первым этапом операции являлся ЧПД. Послеоперационный перитонит у 2 больных после ЧПД абсцесса селезенки явился показанием к спленэктомии традиционным способом. Рациональная хирургическая тактика с учетом характера и степени поражений желчных путей и мероприятия по профилактике развития послеоперационных осложнений позволили получить в целом благоприятные результаты. Применение малоинвазивной технологии в лечении осложненных эхинококковых кист печени снижает процент послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ

Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р., Рахманова Р.С., Бузурханова Р.Р., Абдуллаева Р.Т., Собитхонов Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

Нами в течение последних 18 лет в отделении экстренной гинекологии Наманганского филиала РНЦЭМП были, выполнены 6098 оперативные вмешательства по поводу осложненных кист яичников. Возраст пациентов колебался от 10 до 52 лет. При наличии рубцов на передней брюшной стенки после лапаротомических операций, у больных осложненными кистами яичников и с признаками массивного внутрибрюшного кровотечения в брюшную полость выбрали лапаротомический способ операции у 3425 (56,2%) больных, лапароскопический способ - у 2673 (43,8%). Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы "Karl Storz". Первый 10мм. троакар для лапароскопа вводили супраумбиликально. Второй 10 мм. троакар вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третий 5мм. троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области. При эндохирургическом лечении осложненных кист с гемоперитонеумом осуществлялась в основном эвакуация крови с последующей санацией брюшной полости растворами антисептиков с применением ирригоаспиратора «БРЮСАН». По поводу осложнений, кисты разрывом с гемоперитонеумом до 500 мл- лапароскопическая кистэктомия (перицистэктомия, вылушивание слизистой оболочкой кисты - энуклеация) была выполнена у 2142 (80,1%) больных. При многокамерных кистах яичников,

осложненных, разрывом 255 (9,5%); была выполнена кистовариоэктомия. Симультанная двухсторонняя кистэктомия из яичников была выполнена у 88 (3,2%) пациенток. При нагноившихся дермоидных кистах яичников у 77 (3,0%) женщин во избежание разрыва и инфицировании брюшной полости выполняли кистэктомия – лапароскопически ассистированный способом или использовали контейнеры для безопасного извлечения. При перекути ножки придатков матки с некрозом последних 59 (2,3%) пациентам была выполнена лапароскопическая аднексэктомия. При эндометриоидных кистах яичников с кровоизлияниями в брюшную полость 23 (0,9%) пациентам кистэктомия сочетались с диатемкоагуляцией эндометриоидных очагов. Симультанная лапароскопическая кистэктомия яичников с со стерилизацией маточных труб выполнена у 195 (7,2%) женщин. Массивные спайки в малом тазе, большой гемоперитонеум объемом более 500 мл, большие размеры кисты яичников более 15 см являлись показанием конверсии у 75 больных. Ввиду возможности рецидива кисты на другом яичнике, мы по возможности стремимся, сохранить даже минимальные участки ткани оперируемого органа. Перед тем как извлечь удаленную кисту из брюшной полости, мы погружаем ее в латексный или резиновый мешок соответствующего объема. Края мешки выводятся через прокол 10-и мм троакара тем самым ограничивая

брюшную полость и ткани передней брюшной стенки от контакта с содержимым (нагноившихся) дермоидной кисты. Для уменьшения размеров кисты мы производили вскрытие капсулы непосредственно в полости мешка. Максимальный размер, удаленный нами кисты составлял 15 см в диаметре. Ретенция промывной жидкости (6) и внутрибрюшное кровотечение (2) ранняя спаечная непроходимость (4) у больных после лапаротомических операций явились показанием к реоперации - лапароскопической санации брюшной полости, разъединением спаек с повторным дренированием полости малого таза (0,4%). Осложнения, связанные с применением лапароскопической техники не наблюдали. Осложнений нагноением и инфильтратом лапаротомической

раны наблюдали у 12 больных. Средний койко-день составил – 3,5 дня у больных оперированных лапароскопическим способом и 6,6 дня у больных перенесших лапаротомический доступ операции. Таким образом, лапароскопический способ оперативного вмешательства по поводу осложненных кист яичников являются более бережным, щадящим по сравнению с лапаротомическим доступом. Пациентки после лапароскопических операций активны, не испытывают болевых ощущений. Лапароскопический способ операции способствует значительному снижению количества послеоперационных осложнений. У такого контингента женщин наступает ранняя трудоспособность и социальная реабилитация.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Рахманова Р.С., Бузурханова Р.Р., Абдуллаева Р.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

С 2010 по 2018 г.г. в Наманганском филиале РНЦЭМП с подозрением на внематочную беременность на стационарном лечении находились 1731 больных. Традиционным способом - лапаротомным доступом в экстренном порядке оперированы 1294 (74,7%) больных. Показанием к экстренной операции были: постгеморрагический шок, перенесенные операции на брюшной полости. У 472 (27,3%) больных была выполнена диагностическая лапароскопия. На диагностическом этапе лапароскопии, эктопическая беременность исключена у 36 (2,3%) больных (выявлены: острый аппендицит, сальпингиты, склерокистоз яичников, разрыв кисты яичника, эндометриоз яичника). Выявленные при лапароскопии: брюшная беременность (3 - 0,2%), при локализации трубной беременности на интерсициальной части (3 - 0,2%), прорвавшейся трубная беременность с гемоперитонеумом более 700 мл (23 - 1,6%), выраженный спаечный процесс малого таза из-за перенесенных воспалительных заболеваний придатков матки (8 - 0,5%) являлись показанием к переходу лапаротомии. При прогрессирующей трубной беременности по типу трубного аборта с гемоперитонеумом до 500мл была выполнена лапароскопическая тубэктомия у 242 (51,2%) больных. У 66 (14%) больных была выявлена прогрессирующая трубная беременность без гемоперитонеума и выполнена лапароскопическая тубэктомия. Полный трубный аборт с гемоперитонеумом диагностирован у 23 (4,8%) женщин. Этим пациентам была выполнена лапароскопическая ревизия маточно-прямокишечного пространства, удаление плодного яйца в

виде темно-вишневого кусочка ткани, санация и дренирование полости малого таза. Малый гемоперитонеум (до 500 мл) у 40 (8,4%) больных с прорвавшейся трубной беременностью не являлись к лапароскопической тубэктомии. Лапароскопическая тубэктомия была выполнена у 74 (15,7%) женщин с застарелой внематочной беременностью. Симультанные лапароскопические операции тубэктомия сочетались с кистэктомией (12), сальпингостомией, сальпингонеостомией (15) у 27 (5,7%) женщин. Мы наблюдали 3 (0,7%) случая органосохраняющего хирургического лечения трубной беременности (лапароскопическая туботомия, выдавливание плодного яйца («Милкинг») с наложением атравматического шва на раны). В послеоперационном периоде у всех больных проводилась антибактериальная терапия. Осложнений связанные с использованием лапароскопической техники не наблюдали. Койко-дни у женщин перенесших лапароскопические операции не превышали -4 дня. Таким образом, выбором метода хирургической коррекции внематочной беременности должна быть оперативная лапароскопия. Современное развитие малоинвазивной хирургии позволяет все операции на маточных трубах производить во время лапароскопии. По данным литературы и наших клинических наблюдений при трубной беременности возможно выполнение органосохраняющих операций с сохранением репродуктивной функции.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА У ЖЕНЩИН

Исхаков Б.Р., Абдуллаева Р.Т., Рахманова Р.С., Бузурханова Р.Р., Исхаков Н.Б., Собитхонов Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин снижения трудоспособности женщин. В последние годы все шире используется лапароскопия при хирургическом лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, особенно актуален эндохирургический подход у женщин детородного возраста. С 2010 по 2018 г.г. в Наманганском филиале РНЦЭМП с пельвиоперитонитом на стационарном лечении находились 2067 больных. Пациентки в фертильном возрасте были 2046 (98,9%), в детском и подростковом возрасте - 21 (1,1%). Больные поступили скорой помощью - 463 (22,4%), направлением поликлиники - 270 (13,0%) и самотеком - 1334 (64,6%). Больные с момента поступления в стационар были оперированы в сроке до 6 часов 670, до 12 - 24 часов - 121, в сроке более 24 ч - 16. Консервативное лечение получали 1270 (61,5%) больных. Оперативному лечению подвергались 797 (38,5%) больных. Лапароскопический способ операции применен у 639 (80,2%), лапаротомный - 18 (2,2%), пункционный (катетеризация малого таза через пункции заднего свода с применением антисептиков, антибактериальной терапией) - 140 (17,5%), релапароскопия - 1 (0,1%). Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы "Karl Storz". Первый 10мм. троакар для лапароскопа вводили супраумбиликально. Вторым 10 мм. троакар вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третьим 5мм. троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области. При эндохирургическом лечении пельвиоперитонитов осуществлялась в основном эвакуация патологического выпота с последующей санацией брюшной полости растворами антисептиков с применением ирригатора «БРЮСАН»,

тубэктомия выполнена у 28 пациенток старшего репродуктивного возраста при наличии пиосальпинксов. Двухсторонняя тубэктомия была выполнена у 5 пациентов, имеющих 2 и более детей, согласием родственников. Полость малого таза дренировали при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар справа. Продолжительность операции составило от 15 минут до 45. Повторное поступление больных перенесших лапароскопическую санацию брюшной полости по поводу пельвиоперитонита в течение года были 18, при лапароскопии отмечен пиосальпинкс пиоовар, им была выполнена лапароскопическая аднексэктомия (10). В 8 случаях выполнены органосохраняющие вмешательства с сохранением труб и по возможности тканей яичников. Осложнения в виде продолжающегося перитонита наблюдали у одной пациентки, прооперированной пельвиоперитонитом лапаротомным доступом. Реоперация - лапароскопическая санация, повторным дренированием малого таза, последующей антибактериальной терапией была достаточной для выздоровления больной. В послеоперационном периоде у всех больных проводилась антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Средний койко-день составил - 3,2 дня у больных оперированных лапароскопическим способом и 5,8 дня у больных перенесших лапаротомный доступ операции. Таким образом, использование эндовизуальных технологий в лечении пельвиоперитонита у женщин детородного возраста позволяет адекватно корректировать имеющуюся патологию, способствует значительному снижению количества послеоперационных осложнений и уменьшению продолжительности временной нетрудоспособности. Дает хороший фармакоэкономический и косметический эффект.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛИЗОВАННОЙ ВЕНЫ

Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Сучков И.А., Виноградов С.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

При лечении больных с КИНК перед сосудистым хирургом встает проблема выбора трансплантата для реконструктивных операций. Использование аутовенозного кондуита из большой подкожной вены (БПВ) на протяжении более полувека остается «золотым стандартом» открытой реконструктивной сосудистой хирургии. Перемещенная в артериальное русло вена должна

пройти ряд структурных и функциональных изменений для адаптации к новой гемодинамической среде, включающих воспалительную реакцию, ремоделирование стенки, а также изменение функционального состояния эндотелия. До 40-50% аутоу вен на протяжении 5 лет теряют свою проходимость в результате нарушения ремоделирования, гиперплазии интимы и прогрессирования атеросклеротического процесса.

Цель исследования. Комплексно оценить функциональные и структурные изменения стенки венозного кондуита из большой подкожной вены после аутовенозных реконструктивных операций.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 42 больных с КИНК (III – IV стадия по классификации Покровского-Фонтейна). Больные разделены на две группы в зависимости от методики аутовенозного шунтирования: в группе А (n – 22) реваскуляризацию проводили по методике «in situ», в группе В (n – 20) – реверсированной веной. Клинические группы были сопоставимы по полу, возрасту, стадии заболевания, сопутствующей патологии, объему реконструкции, исходному минимальному диаметру большой подкожной вены, баллу оттока по Рутерфорду. На этапе включения, затем на 1 и 10 сутки, через 1, 3 и 6 месяцев после оперативного лечения производился забор периферической венозной крови для определения исследуемых маркеров эндотелия (оксид азота, эндотелиальный фактор роста). Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-315-00129, и стипендии Президента Российской Федерации молодым ученым и аспирантам, осуществляющим перспективные научные исследования и разработки по приоритетным направлениям модернизации российской экономики № СП-2164.2018.4.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде (до 30-дней) первичная проходимость через 30 дней в группе А составила 100%. Тромбоза аутовены не отмечено. Сохранность конечности составила 95,5%. В одном случае (4,5%) выполнена ампутация голени. В группе В первичная проходимость составила 90%. Тромбоз реверсированного венозного трансплантата возник у двух больных (10%). При повторной операции периферическое русло признано нереконструктабельным и выполнена ампутация конечности на уровне бедра. В отдаленном периоде (через 6 месяцев) первичная проходимость в группе А составила 95,5%. Тромбоз вены возник к 1 больного (4,5%) и связан с прогрессированием атеросклеротического процесса на путях притока и патологическим ремоделированием стенки вены.

Больному выполнено решунтирование синтетическим трансплантатом. Ампутаций конечности в группе не проводилось, сохранность конечности составила 95,5%. В группе В первичная проходимость составила 75%. В трех случаях (15%) возник тромбоз зоны реконструкции. У двух больных при повторных операциях констатировано отсутствие реконструктабельного периферического русла и вследствие прогрессирования ишемии выполнена ампутация на уровне бедра. У одного больного явления ишемии купированы консервативными мероприятиями. Сохранность конечности в группе составила 80%. При изучении функционального состояния аутовенозной стенки в артериальном русле получены следующие результаты. Исходный уровень оксида азота составил $0,983 \pm 0,05$ Ммоль/мл и $1,022 \pm 0,2$ Ммоль/мл соответственно в группе А и В. В обеих группах отмечается тенденция увеличения содержания оксида азота в послеоперационном периоде. В группе А максимальное содержание оксида азота наблюдается к 10 суткам и составляет $1,8 \pm 0,18$ Ммоль/мл с последующим снижением к 6 месяцам после операции. В группе В максимальный уровень оксида азота достигает через 1 месяц после операции и составляет $1,7 \pm 0,1$ Ммоль/мл. Исходный уровень VEGF-A в группах А и В составил $549,2 \pm 265,2$ пг/мл и $487,8 \pm 626,1$ пг/мл соответственно. Отмечена тенденция снижения активности VEGF-A на 1 сутки послеоперационного периода в обеих группах. Пик активности приходится на 10 сутки и составляет $628,9 \pm 290,3$ пг/мл и $827,1 \pm 1129,1$ пг/мл в группе А и В соответственно.

Выводы

Использование аутовены в качестве трансплантата в реконструктивной сосудистой хирургии является надежной и эффективной стратегией реваскуляризации артерий инфраингвинального сегмента у больных с критической ишемией конечности и позволяет сохранить конечность и снизить уровень ампутации.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Калицова М.В., Тотилов В.З., Тотилов З.В., Медоев В.В.

Кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

По данным разных авторов, частота острой спаечной кишечной непроходимости составляет от 50 до 93,3% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. Летальность при этом колеблется в пределах 7,6-16%. Материалы и методы. Представлен анализ меди-

цинских карт 378 больных поступивших в хирургическую клинику больницы скорой помощи г. Владикавказ с острой спаечной кишечной непроходимостью. При помощи обзорной рентгенографии и ультразвукового исследования брюшной полости, не только диагностировали непроходи-

мость кишечника, но и прогнозировали ее течение. Для этого исследования производили дважды - при поступлении, и после активной декомпрессионной терапии, через 6 часов.

Полученные результаты и их обсуждение.

В клиническом течении острой спаечной кишечной непроходимости мы выделяем 4 стадии. Для первой стадии характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме - уменьшение площади газа над уровнем жидкости более чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании - уменьшение диаметра тонкого кишечника, увеличение толщины стенки кишечника, уменьшение объема секвестрированной жидкости, усиление кишечной перистальтики и исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. Первая стадия диагностирована у 319 (84,4%) больных. В данной группе больных декомпрессионная терапия была продолжена. Для второй стадии так же характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме - уменьшение площади газа над уровнем жидкости менее чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании - сохранение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, сохранение объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики и сохранение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. У больных со второй стадией - 31 (8,2%) больных, прогнозировалось персистирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 12 часами. При третьей стадии состояние больного ухудшалось, на контрольной рентгенограмме определялось нарастание площади газа над уровнем жидкости,

на контрольном ультразвуковом исследовании - увеличение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, нарастание объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики, появление или нарастание выпота в брюшной полости. У больных с третьей стадией - 23 (6,1%), прогнозировалось прогрессирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 6 часами. При 4 стадии наряду с явлениями острой кишечной непроходимости имеются симптомы перитонита. Больным с четвертой стадией - 5 (1,3%) оперативные вмешательства выполнены в течение 2-3 часов, после предоперационной подготовки. Из 378 поступивших больных, оперировано только 59 (15,6%). В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 16 (27,1%) больных, у 5 (8,5%) больных они привели к летальному исходу. Общая летальность составила 1,3%.

Выводы

Разработанный алгоритм позволил прогнозировать течение непроходимости, конкретизировать показания к консервативному и оперативному виду лечения, определить длительность предоперационной подготовки в зависимости от эффективности проводимой декомпрессионной терапии, избежать ненужных оперативных вмешательств и снизить количество оперированных больных до 15,6%, а летальность при данной патологии до 1,3%.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Калицова М.В., Тотикиев В.З., Тотикиев З.В., Медоев В.В.

Кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Хирургическое вмешательство по поводу острой кишечной непроходимости - одна из наиболее сложных операций в неотложной абдоминальной хирургии.

Цель работы. Разработка рациональной интраоперационной хирургической тактики позволяющей снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты лечения 530 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, находившихся в клинике хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии. В зависимости от тактики лечения в различные периоды времени и для оценки эф-

фективности предлагаемого лечебного комплекса, мы разделили больных на две группы: контрольную, из 152 пациентов, находившихся на лечении с 1988 по 1995 годы, у которых применялись традиционные методы диагностики и лечения и основную, из 378 пациентов, находившихся на лечении с 1996 года, у которых использовался разработанный нами комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Больные контрольной и основной групп репрезентативны по основным показателям.

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе нашего исследования был проведен анализ результатов лечения больных контрольной группы. Из 152 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью оперативное вмешательство выполнено 134 (88,16%)

больным. В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 58 (43,28%) больных. Летальные исходы имели место у 28 (20,9%) больных. Проанализированы результаты лечения в зависимости от степени энтеролиза и метода декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Худшие результаты выявлены у больных, которым был произведен тотальный энтеролиз. Лучшие результаты наблюдались у пациентов интубированных через илеостому. С 1996 года нами была пересмотрена интраоперационная хирургическая тактика и выбор методов оперативного пособия и декомпрессии желудочно-кишечного тракта при острой спаечной кишечной непроходимости. У больных основной группы мы отказались от методов тотального энтеролиза в случаях, когда имелись локальные спаечные конгломераты, фиксированные плотными спайками, разъединение которых было сопряжено с риском массивного десерозирования кишечника и вскрытия его просвета. В данных случаях мы склонялись к резекции участка кишечника несущего конгломерат. При целостности проксимальных отделов кишечника накладывали анастомозы «бок-в-бок». В случаях, когда проксимальные отделы кишечника были значительно десерозированы, предпочитали формировать илеостомы. Нами были разработаны и внедрены в практику два способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяю-

щие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа. Методом выбора декомпрессии желудочно-кишечного тракта при наличии илеостомы являлась ретроградная интубация тонкого кишечника через илеостому. Из 378 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении с 1996 года, оперативный метод лечения применен у 59 (15,6%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 16 (27,12%) пациентов. У 5 (8,47%) больных осложнения привели к летальному исходу. При сравнении результатов лечения больных контрольной и основной группы очевидно уменьшение количества оперированных больных с 88,16% до 15,6%, послеоперационных осложнений с 43,28% до 27,12%, послеоперационной летальности с 20,9% до 8,47%.

Выводы

Разработанные интраоперационная хирургическая тактика и выбор методов оперативного пособия и декомпрессии желудочно-кишечного тракта при острой спаечной кишечной непроходимости позволили снизить количество оперативных вмешательств, послеоперационных осложнений и летальных исходов.

ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

Канаев А.И. (1), Аскерханов Г.Р. (1), Игнашов А.М. (2), Султанов А.С. (1)

Дагестанский государственный медицинский университет

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Взаимоотношения чревного ствола с окружающими его анатомическими образованиями отличаются выраженной индивидуальной изменчивостью. Еще более многообразны варианты хирургической анатомии, наблюдаемые при ишемии органов пищеварения, обусловленной компрессионным стенозом чревного ствола. В связи с этим характер оперативных приемов и их последовательность при хирургической коррекции компрессионного стеноза значительно отличаются в каждом конкретном случае. В зависимости от анатомо-хирургических условий, выявляемых в процессе операции, использовались различные способы декомпрессии чревного ствола: рассечение срединной дугообразной связки диафрагмы и нервных волокон чревного сплетения (86 больных – 35,4%), рассечение срединной дугообразной связки ножек диафрагмы и нервных волокон чревного сплетения (88 больных – 36,2%), рассечение срединной дугообразной связки диафрагмы, нервных волокон и удаление правого узла чревного сплетения (47 больных –

19,3%), рассечение срединной дугообразной связки диафрагмы, комиссуральных ветвей и правого узла чревного сплетения (22 больных – 9,1%). Таким образом, операция декомпрессии выполнялась различно, в зависимости от того, какие анатомические элементы играли ведущую роль в сдавлении чревного ствола. В ряде случаев приходилось изменять и последовательность хирургических манипуляций. Например, у 2 больных сначала рассекали срединную дугообразную связку, а затем комиссуральные ветви чревного сплетения, которые обнаруживались после расхождения краев связки и дополнительно сдавливали чревный ствол. У одного пациента вначале пришлось рассечь фиброзно перерожденную ткань нервного сплетения, закрывавшую доступ к связке, после чего была пересечена связка и дополнительно правая медиальная ножка диафрагмы. У одного больного декомпрессию начали с лигирования и пересечения правой нижней диафрагмальной артерии, отходившей от чревного ствола и затруднявшей выполнение

основного этапа операции – пересечение срединной дугообразной связки, ножек диафрагмы и нервных стволов чревного сплетения. У одного пациента вначале пришлось пересечь нервные волокна чревного сплетения, затем лигировать и пересечь правую нижнюю диафрагмальную артерию, закрывающую подход к срединной дугообразной связке, и только после этого рассечь дугообразную связку. У одного пациента, у которого нервные стволы (комиссуры) чревного сплетения располагались над чревным стволом и над срединной дугообразной связкой (их пересекали в первую очередь), после пересечения связки за ее нижним краем обнаружили нервные стволы. Только после пересечения этих глубоких комиссур чревный ствол оказался полностью освобожденным от сдавления. Следует отметить, что при декомпрессии чревного ствола у детей и подростков, в следствие сравнительно незначительно выраженных фиброзных изменений в

окружности чревного ствола и отсутствия крупных ганглионарных конгломератов чревного сплетения, нередко удается ограничиться только рассечением дугообразной связки, не прибегая к дополнительным хирургическим приемам. Из приведенных примеров видно, что особенностей операции экстравазальной декомпрессии чревного ствола почти столько же, сколько больных нам пришлось оперировать. Таким образом, изучение взаимного расположения чревного ствола и срединной дугообразной связки представляет несомненный интерес для понимания патогенеза и выполнения оперативных приемов лечения компрессионного стеноза чревного ствола и ишемической болезни органов пищеварения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТОЛА

Канаев А.И. (1), Аскерханов Г.Р. (1), Игнашов А.М. (2)

*Дагестанский государственный медицинский университет,
Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова*

Экстравазальная компрессия чревного ствола является одним из ведущих факторов в генезе нарушений кровообращения в органах верхнего этажа брюшной полости, а также наиболее частой причиной хронической ишемии органов пищеварения. Хирургическая декомпрессия чревного ствола является далеко не простой операцией, при ее выполнении нередко возникают технические трудности, приводящие к нежелательным осложнениям. Анализ результатов оперативного лечения компрессионного стеноза чревного ствола показывает, что уже в ближайшие дни после операции наблюдалось значительное улучшение состояния большинства больных (уменьшение болей, облегчение дыхания, улучшение аппетита и др.). Окончательное исчезновение или существенное уменьшение симптомов ишемической болезни органов пищеварения с восстановлением трудоспособности наступало, как правило, в сроки от 1 до 2 месяцев после операции. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что успех операции в большой степени зависит от тщательности выполнения всех хирургических приемов, основанных на детальном знании анатомо-хирургических особенностей области. Недооценка этих деталей, в частности, топографоанатомических взаимоотношений висцеральных ветвей брюшной аорты, нижних диафрагмальных артерий и артерий, снабжающих узлы чревного сплетения, со срединной дугообразной связкой диафрагмы и ее медиальными ножками может явиться причиной серьезных кровотечений, осложняющих выполнение операции.

Такие кровотечения наблюдались нами у 5 пациентов (2,05%). Остановка кровотечения из глубоко расположенных сосудов во всех случаях сопровождалась довольно значительными трудностями и вызвала существенное увеличение времени оперативного вмешательства. Мы считаем необходимым обратить внимание на топографию наиболее крупных артерий и ее ветвей, оказывающихся в зоне действия хирурга при экстравазальной декомпрессии чревного ствола. Характерно, что хотя в направлении этих артерий наблюдается выраженная изменчивость, как правило, удается выделить места наиболее частого их расположения. Эти места, находящиеся в непосредственной близости от чревного ствола и аортального отверстия диафрагмы следует рассматривать как зоны повышенного хирургического риска. Одной из наиболее важных зон риска при рассечении или иссечении нейроганглионарной ткани в процессе выделения чревного ствола является левая полуокружность чревного ствола и передняя стенка аорты в радиусе около 20 мм, где наиболее часто формируются левые нижние диафрагмальные артерии и их ветви, снабжающие чревные узлы сплетения. Вторая, не менее важная, зона риска соответствует проекции правой половины дугообразной связки, для выделения которой необходимо почти в 90% случаев предварительно найти и перевязать лежащую здесь правую нижнюю диафрагмальную артерию. Третья зона риска находится на некотором отдалении от чревного ствола и со-

ответствует уровню формирования от аорты правой почечной артерии. На этом уровне нередко формируется сравнительно крупные ветви, снабжающие нервные узлы правой половины чревного сплетения. Значимость этой зоны особенно велика при необходимости ревизии и освобождения из окружающих тканей истока верхней брыжеечной артерии.

Таким образом, учитывая варианты топографии артерий, оказывающихся в зоне действий

хирурга при экстравазальной декомпрессии чревного ствола, мы рекомендуем начинать оперативный прием с выделения и пересечения стенозирующего кольца справа от чревного ствола, так как здесь, кроме правой нижней диафрагмальной артерии, обязательно подлежащей перевязке и пересечению в операционной ране, на расстоянии до 10 мм от чревного ствола других крупных артерий не встречается.

РАННИЕ РЕОККЛЮЗИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТЕ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Канаев А.И. (1), Барсуков А.Е. (2), Аскерханов Г.Р. (1), Исмаилов С.А (3)

*Дагестанский государственный медицинский университет,
Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница»*

Наиболее частым осложнением после реконструктивных операций является развитие ранних послеоперационных тромбозов (в первые 30 суток), которые возникают у 2-8% оперированных при аорто-подвздошной локализации поражения и у 5-30% больных при бедренно-подколенно-берцовой окклюзии. Изучена частота возникновения ранних тромбозов в зависимости от локализации и протяженности поражения, стадии ишемии конечности, вида сосудистой реконструкции, характера сопутствующих заболеваний, места наложения анастомоза. Проанализированы результаты 400 реконструктивных операций на аорте и магистральных артериях нижних конечностей. Восстановление проходимости аорто-подвздошного сегмента при изолированных и сочетанных облитерациях было произведено 180 больным, 220 оперированным была выполнена сосудистая реконструкция при окклюзии бедренно-подколенно-берцового артериальных сегментов. Ранние тромбозы аорто-подвздошного сегмента возникли у 17 больных, что составило 7,8%. Наиболее часто ранние тромбозы возникали у больных с тяжелой ишемией конечности (III-IV ст.), что ангиографически проявлялось наличием распространенных окклюзий 2 или 3 артериальных сегментов. Проанализированы результаты 220 первичных реконструктивных операций у больных с окклюзионными поражениями бедренно-подколенно-берцового сегментов. Ранние тромбозы возникли у 32 больных (14,6%). Сопоставление результатов аутовенозного шунтирования «in situ» и реверсионным методом, показало, что частота возникновения ранних тромбозов была наиболее низкой в группе больных, оперированных по методике «in situ» - 12%, а при аутовенозном шунтировании реверси-

онным методом – у 14% оперированных. Объясняется это, в первую очередь, лучшими гемодинамическими показателями шунта, выполненного по методике «in situ». Наиболее часто тромбозы возникали в группе больных, которым произведена операция алловенозного шунтирования (26%). Как правило, это были больные с распространенными сочетанными поражениями бедренно-подколенного и берцового сегментов. При изучении возникновения ранних тромбозов в зависимости от места наложения дистального анастомоза было отмечено, что в 19% случаев острые реокклюзии возникали в группе больных с дистальным анастомозом, наложенным ниже коленного сустава. Анализ результатов 400 реконструктивных операций на аорте и магистральных артериях нижних конечностей показал, что основной причиной возникновения ранних послеоперационных тромбозов были технические погрешности – 43% всех ранних реокклюзий, расширение показаний к реконструктивным операциям – 28%. Наименее часто ранние тромбозы возникли у больных в результате изменений общей гемодинамики и нарушений свертывающей и антисвертывающей системы крови (3%). 25 больным выполнено повторное оперативное вмешательство, позволившее устранить причину реокклюзии. Хирургическая профилактика острых тромбозов предполагает правильное определение показаний и оптимальный выбор метода реконструкции. Консервативные мероприятия по профилактике острых тромбозов включают: дезагрегантную терапию, антикоагулянтную терапию, сосудорасширяющую терапию. Проведение указанных мероприятий позволило снизить частоту ранних тромбозов с 10,4% до 3,7%.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

После 1-й видеолапароскопической операции – холецистэктомии, был разработан весь спектр хирургических вмешательств. Началось быстрое их внедрение в Институтах хирургии, крупных хирургических центрах. Почти за четверть века доказаны значительные преимущества данной технологии в неотложной и плановой абдоминальной хирургии. География её внедрения продолжает расширяться.

Материал и методы. Представляем первые результаты внедрения видеолапароскопических операций у 21 больного, оперированных в хирургическом отделении КНП „Городской больницы № 2” г. г. Запорожья, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО. Мужчин было 5 (23,8%), женщин - 16 (76,2%) в возрасте от 25 до 77 лет. В неотложном порядке оперировали 11 (52,4%) пациентов и в плановом порядке – 9 (42,9%). В прошлом, в сроки от 2 до 50 лет, были оперированы 7 (33,3%) больных (экстирпация матки с придатками-4, аппендэктомия-3, герниопластика рецидивной паховой грыжи-1). Сопутствующими заболеваниями страдали все пациенты, наиболее опасными заболеваниями были ИБС, кардиосклероз, блокада левой ножки пучка Гисса, стенокардия напряжения, предсердные экстрасистолы у 6 (28,6%) больных, хроническое обструктивное заболевание лёгких – у 3 (14,3%), цирроз печени, портальная гипертензия – у 3 (14,3%) и гидронефроз – у 3 (14,3%). Полученные результаты. Наибольшее количество пациентов было с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – 19 (90,5%). Знали о наличии ЖКБ 15 (78,9%) больных и носили желчные камни от 7 суток до 20 лет, а 4 (21,1%) – считали себя здоровыми. Из 19 пациентов с ЖКБ у 10 (52,6%) больных был острый холецистит (катаральная форма-1, флегмонозная-9). Им выполнили видеолапароскопическую холецистэктомию (ВЛХЭ), дренирование брюшной полости. Дополнительно у 2 (20%) пациентов дренировали холедох по Холстеду в связи с механической желтухой (холедохолитиаз-1, холедохэкстазия-1) и у 1 (10%) - осуществили комбинированную аутогерниопластику пупочной грыжи по Мейо с аллогерниопластикой on lay. После фистулохолангиографии, подтвердившей данные дооперационной ЛРХПГ, больному с холедохолитиазом выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литэкстракцией 3 конкре-

ментов диаметром 2 мм. Хронический калькулёзный холецистит определён у 9 (47,4%) пациентов. Осуществив ВЛХЭ с дренированием брюшной полости, дополнили её у 2 (22,2%) больных комбинированной аутогерниопластикой пупочной грыжи по Мейо и аллопластикой on lay-1. Видеолапароскопическую герниопластику провели 1 (4,8%) пациенту с прямой паховой грыжей. Послеоперационное течение у больных с ЖКБ и паховой грыжей гладкое. Активизированы, поднялись с кровати и начали ходить по палате спустя 4-8 часов после операции. Удалены дренажи, сняты швы. Раны зажили первичным натяжением. Сформировались ровные, линейные рубцы на уровне кожи, белесоватого цвета, подвижные. Их длина уменьшилась на 1/3 благодаря наличию феномена раневой контракции. Осложнений не выявлено. Выздоровление. После безуспешной консервативной терапии на 3 сутки 1 (4,8%) пациентке со стерильным панкреонекрозом выполнили видеолапароскопию, аспирацию, санацию сальниковой сумки, брюшной полости, малого таза с дренированием, вскрытие и дренирование правого забрюшинного пространства. Послеоперационный диагноз: стерильный панкреонекроз, серозный оментобурит, инфильтрат забрюшинного пространства, разлитой ферментативный геморрагический перитонит. На 8 сутки повторная видеолапароскопия, вскрыты абсцессы левого поддиафрагмального пространства и под печенью, вскрыт левый боковой канал, дренирован. Через 17 суток мини-лапаротомия, вскрыт абсцесс сальниковой сумки, дренирован. Выздоровление.

Выводы

1. Малая травматичность оперативного доступа при выполнении видеолапароскопических операций позволила довольно рано активизировать больных.
2. Быстро и благоприятно протекает послеоперационный период.
3. Лечение в хирургической клинике сокращено в 2-3 раза, отсутствовали послеоперационные осложнения и летальные исходы. Рекомендации. Видеолапароскопические операции подлежат дальнейшему внедрению.

МИНИ-ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА И ЕГО ИСТОЧНИКА**Капшитарь А.В.***Запорожский государственный медицинский университет*

Согласно ряда публикаций, диагностическая мини-лапароскопия (ДМЛС) в неотложной абдоминальной хирургии не уступает классической лапароскопии, использующей инструменты диаметром 10 мм. Большим преимуществом ДМЛС является меньшая травматичность и лучший косметический эффект. Вместе с тем широкого распространения ДМЛС не получила.

Материал и методы. В хирургическом отделении КНП, Городской больницы № 2, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО Запорожского государственного медицинского университета. За период с 2012 по 2018 годы диагностическая МЛС с подозрением на неотложную хирургическую абдоминальную патологию выполнена у 52 больных. Использовали набор инструментов, центральной частью которых была оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы „ЭлеПС” г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ, „КРЫЛО” г. Воронеж (Россия) и манипулятор собственной конструкции. Исследование выполнено по методике О.С. Кочнева с соавт. (1988). Из всех обследованных пациентов у 35 (67,3%) больных диагностирован перитонит и его источник. Мужчин было 13 (37,1%), женщин - 22 (62,9%) в возрасте от 34 до 93 лет. В инфекционно-токсическом шоке находились 6 (17,1%) пациентов. Рубцы на передней брюшной стенке после ранее перенесенных операций на органах брюшной полости и стенке имели место у 16 (45,7%) больных. Все страдали сопутствующей патологией. Всесторонне обследованы. Проведена предоперационная подготовка.

Полученные результаты. В процессе ДМЛС перитонит определен у всех пациентов. Установлена преимущественная локализация экссудата с фибрином и объём. По распространённости местный перитонит выявлен у 1 (2,9%) больного и распространённый – у 34 (97,1%) (диффузный-3, разлитой-31). Преобладал перитонит после острых хирургических заболеваний у 25 (71,4%) пациентов, реже визуализирован асцит-перитонит – у 7 (20%) и травматический перитонит – у 3 (8,6%). По характеру экссудата выделен геморрагический экссудат у 16 (45,7%) больных, гнойный – у 8 (22,9%), серозный – у 7 (20%) и желчный – у 4 (11,4%). Согласно фазам развития реактивная фаза перитонита диагностирована у 2

(5,7%) пациентов, токсическая – у 13 (37,2%) и терминальная – у 20 (57,1%). По результатам ДМЛС источник перитонита установлен у 29 (82,9%) больных. Вместе с тем у 6 (17,1%) пациентов источник перитонита в процессе ДМЛС определить не удалось из-за больших объёмов гнойно-фибринозного экссудата и гемоперитонеума. ДМЛС оптимизировала дальнейшую хирургическую тактику, распределив больных по группам. В группу А включили 19 (54,3%) пациентов, им выполнена малотравматичная лечебная МЛС. Из них 12 (63,2%) больным со стерильным панкреонекрозом, геморрагическим перитонитом и 7 (36,8%) – циррозом печени, асцит-перитонитом. Умер 1 (5,3%) пациент от отёка лёгких с циррозом печени. Группа В состояла из 15 (42,9%) больных, которым осуществили неотложную классическую лапаротомию. Умерли 5 (33,3%) пациентов (абдоминальный сепсис-2, острый инфаркт ствола мозга и полушарий-1, флеботромбоз глубоких вен нижней конечности, тромбоэмболия лёгочной артерии-1, полиорганная недостаточность-1). Группа С представлена лишь 1 (2,9%) больным, страдающим острым нарушением мезентарияльного кровообращения, гангреной тонкого и правой половиной толстого кишечника, у которого лишь дренировали брюшную полость с последующей симптоматической терапией, умер от интоксикации.

Выводы

1. Диагностическая мини-лапароскопия позволяет диагностировать перитонит и всесторонне его оценить.
2. Источник перитонита в процессе диагностической мини-лапароскопии установлен у 82,9% больных и не установлен – у 17,1% - вследствие значительных объёмов перитонеального экссудата и гемоперитонеума, ведь показания к неотложной лапаротомии были уже определены.
3. Диагностическая мини-лапароскопия решает вопросы оптимизации хирургической тактики. Рекомендации. Следует продолжить дальнейшее накопление клинического материала с последующим анализом.

МИНИ-ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Рост удельного веса больных старческого возраста с тяжёлыми осложнёнными формами острого деструктивного холецистита, высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности обуславливает актуальность проблемы и стимул к дальнейшему поиску путей её решения.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных старческого возраста с острым холециститом и его осложнениями внедрив мини-холецистэктомию.

Материал и методы: Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО Запорожского государственного медицинского университета, расположенная в хирургическом отделении КНП, Городской больницы № 2, за период с 2001 по 2016 годы располагает опытом неотложной мини-холецистэктомии (МХЭ) у 569 пациентов всех возрастных групп с острым холециститом. Из них в старческом возрасте (75-89 лет) находились 69 (12,1%) больных. Почти в 3 раза преобладали женщины 51 (73,9%) против мужчин – 18 (26,1%). Значительно превалировали сроки догоспитального этапа, спустя 1 сутки в клинику доставлены 47 (68,1%) пациентов. Так до 6 часов от начала заболевания госпитализировали 10 (14,5%) больных, в течение 6-12 часов – 5 (7,2%), 12-24 часов – 7 (10,1%), 1-3 суток – 28 (40,6%) и 4-6 суток – 15 (21,7%), 7-14 суток – 3 (4,4%) и 21 сутки – 1 (1,5%). Длительность течения желчнокаменной болезни с печёночными коликами или консервативным лечением в сроки от 5 до 32 лет была у 28 (40,6%) пациентов, а 41 (59,4%) - считали себя здоровыми и поступили с первым приступом острого холецистита и впервые диагностированной желчекаменной болезнью. Интеркуррентные заболевания в количестве от 2 до 7 имели место у всех больных. Из них остаточные явления после перенесенного острого инфаркта миокарда были у 12 (17,4%) пациентов, инсульта – у 8 (11,6%) и их сочетания – у 3 (4,4%), дополнительно аритмии зафиксированы - у 9 (13%). Ранее на органах брюшной полости и передней брюшной стенки оперированы 27 (39,1%) больных (аппендэктомия-9, экстирпация матки с придатками-9, иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду-Хорсли+СПВ+фундопликация по Ниссену-3, паховая герниопластика-3, гастрэктомия-

1, дренирование сальниковой сумки-1, иссечение рака кожи-1). Диагностический алгоритм острого холецистита: клиническое обследование, оценка лабораторно-биохимических исследований, рентгенологических, ЭКГ, УЗИ, ФЭГДС, минилапароскопии.

Результаты и обсуждение. Оперативный доступ к желчному пузырю осуществлён из правостороннего продольного трансректального минидоступа. Катаральная форма острого холецистита диагностирована у 4 (5,8%) пациентов, флегмонозная – у 26 (37,7%), гангренозная – у 39 (56,5%). Высокая частота осложнённого течения заболевания – 57 (82,6%) больных (рыхлый околопузырный инфильтрат-28 и плотный-14, околопузырный абсцесс-4, местный или диффузный перитонит-4, перфорация желчного пузыря-3, холедохозктазия-2, холедохолитиаз-1, холецистокольный свищ-1). Впервые у 3 (15,8%) пациентов выявлен цирроз печени и у 1 (5,3%) – киста S6 печени. МХЭ выполнена у 63 (91,3%) больных, МХЭ+дренирование холедоха по Пиковскому – у 3 (4,5%), МХЭ+холедохолитотомия+дренирование холедоха по Вишневскому – у 1 (1,4%), МХЭ+атипичная резекция S6 печени с кистой – у 1 (1,4%) и МХЭ+устранение холецистокольного свища – у 1 (1,4%). Расширение минидоступа потребовалось у 3 (4,5%) пациентов. Мини-релапаротомия, дренирование биломы поддиафрагмального пространства осуществлено у 1 (1,4%) больной. Умерла 1 (0,5%) пациентка 82 лет с острым флегмонозным калькулёзным холециститом, инфильтратом и исходной декомпенсированной кардиальной патологией от отёка лёгких.

Выводы

1. Лица старческого возраста в общей возрастной структуре больных с острым холециститом, оперированных минидоступом, составили 12,1%.
2. Мини-доступ является малотравматичным, позволяет выполнить холецистэктомию при осложнённом деструктивном холецистите.
3. Внедрение минидоступа способствовало уменьшению послеоперационных осложнений и летальности. Рекомендации. Необходимо дальнейшее накопление и анализ клинического материала.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ВЫПОЛНЕНО УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ПЯЖИДПК), являясь паллиативной операцией призванной спасти жизнь больному, и на сегодня остаётся наиболее распространённой из разработанных технологий. Степень патоморфологических изменений в зоне перфоративной язвы, инфекционных осложнений в брюшной полости и забрюшинном пространстве, являются одними из ключевых в решении вопроса о выборе радикальной или паллиативной операции. Дискуссия между хирургами по этому поводу продолжается.

Материал и методы. Методом слепой и сплошной выборки осуществлён анализ карт стационарных больных за период с 1997 по 2006 годы у 65 пациентов с ПЯЖИДПК, которым выполнено ушивание перфоративной язвы в хирургическом отделении КНП, Городской больницы № 2 г. Запорожья, являющимся базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО Запорожского государственного медицинского университета. Мужчин было 47 (72,3%), женщин – 18 (27,7%). Возраст 18–87 лет. В сроки до 24 часов от начала заболевания СМП транспортированы 55 (84,6%) больных и позже – 10 (15,4%). В инфекционно-токсическом шоке находились 15 (23,1%) пациентов. Перитонит до операции установлен у 9 (13,9%) больных. Сопутствующие заболевания имели 58 (89,2%) пациентов.

Полученные результаты. После верхней срединной лапаротомии у 9 (13,9%) пациентов диагностирована перфоративная язва желудка, у 55 (84,6%) – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки и у 1 (1,5%) – перфоративная пептическая язва гастродуоденоанастомоза. Классическая перфорация язвы в свободную брюшную полость установлена у 47 (72,3%) больных и атипичная перфорация – у 18 (27,7%). Среди атипичной перфорации у 14 (77,8%) пациентов перфоративная язва была прикрыта различными органами брюшной полости (большой сальник-8, желчный пузырь-2, печень-2, желчный пузырь+поперечная ободочная кишка-1, поперечная ободочная кишка-1), у 2 (11,1%) – было сочетание перфоративной язвы с кровотечением, у 1 (5,6%) – перфоративная язва задней стенки желудка с сальниковую сумку и у 1 (5,6%) – перфоративная пептическая язва гастродуоденоанастомоза. Среди осложнений перфоративной язвы значительно превалировал перитонит –

62 (95,4%) больных. По распространённости местный серозный перитонит выявлен у 2 (3,2%) пациентов, диффузный серозно-фибринозный – у 17 (27,4%) и разлитой – у 43 (69,4%) (гнойно-фибринозный-26, серозно-фибринозный-17). В I - реактивной стадии перитонита находились 8 (12,9%) больных, II - стадии энтеральной недостаточности – 39 (62,9%) и III - стадии полиорганной недостаточности – 15 (24,2%). Редко, у 3 (4,6%) пациентов, брюшная полость была „сухой” Наряду с этим у 24 (36,9%) больных имел место грубый рубцовый фибропластический спайный процесс в зоне перфоративной язвы, у 6 (9,2%) - воспалительный инфильтрат, у 4 (6,2%) - субкомпенсированный стеноз пилорoduodenальной области, у 1 (1,5%) – пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку, у 1 (1,5%) – подпечёчный абсцесс и у 1 (1,5%) – вторая хроническая язва задней стенки большой кривизны желудка. Перфоративная язва у 41 (63,1%) пациента ушита двухрядными швами (прошит сосуд в язве с гемостазом-1), по Островскому – у 23 (35,4%) и Оппелю-Поликарпову – у 1 (1,5%). Спленэктомия у 1 (1,5%) больного из-за ятрогенного повреждения. После операции умерли 5 (7,7%) пациентов (абдоминальный сепсис-2, полиорганная недостаточность-1, желудочно-кишечное кровотечение-1, расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты-1).

Выводы

1. У больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, которым выполнено ушивание язвы, обнаружены грубые патоморфологические изменения вследствие тяжелого течения язвенной болезни.
2. Выявлен высокий удельный вес атипичной перфорации – 27,7%.
3. Превалировал разлитой перитонит в стадии энтеральной и полиорганной недостаточности – 87,1%.

Рекомендации. Продолжить накопление клинического материала и изучить частоту рецидивов после ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и медикаментозной терапией препаратами протоновой помпы.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИЯ В ЛЕЧЕНИИ МКБ. НАШ ОПЫТ.

1 Катибов М.И., 2 Магомедов З.М., 3 Алибеков М.М., 4 Абдуллаев М.Р., 5 Айдамиров В.Г.

ГБУ РД ГKB №1

Введение. Большое значение в лечении больных с коралловидным нефролитиазом имеет перкутанная хирургия, которая во многих случаях выступает альтернативой открытому хирургическому вмешательству. В отделении урологии ГБУ РД ГKB №1 г. Махачкала методика перкутанной нефролитотомии (ПНЛТ) применяется с октября 2018 года.

Материалы и методы. С октября 2018 по апрель 2019 г. прооперированы 25 пациентов с камнями почек размером до $4,6 \pm 0,3$ см. Минимальный размер камня составил 1,5 см. На предоперационном этапе все пациенты были обследованы по общепринятому алгоритму. ПНЛ выполнялась под эндотрахеальным наркозом, в положении «на животе», с предварительно катетеризованными мочевыми путями на стороне вмешательства. Доступ к чашечно-лоханочной системы почки осуществлялся под сочетанным ультразвуковым и рентгенологическим контролем с установкой кожухов Amplatz 26-32. Для дезинтеграции камней нами использовался ультразвуковой литотриптор «LithoClast Master», отечественный волоконный тулиевый (Tm: fiber) лазер «Уролаз» (НТО «ИРЭ-Полус», Россия) с последующей литоэкстракцией фрагментов. Операции проводятся на оборудовании фирмы «CARL STORZ». Оперативное вмешательство завершалось с установлением нефростомического дренажа №14, 18 и 20Шр. Результаты. Эффективность одноступенчатого вмешательства «stone free»

составила через один и два доступа составила 89%. С проведением чресфистульной НЛТ или поэтапного создания второго эффективность возрастала до 96%. Интраоперационные осложнения мы отмечали 3% случаев, из них потеря доступа 0,2%, интраоперационное кровотечение 0,3%, перфорация чашечно-лоханочной системы 0,1%, резидуальные камни 0,8%. У 2 (4 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалась высокая лихорадка, которая купирована консервативными мероприятиями. Гемо- и плазмозамещающая терапия не потребовалась. Летальных исходов не было. Длительность нахождения в стационаре от 2 до 10 дней (средний показатель 5 дней).

Выводы

ПНЛТ является «золотым стандартом» в лечении больных с коралловидным нефролитиазом. Соответствующее оснащение оборудованием и расходными материалами позволило провести оперативное лечение. Опыт персонала - важный залог успешности в выполнении перкутанных вмешательств. Небольшое количество осложнений и рецидивов не является критичным и большинство из них управляемы консервативными методами лечения.

ТУЛИЕВАЯ КОНТАКТНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ МКБ. НАШ ОПЫТ.

Катибов М.И., 2 Алибеков М.М., 3 Газимагомедов Г.А., 4 Магомедов З.М., 5 Дахдугев А.М., 6 Гамидов А.А.

ГБУ РД Городская клиническая больница 1

Тулиевая контактная уретеролитотрипсия в лечении МКБ. Наш опыт. 15 мая, 2019 - 20:55 Катибов М.И., 2 Алибеков М.М., 3 Газимагомедов Г.А., 4 Магомедов З.М., 5 Дахдугев А.М., 6 Гамидов А.А. ГБУ РД «Городская клиническая больница 1» г. Махачкала. Введение: Мочекаменная болезнь (уролитиаз) - заболевание обмена веществ, которое вследствие нарушения физико-химического баланса мочи под воздействием эндогенных и экзогенных факторов проявляется образованием камней в мочевых путях. Камни могут располагаться во всех отделах мочевых путей - от чашечки до наружного отверстия уретры. Существуют различные методы дробления камней в организме человека, выбор которого зависит от типа, плотности и расположения

камня. Доказано, что уретероскопическая литотрипсия с помощью Тулиевого лазера является безопасной и эффективной процедурой. У нее есть ряд преимуществ, в частности небольшое количество осложнений и высокий уровень послеоперационной удовлетворенности. Материалы и методы. В отделении урологии ГБУ РД ГKB №1 г. Махачкала методика Тулиевой уретеролитотрипсии применяется с февраля 2018 года. В отделении урологии 1 городской клинической больницы 1 г. Махачкала для контактной трансуретральной литотрипсии камней мочевого пузыря и мочеточника активно используется отечественный волоконный тулиевый (Tm: fiber) лазер «Уролаз» (НТО «ИРЭ-Полус», Россия). Операции проводятся на оборудовании фирмы «CARL

STORZ. Результаты. В течение 8 месяцев с февраля 2016 по апрель 2019 г. оперированы 87 пациентов по поводу МКБ, камни мочеточника различной локализации с использованием трансуретральной хирургии. Все пациенты оценивались по анамнезу, медицинскому обследованию, общему анализу крови (ОАК) и биохимическим показателям, культуральным исследованиям средней порции мочи из мочевого пузыря и не-контрастной компьютерной томографии (НКТ) брюшной полости и таза. Суммарный диаметр камня определялся как сумма максимальных диаметров каждого камня. УС выполняли в положении литотомии под общей или спинальной анестезией. Также были исключены пациенты, которые перенесли УС для удаления коралловидных конкрементов. В случае, когда у пациентов с большой каменной массой выполнялись поэтапные вмешательства, учитывались только клинические данные исходной УС. В тех случаях, когда мы не могли подойти к камню из-за узкого мочеточника при первой УС, учитывались клинические данные второй УС, которая выполнялась после пассивной дилатации. Возраст больных от 18 до 70 лет (средний возраст 32 лет). Сопутствующие соматические изменения выявлены у 12 больных (гипертоническая болезнь, ПИКС, состояние после АКШ, различные формы аритмий, ЦВБ, сахарный диабет), 2 пациентов получали антикоагулянтную терапию. Объем камня от 5 до 15 мм. Остаточных фрагментов не было возможности изучить ввиду распыления камней. Сроки дренирования мочеточника зависела в зависимости фрагментации и составляла от 1 до 21 дней (в среднем - 13,1 дня). Длительность нахождения в стационаре от 2 до 6 дней (средний показатель 3 дня). Расход ирригационной жидкости (физиологический раствор) составил 400 мл - 2 литров (средний расход- 0,3 литра). Из осложнений можно отметить следующее: 1 случай интраоперационной перфорации мочеточ-

ника, что явилось причиной установки мочеточникового стента. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалась умеренная и незначительная температурная реакция, корригируемая антибиотиками. Переливаний компонентов крови не потребовалось ни в одном случае. У 2 пациентов (1,9%) отмечались остаточные фрагменты, что потребовало повторной операции secondlook. Восстановления пассажа мочи удалось добиться после удаления катетер – стента через 3 недели. В общем и целом, у 2 пациентов (1,9%) наблюдался обструктивный пиелонефрит, предшествующий УС. Этим пациентам потребовалось дренирование верхних мочевых путей методом стентирования мочеточника или чрескожной нефростомии, а так же вводился антибиотик, специфичный для их микрофлоры. УС выполняли после того, как лечение пиелонефрита было завершено, на основании лабораторных данных и общего состояния пациента. У 5 (5,7%) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалось высокая лихорадка, которая купирована консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было. Выводы. Использование универсальной лазерной тулиевой системы «Уролаз» позволяет значительно повысить эффективность эндоурологических вмешательств на верхних и нижних мочевыводящих путях и существенно снизить вероятность интраоперационной травмы и послеоперационных осложнений, что способствует повышению качества оказываемой специализированной урологической помощи. Данная методика является хорошей альтернативой полостным операциям, но позволяют значительно снизить риски послеоперационных осложнений, добиться более раннего восстановления физиологического мочеиспускания, уменьшения длительности пребывания больного в стационаре, укорочения периода реабилитации.

К ВОПРОСУ ОБ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕ СБЕРЕГАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кисляков В.А.(1), Абдулхабиров М.А.(2), Боровиков С.А.(2).

ГБУЗ ГKB им.А.К.Ерамишанцева ДЗМ, РУДН

В настоящее время внимание специалистов обращено к синдрому диабетической стопы (СДС), приносящему колоссальный экономический ущерб обществу из-за самого инвалидизирующего осложнения СДС. Эпидемиологические и клинические исследования последних 25 лет показали новые подходы в профилактике возникновения язв, одним из которых является биомеханическая коррекция нарушений функций стоп у пациентов "группы риска". Новой проблемой в хирургии СДС являются пациенты с рецидивами язвенных и гнойно-некротических поражений после органосохраняющих операций на стопе (Удо-

виченко О.В., Бреговский Г. Ю. с соавт, 2006, Кисляков В.А., 2010, 2016, Bus S.A, Ulbrecht J.S, Cavanagh P.R., 2006). Материал и методы: Было обследовано на диагностическом компьютерном программно-аппаратном комплексе «ДиаСлед-Скан» 90 больных (60 женщин и 30 мужчин) с рецидивами язвенных и гнойно-некротических поражений (РЯГНПо) СДС, после сохраняющих операций на стопе: в возрасте от 50 до 65 лет; с НИСДС – 70 пациентов и с НПСДС - 20 пациентов. Группу сравнения представляли 90 пациентов соответствующих по длительности СД, воз-

расту, форме СДС и объему перенесенной операции, но не применявшие ортопедическую коррекцию стельками, обувь или подиатрический уход за стопой. В группе исследования изучали плантарную перегрузку стопы после операции и подбирали индивидуальную модель ортопедической обуви. На «ДиаСлед-Скан» сканировали стопу, а компьютерная программа комплекса выполняла расчет плантографических и подометрических индексов стопы. Выявлено, что у пациентов после сберегающих операций на стопе (культе стопы): различных вариантов ампутаций, резекций стоп, ампутаций и экзартикуляций пальцев - отмечается распластанность переднего отдела стопы. У больных 20 распластанность II степени - коэффициент распластанности в пределах 0,43-0,45; у 70 распластанность III степени - коэффициент распластанности в пределах 0,46-0,48. Угол сустава Шопара (угол ? 1) у 20 пациентов с удаленным 2 пальцем стопы был в пределах 100 - 120°, что указывало на варусное отклонение переднего отдела стопы, а у остальных 70 - угол сустава Шопара составлял 182 - 189° и был открыт во внутреннюю сторону, что показывало варусное отклонение переднего отдела стопы. Было отклонение первого пальца (угол отклонения первого пальца ? 2: у 20 пациентов в диапазоне 35 - 47°, что соответствует II степени распластанности переднего отдела стопы; у 70 угол отклонения в диапазоне 50 - 65°, что характерно для III степени распластанности переднего отдела стопы. Было выявлено снижение подометрического индекса у 30 пациентов в пределах 2°, что указывало на плоскостопие 2 степени. У 60 больных обнаружено снижение подометрического индекса в пределах 3° - это указывает на плоскостопие 3 степени. Кроме того, отмечался Hallux valgus - не всегда симметричный и чаще варусное отклонение пятки. Помимо этого, у пациентов была выявлена плантарная перегрузка различных отделов стопы, культы стопы в 7 - 10 раз. Для улучшения результатов лечения в раннем послеоперационном периоде выполнялась ранняя ортопедическая разгрузка, позволившая добиться заживления раны и начать раннюю реабилитацию пациента. После снятия иммобилизационной полиуретановой повязки (на 14-16 суток после операции) больные начинали ходить в ортопедической обуви, которая являлась лечебным и профилактическим средством. Чаще применялись разгрузочные полубашмаки. Кроме того, сохраненная часть стопы не всегда является функциональной для ортопедической коррекции, поэтому изготавливалась сезонная индивидуальная обувь или стелька на каждую стопу (культу стопы). При прогрессировании деформации стопы, выполня-

лась коррекция через 3-6 месяцев. Пациенты носили обувь и консультировались у специалиста не реже 1 раза в год (при высоком риске язв - 1 раз в 3-4 месяца).

Результаты и обсуждение: В сроки до 3 лет нами наблюдалась исследуемая группа пациентов и группа сравнения, учитывая то, что в этот период наиболее часто возникают первичные РЯГНПо СДС. При НИСДС, в исследуемой группе повторные рецидивы возникали: лишь при травматизации стопы (таблица 3) у 26, в группе же сравнения у 56. При НПСДС при спонтанных перегрузках, травматизации обувью, травматизации при уходе за стопой в исследуемой группе у 10 больных, а в группе сравнения у всех 20. Анализ объема выполненных операций после повторных РЯГНПо НИСДС показывает, что в группе исследования операций было выполнено меньше в два раза. Более того, в исследуемой группе было выполнено высоких ампутаций меньше более чем в 2 раза, вскрытий гнойников меньше более чем в 3 раза, малых ампутаций меньше более чем в два раза и была выполнена органосохраняющая операция - повторная реваскуляризирующая операция с операцией на стопе. Анализ объема выполненных операций в случаях повторных РЯГНПо НПСДС показывает, что в группе исследования операции были выполнены у 4 больных, а в группе сравнения у 10 (больше, чем в 2 раза). При РЯГНПо НИСДС и НПСДС, после перенесенных операций, пациенты имеют деформации стоп и имеют риск повторных рецидивов. Предупреждение таких факторов риска, как плантарная перегрузка, травматизация деформированной стопы, позволяет предупредить повторные РЯГНПо СДС. Эффективным лечебно-профилактическим средством, предупреждающим повторные РЯГНПо СДС, является ортопедическая коррекция стопы (культы стопы). В случаях повторных РЯГНПо ортопедическая коррекция позволяет при НИСДС снизить количество высоких ампутаций более чем в 2 раза, вскрытий гнойников более чем в 3 раза, малых ампутаций более чем в два раза, а при НПСДС уменьшить число высоких ампутаций и вскрытий гнойников в 3 раза.

Выводы

После сберегающих стопу операций в течение 3 лет ортопедическая коррекция стопы (культы стопы) позволяет снизить количество повторных РЯГНПо НИСДС на 42,9%, а с РЯГНПо НПСДС вдвое. Ортопедическая коррекция является составной частью комплексного профилактического лечения РЯГНПо СДС.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кисляков В. А., Артемьев А.А., Захаров А.Н., Борисов А.И., Каплунов С.А., Кравченко К.В., Воробьев Г.С.

ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ.

Ишемия нижних конечностей как исход облитерирующего атеросклероза у пациентов с сахарным диабетом (СД) и без него - продолжает оставаться важной проблемой, несмотря на развитие разных вариантов, подходов и методов реваскуляризирующих операций. Часто высокая ампутация является единственным методом лечения. В РФ ежегодно выполняется до 35-40 тыс. «больших» ампутаций, а их частота составляет 23-25 случаев на каждые 100 тыс. населения. В развитых экономически странах количество высоких ампутаций варьирует от 13,7 до 32,3 на 100 тыс. населения с летальностью от 20 до 33%. Ампутации, выполненные ниже коленного сустава, сопровождаются реампутациями почти у 50% больных [Царев О.А. с соавт.. 2011, Кисляков В.А., 2013, Батискин С.А., Золотов Г.К., 2015].

Цель. Проанализировать хирургическую тактику у пациентов с критической ишемией при облитерирующем атеросклерозе и синдроме диабетической стопы.

Материалы и методы. Проспективно выполнен анализ результатов лечения 247 больных. Мы отработали тактику, позволяющую сохранить опорную часть стопы или выполнить ампутацию с сохранением коленного сустава. Показания к ампутации определялись тяжестью состояния пациента, характером и поражением артериального русла конечности, тяжестью и распространенностью деструктивного процесса, интенсивностью болей, возрастом, мотивацией пациента. По возрасту: 50-59 лет – 59 больных (24%), 60 – 70 лет – 16 - (59%), старше 70 лет – 42 (19%). Мужчин 82(23%), женщин 165 (77%). У всех пациентов имелась атеросклеротическое поражение с клиникой критической ишемии, некрозами пальцев, части или всей стопы, в ряде случаев с распространением некротического процесса на голень, вплоть до коленного сустава. Выполнялось стандартное обследование и оценкой артериального кровотока, консультацией ангиохирурга для оценки возможности реваскуляризирующей операции. Комплексная терапия включала дезагрегантную, антикоагулянтную, противовоспалительную, улучшающую реологию терапию, симптоматическую терапию с учетом сопутствующих заболеваний. Коррекция гликемии - пациенты переводились на дробную инсулинотерапию независимо от формы СД.

Результаты. Варианты ампутаций пальцев стопы, экзартикуляции; типичные и атипичные ампутации и резекции стопы были выполнены в

291 случаях. Ампутации на уровне бедра у 33 больных (в 2 случаях в виду отсутствия эффекта от орга-носхраняющих операций на стопе после реваскуляризирующей операции, в 2 случаях отмечалось прогрессирование деструктивного процесса после гильотинной ампутации на уровне н/3 голени). В 15 случаях выполнялась гильотинная ампутация на уровне в/3 бедра из-за распространенного воспалительного процесса по «влажному типу», культя не ушивалась. Гильотинная ампутация на уровне н/3 голени и в 2 случаях в с/3 выполнялись в случаях патологического процесса по «влажному типу» на стопе с прогрессированием на голень, и в случаях клиники сепсиса: 8 больных (4 в последующем выполне-на реконструктивно-пластическая ампутация на уровне в/3 и с/3 для после-дующего протезирования). 6 пациентам при локализованном некрозе по «су-ому типу», но с тяжелым коморбидным фоном, с клиникой гемиплегии (когда вероятность последующего протезирования была крайне мала) выполнялся минимальный объем - гильотинная ампутация на уровне н/3 голени. Экзартикуляция в коленном суставе выполнялась при распространении гнойно-некротического процесса до уровня в/3 голени - 6. В последующем придерживались следующего окончания лечебного процесса. После гильотинной ампутации на уровне бедра, при локализации воспалительного процесса - рана ушивалась вторичными швами с дренированием. После экзартикуляции в коленном суставе - реампутация на уровне бедра выполнялась в сроки 2-3 недель после стабилизации состояния пациента и локализации местного процесса. После гильотинной ампутации на уровне голени, реампутации на более высоком уровне с сохранением коленного сустава производилась через 2-3,5 месяца.

Выводы

Решение вопроса об ампутации нижней конечности требует комплексного подхода в оценке тактики лечения. Высокая ампутация конечности должна выполняться по жизненным показаниям в тех случаях, когда имеется «влажная гангрена», сепсис, полиорганная недостаточность и другого варианта операции для сохранения жизни пациента нет. В отдельных случаях хирургическая тактика может носить этапный характер (гильотинная ампутация на уровне стопы,

н/3 голени, бедра), направленная на локализацию воспалительного процесса, стабилизацию состояния пациента с последующей реконструкцией для социальной реабилитации пациента.

Важное значение имеет сохранение коленного сустава для последующего протезирования.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛЕДОХОСКОПИЯ ПРИ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Койчурев Р.А., Османов А.О., Абдурашидов Г.А., Койчурев Х.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Механическая желтуха в результате прорыва оболочек и элементов паразита в билиарное дерево, цистобилиарные свищи, холангит на этом фоне, стенозирующий папиллит, образование наружных желчных фистул в послеоперационном периоде, являются одними из серьезных осложнений хирургического лечения эхинококкоза печени. В материале собраны результаты лечения пациентов с эхинококкозом печени, которые находились в клинике общей хирургии за последние 10 лет, всего исследованы 1023 больных. Среди этих пациентов билиарные осложнения с развитием механической желтухи наблюдались у 232 (22,6%) больных. С целью улучшить результаты лечения этих больных мы применили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) у 22 (2,1%) пациентов и в случаях, где выполнение (ЭПСТ) было невозможно выполнили интраоперационную холедохоскопию. Всем больным в предоперационном периоде прорыв зародышевых элементов эхинококковой кисты в желчное дерево был подтвержден на основании магнитно-резонансной томографии (МРТ). Интраоперационная холедохоскопия выполнена у 210 (20,5%) больных. Размеры эхинококковых кист варьировали в пределах от 5,7 см до 11,8 см, имели различную локализацию в сегментах печени. Показания для интраоперационной холедохоскопии выставляли на основании клинических данных, динамического УЗИ, КТ, МРТ. На операции первым этапом выполнялась открытая эхинококкэктомия с наружным дренированием остаточной полости. После эвакуации содержимого эхинококковой кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости, выполняли эндоскопическую холедохоскопию, для выявления цистобилиарных свищей, их расположения по отношению к сегментарному строению пе-

чени. После холедохотомии и извлечения доступных оболочек паразита с хитином и зародышевыми элементами, в просвет холедоха проводили холедохоскоп. Во всех случаях удалось провести полноценную ревизию желчного дерева от сегментарных желчных протоков до двенадцатиперстной кишки с извлечением хитиновых оболочек и дочерних кистозных формирований паразита. Всем больным интраоперационно проводилась холангиография. После освобождения билиарного дерева выполнялся лаваж билиарного дерева озонированным физиологическим раствором в концентрации 4 мг/л. У 12 пациентов при холедохоскопии были выявлены признаки гнойного холангита. В этих случаях выполнено наружное дренирование холедоха, в остальных случаях оперативное вмешательство завершено наложением одного из вариантов билиодигестивного анастомоза, чаще холедоходуоденоанастомоза. Интраоперационная холедохоскопия с тщательной ревизией и с последующей санацией билиарного дерева, позволили существенно улучшить результаты лечения эхинококкоза печени с прорывом оболочек паразита в билиарный тракт. Таким образом, всем больным с клиническими признаками поражения билиарного дерева зародышевыми элементами паразита, показано выполнение МРТ. При подтверждении прорыва эхинококкоза в желчные пути показано при возможности, выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии. В случаях, где выполнение ЭПСТ по разным причинам было невозможно, то необходимо применение интраоперационной холедохоскопии с экстракцией оболочек паразита с дочерними кистами из билиарного дерева.

МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ПРОРЫВЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В БИЛИАРНЫЙ ТРАКТ

Койчуров Р.А., Абдурашидов Г.А., Магомедов М.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как вариант внутрипросветного оперативного вмешательства часто применяющийся вспомогательный или даже альтернативный метод при патологии желчевыводящих путей и большого дуоденального соска. Однако в литературе мало описаны результаты использования ЭПСТ при осложненном течении эхинококкоза печени, а именно при прорыве паразитарной кисты в желчные ходы. В данной работе изучены результаты лечения 232 больных с механической желтухой в результате прорыва оболочек и элементов эхинококкового паразита в билиарное дерево. ЭПСТ удалось выполнить у 22 (2,2%) больных. Размеры эхинококковых кист при чёме, варьировали в пределах от 5,7 см до 11,8 см, имели различную локализацию в сегментах печени. Показания для ЭПСТ выставляли на основании клинических данных, динамического УЗИ, МСКТ, МРТ. Больные были разделены на две группы в зависимости от сроков выполнения ЭПСТ. Все больные перенесли открытую эхинококкэктомию с наружным дренированием остаточной полости. Первую группу составили 9 больных, которым ЭПСТ была произведена до операции, и во вторую группу были включены 13 больных, где ЭПСТ применялась в разные сроки после операции, где максимально отсроченная ЭПСТ была выполнена на 36-е сутки после операции. В первой группе были 5 больных с прорывом хитиновой оболочки паразита в билиарное дерево, 3 больных с холангитом, и 1 больной с явлениями стенозирующего папиллита и со стой-

кими явлениями холангиоэктазии биарного дерева на УЗИ. Во второй группе больные имели длительное желчеистечение по наружному дренажу, в связи с формированием цистобилиарных свищей. В первой группе больных, в 5 случаях удалось выполнение ЭПСТ, с удалением оболочек паразита с дочерними кистами из общего желчного протока. У остальных больных из первой группы, как в трех случаях холангита и стенозирующего папиллита, выполнение ЭПСТ улучшил эффект от дальнейшей проведенной операции на вторые-третьи сутки после ЭПСТ, в связи декомпрессии биарного тракта, лаважом желчного дерева и спадениями явлений желтухи. Во второй группе больных после ЭПСТ удалось добиться закрытия цистобилиарных свищей и прекращения желчеистечения по наружному дренажу у 7 больных. У четверых больных ЭПСТ значительного эффекта не принесло, в трех случаях была дополнительно выполнена эндоскопическая чресдренажная фистулокаваскопия с лазерной коагуляцией свищей, в одном случае потребовалось выполнение повторного оперативного вмешательства с ушиванием цистобилиарного свища. Всем больным после ЭПСТ выполнялся лаваж биарного дерева озонированным физиологическим раствором в концентрации 3000 мкг/л. В анализируемой группе больных у двух больных имелось нагноение остаточной полости, которое разрешилось на 16-е, 18-е сутки после операции.

ОЗОНИРОВАННЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ ПРИ ПУНКЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Койчуров Р.А., Абдурашидов Г.А., Алиев Б.О., Койчуров Х.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Представлены результаты пункционного лечения под контролем УЗИ и лапароскопии у больных с абсцессами печени различной этиологии. В данном исследовании охвачены 182 больных абсцессами печени различной этиологии. Из них у 27 пациентов применены транспариетальные вмешательства: под контролем видеолапароскопии - в 9, и ультразвукографа - 18 случаях. Амебные абсцессы были - у 8 (29,6%), бактериальные - у 7 (25,9%), холангиогенные - 2 (7,4%), нагноившиеся гематомы - 3 (11,1%), нагноившиеся остаточные полости после эхинококкэктомии печени

- 7 (25,9%). У всех 27 пациентов выявлены одиночные абсцессы печени. Показания к пункционному вмешательству выставлялись с учетом топографических особенностей локализации абсцесса, характера гноя, наличия висцеропариетальных спаек вокруг печени, что значительно облегчает задачу пункционного лечения абсцессов печени под контролем УЗИ. Выполнимость эндовидеохирургического вмешательства оценивалось до операции на основании ультразвукового исследования у 23(85,1%) больных и компьютерной томографии в 7(25,9%) случаях. У

18(66,6%) пациентов транспариетальные вмешательства были выполнены под местной анестезией – под контролем УЗИ. В 22(81,4%) случаях вмешательства проведены по срочным показаниям в течение первых-вторых суток с момента поступления больных в стационар. У 6(22,2%) пациентов в выполнении лечебной процедуры, из-за их небольших размеров (не более 4 см), возникли проблемы технического характера: в 2(7,4%) случаях, когда производилось пункционное лечение под контролем УЗИ и в 4(14,8%) случаях при выполнении пункции и дренирования под видеолaparоскопическим контролем. В 4(14,8%) случаях после пункции гнойного очага под контролем УЗИ, выполнено дренирование двухпросветным дренажом. При чреспеченочной пункции абсцесса печени под контролем ультразвука пункционную иглу вводили в полость образования через ткань печени, рассчитывая отступ на 1,0-1,5 см от края фиброзной капсулы абсцесса. После пункции производили промывание гнойной полости антисептическим раствором озонированного физиологического раствора в концентрации ОЗ 5000 мкг/л; при амёбных абсцессах обработку дополняли использованием раствора метрогила. При эндоскопической операции пункцию абсцесса выполняли с помощью 10-миллиметрового троакара-присоски, исключая подтекание содержимого гнойной полости в свободную брюшную полость, для профилактики возможного развития перитонеальных явлений. Все манипуляции по одномоментной пункции,

эвакуации содержимого абсцесса, и промывания полости, осуществляли переключением двухходового краника, прикрепленного к пункционной игле. Это позволяло использовать режимы аспирации-ирригации аквапуратора, в том числе при подсасывании к концу иглы стенок или содержимого абсцесса. Кроме того, важным моментом являлась возможность проведения закрытой антисептической обработки полости абсцесса, т.е. сразу после эвакуации ее содержимого до вскрытия фиброзной капсулы. Дренирование абсцессов проводили: одиночными катетерами Huisman калибра 7-8 Fr 6 пациентам; в 3 случаях, когда диаметр гнойника превышал 10 см, использована методика двойного дренирования с проточной санацией полостей с применением катетеров калибра 20-25 Fr. В трех случаях (11,1%) отмечено поступление содержимого полости абсцесса в свободную брюшную полость и у них имели место явления местного перитонита. Возникшие осложнения ликвидированы консервативным путем, проведением массивированной антибактериальной терапии. У 1(3,7%) пациента в силу неадекватного дренирования гнойной полости выполнена лапаротомия. Длительность пребывания больных в стационаре при пункционном методе лечения абсцессов печени составила $8,6 \pm 1,2$ к/дня, при дренажном способе лечения - $13,4 \pm 1,4$ к/дня.

ПЕРСПЕКТИВА ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ КИСТ

Койчугев Р.А., Османов А.О., Алиев Б.О., Койчугев Х.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

С целью выбора оптимальной тактики хирургического лечения больших кист печени нами анализированы результаты лечения 889 больных с эхинококкозом печени, которые находились под нашим наблюдением за последние 13 лет. Среди наблюдавшихся нами пациентов первичный эхинококкоз имелся у 811 (91,2 %) больных, рецидивный – у 78 (8,8 %). Монокистозный эхинококкоз выявлен у 648 (72,9 %) больных, а множественные кисты – у 241 (27,1 %) пациента. Кисты более 15 см в диаметре имелись у 233 (26,2 %) больных, из них одиночные кисты печени наблюдались у 174 (74,6 %) больных, две большие кисты – у 25 (10,9 %), одна киста более 15 см в диаметре в сочетании с кистами меньшего диаметра у 34 (14,5 %) пациентов. Все пациенты были разделены на две группы: основная группа (127 больных), которым выполнена эхинококкэктомия печени без уменьшения фиброзной полости. Контрольная группа (106 больных) – открытая эхинококкэктомия печени с уменьшением

остаточной полости. Из них частичная перикистэктомия, инвагинация, капитонаж были выполнены 76 пациентам, полная ликвидация остаточной полости капитонажным способом – 30 больным. В основной группе больных объем остаточной полости на 5-е сутки после операции составил 75,6 % от исходной ($p < 0,05$), на 10-е сутки 63,4 % ($p < 0,05$), на 15-е сутки 57,2 % ($p < 0,05$). Цистобилиарные свищи имели место у 107 (84,2%) (ДИ95% = 0,7%:0,89%). Нагноение остаточной полости имело место у 23,7% больных (ДИ95% = 0,16%:0,35%), которым в послеоперационном периоде проводилось санация остаточной полости озонированным физиологическим раствором. Полная редукция остаточных полостей в основной группе наступила к 43 ± 17 суткам ($p < 0,05$). В эти же сроки были удалены дренажные трубки. В контрольной группе больных раскрытие ушитой полости в послеоперационном периоде произошло у 32 (30,2%) больных (ДИ95% = 0,25: 0,46), из них полная ликвидация остаточной полости капитонажным способом

было выполнено 13 больным (ДИ95% = 0,6:0,2), наружное дренирование уменьшенной остаточной полости - 19 пациентам (ДИ95% = 0,11:0,27). Высокую эффективность оперативного лечения в основной группе больных составляли 76,3%, а

в контрольной – 66,0 %. Сроки лечения больных в основной группе больных составили 43 ± 17 сутки ($p < 0,05$), а в контрольной - 54 ± 11 сутки ($p < 0,05$).

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Корейба К.А. (1) Минабутдинов А.Р. (2)

Кафедра хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, к.м.н., засл. врач РТ, заведующий центром «Диабетическая стопа», г.Казань

Хирург центра «Диабетической стопы» ГАУЗ «Клиника медицинского у

Одним из критериев достоверности результатов научных изысканий в настоящее время является воспроизводимость данных. Клиническая значимость результатов исследований – основополагающий принцип. В ее основе лежат эффективность и исходы лечения. Истинный клинический исход – это клиническое проявление, которое имеет существенное значение для пациента. Косвенный критерий оценки – лабораторные показатели и/или симптомы, которые заменяют клинически значимый исход. Больным обеим групп применялась внедренная нами в практическую деятельность методика «step-by-step medical-surgical approach» (патент №2506894 от 20.02.2014 г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ). На основании данных обследования больные внутри групп распределялись на две когорты: 1) пациенты с нейроишемической формой СДС с уровнем хронической артериальной недостаточности (ХАН) III-IV ст. и требующие незамедлительной артериальной реконструкции; 2) пациенты с нейроишемической формой СДС с уровнем ХАН II ст., с трофическими поражениями мягких тканей, без показаний к реваскуляризации. Следующим этапом в лечении больных обеих когорт внутри групп являлся дебридмент дефекта – aggressive surgical treatment. Этот этап был идентичен для всех пациентов когорт обеих выделенных групп. С целью закрытия дефекта у больных основной группы применялись современные матрично-пластические материалы с заданным периодом биодеградации (патент №2619257 от 12.05.2017 г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ); у больных контрольной группы – аутодермопластику расщепленным свободным кожным лоскутом или интерактивные перевязочные материалы. Final treatment и общее лечение, проводимое всем пациентам, было идентично. Для оценки результатов лечения использовали клинические значимые для пациентов величины – исходы: благоприятный и неблагоприятный. К благоприятным исходам относили: эпителизация дефекта, купирование клинических признаков. К неблагоприятным: незаживление дефекта, осложнения, ампутацию на уровне стопы и выше, смерть пациента. Основная группа больных: с

благоприятным исходом – А ($n=49$), с неблагоприятным исходом В ($n=0$), всего $A+B=49$. Контрольная группа больных: с благоприятным исходом – С ($n=107$), с неблагоприятным исходом D ($n=19$), всего $C+D=126$. Нами учитывались следующие показатели: 1. Частота благоприятных исходов в основной группе (ЧБИОГ) = $A/(A+B)$. 2. Частота благоприятных исходов в контрольной группе (ЧБИКГ) = $C/(C+D)$. 3. Частота неблагоприятных исходов в основной группе (ЧНИОГ) = $B/(A+B)$. 4. Частота неблагоприятных исходов в группе контроля (ЧНИКГ) = $D/(C+D)$. 5. Снижение относительного риска исследуемых групп (СОРИГ) = $(ЧНИКГ-ЧНИОГ) \cdot 100\%$. 6. Снижение абсолютного риска исследуемых групп (САРИГ) = $ЧНИКГ-ЧНИОГ$. 7. Повышение относительной пользы (ПОП) - этот показатель определялся как относительное увеличение частоты благоприятных исходов в основной группе по сравнению с контрольной по формуле: $ПОП = (ЧБИОГ - ЧБИКГ)/ЧБИКГ \cdot 100 \%$. 8. Число больных, контрольной группы, которых необходимо лечить за определенное время, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (ЧБНЛ) = $1/САРИГ$. При интерпретации результатов исследования, согласно указанным выше формулам, нами получены следующие данные: ЧБИОГ = 1. ЧБИКГ = 0,84. ЧНИОГ = 0. ЧНИКГ = 0,16. СОРИГ = 16%. САРИГ = 0,16. ЧБНЛ = 6,25. Заключение. 1. Применение в основной группе предложенной нами технологии лечебного процесса у пациентов с трофическими дефектами мягких тканей при синдроме диабетической стопы способствует эпителизации дефектов и купированию клинических проявлений заболевания, что ведет к благоприятным исходам в 100% случаев. 2. У больных контрольной группы случаи неблагоприятного клинического исхода составили 16%. 3. Благоприятный исход при практическом применении методики лечения пациентов контрольной группы ожидаем у каждого 6,25 пациента. 4. Повышение относительной пользы предложенного лечения составило 19%.

УПРАВЛЯЕМАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Корейба К.А. (1) Минабутдинов А.Р. (2)

Кафедра хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, к.м.н., засл. врач РТ, заведующий центром «Диабетическая стопа», г. Казань

Хирург центра «Диабетической стопы» ГАУЗ «Клиника медицинского у

Улучшение качества лечения раневых дефектов кожи и мягких тканей у пациентов с синдромом диабетической стопы, повышение продуктивности хирургического пособия при данной патологии. Внедрение в клиническую практику и изучение эффективности новых научных разработок путем применения биопластических коллагеновых материалов. На основе совокупности морфофункциональных и технологических признаков все биопластические материалы классифицированы на две группы: 1) матрично-пластические; 2) матрично-целлюлярные. На основании данных обследования больные распределялись на две когорты: 1) пациенты с нейроишемической формой СДС с уровнем хронической артериальной недостаточности (ХАН) III-IV ст. и требующие незамедлительной артериальной реконструкции; 2) пациенты с нейроишемической формой СДС с уровнем ХАН I-II ст., с трофическими поражениями мягких тканей, без показаний к реваскуляризации. Реконструкция магистрального артериального русла проводилась на базе отделения сосудистой хирургии и отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Следующим этапом в лечении больных с язвенными дефектами нижних конечностей при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы являлся дебридмент дефекта. Больные первой группы проходили его после сосудистой реконструкции. После очищения раневого дефекта, проводили имплантацию в ткани раны биопластического материала на основе нативного коллагена I типа и аппликацию биопластического материала (гиалуроновая кислота 90% + коллаген 10%) в виде мембраны. При нейроишемической форме синдрома диабетической стопы нарушается взаимоотношение белковых фракций, а именно дезорганизация коллагена, имеющего исключительно важное значение в течении репаративно-пролиферативной фазы раневого процесса. Нарушается физиологическое течение раневого процесса, происходит хронизация язвенного дефекта и развитие раневой кахексии, что непременно приводит к нарушению обменных процессов в ране, длительному течению,

снижение реактивности, отсутствие тенденции к самостоятельной эпителизации. Введение и наложение биоматериала технически осуществляется на фоне «чистого раневого поля». Перевязки после имплантации производили в среднем 1 раз в 3-5 дней. Перевод больных на амбулаторное наблюдение осуществлялся на 5-7 сутки с момента имплантации и аппликации биоматериала. Расчет абсолютной площади раневого дефекта при данном методе сложен в связи с тем, что при применении пластического биоматериала эпителизация происходит не только от «периферии к центру», как при физиологическом течении раневого процесса, но и от «центра к периферии», в местах введения в рану нативного коллагена 1-го типа. Затем посчитываем относительную скорость заживления. Относительная скорость заживления ран определялась с помощью формулы: $RSH = (1 - S1/S0) \cdot 100\%$, где S1 – площадь язвы через определенное количество дней после имплантации биоматериала, S0 – первоначальная площадь язвы.

Результаты: 1. Увеличилась относительной скорости заживления раневого дефекта (RSH), 2. Эпителизация раневого дефекта началась на $10,3 \pm 2,8$ сутки. 3. Ни в одном случае применения данного препарата нами не было отмечено гипертрофического рубцевания.

Выводы

1. Некрэктомия методом ультразвуковой гидрохирургической обработки является наиболее эффективной в отношении раневой биопленки, девитализированных тканей. 2. Применение биопластического материала при синдроме диабетической стопы увеличивает скорость заживления раневого дефекта. 3. Данная методика позволяет сократить среднее пребывание больного в круглосуточном стационаре, с переводом его на лечение в условиях дневного стационара или амбулаторное наблюдение.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИБРИДНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА НА ФОНЕ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О., Китаева М.А., Никитина Т.О.

ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им.акад. И.П.Павлова

Введение. Проблема острого холангита и билиарного сепсиса за последние годы не только не утратила своей актуальности, но и стала беспокоить все большее число практикующих хирургов. Среди всех вариантов течения наиболее сложными в плане формирования лечебно-диагностического алгоритма являются холангит и билиарный сепсис, развившиеся на фоне холецистохоледохолитиаза. На сегодняшний день ключевым моментом на пути к улучшению результатов лечения у данной категории больных является использование гибридных хирургических технологий.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом.

Материалы и методы. С 2015 по 2018 г. в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПБГМУ им.акад.И.П.Павлова было пролечено 126 пациентов с острым холециститом и холангитом, а также с острым холециститом и билиарным сепсисом, развившимися на фоне холецистохоледохолитиаза. Выполнялись следующие виды гибридных операций: одномоментная лапароскопическая холецистэктомия с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЭПСТ), одномоментная ЛХЭ с ЭПСТ по методике «Рандеву» и литоэкстракцией (ЛХЭ+Р-ЭПСТ) и одномоментная ЛХЭ с лапароскопической холедохолитотомией (ЛХЭ+ЛХЛТ). Соответственно выполняемому виду хирургического вмешательства пациенты были разделены на 3 группы. По результатам лечения в каждой группе больных были проанализированы: частота и характер послеоперационных осложнений, общее время операции, тотальность литоэкстракции, частота конверсий, летальность, длительность койко-дня, экономические затраты.

Результаты. Острый холангит был диагностирован у 101 больного (80,2%), билиарный сепсис – у 25 (19,8%). При первоначальном рандомизированном исследовании среди 63 больных во всех трех группах имелись достаточно высокие показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности. После детального разбора каждого случая лечения для каждой из использованных методик был определен спектр

показаний: ЛХЭ+ЭПСТ и ЛХЭ+Р-ЭПСТ – единичные конкременты размерами менее 1,5 см; ЛХЭ+ЛХЛТ – множественные конкременты или единичные размерами более 1,5 см. Для оценки их эффективности было проведено повторное исследование, в ходе которого в каждой группе был проведен сравнительный анализ полученных данных до определения показаний для выполнения каждой методики и после. В группах ЛХЭ+ЭПСТ и ЛХЭ+Р-ЭПСТ статистически достоверно уменьшилось общее время операции, повысилась тотальность литоэкстракции, снизилась частота послеоперационных осложнений и летальность, а также экономические затраты на лечение. При множественном холедохолитиазе и размере конкрементов более 1,5 см отмечалась большая эффективность одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ по сравнению с аналогичной группой пациентов, которым выполнялось эндоскопическое вмешательство, ввиду меньшей вероятности интраоперационной конверсии, большей тотальности литоэкстракции, меньшей частоты послеоперационных осложнений, летальности, длительности койко-дня и экономических затрат на лечение. Также было отмечено, что использование методики «Рандеву» достоверно сопровождается меньшей вероятностью возникновения в послеоперационном периоде острого панкреатита и летальностью в результате развития тяжелой его формы, а также повышением экономической эффективности лечения.

Выводы:

1. При развитии на фоне холецистохоледохолитиаза острого холецистита, холангита и билиарного сепсиса показано выполнение одномоментных гибридных хирургических вмешательств.
2. В случае множественного холедохолитиаза или при наличии единичных конкрементов размерами более 1,5 см показано выполнение одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ.
3. При наличии единичных конкрементов размерами до 1,5 см следует выполнять одномоментную ЛХЭ и эндоскопическую санацию билиарного тракта, при этом при выполнении ЭПСТ следует использовать метод «Рандеву».

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ У БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

**Корольков А.Ю., Китаева М.А., Попов Д.Н., Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Байсиев А.Х.,
Ахматов А.М.**

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова

Частота холедохолитиаза при желчекаменной болезни (ЖКБ) достигает 30—35% общего числа больных. Беременные на разных сроках гестации не являются исключением из данной статистики. В свою очередь холедохолитиаз, по данным литературы, причина желтухи у 7% беременных.

Цель работы: определить тактику ведения беременных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 18 беременных на разных сроках гестации, обратившихся в экстренном порядке с клиникой желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом без осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, за 2015-2018 г. Среди данных пациенток: - у 5 пациенток установлен диагноз ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. - у 6-ти - ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. - у 1-ой ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. - у 3-х ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. - у 3-х в анамнезе выполнена холецистэктомия, из них у 2-х поставлен диагноз ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха; и у 1-ой ЖКБ. Холедохолитиаз.

Результаты. Все пациентки данного исследования поступили в НИИ хирургии и неотложной медицины в экстренном порядке. Из них большинство (10 пациенток) было во II триместре беременности (14-27 нед), одна на I триместре гестации (до 15 нед), 7 пациенток на III триместре (28-40 нед). В условиях СОСМП всем пациенткам было выполнено в обязательном порядке лабораторные и инструментальные исследования-клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Данные исследования подтвердили у всех пациенток наличие ЖКБ. При подозрении на холедохолитиаз (данные УЗИ- расширение холедоха более 1 см, дефекты наполнения в нем, повышение общего билирубина, объективно или анамнестически иктеричность склер и кожных покровов при наличии ЖКБ) пациенткам выполнялось МРТ-холангиопанкреатография, по данным которой устанавливался окончательный диагноз холедохолитиаза. На выбор тактики лечения беременных с холедохолитиазом влияли такие факторы как срок гестации, количество госпитализаций, связанных с данной патологией, ответ на консервативную терапию, наличие или отсутствие острого холецистита, механической желтухи. Пациентки, не требующие оперативно вме-

шательства (положительный ответ на консервативную терапию с полным купированием клинической симптоматики, отказ пациенток от активной оперативной тактики) заносились нами, в так называемый «чек-лист», амбулаторно наблюдались во время всей беременности и были успешно прооперированы после родоразрешения, стандартными методиками, принятыми в НИИ хирургии и неотложной медицины для лечения желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Пациентки с установленными диагнозами: -ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха -ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха - ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз - ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха были оперированы в нашем учреждении с использованием 3-х методик. При сроках гестации до 34 нед, наличии конкрементов в холедохе до 1,5 см, четкого определения количества конкрементов в холедохе при МРХПГ, выполнялась ЛХЭ+ ЭПСТ по методике «Рандеву» без рентген-контроля. Данная методика, разработанная в НИИ хирургии и неотложной медицины, достоверно сопровождается меньшей вероятностью возникновения в послеоперационном периоде острого панкреатита и летальностью в результате развития тяжелой его формы, а также повышением экономической эффективности лечения, а так же позволяет проводить данное исследование без влияния рентгеновского излучения на плод. Вторая методика включала традиционную холецистэктомию с дренированием холедоха по Керу. Данный способ использовался у пациенток на больших сроках гестации (III триместр от 34 нед) и при наличии множественных конкрементов в холедохе, а также единичных более 1,5 см. Так же была использована стандартная методика ЭПСТ без рентген-контроля с эндоскопической литоэкстракцией для пациенток с диагнозом ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. В 1 случае пациентке на 38 неделе гестации с данным диагнозом выполнено первым этапом кесарево сечение, вторым этапом ЭПСТ с использованием ретроградной холангиопанкреатографии, эндоскопическая литоэкстракция. Следует отметить, что у всех прооперированных пациенток родоразрешение в срок, новорожденные 8/9 баллов по Апгар.

Заключение

При подозрении на холедохолитиаз необходимо выполнять МРТ-холангиопанкреатографию. Непрооперированные беременные с симптомным течением холецистохоледохолитиаза должны заноситься в «чек-лист» хирургических стационаров, занимающихся данной патологией

и имеющих в штате акушеров-гинекологов. При отсутствии положительного ответа на консервативную терапию показано оперативное лечение, причем ЛХЭ с ЭПСТ по методике «Рандеву» является методом выбора вне зависимости от срока беременности.

УСПЕШНЫЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ, У ПАЦИЕНТА С ОЧАГОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ.

Корольков А.Ю., Байсиев А.Х., Хон А.Э., Баландов С.Г., Ким Р.В., Ахматов А.М., Никитина Т.О., Китаева М.А., Попов Д.Н.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова

Целью оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж должна быть не только профилактика ущемления и устранение самого дефекта. Важную роль играет качество жизни пациента, особенно если это молодые люди трудоспособного возраста или спортсмены. Поэтому в рутинной практике, ненатяжная герниопластика (более простая в техническом исполнении, но не дающая хорошего функционального результата) непременно должна уступить место методам полноценной реконструкции передней брюшной стенки, которые восстанавливают анатомию брюшной стенки и срединную линию фиксации мышц живота, тем самым восстанавливая функциональность брюшного пресса. Конечно же, подобные операции должны выполняться при отсутствии противопоказаний и достаточном опыте и подготовке специалистов. К сожалению, не всегда имеется возможность выполнить подобные операции ввиду высоких рисков осложнений у пациентов со значимой сопутствующей патологией. В таких ситуациях встает вопрос о ненатяжной герниопластике. Ниже представлен случай успешного лечения гигантской послеоперационной вентральной грыжи, которая возникла вследствие эвентрации у пациента, перенесшего АКШ и протезирование митрального клапана. Так же, ситуация была осложнена тем, что в анамнезе пациент перенес цистпростатэктомию с формированием илеокондуита по Брикеру по поводу рака мочевого пузыря и рака предстательной железы. В раннем послеоперационном периоде имела место несостоятельность в области кондуита, перитонит и ряд других осложнений и многократных повторных вмешательств, которые привели к эвентрации. Вследствие чего и образовалась вентральная грыжа. Так же у пациента имели место частые обострение пиелонефрита и лимфостаз нижних конечностей, что требовало периодических курсов антибиотикотерапии. Это

привело к формированию антибиотикорезистентной флоры - что было выявлено при многократных посевах из раны. Конduit был выведен в виде илеостомы, через правую прямую мышцу живота, что явилось одной из причин отказа от реконструктивной операции ввиду риска нарушения работы кондуита. Кроме этого, натяжение тканей при сопоставлении краев диастаза могли привести к формированию парастомальной грыжи в будущем. После обследования было принято решение выполнить пациенту ненатяжную герниопластику сетчатым имплантом с изоляцией протеза между лоскутами грыжевого мешка по оригинальной методике (патент № 2647148 от 2018г.) - что и было сделано. На 6 сутки появились признаки гнойного воспаления в ране, симптомы SIRS. Пациент был взят на операцию - ревизию раны. Выявлено некротическое расплавление верхнего лоскута грыжевого мешка, который ограничивал сетчатый протез от подкожной жировой клетчатки. Выполнена некрэктомия без удаления сетчатого протеза и наложена ВАК-система поверх него. На терапии отрицательным давлением (100 мм.рт.ст.), за две смены ВАК-системы (10 дней) рана полностью очистилась, появилась грануляционная ткань. Наложены вторичные швы. После чего рана зажила вторичным натяжением. Швы сняты на 21 сутки амбулаторно.

Выводы

Своевременное выявление осложнения, активная хирургическая тактика, грамотная смена антибактериальной терапии и применение ВАК системы позволило справиться с нагноением раны без удаления сетчатого импланта.

КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ СРЕДСТВАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

**Костюченко Л.Н.(1), Михайлянц Г.С.(2), Данилов М.А.(1), Костюченко М.В.(3), Круглов А.Д.(1),
Носкова К.К.(1), Лычкова А.Э.(1)**

*ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логанова,
Каф. хирургии РМАПО на базе ГКБ №4,
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва*

Анемия и преданемические состояния ухудшают прогноз колоректального рака (КРР) и могут способствовать неоангиогенезу, являющемуся важнейшим фактором выживания опухолевых клеток (Рукавицын О.А. с соавт., 2018). С другой стороны, анемия может развиваться не только как результат самого патологического процесса, но и вследствие химиотерапии (ХТ) или радиотерапии. Дефицит железа напрямую связан с алиментарной и нутриционной недостаточностью.

Цель – определить возможность коррекции ЖДС препаратами нутриционной поддержки.

Материал и методы. Обследован 51 пациент с оперированным КРР Т3N1M0 и Т4N0M1. Нутриционный статус оценивали с помощью алиментационно-волеимического диагноза (АВД) в баллах по Л.Н.Костюченко, состав тела - биоимпедансным методом на аппарате МЕДАСС-01, обмен железа - по его основным маркерам (ферритин сыворотки, насыщение трансферрина железом, эритроцитарные показатели - насыщение эритроцита железом и др.), определяли также стандартные параметры, в том числе, Hb и Ht, количество и средний объем эритроцитов, содержание Hb в эритроците. Стадирование опухолей - по TNM. Применявшиеся схемы ХТ - в соответствии со стандартами RUSSCO 2017.

Результаты. ЖДС состояния при КРР имели несколько стадий. Прелатентный и латентный дефицит железа, а у нескольких пациентов и легкая степень анемии соответствовали, как правило, неметастатическому КРР Т1-2, Т3N0M0 и нарушениям нутритивного статуса (НС) чаще 1-2 степени тяжести со средним и низким нутриционным риском (НР). Этим пациентам удавалось корригировать НС и железодефицит

препаратами нутритивного действия. Пациенты с Т3N1M1 и Т4N0M1, как правило, имели НС 3 степени тяжести по АВД и высокий НР. Им средствами нутритивной поддержки не удавалось обеспечить потребности в железе, и в структуру нутритивной коррекции в качестве фармаконутриента дополнительно вводили препараты несорбированного или сорбированного на специальной матрице (ironMatrix) железа, которая гарантировала стабильность комплекса железа и контролируемое его высвобождение в организме (железо Ш изомальтозат). Препараты на матрице предпочтительны. При более высоком дефиците железа (анемии средней и тяжелой степени) были показаны уже ЭПО или переливание эрмассы.

Выводы

1. Анемии при КРР могут развиваться не только как результат самого злокачественного образования, но и возникать ятрогенным путем как следствие ХТ и неадекватного нутриционного сопровождения. 2. Железодефицитные состояния (до развития клинически выраженной анемии) доступно корригировать с помощью комплексных программ нутритивной поддержки. При недостаточной эффективности дополнительная коррекция дефицита железа целесообразна препаратами железа с наличием специальной матрицы, позволяющей обеспечивать дозированное поступление железа и профилактировать осложнения, связанные с его передозировкой.

АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Кривихин В.Т. (1), Горский В.А. (2), Кривихин Д.В. (2), Армашов В.П. (2), Бакунов М.Ю. (2),
Дешнинская Л.Д. (1)**

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова*

После выполнения «малых» операций и купирования воспалительного процесса у больных с гнойными осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС) формируются раневые поверхности требующие пластического закрытия. В

этом случае выполнение ранних восстановительных операций является не только обязательным компонентом хирургического лечения, но и методом компенсации и метаболической коррекции сахарного диабета.

Целью работы явилось улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных сахарным диабетом II типа, осложненного гнойно-некротическим поражением стоп, использованием аблятивного СО₂-лазера и местным применением экзогенного монооксида азота (NO).

Материал и методы. 56 пациентам в возрасте от 43 до 82 лет были выполнены «малые» операции на стопе. Из них у 9 (15,6%) произведено вскрытие флегмон, у 10 (17,7%) – ампутации пальцев стопы с резекцией головок плюсневых костей, у 37 (66,7%) – трансметатарзальные ампутации стопы. Женщины составили 71,9% (40 человек), мужчины – 28,1% (16 человек). У 34 больных (61,5%) имелась нейропатическая, у 14 (25%) – нейроишемическая и у 8 (13,5%) – ишемическая форма СДС. Пациенты были разделены на 2 группы. В контрольной группе (26 пациентов) проводилось традиционное лечение, включающее этапные некрэктомии и местное лечение с учетом фаз раневого процесса. В основной группе (30 пациентов), в послеоперационном периоде наряду с комплексной консервативной терапией проводились этапные хирургические обработки ран СО₂-лазером и аппаратом «Плазон» в режиме NO-терапии. Оптимальные сроки выполнения аутодермопластики определяли как состоянием раны, так и с помощью транскутанной оксиметрии (TrO₂) и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Применялась аутодермопластика свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом толщиной от 0,3 до 0,6 мм.

Площадь закрываемой раневой поверхности составляла от 10 до 120 см². В ряде случаев предварительно выполнялась предтрансплантационная резекция грануляционной ткани.

Результаты и обсуждение. Наилучшие результаты приживления были отмечены при аутодермопластике перфорированным расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,4 мм. У больных с нейропатической формой СДС в основной группе площадь прижившегося кожного лоскута составила 89,1% от размера исходного трансплантата, в контрольной – 82,0%. При нейроишемической форме в основной группе эта цифра составила 52,3%, в контрольной – 41,3%. При ишемической форме происходило приживление лоскута на площади не более 5%, показатели в обеих группах практически не отличались. Стоит отметить, что у пациентов в основной группе удалось добиться значительного сокращения срока с момента выполнения первичной операции до выполнения аутодермопластики (12,7±5,3 дней, против 22,4±3,2 дней в контрольной группе).

Выводы

Выполнение ранней аутодермопластики с применением высокоэнергетического СО₂-лазера и аппарата «Плазон» в режиме NO-терапии улучшает непосредственные результаты хирургического лечения больных с гнойными осложнениями СДС после «малых» операций на стопе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОЦИКЛОВОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кулакова А.Л. (1), Протасов А.В. (1,2), Подольский М.Ю. (2), Джабиев А.А. (2)

*РУДН,
ФМБА КБ№85*

Варикозная болезнь нижних конечностей, которая наблюдается в России у 25-35% женщин и у 10-20% мужчин, ведет к развитию хронической венозной недостаточности. В настоящее время более 80% больных данной патологией оперируются в общехирургических стационарах. В последние годы внедрены новые минимально инвазивные эндовазальные термические методы лечения варикозной болезни нижних конечностей, такие как: радиочастотная абляция и эндовазальная лазерная абляция вен. Успех применения вышеуказанных методов лечения напрямую зависит от параметров венозной стенки. Ряд авторов отмечают необходимость увеличения стандартного количества циклов воздействия при радиочастотной абляции на целевую вену с целью снижения частоты рецидивов заболевания.

Материал и методы исследования. В исследование включены больные (n=102) варикозной болезнью нижних конечностей, которым выполнена радиочастотная абляция нижних конечностей. 46 пациентам (45%) проведена стандартная методика в объеме 2-2-1-1 (n=27), 2-1-1-1 (n=19) и 50 больным (55%) многоцикловая абляция в объеме 3-2-2-1 (n=33), 3-2-1-1 (n=17). Количество циклов лечения при многоцикловой абляции определялось интраоперационно с учетом параметров целевой вены. При диаметре вены, свыше 10 мм, на близлежащий к сафено-фemorальному соустью участок вены оказывалось три цикла лечения. Всем больным в послеоперационном периоде проведено ультразвуковое исследование в следующие сроки: на 1-е сутки, 5(7-е) сутки; через месяц, через полгода, через год и три года после операции. Полученные резуль-

таты. В послеоперационном периоде у прооперированных больных выявлены такие осложнения, как: аллергическая реакция (0.9%), ожог кожи (0.9%), парестезия (4.9%), поверхностный тромбоз (6.8%), тромбоз глубоких вен (2%), гематомы (14.7%). Рецидив заболевания при радиочастотной абляции составил 7% (n=7), выявлен в шести случаях (6%) при стандартной методике и в одном случае (1%) при многоциклового абляции.

Обсуждение. Многоциклового абляция продемонстрировала высокую эффективность при диаметре целевой вены, превышающем 10 мм. Следует отметить, что, по данным литературы, предельно допустимый диаметр целевой вены

может составлять 20 мм, однако, нагревание стенки вены с диаметром от 12 мм до 15 мм при трех циклах воздействия весьма значительно.

Выводы

Многоциклового радиочастотная абляция является высокоэффективным методом лечения варикозной болезни, не уступает стандартной методике радиочастотной абляции, может быть рекомендована при диаметре целевой вены более 10 мм.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Курбанисмаилова Р.Р., Магомедова С.М., Абдуллаева А.З.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой.*

Общепринятое хирургическое лечение пациентов старшей возрастной группы весьма проблематично из-за сложности определения истинной толерантности к предстоящей операции на желчных путях. В данной ситуации привлекательным является мини-доступ (МД), с разработанным нами устройством лопатка-ретрактор к комплектуем мини-ассистент при которой возможна коррекция патологии билиарного тракта (БТ) в условиях выраженного рубцово-инфильтративного изменения в подпечёночной области, протоковой патологии, при высоком операционно-анестезиологическом риске.

Цель: Изучить эффективность использования новых технических средств в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений.

Материал и методы исследования. За период 2013-2018г. было прооперировано 126 пациентов с осложненными формами ЖКБ. В зависимости от вида доступа все пациенты были разделены на 3 клинические группы. В первую группу вошли пациенты, которым была осуществлена коррекция патологии БТ из широкой лапаротомии (ШЛ)-(24), во вторую-из МД-(58) и в третью из лапароскопического доступа (ЛД)-(44). Коррекция патологии БТ из МД в 27(15,7%) наблюдениях проведена под местной анестезией+нейролептанальгезия (М/А+НЛА), а под М/А- в 14(8,1%) случаях. В группе пациентов, которым произведена ШЛ, под М/А операция выполнена в 6(1,5%) наблюдениях, а в 12 (2,9%) случаях под М/А + НЛА, так как у них имелся более высокий операционно-анестезиологический риск, равный IV классу по системе ASA. При проведении коррекции патологии БТ из МД использовано устройство мини-ассистент дополненное лопаткой-ретрактором нашей конструкции.

Результаты и их обсуждения. В группе пациентов которым произведена холецистэктомия (ХЭ) из ЛД в раннем послеоперационном периоде у 2(0,9%) пациентов имелись жидкостные скопления в подпеченочном пространстве и в проекции ложа ЖП в количестве 40 мл. В 4(18%) случаях при проведении ХЭ из ЛД была произведена конверсия: у 2(0,9%) пациентов на ШЛ, в 2(0,9%) случаях ХЭ из МД. В одном случае была произведена релапароскопия, у пациентки отмечалось интенсивное подтекание жидкости геморрагического характера по страховочному дренажу. При этом имело место умеренное кровотечение из ложа ЖП. Оно остановлено путем коагуляции биполярным электродом. Средний койко/день пребывания больных в стационаре составил 10,3±2,5. Летальных исходов не было. Пациенты которым произведена коррекция патологии БТ из МД в раннем послеоперационном периоде отмечались раневые осложнения в виде формирования инфильтрата послеоперационной ране в 2 (1,2%) наблюдениях, серомы у 1(0,6%) пациента. Средний койко/день пребывания больных в стационаре составил 11,5 ±3,7. Летальных исходов не было. В группе пациентов которым коррекция БТ произведена из ШЛ у 5(1,2%) пациентов отмечен инфильтрат послеоперационной раны, в 3 случаях (0,8%) серома. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 3 (0,8 %) пациентов. У 1 (0,2%) пациента отмечалось желчеистечение из ложа ЖП., которое самостоятельно прекратилось на 2е сутки. Среднее пребывания пациентов в стационаре после коррекции патологии БТ из ШЛ составило 14,5±3,8 койко/день. Умер 1 пациент. Причина смерти - ТЭЛА.

Заключение

Проведение коррекции доброкачественной патологии БТ из МД у пациентов старшей возрастной группы с использованием устройства мини-ассистент дополненный лопаткой ретрак-

тором нашей конструкции является более оптимальным и щадящим методом лечения осложненных ЖКБ.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Крикунов Д.Ю., Акимов В.П., Котлова Д.М., Творогов Д.А., Цыпилева Е.М., Левин Л.А., Чистяков Д.Б., Салбиев А.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

Ежегодно в мире по поводу грыж производится более 20 миллионов операций. Согласно Руководству Европейского общества по лечению паховых грыж (Руководство Европейского общества герниологов по лечению паховых грыж у взрослых пациентов M. Miserez. et al., 2014 г.) - пенетрирующая фиксация или травматические устройства, такие как шовный материал, скобы и фиксаторы приводят к локальной травме, которая может сопровождаться повреждением нервов и хронической болью. Об этом говорят и ряд авторов. 30-40% пациентов прооперированных по поводу паховой грыжи жалуются на боль, при этом около 10% - хроническую боль и около 4% - невыносимую хроническую боль (Kehlet et al. Персистирующая послеоперационная боль: факторы риска и профилактика. The Lancet. 2006).

Цель исследования Улучшение результатов лечения больных с паховыми грыжами путем совершенствования методов фиксации аллотрансплантата.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 125 пациентов, мужского пола, которым была выполнена герниопластика по методике Лихтенштейна с января 2013 года по март 2018 года на базе Кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова в Александровской больнице. Пациенты были разделены на три группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. В I группе – 43 пациента, которым произведено оперативное пособие с применением для фиксации сетчатого протеза отдельных узловых швов. Во второй группе - 42 пациента, для фиксации применялся гистосинтетический клей. И III группа - 40 пациентов, с применением самофокусирующегося сетчатого протеза с «крючками» типа ProGrip. Все оперативные вмешательства были выполнены одной бригадой хирургов. Для оценки послеоперационной боли использовали визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли (ВАШИБ). Произведена оценка качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде - опросник SF-36. Выполнен анализ послеоперационных осложнений.

Результаты. Период наблюдения составил в среднем 37 мес. Проведя анализ уровня боли в послеоперационном, имеется тенденция к уменьшению болевого синдрома при использовании клеевых композиций, а так же самофокусирующегося имплантата ProGrip. Так уже через 12 часов после операции уровень послеоперационной абдоминальной боли у пациентов с клеевым способом фиксации в 2,3 раза достоверно ниже, чем у пациентов с шовой фиксацией. А при применении самофокусирующегося имплантата в 2 раза достоверно ниже, чем у пациентов с шовным способом фиксации аллотрансплантата. В послеоперационном периоде в группе Лихтенштейна с клеевым методом фиксации (I группа) – парестезия была отмечена у 1 пациента. В группе Лихтенштейна с ProGrip (II группа) - парестезия у 1 (50%) пациента, невралгия – так же у одного (50%) пациента. В группе Лихтенштейна с шовным методом фиксации (III группа) невралгия у 3 (37,5%) пациентов, чувство инородного тела и дискомфорт в п/о области – 5 пациентов (62,5%). Рецидивов, летальных исходов не было. Средняя продолжительность койко-дня: третья группа - выписывались из стационара на 5-7 сутки (в среднем - 5,4 дня), а во второй и первой группах на 4-5 сутки (в среднем – 4,3 и 4,7 соответственно). При оценке качества жизни (SF-36) во всех компонентах качества жизни, как в физических, так и в психологических на период 1 и 3 месяцев после перенесенной операции во второй и третьей группе достовернее выше в 1,12 – 1,3 раза чем в первой.

Выводы

В раннем п/о периоде болевой синдром при операции Лихтенштейна с фиксацией герниопротеза швами был достоверно выше в 1,12-1,28 раза чем при других видах фиксации. - Качество жизни пациентов: показатели физических компонентов и общего состояния здоровья у пациентов с атравматическими методами фиксации через 1 и 3 месяцев достоверно лучше, чем в других группах. - Количество осложнений в группе с использованием травматических методов фиксации имплантата встречается гораздо чаще чем в

группах с атравматическими методами фиксации (в 4 и более раз).

РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА НА РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Крикунов Д.Ю., Котлова Д.М., Акимов В.П., Теорогов Д.А., Заркуа Н.Э.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

Основными причинами повторного обращения пациентов после герниопластики являются: развитие хронической боли, чувство дискомфорта и инородного тела в области постановки имплантата - следствие наличия местного воспалительного процесса, возникающего в ответ на имплантацию и способ фиксации любого из современных эндопротезов. В свете внедрения новых технологий в герниопластике, возникает вопросов преимущества того или иного способа фиксации эндопротезов, с точки зрения морфологической картины и степени выраженности фиброзных изменений окружающих тканей, в области фиксации.

Материалы и методы: Для ответа на поставленные вопросы нами был выполнен эксперимент, осуществлялось определение степени выраженности воспалительного процесса вокруг места фиксации. Критериями подлежащими оценки были - клеточный состав инфильтрата, распространенность клеточной инфильтрации, содержание грануляционной ткани и её вид, а также плотность микрососудов. Были взяты 28 кроликов, самцов. Фрагменты сеток имплантировались в заранее подготовленные ложа: имплантат ProGrip; полипропиленовый имплантат (ПИ) фиксированный нитью Викрил; ПИ фиксированный нитью Ультрасорб; ПИ фиксированный нитью Пролон; ПИ фиксированный нитью Капрон; ПИ фиксированный путем эндохирургическими клипсами; ПИ фиксированный клеем Гистакрил; ПИ без какой либо фиксации. Забор материала осуществлен в период с 3 дня до 6 месяцев путём повторной операции. Изготавливали срезы, окрашиваемые по Массону и гематоксилин-эозином. Изучение материала проводилось с помощью световой микроскопии. Результаты. Во всех изученных препаратах был отмечен фиброз окружающих тканей разной степени распространенности, однако различные способы фиксации имели и ряд своих особенностей: Через 6 месяцев после установки обычного имплантата без фиксации - перифокально от него имелся выраженный фиброз, формирующий вокруг него соединительнотканную капсулу, при изучении которой, выявлено её неполноценное сращение с мышцами. При имплантации сетки ProGrip – через 6 месяцев фиброз характеризовался значительно большей распространенностью и был

плотно сращен с мышцами передней брюшной стенки. При использовании не рассасывающихся нитей - имелся выраженный перифокальный фиброз, образующий вокруг швов подобие капсулы с наличием неспецифического продуктивного воспаления. В препаратах с рассасывающимися швами - фиброз характеризовался гораздо меньшей распространенностью. В срезах препаратов с танталовой клипсой - фиброз был более распространенным в сравнении с швами, а неспецифическое продуктивное воспаление широко распространялось на все виды тканей к которым прилягала клипса. При использовании для фиксации клея - фиброз характеризовался гораздо меньшей распространенностью. Максимальный радиус дегенерации пораженных тканей в области фиксации сетки достигал: 12 мм - танталовые клипсы; 9 мм – не рассасывающийся шовный материал; 7 мм – ProGrip; 5 мм - при клеевой фиксации; 5 мм –рассасывающийся шовный материал; 4 мм – имплантат без фиксации. Общеизвестно, что чем больше объем дегенерации тканей, тем больше вероятность вовлечения в воспалительный процесс нервных окончаний, что служит причиной развития хронической боли и различного рода ощущений (невралгии, парестезии, чувство дискомфорта и инородного тела).

Выводы

Раневой процесс при пластике брюшной стенки синтетическим материалом или без него в первые трое суток не имеет различия. Однако, с 3-го дня при герниопластике с сетчатым имплантатом, отмечается замедление иммунного ответа и регенерации. Раневой процесс в зоне всех видов фиксирующего материала характеризуется выраженным и длительным продуктивным воспалением, а, следовательно, в первые недели после операции при напряжении здесь имеется наибольший риск рецидива. Зона дегенерации пораженных тканей в области фиксации сетки составляет не менее 1 сантиметра в диаметре, при этом наибольшая область измененных тканей отмечена при использовании танталовых клипс (2,2 см), а наименьшая при использовании рассасывающихся нитей и клеевой фиксации имплантата (1,0 см).

УСТРОЙСТВО ДЛЯ АТРАВМАТИЧНОГО РАССЕЧЕНИЯ АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КОЛЬЦА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Логинов В.И. (1), Толмосов Ю.В. (2), Бабурин А.Б. (1,3), Паршиков В.В. (3), Дзеранов Д.Т. (2), Лунин С.А. (2)

*ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ
ГБУЗ НО "Городская больница № 33" 3) ГБУЗ НО "Городская больница №35"*

Рассечение ущемляющего апоневротического кольца во время операции грыжесечения при ущемленных паховых грыжах является одним из ключевых этапов оперативного вмешательства при данной патологии, атравматичное выполнение которого позволяет исключить интраоперационное повреждение органов, находящихся в шейке грыжевого мешка. Целью нашей работы было создание многофункционального, эргономичного в использовании инструмента, обеспечивающего быстрое и атравматичное рассечение ущемляющих мягкотканых колец (грыжевых ворот, припуцального кольца при фимозе). Предлагаемое устройство включает в себя: 1. рукоятку, которая имеет в составе верхнюю и нижнюю бранши с кольцами, которые дугообразно изогнуты в сагиттальной плоскости и перекрёстно фиксированы между собой замком с зубчатой клемальерой, при этом устройство замка рукоятки позволяет разъединять бранши инструмента; 2. рабочую часть, состоящую из подошвы и съёмного хирургического лезвия, фиксированного в салазковом замке со стопором. Металлическая подошва, представлена пятиугольником копьевидной формы, со скругленными углами с длиной прямоугольной части 40 мм и шириной 7 мм. Нижняя поверхность подошвы гладкая, верхняя поверхность подошвы имеет продольные пазы для заглубления в нее съёмного хирургического лезвия. Съёмное хирургическое лезвие фиксируется в салазковом замке со стопором, который является продолжением нижней бранши инструмента. Принцип работы с устройством следующий. В салазковый замок со стопором прикрепляется съёмное хирургическое лезвие. За счет сжатия пальцами хирурга колец перекрёстно фиксированных между собой обеих браншей инструмента, происходит сближение составных частей рабочей части инструмента и заглубление съёмного хирургического лезвия в продольном пазе верхней поверхности подошвы. Съёмное хирургическое лезвие скальпеля с защитой подлежащих тканей после проведенных вышеперечисленных манипуляций краем не режущей части располагается на верхней поверхности подошвы, перпендикулярно к ней и параллельно к её горизонтальной плоскости. Заданное положение инструмента неподвижно фиксируется зубчатой клемальерой. После фиксации зубчатой клемальерой, инструмент готов к работе. Во время выполнения рассечения ущемляющего кольца грыжевых ворот порядок работы следующий: после выполнения

доступа к грыжевым воротам, направляющий конец подошвы вводится под апоневротическое кольцо. При таком введении инструмента, грыжевые ворота оказываются отделены от подлежащей шейки грыжевого мешка, с находящимися в нем органами, направляющим концом подошвы. Рассечение ворот на дальнейшем протяжении осуществляется режущим краем съёмного хирургического лезвия при движении подошвы инструмента в плоскости параллельной шейке грыжевого мешка. Заключение. Устройство для атравматичного рассечения апоневротического кольца при паховых грыжах, за счет наличия съёмного хирургического лезвия однократного использования, не требует периодической заточки режущей части и позволяет производить вышеуказанные этапы оперативных вмешательств с максимальной быстротой и минимальным давлением на подлежащие ткани, а также атравматично отслаивать рассекаемые ткани от подлежащих образований, что в свою очередь обеспечивает снижение вероятности их повреждения и сокращает время операции. Улучшение эргономичности обеспечивается за счет наличия двух противопоставленных точек фиксации инструмента в руке хирурга, благодаря чему облегчается работа хирурга, уменьшается мануальная нагрузка и сокращается время операции.

Результаты хирургического лечения больных местно распространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом. Лукьянюк П.П.(1), Суров Д.А.(1), Соловьев И.А.(1), Сизоненко Н.А.(1), Святненко А.В.(1,2), Осипов А.В.(1,2), Безмозгин Б.Г.(1) Санкт-Петербург 1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия. 2) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия. Хирургическое лечение больных местнораспространёнными опухолями органов брюшной полости является одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Устойчивый интерес к данной проблеме обусловлен, с одной стороны, очевидной целесообразностью выполнения комбинированных резекций с целью достижения максимального радикализма, а с другой стороны – совершенствованием технологий анестезиологического обеспечения и периоперационной интенсивной терапии. Значительное число больных с местнораспространёнными злокачественными новообразованиями брюшной полости в случае

успешного хирургического вмешательства могут обосновано рассчитывать на проведение высокоэффективного комбинированного лечения и, как следствие, на продление жизни. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом. В контрольной группе больных (n=48) применялась традиционная периоперационная тактика и стандартные оперативные подходы. В лечении больных основной группы (n=35) использовалась предоперационное планирование вмешательства и эмбриологически обоснованная оперативная хирургия. Контрольная и основная группы были сопоставимы по основным демографическим показателям и характеру клинических проявлений некроза опухоли. Критериями сравнения контрольной и основной групп являлись: длительность оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, количество удаленных лимфатических узлов, частота R0-резекций, послеоперационных осложнений и летальности. Средняя длительность оперативного вмешательства в контрольной группе составила 250,4 минут и 226,5 минут - в основной. В то же время, средняя величина кровопотери в контрольной группе составила 791,2 мл, в основной - 635,1 мл. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении травматичности оперативных вмешательств у больных основной группы, что, по-видимому явилось следствием использования предоперационного планирования оперативных приемов, основанных на принципах мобилизации удаляемого органокомплекса в плоскости эмбриональных слоев. Применение данного подхода позволило существенно увеличить степень онкологического радикализма оперативных вмешательств. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в

контрольной группе составило $11,01 \pm 3,01$, а в основной - $17,81 \pm 3,14$. При этом, количество R0-резекций в основной группе удалось увеличить до 91,4% (n=32), по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил 58,3% (n=28). Частота послеоперационных осложнений в контрольной группе составила 41,6% (n=20) в основной группе 25,7% (n=9). Частота осложнений напрямую зависела от количества вовлеченных в опухолевый процесс органов и достигала 65,7% при вовлечении в опухолевый процесс четырех и более органов. В структуре осложнений у больных обеих групп преобладали пневмонии, нагноение послеоперационной раны, эвентрации. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 22,9% (n=11), при этом в основной группе больных удалось добиться снижения данного показателя до 11,4% (n=4). Причинами летальных исходов в контрольной и основной группах были тяжелый сепсис (63,6% и 25%, соответственно) и ТЭЛА (36,4,8% и 75%, соответственно). Тщательное предоперационное планирование комбинированного оперативного вмешательства, основанное на детальном анализе результатов обследования больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом, а также широкое внедрение в хирургическую практику принципов эмбриологически обоснованной оперативной хирургии позволяет не только снизить травматичность мультивисцеральных резекций, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности, но и существенно повысить их радикализм, создавая необходимые условия для проведения эффективной адъювантной терапии и, как следствие, улучшение отдаленных результатов лечения данной категории пациентов.

МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ (НАШ ОПЫТ).

Магомедов А.Г., Дибиров А.Д.

ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
МЗ РД

Цель работы. В Российской Федерации более 15% супружеских пар детородного возраста бесплодны (Кулаков В.И., 2005). Не радует заключение Комитета СФ по социальной политике, что в нашей стране сейчас 4 млн. бесплодных мужчин, что на 80% больше, чем в 2006 году. Консервативное лечение, проводимое годами традиционными и нетрадиционными методами, приносит успех лишь в единичных случаях. Несколько выше эффективность терапевтической инсеминации спермой мужа при женском бесплодии, а эндоскопические вмешательства (рассечение спаек, фимбриолизис, реканализация путем баллонной дилатации, сальпингостомия, ко-

агуляция эндометриозных бляшек и др.) не достигают радикальности. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) требует дальнейшей разработки, так как, по данным МЗ РД, в 2012 году из 164 пролеченных по федеральной квоте бесплодных женщин беременность наступила лишь у 30 (18,3%). Доступность этого метода лечения оставляет желать лучшего, потому что, по официальным данным, в настоящее время около 15 тыс. пар стоит в очереди в Республиканском центре репродуктологии. Эти методики сложны и дорогостоящи. Частота наступления беременности после эндоскопических вмешательств составляет лишь 20,8%, после микрохирургических –

36,3%, что на 15,5% выше (С.И.Михалевич и соавт., 2004). Применение микрохирургической техники для решения проблемы обтурационной формы мужского и женского бесплодия позволяет значительно увеличить шансы на физиологически доношенную беременность.

Материал и методы. Нами проведен анализ микрохирургической коррекции экскреторно-обтурационной и трубноперитонеальной форм первичного бесплодия в клинике хирургической эндокринологии Дагестанского медицинского университета у 68 больных. Оперированы 67 мужчин и 1 женщина. Длительность бесплодного брака от 2 до 13 лет. У 16 больных в результате спермографии выявлена аспермия, у 7 – олигозооспермия, у 18 – азооспермия и у 26 пациентов – астенозооспермия. При биопсии яичек по нашей методике (патент № 39060) установлено сохранение ка-нальцевого эпителия отдельными островками с единичными клетками типа сперматогониев, сперматид. Из общего количества больных микрохирургическая коррекция проходимости семенных протоков и маточных труб выполнена у 28 больных. Операции выполнялись под перидуральным обезболиванием. Хирургический доступ осуществляли, по предложенному нами доступу, одним разрезом по шву мошонки с последовательным выведением в рану яичек с семенным канатиком. Проходимость семявыносящего протока проверяли путем хромодуکتоскопии и зондирования. Анастомозы формировали на эндопротезе однорядными швами проленовыми нитками (8/0; 9/0) через адвентицию и мышечную оболочку протока. В целях предупреждения рубцового сращения и образования гранулем дистальный конец протока промывали от спермы и по ходу операции в паравазальную клетчатку в области анастомоза вводили смесь растворов новокаина, лидазы и гидрокортизона, а также после операции выполняли 6-8 инъекций лидазы в подкожную клетчатку у основания мошонки. Эндопротез удаляли на 8 сутки после операции. С обретением навыков и из соображений, что эндопротезы в дальнейшем могут вызвать аутоиммунное бесплодие через просачивание спермы в паратубальную клетчатку, мы их после наложения анастомоза удаляем. Выявлены следующие причины бесплодия: Двухсторонняя обтурация семенных протоков (7), односторонняя (8), двухсторонняя обтурация в сочетании с варикоцеле (2), двухсторонняя обтурация на протяжении в сочетании с варикоцеле (1), односторонняя обтурация в сочетании с варикоцеле слева (8), пересечение семенного протока при грыжесечении в анамнезе (1), перегиб семенного канатика в паховом канале (1), варикоцеле в чистом виде (39), трубно-перитонеальное бесплодие (1), Врожденные аномалии: Разъединение семенного протока от придатка в сочетании с головчатой гипоспазией (1), агенезия левого семенного протока с реобтурацией правого на протяжении

(1), разъединение левого придатка от яичка и обтурация хвоста правого придатка (1), крипторхизм справа (низведение левого яичка в 9 летнем возрасте, справа не было найдено) (1), синдром Клайнфельтера (1). Выполнены операции при двухсторонней обтурации семенных протоков: Двухсторонняя вазоэпидидимостомия конец в бок (3), двухсторонняя вазоэпидидимостомия конец в бок и бок в бок и выпрямление семенного протока в паховом канале после грыжесечения в анамнезе (1), вазоэпидидимостомия конец в конец слева и конец в бок справа (1), вазоэпидидимостомия конец в бок слева, справа – облитерация на протяжении (1), двухсторонняя вазоэпидидимостомия бок в бок (1), двухсторонняя вазоэпидидимостомия бок в бок с операцией Иванисевича и Яковенко слева (по 1 сл.), хромодуکتоскопия, иссечение семенных вен по Яковенко, биопсия яичек (1). При односторонней обтурации: Вазоэпидидимостомия конец в бок (7), вазовазостомия (1), вазоэпидидимостомия конец в бок в сочетании с иссечением варикозных вен по Яковенко (8), вазоэпидидимостомия с операцией Яковенко – рецидив после операции Иванисевича (1). В 19 случаях выполнено иссечение внутренней семенной вены на протяжении по Иванисевичу - Окулову, в 15 случаях – иссечение семенной вены по Мармару с оптическим увеличением и налобным освещением. При врожденных аномалиях: вазоэпидидимостомия конец в бок слева, устранение гипоспадии (1), резекция грануломатозно измененной головки придатка с эпидидимотестикуло-лостомией слева (1), удаление рудимента левого семенного протока, хромодуکتоскопия, биопсия яичек (1), хромодуکتоскопия, биопсия яичек, низведение правого яичка по В.В.Емельянову (1), низведение яичка с мастэктомией (1). Комплексная консервативная терапия несколькими курсами продолжалась и после операции. У одной больной К. 22 лет (и/б 45/0031) после 4 летнего безуспешного лечения у гинеколога, в том числе эндоскопического разъединения спаек вокруг труб и пластики по Бруа, при повторной метросальпингографии вновь выявлена полная непроходимость маточных труб. При лапаротомии доступом по Пфанненштилю выявлены поликистоз яичников, спаечный процесс вокруг труб Ш-IV, фимбрии сохранены частично, полная облитерация труб в истмических отделах, которая выявлена путем введения синьки и проведения тонкого зонда после пересечения их. Выполнено: фимбриосальпинголизис, имплантация труб в рога матки над ниппельными трубками, иссечение кист яичников. К концу операции создан искусственный гидроперитонеум из растворов полиглюкина, димедрола, химотрипсина, гидрокортизона, гепарина и антибиотика на трое суток. При метросальпингографии через два года проходимость труб сохранена. Осложнений в послеоперационном периоде у больных не было.

Результаты. Подводя итоги, к сожалению, можно констатировать, что 8 больных по выявленным на операции анатомическим причинам, не имеют шансов на рождение. Из остальных 60 больных 34 человека выпали из-под наблюдения и продолжения лечения по разным причинам. У 7 семейных пар родились физиологически доношенные дети, у 2 из них после пластики семенных протоков и у 5 – после иссечения семенных вен и комплексной консервативной терапии. Остальные 19 семейных пар находятся под динамическим наблюдением и продолжают получать реабилитационную терапию. Итак, если посчитать в процентах – рождение детей и беременность у 7 из 34 человек, которые получали

комплексную терапию в раннем и позднем послеоперационном периодах, составляет 20,6%.

Выводы

1. Микрохирургическая коррекция проходимости семенных протоков и маточных труб в сочетании с комплексной консервативной терапией позволяет значительно увеличить шансы на физиологически доношенную беременность и уменьшить материальные издержки в достижении указанной цели.

ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА В РЕГИОНЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ

Магомедов А.Г. , Абдулхаликов А.С., Тучалова А.Т.

*Кафедра госпитальной хирургии №1 ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РД
МЗ РД*

Распространенность тиреотоксикоза обусловленного токсической аденомой щитовидной железы в Республике Дагестан составляет 10 % от всех тиреотоксических состояний обусловленных гипертиреозом. Как правило, гиперфункционирующий узел в щитовидной железе трудно поддается медикаментозному лечению и хирургический метод является в нашей стране ведущим. Совершенствование визуализирующих методик и способов локального прецизионного воздействия на отдельные патологически измененные структуры обусловили широкое распространение миниинвазивных вмешательств при этом виде тиреоидной патологии.

Цель исследования: улучшение результатов малоинвазивных методов лечения токсических аденом щитовидной железы.

Материал и методы: Исследованы результаты лечения 67 пациентов с автономно функционирующим узлом (АФУ), которым провели миниинвазивные вмешательства (склеротерапия). Среди пациентов преимущественно были женщины (51 – 76,1%). Средний возраст пациента составил 52,6±4,8 лет (от 45 – до 65 лет, медиана возраста – 52,5(49; 56) лет. У 8 пациентов (11,9%) наблюдалась офтальмопатия. Диаметр АФУ составлял от 1,2 до 4,5 см. Определение гормонального статуса проводили с помощью иммуноферментного набора «Medizym® T.R.A.» и Abbott Architect. Предварительно все узлы были морфологически верифицированы по классификации The Bethesda, 2010. 70% составляли коллоидные узлы (2 группа), 30 % – фолликулярные неоплазии (4 группа). Для определения васкуляризации использовался УЗИ аппарат Sono Scape S 20 с доплерографией. Процедуру склеротерапии производили под контролем УЗИ,

пункцируя узел иглой диаметром 21G или 19G. Этанолом (95%).

Результаты: В зависимости от размера узла производилось от 2 до 6 процедур, с интервалом 2-3 недели между каждой. Так при узлах d от 1,0 до 2,0 см в среднем требовалось 2-3 процедуры. При узлах d более 2,5 см до 5-6 процедур. Эффективность метода составила около 65%. Рецидив в течение года около 20% и в течение 2 лет - 15%. Наиболее легко поддающиеся это кистозные узлы, частота рецидивов в этой группе. Химическая деструкция АФУ с помощью этанола, оказалась практически безопасным. За исключением таких осложнений как гипертермия после проведения этаноловой склеротерапии и местное кровоизлияние в мягкие ткани в месте инъекции других осложнений при проведении работы не было отмечено. Противопоказаний к процедуре не выявлено.

Выводы

1. АФУ на сегодняшний день можно дифференцировать с помощью УЗИ с доплерометрией. 2. Этаноловая склеротерапия АФУ является удобной методикой лечения пациентов не желающих проводить оперативное лечение, либо имеющих относительные и абсолютные противопоказания к хирургическому лечению. 3. При ранней выявляемости АФУ и малых размерах узла склеротерапия является более предпочтительным методом лечения. 4. Предлагается этапный метод вмешательства при АФУ: лечение начинать с миниинвазивного вмешательства и, при неудаче, выполнять резекцию щитовидной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Патахов С.П., Тухмаев А.Н., Абасов М.Н., Чоракаева Е.М.

ГБУ РД "Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева".

Изучение и определение структуры врожденных пороков развития и заболеваний, нуждающихся в хирургическом пособии в первый месяц жизни, анализ результатов лечения имеет большое значение для организации и улучшения качества хирургической помощи новорожденным. Улучшение результатов лечения этого контингента больных будет способствовать дальнейшему снижению младенческой и детской смертности в республике.

Материалы. В периоде с 1995 по 2018г.г. в хирургических отделениях ДРКБ находилось на лечении 3848 новорожденных с пороками развития и хирургическими заболеваниями. Регистрированы следующие пороки развития и заболевания: атрезия пищевода -255; врожденная кишечная непроходимость-350; атрезия анального отверстия и прямой кишки -224; врожденная диафрагмальная грыжа-92; врожденная грыжа пупочного канатика (омфалоцеле)-84; гастрошизис -113; острая форма болезни Гиршпрунга -65; врожденный пилоростеноз-171; пороки развития легких-27; пороки развития почек и мочевыводящих путей-134; врожденные кисты брюшной полости и забрюшинного пространства-24; спинно-и черепно-мозговые грыжи -225; тератома крестцово-копчиковой области -39; другие пороки развития -113; гнойные заболевания мягких тканей -735; гематогенный остеомиелит-633; острый аппендицит -5; ущемленная грыжа -45; перекрут яичка, гидатид-26; некротический энтероколит -178; перфоративный перитонит-29; другие заболевания -177; злокачественные опухоли -14; родовая травма -70.

Результаты. В структуре хирургической патологии новорожденных преобладают пороки развития -1938(50,4%) и гнойные заболевания мягких тканей и костей -1368(35,6%). Различные заболевания, характерные для детского возраста, отмечены у 458(11,9%). На долю родовой травмы (70) падает 1,8%, злокачественных опухолей (14) -0,3%. Среди пороков развития чаще всего встречаются различные варианты врожденной кишечной непроходимости (350) и со-

ставляют 18,1%. В группе заболеваний более одной трети (178-30,9%) составляют новорожденные с некротическим энтероколитом. Анализ по десятилетиям показывает, что в 2005-2014г.г., по сравнению с 1995-2004г.г., общее количество новорожденных с хирургической патологией увеличилось на 25,0%, пороков развития на - 68,6%, заболеваний – на 67,3%, родовой травмы – на 61,0% и лишь число больных злокачественными опухолями уменьшилось на 14,2%. Хирургические вмешательства выполнены 2405(62,5%) новорожденным, 1143 –не оперированы из –за отсутствия показаний, множественных и сочетанных пороков развития, несовместимых с жизнью, крайне тяжелого состояния. Хирургия новорожденных характеризуется высокой хирургической активностью, особенно высока она при пороках развития (79,0%), хирургических заболеваниях (79,3%), гнойных заболеваниях мягких тканей (65,3%), злокачественных опухолях (64,3%). Умерло 755 новорожденных, из них 617 после операций. Общая летальность составила 19,6%, послеоперационная -25,6%. Показатели летальности остаются высокими. Особенно высока она при гастрошизисе (64,8%), атрезии пищевода (61,9%), некротическом энтероколите (62,5%), злокачественных опухолях (57,1%). Причин высокой летальности много. В последнее время преобладают множественные и сочетанные пороки развития, которые чаще встречаются у недоношенных и детей с низкой массой тела, протекают на фоне внутриутробной инфекции, гипоксического поражения центральной нервной системы.

Выводы

Для улучшения организации и качества хирургической помощи детям первого месяца жизни необходимо открыть отделение хирургии новорожденных с самостоятельными анестезиологической и реанимационной службами, подготовить кадры.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЗА 30 ЛЕТ. Республика Дагестан (1989-2018г.г.).

Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Тухмаев А.Н., Садыкова М.М.

ГБУ РД "Детская республиканская клиническая больница им. Н.М.Кураева"

Острые хирургические заболеваний органов брюшной полости занимают важное место в практической деятельности участковых врачей, педиатров, общих и детских хирургов. Они составили 11,2% среди детей с хирургической патологией, находившихся на стационарном лечении в детских и общих хирургических отделениях республики за последние тридцать лет (1989-2018г.г.). На их долю падает 18,1% оперированных больных и 17,8% выполненных операций, 10,2% летальных исходов.

Материалы. Ведущее место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости занимают острый аппендицит (78,1%), ущемленная грыжа (7,9%), кишечная непроходимость (5,7%) и травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства (4,9%). Несколько реже наблюдаются первичные перитониты (1,0%), острые заболевания придатков матки у девочек (0,9%), желудочно-кишечное кровотечение (0,8%). В детском возрасте редко встречаются острый холецистит (0,4%) и панкреатит (0,1%), прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки (0,08%).

Результаты. За анализируемый период летальность от острых процессов брюшной полости снизилась более 6 раз.

Выводы

Анализ результатов лечения 53279 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, рецензия истории болезни умерших детей, разбор смертных случаев, консультация тяжелых больных в городах и районах, позволили определить: 1.Основные проблемы ургентной абдоминальной хирургии детского возраста (снижение количества дооперационных и послеоперационных осложнений; снижение летальности; исключение из практики необоснованных операций). 2.Главные причины дооперационных осложнений (позднее обращение родителей и детей за медицинской помощью; диагностические ошибки на догоспитальном этапе, в детских стационарах и хирургических отделениях; лечение детей по поводу других или неустановленных заболеваний в домашних условиях и стационарах; сочетание нескольких факторов и причин; отказ родителей от госпитализации и операции). 3.Причины диагностических ошибок (неполноценный сбор анамнеза, поспеш-

ный и поверхностный осмотр больных, недостаточное обследование, отсутствие динамического наблюдения за больными; незнание особенностей развития и течения острых хирургических заболеваний, особенно острого аппендицита; незнание клинической картины заболеваний; отсутствие настороженности по отношению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей, особенно острого аппендицита и инвагинации кишечника; необоснованное назначение на догоспитальном этапе при болях в животе жаропонижающих и болеутоляющих препаратов, антибиотиков, промывания желудка, клизм). 4.Причины послеоперационных осложнений (тяжесть первичного патологического процесса (дооперационные осложнения, позднее начало лечения, сопутствующие заболевания, преморбидный фон); дефекты хирургического вмешательства (маленький доступ, грубое обращение с органами и тканями, инфицирование раны, недостаточная остановка кровотечения, недооценка распространенности воспалительного процесса, изменений в органах, недостаточная санация очага, нерациональное дренирование брюшной полости); качество лечения и ухода (недооценка общего состояния ребенка до операции, во время операции и в послеоперационном периоде, неадекватное обезболивание, неполноценное лечение в послеоперационном периоде, невнимательное отношение к ведению больного в послеоперационном периоде); изменение иммунологической реактивности в результате длительного течения заболевания, низкий уровень естественных защитно-приспособительных механизмов); непредвиденные обстоятельства и причины). 5.Причины летальных исходов (позднее поступление больных в стационар; осложнения до операции; послеоперационные осложнения; тактические и технические ошибки при выполнении хирургических вмешательств; неполноценное лечение и невнимательный уход в послеоперационном периоде). 6.Пути улучшения результатов лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи детям, резкое уменьшение количества дооперационных и послеоперационных осложнений, повышения квалификации врачей).

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ДАГЕСТАНА - 50 ЛЕТ

Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Тухмаев А.Н.

ГБУ РД "Детская республиканская клиническая больница им. Кураева Н.М."

Введение. Первое детское хирургическое отделение на 60 коек в Дагестане было открыто в октябре 1968г. на базе первой городской больницы г. Махачкалы (ныне – РОТЦ). Работали 4 хирурга и один ортопедо - травматолог. За прошедшие 50 лет проведена большая и целенаправленная работа по организации, улучшению и совершенствованию хирургической помощи детям, открытию новых и специализированных отделений, подготовке и повышению квалификации кадров. Детская хирургия в республике организационно сложилась, сформировалась как самостоятельная научно – практическая дисциплина и занимает достойное место среди других разделов клинической медицины. Количество коек увеличилось в 9 и более раз, специалистов -28 раз, оперированных пациентов -25раз, операций - 25раз, общая летальность снизилась- 3 раза, послеоперационная летальность – более 2,5раз. В настоящее время в республике развернуто 582 койки для госпитализации и лечения детей с хирургической патологией. Общехирургическую, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь детям оказывают 140 специалистов.

Материалы. Анализ работы детской хирургической службы за последние тридцать лет (1989-2018г.г.) показывает, что в амбулаторно-поликлинических условиях и хирургических отделениях больниц выполняется значительный объем работы. Результаты. За эти годы в амбулатории и поликлинике было 5006934 посещения, выполнено 398568 амбулаторных операций. Профилактическими осмотрами охвачены 9435589 детей, у 5,0-19% выявлены различные пороки развития и заболевания. Под диспансерным наблюдением находилось 457719, их количество в отдельные годы колебалось от 1856 (1989г.) 27170 (2002г.). Хирург и ортопед в родильных домах ежегодно осматривают 70,0-90,0% новорожденных, выявляемость патологии составила примерно 7,0-12,0%. В детских хирургических отделениях г. Махачкалы, Хасавюрта, Дербента, хирургических отделениях ЦРБ и ЦГБ

находилось на лечении 476490 пациентов, выполнено 274720 оперативных вмешательств. В детских хирургических отделениях выполнено 152095 (55,4%) операций, в хирургических отделениях городов и районов общими и детскими хирургами -122625(44,6%). Экстренных операций было 109613(39,9%). Хирургическая активность составила 57,7%, среднее пребывание на койке - 10,2дней. Послеоперационные осложнения отмечены у 3571(1,3%) больного. Умерло 1932, из них 1265 (65,1%) после операций, общая летальность -0,40%, послеоперационная летальность - 0,46%. Основными причинами летальных исходов были пороки развития и хирургические заболевания новорожденных, изолированная и сочетанная черепно –мозговая травма, злокачественные опухоли. Внедрены в практику здравоохранения современные методы хирургического лечения пороков развития новорожденных, некротического энтероколита, операции при гидроцефалии и опухолях головного мозга, торакопластика по Палтия и Нассу при деформациях грудной клетки, резекции легких, реконструктивно-пластические операции при пороках развития мочеполовой системы и челюстно-лицевой области, пластические операции на почках новорожденным и детям грудного возраста, операции при опухолях средостения, основания черепа, придаточных пазух, резекция и гемигепатэктомия при опухолях печени, операции при врожденном вывихе бедра, портоэнтеростомия по Касаи при атрезии желчных путей, гепатоэнтеростомия по Ру при врожденной кисте холедоха, перевязка открытого артериального протока, антирефлюксные операции по Ниссену и Талю при желудочно-пищеводном рефлюксе, различные варианты резекции толстой кишки, при болезни Гиршпрунга, перитонеальный диализ при почечной недостаточности, в том числе новорожденным, торакоскопическая пластика диафрагмы при диафрагмальных грыжах, эндоскопические операции на селезенке, печени, придатках матки, кишечной непроходимости, остром аппендиците, варикоцеле и др.

КИСЛОРОДНЫЙ ИНДЕКС ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

*Магомедов А. М., Рамазанов М. Р., Нестеров М. И., Магомедов М. А., Газиев Р. М.,
Абдурахманова З. М., Алиев Э. А., Рамазанов М. М.*

Кафедра онкологии Даггосмедуниверситета

Введение. Предупреждение несостоятельности швов после формирования межкишечного анастомоза является актуальной проблемой.

Целью исследования является разработка нового способа оценки жизне способности шовной полосы кишки для недопущения несостоятельности швов межкишечных анастомозов ишемического генеза.

Материал и методы. В работе приведены результаты резекций кишки в эксперименте на 40 собаках и в клинике у 124 больных основной группы, у которых применен разработанный нами аппарат для исследования гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза, и у 128 больных группы сравнения, которым резекцию кишки выполняли до наших разработок. Нами исследовано насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент RU2581266 C2 в Роспатенте от 23.03.2016 г. и золотая медаль во Франции на международном инновационном салоне 11 сентября 2017 года) приводящей и отводящей петлей перед формированием межкишечного анастомоза. Межкишечные анастомозы изучены при гистологическом исследовании.

Результаты. В эксперименте на 40 собаках разработан кислородный индекс шовной полосы. Из них в группу сравнения вошли 10 собак, а в основную — 30. У 30 собак основной группы межкишечный анастомоз наложен при насыщении кислородом крови $97 \pm 1,5\%$ шовных полос, а системное насыщение кислородом артериальной крови в проекции передней лапы составило $95 \pm 1\%$. Для получения объективных результатов вычисляют кислородный индекс как соотношение показателя насыщения кислородом гемоглобина шовной полосы к показателю насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на лапе животного. Кислородный индекс (КИ) проксимальной шовной полосы равен: $КИ = (97 \pm 1,5\%) : (95 \pm 1\%) = 1,02$, что больше 1. Межкишечные анастомозы сформированы при кислород-

ном индексе выше 1. В послеоперационном периоде несостоятельности швов межкишечного анастомоза не было. При гистологическом исследовании межкишечные анастомозы были состоятельны. У 10 собак группы сравнения моделировали критическую зону шовной полосы и формировали межкишечный анастомоз в проекции перевязанного прямого сосуда после резекции ободочной кишки. В проксимальной шовной полосе межкишечного анастомоза кислородный индекс был ниже 1, и в дистальной шовной полосе также был ниже 1. В послеоперационном периоде все 10 собак умерли от перитонита вследствие несостоятельности швов на 6-7 сутки. Некрозы шовных полос обнаружены гистологически у всех 10 собак. Обсуждение. В эксперименте у 30 собак основной группы кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы при формировании межкишечных анастомозов после резекций толстой кишки обнаружен выше 1. У всех 30 собак не установлена несостоятельность швов межкишечного анастомоза. У 10 собак группы сравнения, у которых кислородный индекс шовной полосы был ниже 1 при формировании межкишечного анастомоза, умерли после операции от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза. У 124 больных основной группы, у которых кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы был выше или равен 1 в зоне межкишечного анастомоза после резекции кишки, несостоятельность швов анастомоза не установлена.

Выводы

Разработанный нами кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы эффективно исследует состояние гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза. Формирование межкишечных анастомозов после резекции кишки рекомендуем при кислородном индексе жизнеспособности шовной полосы выше или равном 1.

ГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ В ШОВНОЙ ПОЛОСЕ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА И ЕГО КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Магомедов А. М., Рамазанов М. Р., Нестеров М. И., Магомедов М. А., Абдурахманова З. М., Алиев Э.А., Рамазанов М. М.

Кафедра онкологии Даггосмедуниверситета

Введение. На современном этапе для оценки гемоциркуляции в шовной полосе кишки применяют лазерную доплеровскую флоуметрию, ангиотензиометрию по М. З. Сигалу, пульсомоторографию по З. М. Сигалу, редоксметрию, электромиографию. Но после применения этих способов и устройств установлена несостоятельность швов. Разработка нового аппарата для интраоперационной оценки жизнеспособности шовной полосы кишки при формировании межкишечного анастомоза является актуальной проблемой.

Целью настоящего исследования явилась разработка такого аппарата и его клинико-экспериментальное испытание. Материал и методы В работе приведены результаты резекций кишки в эксперименте на 40 собаках и в клинике у 126 больных основной группы, у которых применён разработанный нами аппарат для исследования гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза, и у 128 больных группы сравнения, которым резекцию кишки выполняли до наших разработок. Аппарат состоит из двух камер. Внутри первой камеры установлены 3 светодиодные лампочки. Во второй камере находится излучатель. Структура аппарата: • стабилизированный источник питания; • светодиодный излучатель «красного» диапазона; • светодиодный излучатель инфракрасного диапазона; • светодиодные излучатели видимого диапазона; • фотоприемник широкополосный; • датчик давления; • оксиметр портативный; • тонометр портативный. Для измерения кровяного давления в стенке кишки её зажимают между окуляром, который фиксирован к браншам и ободком, под которым расположена резиновая мембрана. Ангиотензиометрия в интрамуральных сосудах кишки в эксперименте и в клинике проведена по методике М. З. Сигала с помощью предложенного нами аппарата, применяя который можно исследовать и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, пульс, уровень перфузии. Исследовали шовные полосы межкишечного анастомоза нашим аппаратом. Межкишечные анастомозы изучены при гистологическом исследовании.

Результаты. У 30 собак основной группы межкишечные анастомозы сформированы после

резекции кишки при кровяном давлении в интрамуральных сосудах проксимальной шовной полосы $101 \pm 1,8/68,7 \pm 1,2$ мм рт. ст. и при насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови $92\% \pm 1$, а в дистальной шовной полосе эти показатели составили соответственно $98,3 \pm 1,6/66 \pm 1,2$ мм рт. ст. при общем кровяном давлении $120,3 \pm 1,8/76,6 \pm 1,4$ мм рт. ст. и при насыщении кислородом крови $93\% \pm 1$. Индекс жизнеспособности шовной полосы обнаружен выше 1. В послеоперационном периоде межкишечные анастомозы зажились первичным натяжением. У 10 собак группы сравнения межкишечные анастомозы сформированы при кровяном давлении в сосудах проксимальной шовной полосы $22,3 \pm 0,7/22,3 \pm 0,7$ мм рт. ст. при системном давлении $122 \pm 0,7/76 \pm 0,5$ мм рт. ст., и при кровяном давлении в сосудах дистальной шовной полосы $19,4 \pm 0,5/19,4 \pm 0,5$ мм рт. ст. при том же системном давлении. При этом индекс жизнеспособности шовной полосы был ниже 1. На 6-7 день все 10 собак погибли от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза. После успешного испытания на первом этапе в эксперименте на 30 собаках новый аппарат применён нами у 126 больных основной группы, у которых произведены резекции кишки и сформированы межкишечные анастомозы с исследованием гемоциркуляции в шовной полосе. У 2 больных из 126 основной группы обнаружены низкие показатели (28%) насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на фоне индекса жизнеспособности 1 в шовной полосе. У них установлена несостоятельность швов межкишечного анастомоза.

Вывод

Разработанный аппарат эффективно исследует насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, пульс, уровень перфузии и кровяное давление в интрамуральных сосудах шовной полосы межкишечного анастомоза.

ИНВАГИНАЦИОННЫЙ ОДНОРЯДНЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ МЕЖКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ

Магомедов А. М., Рамазанов М. Р., Нестеров М. И., Магомедов М. А., Абдурахманова З. М., Алиев Э. А., Рамазанов М. М.

Кафедра онкологии Даггосмедуниверситета

Введение. Возможные нарушения кровообращения, и, как их результат, возникающую несостоятельность швов межкишечных анастомозов, побудили нас к поиску нового способа формирования межкишечных анастомозов.

Целью исследования является разработка инвагинационного одnorядного асептического межкишечного анастомоза. Материал и методы исследования. Предлагаемый в качестве изобретения способ формирования инвагинационного электрохирургического асептического анастомоза заключается в следующем (подана заявка на патент). Выбирают уровень резекции кишки, исследуя гемоциркуляцию с помощью предложенного нами аппарата. После пересечения кишки готовят в проходящем свете шовные полосы, перевязывая прямые сосуды кишки. У брыжеечного и противобрыжеечного краёв накладывают по одному серозно-мышечному шву и растягивают кишку в поперечном направлении, не нарушая гемоциркуляцию. Этим приёмом увеличивают ширину шовных полос на несколько миллиметров. Произведя тракцию в поперечном направлении этих швов, накладывают два прямых зажима рядом друг с другом ближе к сохранённому прямому сосуду. Между зажимами пересекают шовные полосы электроножом. Накладывают мягкий зажим Пайра проксимальнее 5-6 см от шовной полосы приводящего колена и дистальнее 5-6 см от шовной полосы отводящего колена. Одним серозно-мышечным швом сшивают брыжеечные и противобрыжеечные края шовных полос приводящей и отводящей петель (боковые швы). Формируют непрерывный серозно-мышечный шов между обеими шовными полосами, захватывая стенку кишки косо и параллельно веточкам длинного прямого сосуда, не прошивая их. Поверх зажимов и рядом с ними сшивают проксимальную и дистальную шовные полосы двумя ситуационными серозно-мышечными швами в середине кишки. Эти ситуацион-

ные и боковые швы приподнимают вверх и удаляют зажимы. В просвет кишки вводят 5-10 мл раствора метиленовой сини в проекции проксимальной и дистальной шовных полос для выяснения механической герметичности сформированного межкишечного анастомоза. Затем лигатуры ситуационных швов завязывают. Далее обе шовные полосы инвагинируют в дистальном направлении. Накладывают непрерывный серозно-мышечный шов на переднюю стенку анастомоза, завязывая лигатуру у брыжеечного и противобрыжеечного краёв. Далее накладывают два серозно-мышечных шва, инвагинирующих обе шовные полосы в дистальном направлении, включая первые сохранённые прямые сосуды ОЗУ в шовные полосы. Положительный эффект от применения способа следующий. Исключаются внутристеночные метастазы рака при транссиллюминации, что способствует первичному заживлению анастомоза. Исключается несостоятельность швов ишемического генеза, так как швы накладываются на жизнеспособные шовные полосы, в соответствии с индексом жизнеспособности. Анастомоз прочен в механическом аспекте, так как при пневмопрессии в эксперименте наложенный межкишечный анастомоз выдержал 160 мм рт.ст. Предложенный способ формирования анастомоза апробирован успешно на 20 кроликах в эксперименте. Несостоятельность швов в послеоперационном периоде не установлена в основной группе, в то время как в группе, сравнения несостоятельность швов установлена у 2 кроликов. Способ внедрен в клинику и применен у 35 больных при резекции кишки и формировании межкишечных анастомозов, осложнений после операции не было.

Вывод:

Инвагинационный одnorядный и асептический межкишечный анастомоз является эффективным способом.

СПОСОБ КАРКАСНОЙ ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА

Магомедова Б.И., Омаров И.М., Газиев Р.М., Курбанисмаилова М.Г.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" МЗ РФ"

Способ каркасной пластики пахового канала Магомедова Б.И., Омаров И.М., Газиев Р.М., Курбанисмаилова М.Г. Махачкала Актуальность. В последних работах авторы описывают о негативном влиянии полипропиленовой сетки на элементы семенного канатика, в связи с этим нами

предложена невелировать влияние полипропиленовой сетки на элементы семенного канатика выкроенным лоскутом брюшины на питающей ножке.

Материалы и методы. Для изучения особенностей репаративных процессов и биосовместимости в зоне имплантации каркаса для семенного канатика из полипропилена и в окружающих ее тканях нами проведено экспериментальное исследование на 20 молодых беспородных собаках (самцах). Средний вес собак составил 12 кг. После искусственного моделирования паховой грыжи, произвели пластику пахового канала традиционным методом. Мобилизованные элементы семенного канатика обертывались лоскутом из брюшины (грыжевой мешок) на питающей ножке. После выполнения модификации М. Кух, выкраивалась пластина из полипропиленовой сетки длиной соответствующей диаметру семенного канатика и шириной 2,5 -3,0 см. На стороне, прилегающей к круглому отверстию для семенного канатика, придавалось направление расположения семенного канатика. Затем пластина фиксировалась по окружности к круглому отверстию полипропиленовой сетки, формировался цилиндр вокруг семенного канатика.

Полученные результаты. Не было отмечено выраженной воспалительной инфильтрации, коллагеногенез минимален и спаечный процесс со стороны брюшины в зоне имплантации практически полностью отсутствовал. Обсужде-

ние. Нами не было отмечено выраженной воспалительной инфильтрации, коллагеногенез минимален и спаечный процесс со стороны брюшины в зоне имплантации практически полностью отсутствовал. Фиксация самого эндопротеза к брюшине довольно слабая. Имелся сплошной слой мезотелия, его толщина была одинаковой на протяжении среза препарата, зон фенестрации не было на всей поверхности. Результаты цитогамм при использовании полипропиленового имплантата представлены в таблице 1 и на диаграмме 1. При анализе фибробластической реакции отмечается активный рост фибробластов начиная с 14 суток. Отмечается умеренная макрофагальная и лимфоцитарная реакция. Имеет место выраженная реакция лейкоцитов, которая и на поздних сроках (28 суток) сохраняется. Выводы и рекомендации. Таким образом, имплантат выполняет каркасную функцию, являясь матрицей для прорастания собственных фиброзных волокон. Контакт эндопротеза с элементами семенного канатика, благодаря прослойке из брюшины, отсутствует и, как следствие, полипропиленовая сетка не вызывает выраженных воспалительных реакций в элементах семенного канатика.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА В РКБ

Магомедов М.Г., Абдулжалилов М.Р.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница»

В условиях эндоскопического отделения Республиканской клинической больницы эндоскопическая полипэктомия толстого кишечника выполнена 244 больным, при этом всего удалено 349 полипов. Образования толстой кишки локализовались в сигмовидной в 139 (56,96%), в нисходящей - в 46 (18,85%), поперечно-ободочной в 23 (9,42%), восходящей и слепой в 20 (8,19%) случаях. Величина полипов до 10 мм в 63 (18,05%), 15 мм - в 92 (26,36%), 20 мм - в 112 (32,09%), 25 мм - в 53 (15,18%), 30 мм - в 22 (6,3%) и более 30 мм - в 7 (2%) наблюдениях. Единичные полипы отмечались у 162 (66,4%), множественные - у 82 (33,6%) больных. По гистологическому строению: гиперпластические полипы в 51 (14,61%), ворсинчатые - в 126 (36,1%), тубулярные аденомы - 172 (49,28%) случаях. У 298 (85,38%) полипов имелось ножка длиной от 10 до 15 мм. В 51 (14,61%) случаях полипы располагались на широком основании. У 12 (3,43%) полипов имелось изъязвление на верхушке. Все полипы удалялись в условиях стационара. Выписка проводилась после контрольного исследования. Применялся фиброколоноскоп 40 «Olympus» и электрохирургический блок P8B - 10 фирмы «Olympus» диатермические петли 8B - 511, 8B - 6П, зонд для диатермокоагуляции CB -3L. Удаление полипов

размерами более 3,0 см сопряжено с более высоким риском осложнения (перфорация, кровотечение). В таких случаях решался вопрос о выборе способа лечения между эндоскопическим внутрипросветным удалением и оперативным абдоминальным вмешательством. Выбор метода эндоскопического удаления полипов зависит от ряда факторов: формы, размера, локализации, отношения к слизистой оболочке (на ножке или на широком основании). Пожалуй, последнее имеет решающее значение в определении лечебной тактики. При опухолях на узком основании независимо от размеров применяли одномоментную электроэксцизию диатермической петлей. Опухоли на широком основании до 3,0 см удаляли фрагментами по частям в одно исследование. При полипах на широком основании размером более 3,0 см выполняли многоэтапные вмешательства в течение 5-7 дней. Непродолжительное кровотечение отмечено у 9 (2,57%) больных. Гемостаз достигнут с помощью диатермокоагуляции. Случаев перфорации, летальных исходов не было. Рецидивные полипы отмечались в 58 (16,62%) в течение 2 лет после удаления. Ректосигмоид являлся основной локализацией данных опухолей - у 37 (63,8%) пациентов. Причины повторного появления полипов именно в этом месте мы считаем неполное первичное

удаление опухоли по техническим причинам. Во время первичного удаления опухоли при затягивании петли в нее попадает лишь ее верхняя часть, не удаленную часть полипа, расположенная за складкой не всегда удается заметить. Из этого участка в последующем и начинается рост рецидивного полипа. Также, рецидивный рост дают оставшиеся незамеченными небольшие участки при электроэксцизии полипов на широ-

ком основании. Поэтому, целесообразно проведение контрольного исследования через 4–5 дней. В эти сроки выявляются оставшиеся участки полипа, которые удалялись электроэксцизией или электрокоагуляцией. Динамическое наблюдение проводилось еженедельно до образования рубца, затем через каждые 3 месяца в течение первого года. В дальнейшем осмотры выполнялись 1 раз в 6 месяцев в последующие 2 года.

ВАРИАНТ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ

Магомедов М.Г., Магомедов Н.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Хирургическое лечение опухолей и его осложнений демонстрируются достижениями современной панкреатологии, но его отдаленные результаты, особенно миниинвазивные оперативные вмешательства, не удовлетворяют хирургов панкреатологов из-за нерадикальности лечения. Наиболее предпочтительными являются резекционные методики, которые позволяют полностью ликвидировать патологический процесс, препятствуют его распространению, развитию и прогрессированию осложнений.

Цель работы. Разработка и внедрения в практику технически упрощенного в выполнении и эффективного способа центральной резекции ПЖ.

Материалы и методы. Разработанный нами способом оперированы 26 больных с опухолями тела ПЖ, хроническими панкреатитами, кистами и свищами, как органосберегающие вмешательства. Группу оперированных составили 15 мужчин и 11 женщин молодого и среднего возрастов. В предоперационном периоде согласно стандартам для диагностики характера патологических изменений в поджелудочной железе (ПЖ) и установления показаний к оперативному лечению всем больным, наряду с клинико-лабораторными данными, проводили УЗИ исследования, ФГДС, РКТ, МРТ и МРХПГ и др. Техника операции. После мобилизации ПЖ проводим центральную резекцию фиброзно-измененного участка тела, производим гемостаз обеих культи, ревизию проксимальной и дистальной части главного панкреатического протока железы на предмет проходимости протоковой системы. При этом ключевым моментом является обработка проксимальной культи поджелудочной железы, которая может быть закрыта степлером либо использованием U-образных швов с изолированным прошиванием протока ПЖ. Далее, подводят к культе железы в виде полукруга петли тонкой кишки для прикрытия закрытой проксимальной культи и созданием панкреатикоэнтероанастомоза с использованием внутреннего каркасного дренажа дистальной культи ПЖ в виде ductus ad

mucosa. Ниже выполненного анастомоза накладывают межкишечное соустье по Брауну для создания хода продвижения химуса по кишечной трубке, минуя выполненного анастомоза с поджелудочной железой (Патент РФ № 2669467 от 11.10. 2018 г.). Показаниями ЦР ПЖ являются опухоли тела ПЖ, кисты, свищи и хронический панкреатит при сегментарном его поражении фиброзной тканью, как органосберегающие вмешательства.

Результаты и их обсуждение. С целью объективной оценки герметичности сформированного панкреатикоэнтероанастомоза в ранние сроки после операции всем больным проводили УЗИ-исследование панкреатодуоденальной зоны, а также МРТ и компьютерную томографию. Инструментальные исследования большинства больных не выявили свободной жидкости в брюшной полости, при этом отсутствовали инфильтративные явления в зоне оперативного вмешательства – органы, прилежащие к ПЖ, оставались интактными, проходимость двенадцатиперстной кишки, желчных путей и магистральных сосудов не была нарушена. Тем не менее, у 2 больных в течение 8–10 суток после операции по улавливающим дренажам брюшной полости отмечалось поступление раневого экссудата – до 150–200 мл в сутки, при этом явлений гнойного воспаления брюшной полости и перитонияльной симптоматики мы не наблюдали. К моменту выписки из стационара состояние этих больных было удовлетворительным, дренажи брюшной полости были удалены. При повторной госпитализации в среднем через 1,5–2 месяца после операции все оперированные больные были обследованы. Состояние пациентов было удовлетворительным, лабораторные данные не выявили нарушений в соматическом статусе больных, общеклинических и биохимических показателей крови. Диспепсических и эндокринных нарушений мы не регистрировали. Проведенное УЗИ-исследование не выявило расширения протоковой системы поджелудочной железы, кистозных образований и инфильтративных изменений в зоне операции.

Заключение

Предлагаемый способ прост в техническом выполнении, позволяет создать адекватный дренаж протоковой системы поджелудочной железы,

снизить риск развития панкреатита и повысить состоятельность выполненного анастомоза и сводит летальность после ЦР ПЖ до минимума.

РОЛЬ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Магомедов М.Г., Курбанисмаилова Р.Р., Магомедов Н.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой*

Актуальность данной проблемы объясняется увеличением числа больных с осложнённым хроническим рецидивирующим панкреатитом, в уточнении анатомии билиарно-панкреатического дерева (БПД) и его вариантов с одновременной оценкой их состояния, представление о плотностных характеристиках поджелудочной железы, о состоянии главного панкреатического протока для дифференциальной диагностики и предупреждения возможных ошибок в выборе способа хирургического лечения.

Цель работы. Оценка диагностических возможностей магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в сочетании с ультразвуковым исследованием гепатопанкреатодуоденальной патологии при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Даггосмедуниверситета в период с 2010 по 2018 гг. ультразвуковое исследование в сочетании с МРХПГ проведены 62 пациентам. Из них 19 больных контрольной группы, 43 - основной. У 86% больных наблюдалась гипертензия билиарно-панкреатического дерева. Возраст пациентов 34 - 75 лет, в среднем $45,5 \pm 2,3$ лет. В качестве первичного метода обследования всем больным проводили ультразвуковое исследование, как скрининг для МРХПГ.

МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием имели диагностическое качество у всех 62 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частой причиной обструкции желчных протоков являлись камни. Холецисто-холедохолитиаз был у 18 пациентов (29,0%) среди ГПДП. Поэтому МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием может быть методом выбора диагностики у таких пациентов. МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием позволяет визуализировать желчные протоки выше и ниже уровня обструкции, дает реальную картину состояния протоков печени и поджелудочной железы.

Во всех наблюдениях МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием позволяла точно определить уровень стриктуры, ее протяженность и причину. У 2 больных стриктуры холедоха локализовались на уровне культы пузырного протока, что указывало на их ятрогенный генез, у 2 - стриктура гепатикоеюноанастомоза, у 8

- стриктуры протяженностью от 1,5 до 2 см располагались в области слияния холедоха и вирсунгова протока и проксимальном отделе гепатикохоледоха. Доброкачественные стриктуры при МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием чаще имели вид суженного просвета (6) с четкими ровными контурами с визуализацией престенотического расширения. Основными критериями при принятии решения о выборе способа хирургической коррекции ГПДП является не степень сужения и деформация протоков, а уровень стеноза, стриктуры, протяженность обструкции, точность предоперационной оценки распространенности фиброзно-воспалительного процесса в тканях поджелудочной железы, а также характер обструкции холедоха и деформации двенадцатиперстной кишки при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита. Из 8 наблюдений хронического панкреатита в 2 случаях отмечалось выраженное сужение ретропанкреатической части холедоха за счет хронического воспалительного процесса, в 6 сдавление дистальной части холедоха было вызвано кистами головки поджелудочной железы. На МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием обструкция желчного протока имела конусообразный вид с постепенным сужением просвета холедоха. Причем визуализация измененной его части прослеживалась на всем протяжении головки поджелудочной железы, включая область фатерова соска. Во всех случаях отмечалось умеренное супрастенотическое расширение желчных протоков и неравномерное расширение вирсунгова протока.

Заключение

Ультразвуковое исследование в сочетании с МРХПГ является методами неинвазивными, безопасными, нет необходимости введения контрастных веществ, позволяет полипроеекционное исследование и одновременное сочетание с традиционной магнитно-резонансной томографией для оценки морфологического состояния органов ГПДП и обладает высокой диагностической информативностью. Ультразвуковое исследование в сочетании с МРХПГ позволяет более точно

определить выбор оптимального способа операций у больных при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Магомедов С.М., Алиев С.А.

ГБУ РД "Научно-клиническое объединение "Дагестанский центр грудной хирургии"

Ахалазия пищевода – одно из самых распространенных заболеваний пищевода, которое уступает лишь злокачественным поражениям и постожоговым рубцовым стриктурам. В основе патологии лежит дегенерация подслизистых нервных сплетений, приводящая к стойкому спазму нижнего пищеводного сфинктера [W. Park, M.F. Vaezi, 2005]. Ахалазией пищевода заболевают люди преимущественно работоспособного возраста (20-50 лет), что определяет высокую социально-экономическую значимость патологии [J.L. Aquino et al., 2009]. Отсутствие стандартов и единых подходов в лечении пациентов с ахалазией пищевода приводит к высокому проценту рецидива заболевания и неудовлетворительным результатам лечения. Внедрение малоинвазивных технологий в хирургическом лечении пациентов с патологией кардио-эзофагеальной зоны, позволяет пересмотреть тактику ведения пациентов с ахалазией пищевода I-III стадией процесса. В клиническую практику ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр грудной хирургии» внедрена новая операция: «Модифицированная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с иссечением мышечно-адвентициального слоя с передней 180° фундопликацией», которая позволила значительно снизить травматичность вмешательства, проводить кардиомиотомию прецизионно и улучшить непосредственные и отдаленные функциональные результаты вмешательства. Технические новшества в виде протяженной мобилизации передне-бокового мышечно-адвентициального слоя пищевода после миотомии с последующим иссечением дополненные модифицированной 180° передней фундопликацией позволили значительно снизить риск рецидива заболевания и получить адекватный антирефлюксный механизм. За период с 2017-2018гг. прооперировано 17 пациентов с Ахалазией кардии в стадии I-IV. Возраст пациентов варьировал от 23 до 74 лет. Соотношение женщин к мужчинам – 3:1. Распределение стадий процесса: I – 1 (5,9%); II – 5 (29,4%); III – 9 (52,9%); IV – 2 (11,8%). При IV стадии Ахалазии ранее выполнялись органосохраняющие радикальные операции в виде тотальной экстирпации пищевода с эзофагогастро-, колоно- пластикой. Внедрение малоинвазивной технологии в лечении этой сложной категории пациентов, зачастую в коморбидном состоянии позволило улучшить как непосредственные, так и отдаленные функциональные результаты вмешательства. Приводим клиническое наблюдение

при Ахалазии пищевода IV ст., осложненной S-образной деформацией. Пациентка Н., 62 лет, в течение нескольких лет испытывала затруднение при прохождении плотной и жидкой пищи по пищеводу, чувство комка в загрудинной области после приема пищи, периодическую регургитацию съеденной пищей, потерю в весе. Заболевание прогрессировало, рвота стала беспокоить чаще, пациентка начала значительно терять в весе. Рентгено-эндоскопические исследования подтвердили диагноз ахалазии пищевода IV степени с S-образной деформацией пищевода. Учитывая эти изменения принято решение выполнить Модифицированную лапароскопическую эзофагокардиомиотомию. Послеоперационный период протекал гладко. Контрольное рентгенологическое исследование на 6 сутки после операции подтвердило полное прохождение контраста по пищеводу с отсутствием желудочно-пищеводного рефлюкса в положении Тренделенбурга, как результат сформированной адекватной передней фундопликации. Перистальтика пищевода восстановилась с выпрямлением S-образной деформации. Сохранялось умеренное расширение диаметра пищевода, которое в динамике (1 год наблюдения) имела тенденцию к уменьшению. Послеоперационных осложнений в группе прооперированных пациентов мы не наблюдали, в связи с минимальной инвазивностью вмешательства и небольшой выборкой. В сроки наблюдения до 2-х лет рецидивов заболевания в группе оперированных пациентов не наблюдалось. В 88,2 % случаев функциональные результаты оценены как хорошие, в 11,8% - удовлетворительные. Таким образом, раннее выполнение адекватной кардиомиотомии на протяжении 10-12 см с переходом на субкардиальный отдел желудка при ахалазии пищевода I-III стадии, позволяет избежать прогрессирования заболевания и проведения радикальных органосохраняющих операций. При IV стадии процесса, даже с S-образной деформацией пищевода, особенно у возрастных, коморбидных пациентов эффективно выполнение предложенной малоинвазивной операции. Модифицированная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с иссечением мышечно-адвентициального слоя с передней 180° фундопликацией должна стать операцией выбора при ахалазии пищевода I-III стадии, которая позволяет улучшить качество жизни пациентов и ускорить социально-трудовую реабилитацию.

ДООПЕРАЦИОННАЯ НАВИГАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ВЫБОРЕ ТОЧЕК УСТАНОВКИ ЛАПАРОПОРТОВ ПРИ АТИПИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Магомедова С.М., Курбанисмаилова Р.Р.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ кафедра общей хирургии с лучевой диагностикой

Введение. В настоящее время малоинвазивные технологии получили широкое распространение в экстренной абдоминальной хирургии, в частности лапароскопия, при которой уточняется диагноз и во многих случаях завершается проведением лечебных процедур. Адаптирование доступов, то есть точек установки лапаропортов для лапароскопии и лапароскопических инструментов к различным топографическим зонам брюшной полости имеет существенное значение в благоприятном течении хода операции. Особенно это важно при атипичных формах острого аппендицита.

Цель исследования. Определить эффективность использования разработанной нами навигационной программы, в определении оптимальных точек установки лапаропортов при лапароскопической аппендэктомии в случаях его атипичного расположения.

Материал и методы. Нами проведён анализ лапароскопических вмешательств при атипичных формах острого аппендицита у 98 пациентов, которым перед установкой лапаропортов была использована разработанная нами навигационная компьютерная программа. При медиальном и тазовом расположении червеобразного отростка были определены следующие точки введения троакаров: параумбиликальная зона, левая подвздошная область, надлобковая область. При подпечёночной локализации: параумбиликальная зона, надлобковая область, правая мезогастральная область по средне – ключичной линии на уровне пупка. Ретроперитонеальное или ретроцекальное расположение отростка: параумбиликальная зона, надлобковая область, правая подреберная область по среднеключичной линии.

Результаты. Морфологически были подтверждены следующие формы аппендицита: катаральный 18 (18,4%), флегмонозный 54 (55,1

%), гангренозный 28 (28,6%). Интраоперационное осложнение (кровотечение из артерии червеобразного отростка) отмечено у 1 больного. Оно остановлено электрокоагуляцией. Увеличить количество портов пришлось в 1 случае, переустановить в 2 наблюдениях. Конверсию на минилапаротомию в 2 случаях. Послеоперационные осложнения отмечены в 3 (3,1%) случаях. Средняя продолжительность операции составила $1,3 \pm 0,7$ часов. Длительность пребывания в стационаре составила $-6,2 \pm 1,2$ суток. Обсуждение. Атипичное расположение червеобразного отростка обычно уточняется путём проведения УЗИ органов брюшной полости, в некоторых случаях выполняется КТ и МРТ. Окончательно всё это определяется при лапароскопии. Предпринятая нами попытка в адаптации доступов к вариантам атипичного расположения отростка имеет также существенное значение в профилактике осложнений, укорочении длительности оперативного вмешательства и комфортности проведения самой операции. Считаем, что все оперативные вмешательства, выполняемые по поводу острого аппендицита должны начинаться с диагностической лапароскопии. Последняя, предшествующая аппендэктомии, позволяет осмотреть брюшную полость, и, при отсутствии изменений в червеобразном отростке, выявить другие заболевания органов брюшной полости.

Заключение

Лапароскопическая аппендэктомия имеет явные преимущества перед традиционной и в случаях атипичного расположения червеобразного отростка. Более благоприятно течение хода оперативного вмешательства, наблюдается при использовании разработанного нами навигационной компьютерной программы для выбора точки установки лапаропортов.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ

Магомедова С.М., Курбанисмаилова Р.Р., Габибуллаев А.Ф., Омаркадиев Р.А.

Махачкала ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Диагностика и лечение повреждений диафрагмы (ПД) представляет собой одну из задач неотложной хирургии. Причиной диагностических и лечебно-тактических ошибок является тяжесть травмы, симультанное нарушение двух полостей, полисимптомность клинической картины. Большое значение играют аспекты, касающиеся диагностического алгоритма при дефектах диафрагмы, разумная хирургическая тактика, предоперационная подготовка и послеоперационная насыщенная терапия.

Цель исследования. Ведение в лечебно - диагностический как алгоритм способов лучевой навигации и эндовидеохирургии.

Материал и методы. Разработан опыт диагностики и лечения 201 пациентов с ПД. Разрыв диафрагмы (РД) был обнаружен у 98 (48,8%) пострадавших с закрытой травмой груди (ЗТГиЖ) и живота, и у 103 (51,2%) – с проникающими ранениями (ПРГиЖ) груди и живота. У 14 пациентов тяжесть картины, характеризовалась не столько торакоабдоминальной раной (ТАР), сколько сочетанными травмами (СТ), кровопотерей, контузией головного мозга или напряжённым гемопневмотораксом.

Результаты. Торакоскопия при закрытой травмы сделана 75(68,6%) пострадавшим. Диагностическая лапароскопия была выполнена 63 пострадавших и различные повреждения при этом были выявлены у 62 (98,4%) пациентов. Гемоперитонеум менее 400,0 мл отмечен у 22 (34,9%) пострадавших, ранения желудка – у 7 (11,1%), ранение печени – у 17 (26,9%), ранение селезёнки – у 5 (7,9%), ранение толстой кишки – у 1 (1,6%), ранение сальника и брыжеек – у 7 (11,1%), забрюшинная гематома – у 2 (3,2%), кровь в сальниковой сумке – у 3 (4,8%), повреждение не зарегистрировано – у 1 (1,6%) пациентов. Чаще всего (38,7%) при ЗТ оперативное вмешательство удалось завершить посредством торакоскопии и лапароскопии. Обсуждение. В условиях ЗТГиЖ ПД занимают в меру большую часть

(17,9%). При обнаружении ПД во время торакоскопии, следует делать лапароскопию. К ограничениям торакоскопии следует записать ушиб сердца с нарушением ритма, повреждения магистральных сосудов средостения и пищевода, тяжёлое состояние пострадавшего с СТ, тяжёлое состояние пострадавших, обусловленного повреждением органов живота с признаками продолжающегося массивного внутрибрюшного кровотечения. При количестве крови более 500 мл ревизию органов *cavitas abdominis*, нахождение источника кровотечения или повреждений органов становятся нелегки. Бесконтрольное кровотечение без причины, выявление в *cavitas abdominis* кишечного содержимого при невозможности обнаружения ран полого органа лапароскопическое исследование следует завершить. В названной ситуации совершается конверсия доступа. На основании анализа результатов диагностики и лечения 201 пациентов с повреждениями диафрагмы при травмах груди и живота с использованием различных лучевых и эндоскопических навигационных систем нами разработан алгоритм обследования и лечения пациентов с травмами груди и живота. Алгоритм включает в себя оценку тяжести состояния пострадавшего, лабораторную диагностику, физикальное обследование, рентгенография, КТ, эхолокации груди и живота. В дальнейшем при подозрении на повреждение диафрагмы – видеоторако - и лапароскопии. Конверсия доступа при невозможности завершения операции под эндоскопической навигацией.

Заключение

Применение разработанного нами диагностического алгоритма при травмах груди и живота значительно уменьшает число диагностических и тактических ошибок, а также летальность.

ФУНКЦИИ ЯИЧЕК, ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В ПАХУ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ.

Магомедов М.М, Магомедбеков Р.Э, Бациков Х.А

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет

Мужское бесплодие у пациентов ,перенесших герниопластику , в литературе принято соотносить с повреждением элементов семенного канатика во время операции, что проявляется

при травматичном выполнении герниопластики ,а также при длительном носительстве грыжи

Цель исследования: сравнить дисфункцию яичек, частоту и факторы, влияющие на хроническую боль в паху, и качество жизни после герниопластики различными методами.

Материалы и методы: в исследование включено 68 пациентов, которым выполнялась герниопластика. Оперированные разделены на 2 группы. Основная группа-38 пациентов, оперированных по методу Десарда, контрольная-30 пациентов- по методу Шоулдайса. Средний возраст пациентов колеблется от 18 до 45. Всем пациентам до и после операции проводили ультразвуковое исследование на аппарате Acuson S2000 с использованием датчика I8L6 HD. Функции яичек оценивали по объему яичек, кровотоку и гормонам, а качество жизни оценивали при короткой форме 36 вариант 2 до операции и после операции через 3 месяца. Боль оценивали через различные промежутки времени до и после операции.

Результаты: предоперационные профили обеих групп хорошо совпадали. Значительное уменьшение объема яичек ($P=0,01$) и уменьшение кровотока ($P=0,048$) наблюдалось после опе-

рации по Шоулдайсу. Также наблюдалось достоверное снижение уровня тестостерона в сыворотке крови ($P=0,02$) при достоверном повышении уровня ФСГ и ЛГ ($P=0,02$) $<0,0001$, однако не было атрофии яичек. Частота и выраженность хронической боли в паху были достоверно меньше после операции Десарда. Возраст, предоперационная боль, боль на первой неделе были признаны независимыми факторами риска хронической боли при многофакторном анализе. Качество жизни значительно улучшилось в послеоперационном периоде с точки зрения физических функций, роли физических, телесных болей и общего здоровья после операции Десарда. Заключение: Операция Десарда представляется благоприятной с точки зрения лучшего хранения функции яичек, снижения частоты острых и хронических болей в паху и значительного улучшения качества жизни по сравнению с натяжной репарацией. Более молодой возраст, предоперационная боль, боль через 1 неделю после операции по Шоулдайсу были признаны значимыми факторами риска хронической боли в паху.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов Х.М., Бациков Х.А.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет

В настоящее время остается актуальным вопрос своевременной диагностики и лечения механической желтухи, это связано с увеличением частоты заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной области и с высоким процентом летальности. Ранняя и точная диагностика причин механической желтухи и определение уровня блока желчных протоков влияют на результаты и исходы лечения. Современный арсенал лучевых методов исследования (УЗИ, КТ, МРХГ) позволяет установить причину развития механической желтухи, определить уровень блока желчевыводящих протоков и выбрать метод хирургического лечения. Наиболее оптимальным для ранней диагностики является – мининвазивный метод под контролем УЗИ.

Цель. Улучшить качество ультразвуковой диагностики механической желтухи.

Материалы и методы. С 2017 по 2018 гг. обследовано 768 пациентов с подозрением на механический характер желтухи. Из них женщин было 486 (63,3%), мужчин – 282 (36,7%), в возрасте от 29 до 85 лет, около 60% пациентов составили лица старше 60 лет. УЗИ проводилось на аппаратах LOGIC 7 (фирма GE), VOLUSON (фирма GE), VIVID 3 pro (фирма GE), использовался конвексный датчик на 3,5 МГц, с применением доплеровских режимов (ЦДК, ЭДК).

Результаты. Как скрининг-метод применялось УЗИ, позволившее определить паренхиматозный или механический характер желтухи. Тщательно выполненное исследование выявило уровень блока по дилатации внутри- или внепеченочных протоков, что имеет немаловажное значение в выявлении пораженного органа. При УЗИ основным дифференциально-диагностическим признаком механической желтухи являлась дилатация внутрипеченочных желчных протоков, которые визуализировались в виде линейных или звездчатых анэхогенных структур в ткани печени. Причиной, вызвавшей их расширение, у 8 (2,1%) больных была опухоль ворот печени (опухоль Клацкина), которая имела вид гиперэхогенного образования с неэхогенным контуром, распространяющегося вдоль протоков печени и сдавливающего их. У 8 (2,1%) пациентов диагностирована высокая рубцовая стриктура гепатикохоледоха, которая развилась в результате ятрогенной травмы после перенесенной холецистэктомии. При этом отмечено, что размеры холедоха не превышали нормальных показателей. У 489 (63,7%) пациентов отмечалась дилатация холедоха и внутрипеченочных протоков, причиной которой у 131 (54,6%) больных были конкременты в просвете холедоха, у 138 (18,8%) – образования в головке поджелудочной железы, у 12 (1,5%) была заподозрена опухоль

Фатерова сосочка, косвенными признаками которой являлись выраженная билиарная гипертензия, увеличенный в размерах желчный пузырь и вирсунгоэктазия. У 6 (0,9%) пациентов опухоль терминального отдела холедоха выявлялась в виде экзогенных структур неправильной формы, расположенных внутри просвета протока, вдоль его стенок. В 98 (12,8%) случаях возможной причиной билиарной гипертензии был стеноз терминального отдела холедоха на фоне обострения хронического панкреатита, в виду отсутствия других видимых причин развития механической желтухи. В единичных случаях 7 (2,9%) причиной дилатации внутри- и внепеченочных протоков

были эхинококкоз печени, абсцесс печени, опухоль желчного пузыря, псевдокиста головки поджелудочной железы. При доплеровских режимах определяли наличие сосудов в образованиях, прорастание опухоли в чревный ствол, в соседние органы и ткани. Метастатическое поражение региональных лимфоузлов и печени было выявлено у 16 (2,2%) пациентов. Выводы. УЗИ позволяет установить причину механической желтухи и определить тактику хирургического лечения этой категории больных на начальном этапе.

РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ БОЛИ В ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Магомедов М.М., Магомедов М.А., Исмаилов Г.М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Помимо рецидивов после операции вентральной грыжи, другие послеоперационные осложнения, такие как образование серомы, гематома, целлюлит, раневая инфекция, в значительной степени связаны с обширным рассечением и обработкой тканей. Метод «sublay» имеет несколько преимуществ, низкое развитие инфекции, так как сетка, имплантированная в предперитонеальное пространство, обладает и консолидирует переднюю брюшную стенку, а также прилипает к задней стенке прямых мышц живота и делает его нерастяжимой.

Цель. Сравнить картину раневых осложнений и послеоперационных болей при методиках «sublay» и «onlay» сетчатой репарации вентральных грыж.

Материалы и методы. В общей сложности 48 пациентов с вентральными грыжами были зарегистрированы и разделены на две основные группы: группа 1 пациенты подверглись «onlay» методики герниопластики и 2 группа по методике «sublay». Оперативное вмешательство оценивали по результатам, как раневой инфекции, отторжения сетки и хронической послеоперационной боли. Проанализированы результаты лечения 48 пациентов с оценкой размера грыжи по классификации S.P. Chevrel и A.M. Rath. Группу исследования (1- группа) сформировали 28 пациентов с срединными послеоперационными вентральными грыжами, которым была проведена стандартная ненатяжная «inlay» - пластика. Возраст пациентов составлял от 56 до 79 лет.

Результаты. Статическая разница между обоими группами в отношении их демографических данных, таких как возраст, пол, особые привычки, индекс массы тела и сопутствующие заболевания отсутствуют. Раневых осложнений, связанных с сеткой, а также хроническая послеоперационная боль были выше у пациентов оперированных по методике «onlay» по сравнению с «sublay» без статистической значимости.

Заключение

Открытая задняя сепарационная пластика является безопасной и эффективной методикой для хирургии вентральных грыж. Картина раневых осложнений, как послеоперационная раневая инфекция, удаление сетки и хроническая боль гораздо меньше, чем по сравнению с методом «onlay». Выводы: 1. Способ герниопластики с разделением компонентов передней брюшной стенки и установкой сетки в позиции «sublay», эффективны при лечении послеоперационных вентральных грыж. 2. Сепарационная задняя пластика передней брюшной стенки является безопасной и эффективной методикой, что дает основание рекомендовать «sublay» в хирургическую практику для послеоперационных вентральных грыж.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Магомедов М.М., Магомедов А.А., Закариев З.М.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет

Наиболее сложным разделом флебологии остается лечение последствий хронических нарушений венозного кровотока в конечности: трофических расстройств и язв. Невозможность в ряде наблюдений хирургической коррекции венозного кровотока, упорное и рецидивирующее течение патологического процесса, инвалидизация больных и др. заставляют искать все новые пути воздействия на микроциркуляцию и трофику тканей в этих ситуациях.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей, с использованием эрбиевого лазерного излучения.

Материал и методы. В исследование были включены 76 пациентов. Возраст пациентов колебался от 45 до 80 лет, преобладали женщины 43 (56,6%), мужчины 33 (43,4%). Длительность заболевания составила в среднем $10,8 \pm 4,8$ года. У 38 пациентов дно язвенного дефекта было выраженным периульцерозным воспалением и различной степени гнойным отделяемым. Все пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение и подвергнуты детальному исследованию. Эрбиевое лазерное излучение проводилось исходя из размеров язвы. Лазерное измече-

ние проводилось длиной волны 2940 нм, длительность импульса 0,3 мс, диаметр лазерного луча 7 мм с мощностью излучения 2,19 Дж/см². Результаты. Эффект лечения оценивали в динамике от выраженности болевого синдрома, размера трофической язвы на момент завершения лечения, а также скорости эпителизации трофической язвы. У 15 (19,7%) пациентов с варикозной болезнью, вертикальный и горизонтальный рефлюкс был ликвидирован с выполнением флебэктомии и эхосклеротерапии.

Результаты исследования показали, что у 42 (91,3%) пациентов основной группы снизилось сроки начала очищения дна язвы. После 6 мес. реабилитации и наблюдения в контрольной группе удалось добиться полного заживления язв у 18 (64,3%) больных, в основной группе – у 39 (86,7%) ($p = 0,0624$). Заключение. Результаты исследования демонстрируют то, что лазерное излучение является эффективным методом у пациентов длительно незаживающих трофических язв. Комплексное лечение позволило эффективно воздействовать на микрофлору и на состояние регионарного лимфодренажа, стимулировать процессы репаративной регенерации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ СТРИКТУРЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА (ЛМС)

Магомедов М.П., Хамидов М.А., Газимагомедов Г.П.

МСЧ МВД по РД, Кафедра эндоскопической хирургии ДГМУ МЗ РФ

Введение: гидронефроз в результате стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) является одним из частых урологических заболеваний. Из всех методов оперативного лечения этого заболевания особое место занимает лапароскопическая резекция ЛМС, так как при этом сочетаются малая инвазивность и полное удаление рубцово измененных тканей.

Материалы и методы: В период с 2016 по 2018г. в МСЧ МВД по РД, на базе хирургического отделения, лапароскопическая пиелопластика выполнена 11 больным. Среди них было 7 мужчин и 4 женщины.

Результаты: Средняя продолжительность операции составила 204 мин. Средняя кровопотеря составила около 80 мл., продолжительность пребывания в стационаре составила 5-7 дней. Добавочный сосуд диагностирован у 3 пациентов, стеноз ЛМС без вазоренального конфликта у 8 пациентов. Все операции завершили-

лись установкой внутреннего стента №6., которые удалены на 25-36-е сутки после операции. У 3-х пациентов отмечался рефлюксный пиелонефрит, который купировался назначением антибактериальных и уроантисептических препаратов. У всех пациентов отмечен практически полный регресс расширения чашечно-лоханочной системы. Нормализация анализов мочи у всех пациентов наступила в течение 1,5 месяца. Проведенный анализ гистологических срезов показал, что у пациентов со сниженной функцией почки, резецированный участок лоханочно-мочеточникового сегмента представлен выраженными склеротическими изменениями, со скудным элементами мышечных волокон и периваскулярного склероза. В тех случаях, где функция почки была своевременной и рентгенологически выполнялась чашечно-лоханочная система, гистологическая картина была представлена только фиброзно-мышечными изменениями и лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией.

Заключение

Результаты лапароскопической пиелопластики сопоставимы с обычными открытыми операциями, при этом отсутствовали серьезные осложнения. Для этой операции характерны минимальная травматичность, существенное сокращение времени пребывания в стационаре и как следствие, значительно более быстрое выздоровление. Полученная морфологическая картина указывает на необратимость структурных

изменений, что обосновывает удаление измененного участка в более ранние сроки. Таким образом, лапароскопический метод лечения стриктуры пиелоуретрального сегмента, можно рассматривать как приоритетный, который имеет неоспоримое преимущество перед открытым методом.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ

Махачев Б. М., Магомедов А. Д., Балаев В. Б., Магомедов А. Д., Муртузаалиев З. Н., Магомедов Р. Р., Казилев Ю. Б.

Детская республиканская клиническая больница им. Н. М. Кураева

Гипоспадия – врожденный дефект полового члена, характеризующийся недоразвитием нижней стенки уретры. Гипоспадией определяется недоразвитие уретры, что приводит к ненормальному расположению меатуса на любом участке от проксимальной части головки до промежности. Говоря о современном определении данного порока, немного позже Муриганд расширил предыдущие: гипоспадия – неполная вирилизация полового бугорка, которая вызывает недоразвитие тканей, образующих вентральную поверхность полового члена. Это последнее определение представляется наиболее точным, поскольку описывает и суть случившегося внутриутробно, и суть тех патологических изменений полового члена, с которыми придется иметь дело хирургу при коррекции порока. Современная классификация гипоспадии по Barcat: I. Дистальная гипоспадия: а) головчатая; б) венечная; в) передне-стволовая. II. Средняя гипоспадия: а) средне-стволовая. III. Проксимальная гипоспадия: а) задне-стволовая; б) мошоночная; в) промежностная. В настоящее время любая форма гипоспадии требует хирургической коррекции. Существует более 300 различных вариантов пластики уретры, однако с внедрением новых технологий и новых методов имеются определенные, строгие требования к конечному результату оперативного лечения. К ним относятся: 1) полное расправление искривленных кавернозных тел, обеспечивающих эрекцию, достаточную для совершения полового акта; 2) создание искусственной уретры достаточного диаметра и длины без свищей и стриктур из тканей, лишенных волосяных фолликулов; 3) уретропластика с использованием собственной ткани пациента с адекватным кровоснабжением, обеспечивающим рост созданной уретры по мере физиологического роста кавернозных тел; 4) перемещение наружного отверстия уретры на вершину головки полового члена с продольным расположением меатуса; 5) создание свободного мочеиспускания без девиации и разбрызгивания струи; 6)

максимальное устранение косметических дефектов полового члена с целью психоэмоциональной адаптации пациента в обществе, особенно при вступлении в половые отношения.

Цель. Оценить результаты оперативного лечения различных форм гипоспадий у детей.

Материалы и методы. За последние 11 лет в урологическом отделении ДРКБ находились на лечении 1633 мальчиков с различными формами гипоспадии. Возраст детей колебался от 3 – х месяцев до 17 лет. В зависимости от формы гипоспадии дети распределились следующим образом: дистальная форма – 1055 детей, средне – стволовая форма – 513, проксимальная форма – 64. Все дети оперированы. При пластике дистальных форм гипоспадии применялись следующие операции: Мэттье, Дюплея, Заонтца, Коффа, Макпи; средне – стволовые формы корригировались методиками Снодграсс, Ходсон II; при проксимальных формах проводились операции Ходсон III, Тетьева.

Результаты. В большинстве случаев результатами проведенного оперативного вмешательства остаются, удовлетворены как пациенты, так и хирурги. Чем проксимальнее форма гипоспадии, тем чаще приходится сталкиваться с различными осложнениями. К ним относятся: свищи уретры, стенозы и в редких случаях полная несостоятельность неоуретры. • Свищи уретры 5-7% при дистальных формах, при проксимальных 13-18%. • Стенозы уретры: 1-2% при дистальных формах, 15-20% при проксимальных. • Несостоятельность швов 1-2 % при всех формах гипоспадии.

Выводы

На благоприятный исход операции влияют следующие факторы: - опыт хирурга. Когда хирург не ограничен какой либо методикой пластики, а при необходимости с легкостью может варьировать различные варианты создания искусственной уретры. - инструментальный и

шовный материал - индивидуальные особенности детского организма Изучение отдаленных результатов лечения гипоспадии является решающим фактором позволяющим сравнить и оценить

применяющиеся в настоящее время хирургические методы.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Махачев Б.М., Патахов С.П., Магомедов Р.И., Мейланова Ф.В., Тухмаев А.Н., Магомедов Р.Р.

ГБУ РД "Детская республиканская клиническая больница им. Н.М.Кураева"

Синдром короткой кишки (СКК) – патологический синдром, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки, как правило, за счет сокращения ее протяженности в результате обширных резекций, проявляющийся мальабсорбцией, мальдигестией и мальнутрицией, расстройствами гомеостаза. Основная причина СКК – обширные резекции в исходе пороков развития кишечника, некротического энтероколита, мезентериального тромбоза, заворота кишок, протяженных инвагинаций.

Целью данной работы является анализ причин развития СКК у детей и выработка наиболее адекватных схем подхода и принципа питательной поддержки, а также выбор оптимальных препаратов и смесей в этой группе пациентов.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 298 историй болезни новорожденных, из них 254 оперированных, за период с 2006 по 2018 год. Диагноз СКК выставляется в тех случаях, когда после проведенной обширной резекции тонкой кишки развивалась кишечная недостаточность, обусловившая необходимость проведения длительного парентерального питания. Были определены первичные заболевания, в ходе оперативного лечения которых была осуществлена массивная резекция кишечника, приведшая к формированию СКК. Наиболее частой причиной СКК явился некротический энтероколит - 47, второй по частоте гастрошизис - 34, третьей по значимости явилась врожденная кишечная непроходимость – атрезия подвздошной кишки - 24, заворот – 9. Для непосредственной оценки функций переваривания и всасывания в первую очередь следует использовать неинвазивные тесты: - дыхательный водородный тест; - тест D-ксилозой позволяет определить выраженность мальабсорбции; - уровень цитруллина в сыворотке крови – маркер всасывательной способности тонкой кишки индикатор её длины. Для оценки функций переваривания, всасывания и секреции в обязательном порядке контролируется: - объем отделяемого по стуе (мл/сут, мл/кг/сут); - объем стула (мл/сут, мл/кг/сут); - объем мочи не реже 1 раза в 1-2 недели (мл/кг/ч) (или суммарно стул+моча путем взвешивания подгузников при сохранении регулярного контроля диуреза); - концентрация электролитов в кале; - концентрация электролитов в сыворотке. Дополнительно 1 раз в 1-2 недели контролируется: - экскреция углеводов с калом;

По показаниям проводятся тесты на наличие скрытой крови в кале, тест с лактулозой / рамманозой. Инструментальные методы исследования: - ультразвуковое исследование (УЗИ) органов ЖКТ; - фиброэзофагогастродуоденоскопия (при необходимости НР+ рН + биопсия слизистой оболочки); - колоноскопия (при необходимости биопсия слизистой оболочки); - рентгенологическое исследование ЖКТ с оценкой пассажа и длины оставшейся тонкой кишки. Дополнительно при необходимости: - методы функциональной активности ЖКТ (рН - метрия, гастрокardiомониторинг и т.д.). Тактика ведения пациентов с синдромом короткой кишки. Основой лечения больных с СКК является ПП. На первоначальном этапе – полное ПП, затем постепенный переход на частичное ПП в сочетании ЭП, с последующим переходом на ЭП, если это возможно при данной длине кишки. Начинать полное парентеральное питания (ППП) в максимально ранние сроки после стабилизации основных параметров (ИБЛ, гемодинамика). Нашим принципом является начало ППП на 3-4 сутки жизни ребенка. Кроме того, ППП назначается лишь после отмены планового наркотического обезболивания. Для ПП используем: Углеводы - растворы декстрозы (глюкозы) 8-13 г/кг/сут, с темпом увеличения на 1- 2 мг/кг/минуту в зависимости от массы тела. Контроль осуществляется по определению уровня глюкозы в крови 2 раза в сутки. Белок - наиболее адекватным препаратом для ПП мы считаем 10% растворы аминокислот. Начинаем с 1 – 3 г/кг/сутки в зависимости от массы тела, с увеличением на 0,5 г/кг/сутки ежедневно и доводим дозу до 4,5 г/кг/сутки. Контроль осуществляется определением в крови остаточного азота, мочевины. Жировые эмульсии (ЖЭ) - начинаем их применение после проверки уровня трансаминаз, билирубина и триглицеридов. Начинаем с дозы в зависимости от массы тела 3 - 4 г/кг/сут. (скорость введения не более 0,13 - 0,17 г/кг/ч), с поэтапным приростом 0,5 г/кг/сутки. Контроль осуществляется определением АЛТ, АСТ, триглицеридов. Витамины и микроэлементы начинаем с первых дней ПП. Салувит Н - 1мл/кг/сут. Виталипид Н детский - 4мл/кг/сут. Таким образом, действуя по нашему протоколу, ребенок получает полноценное, сбалансированное ПП в течение 2-х недель. К концу первой недели жизни доношенный ребенок получает до 120 ккал/кг/сутки, что покрывает затраты на основной

обмен и рост ребенка. Но, несмотря на многогранность проблем, связанных с лечением этой группы, основной проблемой является вскармливание этих детей. ЭП при СКК является основным методом лечения! На 2-ой неделе жизни ребенок начинает получать ЭП. Ю.В. Ерпулёвой с соавторами был внедрен в практику интенсивной терапии патент использования на ранних стадиях раствора декстрозы+калия хлорида+натрия цитрата (регидрона) с 1-2% раствором пектина. Но это не является питанием в прямом смысле этого слова. Это питательная поддержка, используемая для стимуляции кишечника ребенка. И смесью выбора в данном случае мы считаем смеси на основе глубокого гидролиза сывороточного белка, имеющие низкую аллергенность и высокую усвояемость. Ребенок получает смесь дозированно через инфузор. В динамике, учитывая состояние больного, идет постепенное увеличение ЭП с одновременным поэтапным снижением ПП в обратном порядке. Энергетическая нагрузка увеличивается постепенно, сначала по концентрации и осмолярности, а затем по количеству. Поддержание низкой осмолярности смеси (около 300 мосм/л) является важным условием успешности ЭП. Разведение смесей натрия хлоридом недопустимо! Объем стула более 20 мл/кг/сутки является показанием к менее агрессивному увеличению энтеральной нагрузки, более 40мл/кг – к снижению объема питания. У пациентов с синдром «короткой кишки» важную

роль играет длительно проводимое сбалансированное ПП с оптимальным подбором питательных смесей таким образом, чтобы эти смеси по своим характеристикам (энергетическая ценность, осмолярность и др.) максимально усваивались именно в том отделе кишки, который у данного ребенка остался после резекции.

Таким образом, повышение качества выхаживания тяжелых хирургических больных с пороками развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и осложнениями некротического энтероколита позволяют снизить послеоперационную летальность, а следовательно, число пациентов с синдромом короткой кишки (СКК), с которыми сталкиваются врачи-реаниматологи и хирурги, неизбежно будет возрастать. В нашей клинике разработаны следующие критерии для проведения ПП: 1) ПП необходимо назначать в ранние сроки после хирургического лечения (3-5 сутки) 2) Перед назначением ПП необходимо добиться полной стабилизации состояния больного, а именно: -коррекции метаболических нарушений и КОС; -стабилизации гемодинамики. Выхаживание детей синдром короткой кишки (СКК) - является трудоемким и сложным процессом, требующим комплексного подхода, в котором принимают участие различные специалисты по интенсивной терапии, энтеральному и парентеральному питанию новорожденных, хирурги. Ведь наша цель - не просто сохранить ребенку жизнь, а сделать качество этой жизни высоким.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (МКБ) У ДЕТЕЙ

**Махачев Б. М., Магомедов А. Д., Балаев В. Б., Магомедов А. Д., Муртузаалиев З. Н.,
Магомедов Р. Р., Казилев Ю. Б.**

Детская Республиканская клиническая больница им. Н. М. Кураева

МКБ в республике Дагестан сохраняет свою эндемичность и остается актуальной проблемой среди детского населения.

Цель. Оценить результаты проведенных открытых оперативных вмешательств при МКБ у детей.

Материалы и методы. За период 2015 по 2017 гг. в урологическом отделении ДРКБ находилось 305 детей с камнями мочевыводящих путей. Возраст детей от 3-х месяцев до 15 лет. Мальчиков - 192, девочек – 113. Из них: камни почек – 238 детей, камни мочеточника – 54, камни мочевого пузыря – 12, камень уретры – 1. Оперировано 92 ребенка, 47 – пиело и нефролитотомия, 38 – уретеролитотомия, 6 – эпицистолитотомия, 1 – уретролитотомия. Во время операции у 6 детей выявлено сужение в пиелоуретеральном сегменте, что потребовало пластики ПУС и в 3 случаях произведена неимплантация мочеточника в связи с наличием стеноза в дистальном отделе мочеточника.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 11 детей. В 8 случаях отмечался затек мочи в паранефральное пространство после удаления камней почки и у 3 детей отхождение мочи по страховочному дренажу после удаления камня мочеточника. Всем детям произведена ретроградная катетеризация почки на срок от 3 до 5 дней. 9 детей поступили повторно с сформировавшимися рецидивными камнями.

Выводы

Современные подходы к лечению МКБ у детей, диктуют необходимость снижения числа проводимых открытых оперативных вмешательств в пользу различных вариантов литотрипсии. Учитывая частоту рецидивов камнеобразования после проведенных оперативных вмешательств, необходимо улучшить контроль за качеством проведения метафилактики мочекаменной болезни у детей.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В УСТРАНЕНИИ ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПОДКОЖНЫХ ВЕН.

Махачев О.А.1,2, Абдуллаев Ю.И.1, Шихмагомедов О. О.1,2, Муталипов Р.М.1, Изиев В.Р.1, Шахнавазов А.Ш.1.2,

*ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ*

Цель. Представить опыт ГБУ РД НКО «ДЦК и ССХ» по использованию эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Методы. С 2015 года в ДЦК и ССХ обследовано свыше 7500 больных с заболеваниями вен. Всем пациентам выполнено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) вен нижних конечностей. При выявлении варикозного расширения вен конечностей с признаками вертикального рефлюкса по большой (БПВ) или малой (МПВ) подкожной вене персонифицировано принималось решение о методе его устранения. ЭВЛК признавалась методом выбора при диаметре приустьевого расширения менее 10 мм (при неосложненных формах варикозного расширения вен) и до 15 мм при осложненных формах (трофические изменения и т.д.). После устранения рефлюкса, техникой минифлебэктомии удалялись варикозно расширенные притоки.

Результаты. На основании выполненных исследований принималось решение о выборе метода хирургического лечения и о последовательности выполнения операций. При выявлении противопоказаний для ЭВЛК пациентам выполнялся короткий или длинный стриппинг. Выполнено 2652 операции на венах нижних конечностей: ЭВЛК (n=1900), комбинированная флебэктомия (n=260), флебэктомия по Варadi

(n=492). Длительность госпитализации пациентов после ЭВЛК составила 2-3 койко-дня, в то время как длительность госпитализации после комбинированной флебэктомии составила 7-8 койко-дней. В 114 (6%) случаях отмечены послеоперационные осложнения: инфицирование послеоперационной раны у 6 пациентов, реканализация ствола вены после ЭВЛК в 4 случаях, что потребовало повторной процедуры, лимфатический отек у 9 больных, нейропатия в 57 случаях, термоиндуцированный тромбоз глубоких вен у 38 больных. В 42 (2,2%) случаях наблюдалось заживление трофических язв после ЭВЛК. На контрольном осмотре через 1 год после ЭВЛК данных за рецидив заболевания не выявлено. Для достижения максимального косметического эффекта у 380 (20%) пациентов после ЭВЛК применялась пеносклеротерапия в амбулаторных условиях. Пациенты отметили хороший косметический эффект и улучшение качества жизни.

Заключение

Выбор оптимального способа устранения рефлюкса по стволам БПВ или МПВ позволяет снизить количество неудачных коагуляций и добиться хорошего косметического эффекта с минимальными сроками госпитализации.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Махачев О.А.1,2, Абдуллаев Ю.И.1., Муталипов Р.М.1 Шихмагомедов О.О.1.2., Абасов Ф.Х.1.2., Изиев В.Р.1, Шахнавазов А.Ш.1.2

*ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ*

Цель. Представить опыт ГБУ НКО ДЦК и ССХ по диагностике и хирургическому лечению рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей.

Методы. С 2015 по 2019 гг. в ДЦК и ССХ обследовано 90 пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей после хирургических вмешательств, выполненных ранее в сроки от 2 до 25 лет. Всем больным проводилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей с целью выявления причин рецидива. В рамках дообследования

применялись следующие методы диагностики: МСКТ вен малого таза, флебография вен малого таза с селективной овариографией, флебография вен нижних конечностей. Для устранения рецидива варикозной болезни применялись следующие хирургические вмешательства: эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) с минифлебэктомией, минифлебэктомия без ЭВЛО, кроссэктомия с минифлебэктомией, стриппинг ствола большой подкожной вены (БПВ) с минифлебэктомией, эмболизация яичниковых вен.

Результаты. В результате проведенных исследований выявлены следующие причины рецидива варикозной болезни: варикозное расширение вен малого таза с рефлюксом по яичниковым венам, пельвио-перинеальным рефлюксом и рефлюксом в вены нижних конечностей в 40 (44%) случаях, некорректная обработка БПВ в зоне сафено-фemorального соустья (СФС) у 21 (23%) больного, у 14 (16%) пациентов рецидив выявлен в бассейне МПВ после ранее выполненного стриппинга БПВ, рефлюкс по несостоятельным перфорантным венам бедра и голени выявлен у 13 (14%) больных и в 2 (3%) случаях при первичной операции удаление притоков не сопровождалось стриппингом БПВ. Для устранения рецидива произведено 90 хирургических вмешательств: 40 эмболизаций яичниковых вен (32 эм-

болизации левой яичниковой вены, 8 эмболизаций левой и правой яичниковых вен) с последующей минифлебэктомией, 14 ЭВЛО с минифлебэктомией, 21 кроссэктомия с минифлебэктомией, 2 коротких стриппинга с минифлебэктомией, 13 минифлебэктомий. Все пациенты отметили хороший косметический эффект операции и улучшение качества жизни.

Заключение

Выбор комплекса оптимальных методов устранения рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей должен основываться на полноценной и точной идентификации причины варикоза.

РЕНТГЕНЭДОВАСКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.

Махачев О.А.1,2, Абасов Ф.Х.1,2, Мамеев А.А.1, Хаджилаев М.Х.1, Османов О.А.1, Забитов Н.З.1, Шахнавазов А.Ш.1,2, Абакаров А.М.1,

*ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»*

Цель. Представить непосредственные результаты шунтографий у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Методы. С апреля 2013 г. по декабрь 2018 г. в ГБУ РД НКО «ДЦКССХ» 429 пациентам после операции АКШ была выполнена шунтография. Пациентов мужского пола - 390 (91%), женского - 39 (9%). Медиана возраста больных составила 57±4 года (от 42 до 77 лет). Максимальное время выполнения шунтографии после операции АКШ составило 16 лет, минимальное - три месяца. Во время операции всем пациентам было создано от 1 до 5 шунтов, в среднем 2,4 шунта на 1 пациента. Во время шунтографии исследовано 1058 шунтов: к передней нисходящей артерии (ПНА) - 407 [функционируют - 361 (88,7%), стенозированы - 8 (2,0%), окклюзированы - 38 (9,3%)]; к диагональной ветви (ДВ) и артерии *intermedia* - 113 [функционируют - 84 (74%), стенозированы - 6 (5%), окклюзированы - 23 (20%) шунтов]; к огибающей артерии (ОА) и ветви тупого края (ВТК) - 246 [функционируют - 179 (72,8%), стенозированы - 9 (3,6%), окклюзированы - 58 (23,6%)]; к правой коронарной артерии (ПКА) и задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ) - 289 [функционируют - 195 (67,5%), стенозированы - 11 (3,8%), окклюзированы - 83 (28,7%)]. У 49 пациентов после АКШ с возвратом симптомов ИБС выполнены чрезкожные коронарные вмешательства. В 40 (81,6%) случаях причиной возврата стенокардии была дисфункция шунтов, прогрессирование атеросклероза нативных артерий наблюдалось у 9 (18,4%) пациентов (все не шунтированные артерии), ещё в одном случае причиной рецидива

стенокардии являлась окклюзия левой подпочечной артерии. Стентирование 52 нативных артерий выполнено 41 пациенту (ПКА - 23, ОА или ВТК - 15, ПНА - 10, ствол ЛКА - 3, АИМ - 1). Реканализация хронической окклюзии выполнена в семи случаях, в одном наблюдении попытка реканализации была неудачной. Стентирование венозных шунтов выполнено в 10 наблюдениях (к ЗМЖВ ПКА - 3, к ПНА и ДВ - 3, к ВТК и ЗБВ - 4). В двух случаях были имплантированы стенты без лекарственного покрытия, в остальных наблюдениях стенты с антипролиферативным покрытием последних поколений. Среднее количество стентов на одного больного составило 1,4. Результаты. Госпитальная летальность отсутствовала. Во всех случаях получен хороший ангиографический результат. У 1 (2,1%) пациента, через месяц после ЧКВ, на контрольной коронарошунтографии выявлен тромбоз стента. Рестеноз до 60% ранее имплантированного стента наблюдался в одном случае (2,1%). В одном наблюдении возникло осложнение в виде синдрома *no-reflow*. Во всех остальных случаях осложнений в послеоперационном периоде не было. В промежуточном периоде (до 12 месяцев) летальность отсутствовала, повторные процедуры по реваскуляризации не выполнялись.

Заключение

Шунтография является высокоинформативным методом диагностики дисфункции аортокоронарных шунтов. Причиной возврата стенокар-

дии могут быть разные факторы; чрескожные коронарные вмешательства являются эффективным методом лечения больных ишемической болезнью сердца с возвратом клиники стенокардии

после операции аортокоронарного шунтирования.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 484 ОПЕРАЦИЙ.

Махачев О.А.1,2, Абасов Ф.Х.1,2, Магомедов А.Г.1, Бадруддинова М.Х.1, Алиев Г.Н.1, Мамаев А.А.1, Хаджилаев М.Х.1, Османов О.А.1, Магомедова М.А.1, Абдусаламова З.Г.1, Абдулаев К.И.1, Магомедова З.Г.1

*ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»*

Цель: Представить непосредственные результаты рентгенэндоваскулярного лечения открытого артериального протока (ОАП), вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) и изолированного стеноза легочной артерии (ИСЛА).

Материал и методы: За период с октября 2014 г. по май 2019 г. в ДЦК и ССХ рентгенэндоваскулярная коррекция ВПС была выполнена 484 пациентам: 358 (74%) больным с ОАП, 124 (25,6%) пациентам с ДМПП и 2 больным с ИСЛА. Из них 375 (77,4%) пациентов были дети и подростки в возрасте от 3 до 16 лет. Медиана возраста больных составила 16 лет (от 3 лет до 71 года). Масса тела пациентов равнялась в среднем 53.6 ± 22.1 кг (от 13 до 104 кг). В одном наблюдении ОАП сочетался с ДМПП, в другом - ДМПП сочетался с ИБС. Чреспищеводная ЭхоКГ была выполнена 56 взрослым пациентам и 7 подросткам. По данным ЭхоКГ определялись: диаметр ОАП и ДМПП, размеры межпредсердной перегородки, размеры и структура краев дефекта, у больных с ИСЛА был определен систолический градиент на ЛК. Для эмболизации ОАП небольшого диаметра выполнялась имплантация отделяющихся спиралей, а для закрытия ОАП диаметром более 2 мм и вторичного ДМПП использовались самораскрывающиеся и самоцентрирующиеся системы – окклюдеры. У больных с ОАП тип и размер закрывающего устройства определяли в зависимости от минимального диаметра и анатомической формы порока. Для определения типов протоков использовалась ангиографическая классификация по Krichenko A. et. al. (1989 г.): тип E выявлен в 61% случаев, тип A в 32% случаев и тип D в 5% случаев. У 297 пациентов (82,9%) ОАП был закрыт с помощью окклюдера, у 42 больных (14,5%) проток был эмболизирован спиралью. Точные размеры ДМПП дополнительно определялись интраоперационно с помощью измерительного баллона. Диаметр дефектов, определенный измерительным баллоном, в

среднем составил 12.1 ± 1.3 мм, а диаметр окклюдеров – в среднем $13,3 \pm 1.4$ мм. Ещё трём пациентам с ОАП и шести с ДМПП, закрытие пороков было выполнено без флюороскопии (Alternative Non-fluoroscopic strategy). Двум пациентам с ИСЛА выполнена транслуминальная баллонная вальвулопластика. Градиент давления на клапане ЛА до операции составлял 70 и 65 мм.рт.ст., после операции градиент снизился до 20 и 16 мм.рт.ст.

Результаты: Госпитальная летальность при выполнении рентгенэндоваскулярных вмешательств у больных с ВПС отсутствовала, закрытие ВПС на операционном столе было достигнуто у всех пациентов. По данным ЭхоКГ, выполненной в динамике через 6 месяцев после операции отмечено уменьшение размеров правых и левых отделов сердца. В обоих наблюдениях с ДМПП и легочной гипертензией, на вторые сутки после операции зафиксировано снижение давления в ЛА. Полное закрытие ОАП было констатировано у 99,1% больных, у трёх пациентов после эмболизации ОАП спиралью в послеоперационном периоде по данным ЭХО КГ оставался гемодинамически незначимый резидуальный сброс до 1 мм. В 96% (n=119) наблюдений был герметично закрыт ДМПП; в 5 (6%) случаях после закрытия ДМПП выявлены гемодинамически незначимые резидуальные шунты диаметром 1 мм, которые закрылись в первые три месяца после операции. Выводы. Рентгенэндоваскулярная коррекция ВПС у детей и взрослых, является малотравматичным, высокоэффективным и безопасным методом устранения порока. Эндоваскулярное лечение ВПС без применения флюороскопии, впервые выполненное в Российской Федерации, можно рассматривать как альтернативу классическим операциям с применением рентгенографии.

ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ.

Махачев О.А.1,2, Магомедов А.Г.1, Султанов М.Г.1, Алиев Г.Н.1, Расулов М. М.1, Абдулаев К.И.1

*ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ*

Цель. Представить непосредственные результаты имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) для лечения нарушений сердечного ритма.

Материал и методики. Первая имплантация ЭКС в отделении РХА и ЭКС ДЦК и ССХ была выполнена 20 апреля 2012г., пациенту М., 60л. с А-В блокадой II ст. Был имплантирован ЭКС 552CSSI (без частотной адаптации) с пассивной фиксацией желудочкового электрода. С января 2012г. по 2018г. в отделении РХА и ЭКС ДЦК и ССХ выполнено 651 имплантация ЭКС. Из их числа однокамерных 583 [ЮНИОР (n=10), 552C (n=80), 560 SR (n=296), SUSTAINXL (n=99) и ENDURITY CORE (n=38) и двухкамерных 68 [460 DR (n=10), SUSTAINXLDR (n=24) и ENDURITY CORE (n=34)]. Спектр нарушений сердечного ритма, потребовавший имплантации ЭКС, был следующим: атриовентрикулярная блокада III ст. (58,8%), атриовентрикулярная блокада II (15,8%), Атриовентрикулярная блокада I ст. – (1,1%), фибрилляция предсердий с эпизодами асистолии (15,7%), CCCY (8,9%). Во всех случаях использовались электроды с пассивной фиксацией. В 2012 г. имплантировано – 48 ЭКС, в 2013г. – 71 имплантация, в 2014 г. – 75 имплантаций, в 2015 - 100 операций, в 2016 г. - 115 операций, в 2017–2018г.г. по 121 операции. Первичная имплантация ЭКС выполнена 519 (79,7%) больным, замена ЭКС произведена в 132(20,3%) случаях. Средний возраст оперированных больных составил $71,13 \pm 10,4$ лет (от 17 до 98 лет), 53,8% (n=350) пациентов были женского пола.

Результаты: В 71% случаев (n=60) ЭКС имплантированы лицам старше трудоспособного возраста (65 лет и старше), в 146 случаях пациенты были старше 80 лет. Нами было имплантировано 449 отечественных и 202 импортных ЭКС. С 2014 года в центре имплантируются стимуляторы с частотно-адаптивной функцией, со второго полугодия 2017 года мы имплантировали 72 МРТ совместимых электрокардиостимулятора. В послеоперационном периоде пациентам проводился ежедневный ЭКГ-мониторинг, трансторакальная ЭхоКГ с описанием места фиксации электрода и перепрограммирование ЭКС (на 2 сутки после операции). Послеоперационные осложнения наблюдались в 25(3,8%) случаях: инфицирование (n=1), гематома «ложа ЭКС» (n=12), повышение порога стимуляции (n=4), дислокация электрода (n=5) и тромбофлебит подключичной вены (n=3). Госпитальная летальность составила 0,15% (1/651). Причиной смерти пациентки 88 лет явилась тромбоэмболия легочной артерии на 3-е сутки после операции.

Заключение

Имплантация ЭКС в РД является востребованным хирургическим пособием с незначительным риском развития осложнений и летальности, использование современных имплантируемых устройств для электрокардиостимуляции способствует улучшению качества жизни оперированных пациентов.

РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ПЕРВИЧНОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Машурова Е.В., Айдемиров А.Н., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А., Маланка М.И., Абдоков А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Первичный спонтанный пневмоторакс вызывает особый научный интерес, т.к. встречается у лиц наиболее трудоспособного возраста. Частота развития рецидива заболевания при разных способах лечения может превышать 30–35 %.

Цель исследования: анализ причин возникновения, рецидивирующего спонтанного пневмоторакса.

Материал и методы исследования: Проведено проспективное исследование на базе отде-

ления хирургического торакального ККБ. За период с 2013 по 2018 гг. в исследование включено 306 пациентов с первичным СП. Диагностика внешних и висцеральных признаков ДСТ проводилась согласно общепринятому алгоритму.

Результаты и обсуждение. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту, среди пациентов с первичным СП преобладали мужчины в возрасте до 34 лет. Регулярными курильщиками являлись более половины пациентов в каждой группе, однако анамнез курения в силу относительно молодого возраста пациентов был небольшим. Правосторонняя локализация СП

встречалась несколько чаще, чем левосторонняя. Тактика хирургического лечения спонтанного пневмоторакса была единой для пациентов обеих групп. 64 % случаях было проведено консервативное хирургическое лечение без индукции плевродеза, 36 % случаях произведено радикальное хирургическое лечение с индукцией плевродеза. В группе пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом, имеющих признаки ДСТ, при сопоставимых методах хирургического лечения, рецидивирующее течение первичного спонтанного пневмоторакса встречалось в 23,7% случаев (n=54), в группе пациентов без признаков ДСТ в 11,3% случаев. В течение пер-

вого года после стационарного лечения у 181 пациента возникло 34 (18,7 %) случая рецидива пневмоторакса (рецидивирующее течение) и 6 (3,3%) случаев СП на контралатеральной стороне.

Выводы

Результаты нашего исследования показали, что у пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом имеющих признаки ДСТ, достоверно чаще встречается рецидивирующее течение первичного спонтанного пневмоторакса.

ЧРЕСПИЩЕВОДНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ.

Махачев О.А.1,2, Магомедов А.Г.1, Султанов М.Г.1, Расулов М. М.1, Исмаилов А. С.1.

*ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ, г. Махачкала.*

Цель: Обобщение опыта и анализ результатов чреспищеводных электрофизиологических исследований (ЧПЭФИ) в ДЦК и ССХ

Материалы и методики. Чреспищеводное-электрофизиологическое исследование сердца (ЧПЭФИ)—неинвазивный диагностический метод для изучения электрофизиологических механизмов нарушений ритма сердца и для купирования пароксизмальных наджелудочковых тахикардий. За 2017 – 2018 гг. в отделении РХА и ЭКС ГБУ РДНКО «ДЦК и ССХ» выполнено 104 ЧПЭФИ. Средний возраст пациентов составил 36 лет (от 17 до 63 лет). ЧПЭФИ проводилось по стандартному протоколу с определением доступных для данного метода электрофизиологических параметров: интервал А-V (мс), ВВФСУ (мс), КВВФСУ (мс), ТВ (имп/мин), ЭРП АВ соединения (мс), ЭРП быстрого ?- пути (мс), ЭРП медленного ?- пути (мс), ДЦ тахикардии (мс), интервал V-A индуцированной тахикардии (мс). Исследования были выполнены при помощи компьютерной электрофизиологической системы ЭЛКАРТ ЧПС.

Результаты. В 94,2% случаев ЧПЭФИ проводилось в связи с наличием у пациентов тахикардий, у 5,8% больных с подозрением на брадикардию. В группе тахикардий основную группу составляли суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма, такие как АВ-узловая реципрокная тахикардия – 35(33,7%) случаев, синдром WPW – 15(14,4%) наблюдений, предсердные эктопические и реэнтри тахикардия – 1 (0,96%) случай. У 4(3,8%) пациентов выявлено трепетание предсердий. В группе брадикардий было выявлено 3(2,88%) случая синдрома слабости синусового узла (СССУ). В остальных 46(44,2%) случаях значимой аритмологической патологии выявлено не было.

Выводы

ЧПЭФИ является информативным методом обследования пациентов с нарушениями ритма сердца, позволяющим определить показания к проведению хирургического вмешательства.

ДО - И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АПЛАТИЗАЦИИ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Меджидов Р.Т. (1), Султанова Р.С. (1,2), Хамидов Т.М. (3), Меджидов Ш.Р. (3)

*ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России
ГБУ РД "Городская клиническая больница №1" 3) ГБУ РД "Республиканская клиническая больница"*

Введение. Адаптирование доступов, то есть точек установки лапаропортов для лапароскопа и лапароскопических инструментов к различным

топографо-анатомическим и конституциональным вариантам анатомии печени и селезенки при их кистозных поражениях является наиболее

важным этапом операции лапароскопической аплатизации кист.

Цель исследования. Оценить эффективность разработанной нами навигационной программы для выбора точек установки лапаропортов при лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов использования навигационной программы для определения оптимальных доступов при лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки у 43 пациентов с кистозными образованиями печени (n= 37) и селезенки (n= 6). Паразитарные кисты имелись в 27 (62,8%) наблюдениях, непаразитарные – в 16 (37,2%). Всего у 43 пациентов имелось 49 кистозных образований. Все кисты в селезенке были одиночными. У пациентов с кистозными образованиями в печени поликистоз отмечен у 5 пациентов. При печеночной локализации кист поражение II сегмента имелась в 2 наблюдениях, в III - в 9, IV- в 8, V- в 9, VI- в 6, VII- в 6, VIII – в 3, а в случаях поражения селезенки в верхнем полюсе кисты были локализованы у 2 пациентов, в нижнем – у 1 и в средней части – у 3. Всем пациентам проводили клинические и биохимические анализы, серологические реакции, рентгенографию грудной клетки, УЗИ, КТ, МРТ. Для выбора точек установки лапаропортов использована разработанная нами навигационная программа (свидетельство на приоритет № 2018661120).

Результаты. В ходе проведения аплатизации кист печени порты переустановлены в 3

(7,0%) случаях, а увеличить количество портов пришлось в 2 (4,6%) наблюдениях. Конверсия на лапаротомию осуществлена в 1 случае. Интраоперационные осложнения не отмечены. В послеоперационном периоде осложнения развились у 3 (8,0%) пациентов. Поступление желчи из остаточной полости по дренажу, установленному в неё отмечено в 1 наблюдении и прекратилось на 4-е сутки. Жидкостные скопления в окологепаточной зоне имело место в 2 наблюдениях. Они устранены перкутанными пункциями под УЗ-навигацией. В наблюдениях с кистозными образованиями селезенки изменение выбранной технической стратегии не осуществлено, интра- и послеоперационные осложнения не отмечены. Осложнения общего характера имелись у 2 (4,6%) пациентов. В обоих случаях развился экссудативный плеврит, который разрешился спонтанно до 10 суток после операции. Средняя продолжительность госпитализации пациентов после операции составила $8,7 \pm 1,2$ дня.

Заключение. Наиболее оптимальным способом завершения лапароскопической эхинококэктомии из печени и селезенки при малых и средних кистах с преимущественным ростом в сторону брюшной полости является их аплатизация. Более эффективная реализация данной лечебной тактики происходит при до- и интраоперационном использовании разработанной нами навигационной программы.

ВАРИАНТ ЭНДОПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПО R.STOPPE ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Меджидов Р.Т., Муртузалиева А.С., Хсейханова В.В.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет". Клиника общей хирургии с курсом лучевой диагностики. ГБУ РД "Республиканская клиническая больница".

В современной герниологии в последние годы широко используют внебрюшинное расположение сетчатого эндопротеза при герниопластике при паховой грыже. Данная методика, как менее травматичная, особенно показана пациентам пожилого и старческого возраста при двухсторонних паховых грыжах.

Материал и методы. В ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2» за последние 5 лет выполнена эндопротезирующая пластика при двусторонней паховой грыже 38 пациентам пожилого и старческого возраста. Использована усовершенствованная методика герниопластики по R.Stoppe, а именно через надлобковый срединный мини-разрез с доступом в предбрюшинное пространство, установка устройства «Мини-ассистент», отсепаровка брюшины от поперечной фасции вместе с грыжевыми мешками,

размещение сетчатого эндопротеза, выкроенного в виде «бабочки» в предбрюшинное пространство, фиксация сетчатого сетчатого эксплантата к симфизу, лонной связке с двух сторон, начальному отделу пупартовой связки с двух сторон герниостеплером, послойные швы на рану. Все операции выполнены под перидуральной анестезией.

Результаты и их обсуждение. Сроки активизации пациентов составили 1,4% 0,2 суток. В выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде в наблюдениях с использованием данной методики по сравнению с методикой Лихтенштейна достоверное различие не имелось. Такие местные послеоперационные осложнения, как серома, гематома, инфильтрат, отек мошонки и фуникулит не отмечались. Послеоперационные осложнения общего характера в

группе пациентов, где была использована указанная методика имелись в 3,1% случаев. Продолжительность стационарного лечения с учетом возраста и наличия у подавляющего большинства пациентов сопутствующей патологии составила в среднем 8,2%^{1,4} койко-дня. Летальных случаев в анализируемой выборке отсутствовали. Реабилитационный период в группе пациентов, где был использован данный вариант пластики паховой грыжи достоверно не отличался от периода в случаях использования методики Лихтенштейна. Случаев рецидива грыжи при использовании предлагаемой методики не отмечены. Отсутствие местных послеоперационных осложнений при использовании данного варианта эндопротезирования связано с тем, что

элементы семенного канатика остаются вне зоны операционного действия.

Выводы

Способы «ненатяжной» герниопластики следует признать универсальными и они имеют патогенетическую направленность. При двухсторонних паховых грыжах у пациентов старческого возраста наиболее оптимальным является предбрюшинная протезирующая пластика со срединного мини-доступа.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ «УСКОРЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ» БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Меджидов Р.Т., Муртузалиева А.С., Мамедова Э.П., Абдулаева А.З.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой ГБУ РД "Республиканская клиническая больница №2"

Число пациентов с обструктивным холестазом с каждым годом становится больше и они, во многих случаях, поступают в хирургический стационар с тяжелой формой желтухи. В данной ситуации более целесообразной является двухэтапная тактика оперативного лечения, при которой летальность не выше 8%. Однако, по данным многих авторов, после декомпрессии билиарного тракта (БТ) в 5,3-10,6% наблюдениях наступает синдром «ускоренной декомпрессии» БТ с выраженной печеночной недостаточностью. Разработка новых подходов защиты гепатоцитов после декомпрессии БТ представляет большой научно-практический интерес.

Цель исследования. Оценка эффективности антиоксидантной терапии в ликвидации механизмов повреждения гепатоцитов и тем самым профилактике синдрома «ускоренной декомпрессии» БТ.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов декомпрессии БТ у 188 пациентов с обструктивным холестазом. Холестаз на почве опухолевого процесса имелся у 90 (47,8%) пациентов, неопухолевого генеза – у 98 (52,2%). Пациенты распределены на основную (n=94) и контрольную (n=94) группы. Пациенты основной группы получали антиоксидантную терапию и были использованы дозированные методы декомпрессии БТ, контрольной группы – общепринятая интенсивная терапия и традиционные методы декомпрессии БТ. Всем пациентам клинические и биохимические анализы крови и мочи. Проведены также по показаниям УЗИ, МСКТ, РХПГ, ЭПСТ, видеолапароскопия для оценки состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы исследовали малоновый

диальдегид, глутатион в эритроцитах и окислительная модификация белков плазмы крови. Статистическая обработка материала проведена с использованием программ Microsoft Excel, Stat Soft Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение. Среди 188 пациентов с обструктивным холестазом синдром «ускоренной декомпрессии» БТ отмечен у 29 (15,4%) пациентов, из них в контрольной группе (n=94) – в 24 (25,5%) наблюдениях, а в основной – 5 (5,3%). На 3-4 сутки после декомпрессии БТ в контрольной группе наблюдалось повышение МДА до $16,640 \pm 1,172$ ($2 = 0,232$; $df = 1$; $p = 0,630$). Показатели глутатиона в эритроцитах в эти сроки равнялись $14,103 \pm 1,126$ в контрольной и $13,457 \pm 1,122$ в основной группах ($2 = 0,044$; $df = 1$; $p = 0,834$). Аналогичная закономерность установлена и при изучении уровня окислительной модификации белка: $3,03 \pm 0,1$ исходный и $180,9 \pm 3,7$ Fe-зависимый в основной группе ($2 = 0,16$; $df = 1$; $p = 0,898$ и $2 = 0,000$; $df = 1$; $p = 0,989$ соответственно). Сроки декомпрессии БТ в контрольной группе составили $14,6 \pm 2,7$ суток, а в основной – $12,3 \pm 1,9$ суток ($2 = 0,112$; $df = 1$; $p = 0,738$). Специфические осложнения в контрольной группе отмечены в 8,7% случаях, а в основной – 2,2%. Летальность в контрольной группе составила 5,2%, в основной – 2,5%. Необходимость проведения антиоксидантной защиты гепатоцитов после декомпрессии БТ по поводу обструктивного холестаза не вызывает сомнения и она является терапией выбора способа дозированной фракционной декомпрессии БТ, что существенно не снижает развитие «ускоренной декомпрессии» билиарного тракта.

Заключение

Синдром «ускоренной декомпрессии» билиарного тракта отмечается у четвертой части пациентов после декомпрессии билиарного тракта

по поводу обструктивного холестаза. Включение антиоксидантной терапии существенно снижает его развитие.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Меджидов Р.Т. (1,2), Муртузалиева А. С. (2), Скорозаров А.С. (3)

*ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"
Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой
ГБУ РД "Республиканская клиническая больница №2"
ГБУ РД "Городская клиническая больница №1"*

Вопрос лечения холедохолитиаза с каждым годом становится все более актуальным поскольку увеличивается число пациентов старческого возраста с ЖКБ у которых лечение данной патологии вызывает определенные сложности. На данном этапе билиарной хирургии идеи соперничества двух способов лечения холедохолитиаза – выведение камней из внепеченочных желчных протоков ретроградным и антеградным способами.

Цель исследования. Оценить результаты исследования антеградного способа дислокации желчных камней из внепеченочных желчных протоков в двенадцатиперстную кишку под лучевой навигацией в сравнительном аспекте.

Материал и методы. За последние 5 лет 112 пациентам проведены эндобилиарные вмешательства, направленные на выведение конкрементов из внепеченочных желчных протоков. Из них в 52 (46,4%) использованы эндобилиарные вмешательства в антеградном варианте (основная группа), а в ретроградном варианте в 60 (53,6 %) случаях (контрольная группа). Среди пациентов, включенных в группу исследования ЖКБ, калькулёзный холецистит, холедохолитиаз имелся в 47 (42,0%) наблюдениях, ПХЭС, холедохолитиаз в 65 (58%) случаях. Из них холедохолитиаз в антеградном варианте ликвидирован у 27 (57,4 %) с калькулёзным холециститом, холедохолитиазом и у 25 (42,6 %) с ПХЭС и холедохолитиазом. ЭЖТ и литоэкстракция проведена в 29 (44,6%) с ЖКБ, калькулёзным холециститом и с 36 (55,4%) пациенты с ПХЭС, калькулёзным холециститом. Антеградные эндобилиарные вмешательства проводились под лучевой навигацией, а ретроградные под эндоскопической и лучевой навигацией. В наблюдениях где использовано антеградный вариант дислокации конкрементов в холедохе (52 пациента). Доступ к билиарной системе осуществлен чрескожно. Чреспеченочно в 44 (84,6%) случаях через дренаж, вставленный в холедох 8 (15,4%). В 56 (50,0%) случаях вторым этапом после эндобилиарных вмешательств была проведена холецистэктомия: в лапароскопическом варианте – 26, в миниинвазивном – 30.

Результаты и обсуждение. В основной группе пациентов холестаз средней и тяжелой степени имелся у 29 пациентов. Им в начале проводилась декомпрессия билиарного тракта и показателей билирубина дислокация камней в двенадцатиперстную кишку. В двух случаях использована литотрипсия лазером. Перед дислокацией камней в кишку проводилась баллонная дилатация БДС. Клиника постманипуляционного панкреатита отмечена в 2 (3,8%) случаев холангиты в 3(5,7%). Летальных случаев не имелось. В контрольной группе постманипуляционный панкреатит отмечен в 10(15,3 %), одна пациентка скончалась от панкреонекроза. Рефлюкс холангит в 5 (7,7 %) случаев кровотечение после ЭЖТ 2 (3,0%). Перфорация дуоденума 1(1,5 %) потребовалась лапаротомия и ушивание кишки. Несмотря на явное преимущество ретроградной методики выведения камней из внепеченочных желчных протоков все еще большее внимание ретроградному способу где очень высокий риск развития панкреонекроза.

Заключение

Лечение холедохолитиаза с использованием антеградного доступа в билиарный тракт имеет определенные преимущества и при нем очень низкий процент осложнений. Изменение технической стратегии проведено в основном при множественном паразитарном поражении печени. Конверсия на лапаротомию осуществлена в 3 (2,6 %) наблюдениях. Абдоминальные осложнения имели место в 9 (7,8%) случаях, раневые осложнения имели место в 3(2,6%) наблюдениях. Осложнения общего характера возникли у 3 (2,6%) пациентов. Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов составили $9,6 \pm 1,2$ для лечения пациентов для летальных исходов не отмечены. В связи с внедрением в клиническую практику высоких диагностических технологий кистозные образования печени и селезенки начали выявляться на ранних стадиях и пациенты требуют решения вопроса. Для удаления кист небольших размеров и с преимущественным ростом в сторону брюшной полости опера-

ционный доступ должен быть менее травматичным. Метод аплатизация кист наиболее оптимальный для лапароскопического доступа. Но при этом адаптивное изменение точек установки лапаропортов для лапароскопа и лапароскопический

инструментарий уменьшает количество интраоперационных осложнений, число конверсий на лапаротомию и сроки лечения пациентов.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Меджидов Р.Т. (1), Султанова Р.С. (1,2), Хабибулаева З.Р. (1), Кареева А.К. (1)

*ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России
ГБУ РД "Городская клиническая больница №1"*

Проблемы диагностики и лечения обструктивного холестаза до сих пор остаются актуальными. Особенно важным в определении лечебной тактики является определение уровня окклюзии билиарного тракта (БТ).

Цель исследования. Дать анализ результатам проведения лучевой навигации гепатобилиарной системы, определить их значение в установлении уровня окклюзии БТ и причины её развития.

Материал и методы. Выполнен анализ проведения обследования 1017 пациентов с обструктивным холестазом с использованием методов лучевой навигации. УЗИ выполнено всем пациентам, МРТ – 792, МСКТ – 219.

Результаты и их обсуждение. Проксимальная окклюзия БТ по данным УЗИ отмечена в 139 (13,7%) случаях, обструкция БТ в средней части внепеченочного желчного протока – в 284 (27,9%) наблюдениях, окклюзия терминального отдела холедоха – в 592 (58,2%) случаях. Холестолитиаз имелся у 220 (21,6%) пациентов. По данным МРТ проксимальная окклюзия имела в 129 (16,3%) случаях. Окклюзия доброкачественного характера была выявлена в 23 (17,0%) случаях, а в 106 (183,0%) – окклюзия на почве опухолевого процесса БТ. По классификации Bismuth – Corlette 1-й тип опухоли отмечен в 18 (17,0%) наблюдениях, 2-й тип – в 20 (18,9%), 3-й тип – в 29 (27,3%) и 4-й тип – в 39 (36,8%). В группе пациентов с доброкачественной проксимальной окклюзией БТ тип «+1» по Э.Г. Гальперину отмечен в 10 (43,5%) наблюдениях, «0» – в 11 (47,0%) и «-1» – в 3 (9,5%). В подгруппе пациентов с проксимальной окклюзией БТ МСКТ выполнена в 34 (24,5%) наблюдениях. Сосудистая инвазия была выявлена в 13 (38,1%) случаях. В наблюдениях с обструкцией БТ в воротах печени (n = 106) радикальные оперативные вмешательства проведены 23 (21,6%) пациентам, а в 83 (78,4%) случаях выполнены эндобилиарные вмешательства, направленные на наружное и наружно-внутреннее отведение желчи. Пациентам с окклюзией проксимального отдела БТ доб-

рокачественного характера выполнены оперативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи. Чувствительность методов лучевой навигации в диагностике проксимальной окклюзии БТ для УЗИ составила 94,9%, МРТ – 98,7%, а при МСКТ (для определения сосудистой инвазии) – 86,0%. При лучевой навигации окклюзия БТ срединной локализации была выявлена у 284 (27,9%) пациентов. Из них обструкция БТ доброкачественного генеза имела в 20 (7,1%) наблюдениях. Радикальные оперативные вмешательства проведены в 17,1% случаях. Перкутанное чреспеченочное наружное дренирование БТ выполнено 105 (37,0%) пациентам, в 92 (32,4%) наблюдениях проведено наружно-внутреннее дренирование БТ, а в 39 (13,7%) наблюдениях пациенты выписаны на симптоматическое лечение. Окклюзия терминального отдела БТ по данным лучевых методов диагностики была определена у 592 (58,2%) пациентов. Обструкция БТ неопухолевого генеза отмечена в 94 (15,9%) наблюдениях, а в 498 (84,1%) – отмечена периампулярная опухоль. По поводу периампулярной опухоли оперированы 137 (27,4%) пациентов. Билиодигестивные анастомозы наложены всем пациентам с доброкачественной обструкцией дистального отдела БТ, паллиативные оперативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи проведены 323 пациентам, ЧЧХС – 9 и холецистостомия – 28. Чувствительность методов лучевой навигации для определения уровня и характера окклюзии и степени распространенности опухолевого процесса в группе с обструкцией терминального отдела БТ составила 97,6%.

Заключение

В определении уровня окклюзии БТ и степени распространенности патологического процесса при обструктивном холестазе наиболее точными и чувствительными являются методы лучевой навигации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ПРЕДБРЮШИННАЯ ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ (ТАПП) ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Мехтиханов З.С., Хамидов М.А.

*Многопрофильная медицинская клиника «Здоровая Нация»,
кафедра эндоскопической хирургии ДГМУ МЗ РФ*

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) герниопластика по поводу паховых грыж была разработана в начале 1990-х годов. В практическую работу отделения общей хирургии лапароскопическая ТАПП герниопластика при паховых грыжах внедрена в 2012 году.

Цель исследования: оценить эффективность и надежность трансабдоминальной преперитонеальной протезирующей (ТАПП) паховой герниопластики в лечении больных с паховыми грыжами.

Материалы и методы. В исследовании включены 268 больных, которым была выполнена лапароскопическая ТАПП паховая герниопластика с июля 2012 года по ноябрь 2018 год. Мужчин было 253, женщин – 15. Возраст больных варьировал от 91 года до 19 лет. У 197 больных была односторонняя и у 71 - двухсторонняя локализация грыжи. Рецидивные грыжи имелись у 73 больных, из них у 12 больных рецидивы были двусторонними, а у одного больного в возрасте 91 года с двухсторонними паховыми грыжами рецидивы наблюдались дважды с обеих сторон. Ранее всем пациентам была выполнена герниопластика паховой области собственными тканями преимущественно по способу Бассини и Жирау-Кимбаровскому. Для подтверждения диагноза паховой грыжи всем больным в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) паховой области, а 22 больным дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) из-за избыточного веса и выраженной подкожной клетчатки в паховой области. Лапароскопический ТАПП метод паховой герниопластики проводился традиционно. Использовалась стандартная установка трех троакарров (двух 5 мм и одного 10мм). В случае симультантных операций устанавливались необходимые дополнительные лапаропорты. Брюшина рассекалась латерально от грыжевого дефекта и отсепаровывалась медиально и вниз, освобождая латеральную ямку и стараясь не травмировать семенной канатик и семенные сосуды, а затем освобождалась медиальная ямка до срединной складки визуализируя верхнюю лонную кость и заднюю поверхность прямой мышцы. В обязательном порядке извлекалась липома из грыжевого канала. Если возникали затруднения технического плана в полном извлечении грыжевого мешка при больших и врожденных пахово-мошоночных грыжах, то он пересекался на некотором протяжении от шейки. Особое внимание

уделялось гемостазу. Пластику задней стенки пахового канала выполняли предварительно моделированными полипропиленовыми сетками 10x15 см без разреза. Сетку фиксировали тейкерами герниостеплера "PROTACK" и перитонизировали брюшиной. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль зоны оперативного вмешательства для определения наличия серозной жидкости в парапротезном пространстве. В сроки до 3-х лет: через месяц, 3 месяца, полгода, год, два и три года после операции, проведено контрольное обследование у 213 ранее оперированных больных, включающее наряду с физикальным обследованием детальное УЗИ и рентгенографию паховой области, а у трех из них дополнительное рентгеновское компьютерное томографическое исследование при подозрении на рецидив грыжи.

Результаты. При проведении диагностического этапа лапароскопической ТАПП герниопластики у 42 больных выявлены грыжевые лакуны с противоположной стороны и им выполнены одновременно герниопластики с обеих сторон. Врожденный характер пахово-мошоночной грыжи установлен у одного больного 27 лет – при лапароскопическом осмотре грыжевого мешка на дне его обнаружено яичко. После мобилизации грыжевого мешка на расстоянии до 2 см от шейки он пересечен и лигирован эндопетлей, а затем проведена обычная ТАПП герниопластика. Однако в послеоперационном периоде у больного развилась водянка оболочек яичка и через год после операции он был оперирован - выполнена операция Винкельмана. У 23 больных выполнены симультантные операции: из них у 16 лапароскопическая холецистэктомия, у 6 выполнено удаление кисты яичника и у одного больного удаление аппендикса фиксированного к грыжевому мешку. Не было ни одного случая конверсии в традиционную открытую операцию. Продолжительность лапароскопической ТАПП герниопластики составило в среднем $56,2 \pm 0,3$ мин. Болевой синдром в послеоперационном периоде был невыраженный и корригировался назначением анальгетиков «по требованию». В раннем послеоперационном периоде у 37 больных наблюдались серомы пахово-мошоночной области, гематомы области мошонки отмечены у двух. Средний послеоперационный койко/день составил $1,8 \pm 0,4$ дня. В сроки наблюдения от одного до трех месяцев серомы пахово-мошоночной области спонтанно разрешились. У четырех больных через год после операции сохранялись нейропатические ощущения в паховой области. Рецидив

выявлен через два года после операции у одного больного 62 лет, занятого тяжелым трудом в горной местности, от повторного оперативного вмешательства он отказался.

Выводы

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) паховая

герниопластика представляет эффективный и надежный способ лечения паховых грыж, особенно рецидивных, позволяет выполнить симультанные лапароскопические операции на органах брюшной полости, а также приводит к быстрой социальной и трудовой реабилитации больных.

СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖКТ НА ФОНЕ ПЕРИТОНИТА

Михайличенко В.Ю., Маслов Я.Я.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Учитывая то, что значительное снижение количества волн, амплитуды, активного сопротивления и поляризационной емкости происходит при некрозе тканей, то эти ранние признаки необходимо использовать для решения вопроса о времени формирования энтероэнтероанастомоза и прогнозирование его клинического функционирования.

Материал и методы исследования. В исследование вошли пациенты, находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ Республики Крым «Симферопольской городской клинической больницы №7». Все больные (49 пациентов) были разделены на три группы в зависимости от тяжести течения острого разлитого перитонита. Первую группу составили 18 больных с благоприятным клиническим исходом, у которых на фоне реактивной фазы сформированный энтероанастомоз был состоятелен. Во вторую группу включены пациенты (17 больных) также с благоприятным клиническим исходом, у которых также сформированный энтероанастомоз был состоятелен, но имело место осложненное течение послеоперационного периода, так как больные находились в токсической стадии острого разлитого перитонита. Третью группу (14 больных) составили пациенты у которых на фоне токсической фазы перитонита был наложен энтероэнтероанастомоз и в послеоперационном периоде было несостоятельность анастомоза. По показаниям им была выполнена релапаротомия с последующими программными санациями. При этом выполнялась резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и реанастомозирование тонкой кишки в несколько этапов. В клинике у больных III группы наблюдалась выраженная интоксикация, декомпенсированный метаболический ацидоз и полиорганная недостаточность. Результаты и их обсуждения. В 1 группе исследования в сроки 24-48 часов послеоперационного периода отмечается достоверное снижение процентного отношения (Pi/Ps) в желудке и значительное повышение (Pi/Ps) в кишечнике. Коэффициент ритмичности (K-ritm) на частотах желудка, тощей кишки, подвздошной кишки был

ниже нормы в 1-е сутки раннего послеоперационного периода у всех больных. Тем не менее наблюдается нормальные показатели отношения электрической активности тощей и подвздошной кишки, что говорит об не глубоком угнетении функции тонкой кишки. Во 2 группе в 1-2 сутки послеоперационного периода сопровождается значительным снижением процентного отношения (Pi/Ps) в желудке и значительное повышение (Pi/Ps) в кишечнике. Коэффициент ритмичности (K-ritm) на частотах желудка, тощей кишки, подвздошной кишки имеет низкие показатели по сравнению с нормой, что свидетельствует об угнетении электрической активности желудочно-кишечного тракта. Причем следует отметить, что изучаемые показатели на фоне токсической фазы перитонита гораздо меньше, чем в реактивную фазу, что свидетельствует об более глубоком угнетении биологической активности ЖКТ и соответственно более выраженной энтеропатии. При изучении показателей в 3 группе, мы видим глубокое угнетение электрической активности ЖКТ и соответственно нарастание кишечной недостаточности. В сроки 48-72 часов в 1 группе после операции при благоприятном течении отмечается нормализация изучаемых показателей, что свидетельствует о нормальном функционировании желудочно-кишечного тракта. При благоприятном течении перитонита и функционирования анастомоза (2 группа), происходит постепенная нормализация изучаемых показателей в срок 48-72 часов. В 3 группе в сроки 48-72 часа при неблагоприятном течении отмечается полное угнетение всех изучаемых показателей, что клинически проявлялось в виде прогрессирующего перитонита, ПОН и появление кишечного химуса в дренажах. Данные факт говорят об несостоятельности анастомоза и требовало экстренного оперативного вмешательства. В срок 4 суток, во 2 группе отмечается значительное повышение электрической активности желудка, ДПК. Показатели тощей, подвздошной и толстой кишки по показателям перистальтики и восстановлении активности по сравнению с ни-

жележащими отделами остаются в тех же пределах, но их процент в общей электрической активности ЖКТ возрастает. Наши исследования показали, что при проведении ЭГЭГ на фоне пареза кишечника отмечалось достоверное снижение показателей Pi/Ps , K ритм и Pi/P всех отделов ЖКТ, что свидетельствовало о выраженном снижении электрофизиологической активности ЖКТ и его моторно-эвакуаторной функции. Более глубокое угнетение электрической активности ЖКТ

свидетельствует об несостоятельности анастомоза и разлитой форме перитонита.

Выводы

Установлено, что чем более выраженная ПОН и СЭН, тем более глубокие нарушения электрической активности кишечника, которая отражается в угнетении моторно-эвакуаторной функции.

ПРИНЦИПЫ FAST-TRACK SURGERY ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Михайличенко В.Ю., Баснаев У.И., Каракурсаков Н.Э., Расулов Н.А

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Применение протокола fast-track surgery (FTS, программа ускоренной реабилитации) в неотложной абдоминальной хирургии за последние годы позволило улучшить результаты лечения, снизить частоту осложнений и тем самым ускорить реабилитацию пациентов.

Цель исследования. Изучить результаты применения программы ускоренной реабилитации FTS у пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Материалы и методы. Клиническому анализу подвергнуты 62 больных с перфорацией гастродуоденальной язвы, находившихся в хирургическом отделении ГБУЗ РК ГКБ № 7 города Симферополя, за период с 2016 по 2019 гг. Больные были разделены на 2 группы: I группа ($n=28$) основная, которым проводилось видеолaparоскопическое оперативное вмешательство, с дальнейшим ведением протокола FTS; II группа, сравнения ($n=34$), где выполнялось «открытое» ушивание прободной язвы с дальнейшим традиционным ведением. В обеих группах интраоперационно проводилась установка назогастрального желудочного зонда (НГЗ), при этом больным I группы удаление дренажа проводилось сразу после операции, с ранним питьем воды (через 2-3 ч.). Больным II группы НГЗ удалялся после появления кишечной перистальтики. Больные I группы, при ведении которых использовали протокол FTS через 6 ч активизировали, а назначение приема энтерального высокобелкового лечебного питания осуществлялось после активации деятельности тонкой кишки по результатам ЭГЭ. Применение данного протокола так же предусматривало раннее удаление мочевого катетера и дренажных трубок из брюшной полости и малого таза (на 1-е сутки). Оценка болевого синдрома нами проводилась по субъективной 10-ти бальной шкале ВАШ. Восстановление моторной функции ЖКТ оценивалась по результатам

электрогастроэнтерографии (ЭГЭ). Определение лейкоцитарного индекса интоксикации проводилось по методу Кальф-Калифа (ЛИИ).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 100% больных из основной группы уровень болей по шкале ВАШ не превышал 4 баллов, болевой синдром купировали эпидуральной анестезией с комбинацией НПВС, без применения наркотических анальгетиков в данной группе. У больных II группы $6,7 \pm 0,8$ баллов, что потребовало применения наркотических анальгетиков у 38,2% ($n=13$). ЛИИ в основной группе к 5 суткам уменьшился в 2,4 раза, а в группе сравнения 1,3 раз. По результатам ЭГЭ восстановление моторной функции ЖКТ в I группе развилось через $14,6 \pm 2,4$ ч после операции, после чего приступали к энтеральному питанию, во II группе через $27,8 \pm 6,3$ ч. Средняя продолжительность нахождения в стационаре больных I группы $7,8 \pm 1,1$ суток, пациенты II группы $14,3 \pm 2,2$ суток. В основной группе летальных исходов и осложнений нами выявлено не было, тогда как во II группе в 11,8% ($n=4$) отмечено нагноение послеоперационной раны, в 8,8% ($n=3$) развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, а летальность в данной группе составила 5,9% ($n=2$). Летальный исход развивался у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (индекс коморбидности Charlson 4 балла), которым в связи с развившимся осложнением необходимо было повторное оперативное вмешательство.

Выводы

Использование протокола FTS в лечении больных с перфоративной гастродуоденальной язвой является весьма эффективным, что позволяет ускорить процесс восстановления, сократить сроки пребывания в стационаре и уменьшить частоту осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Михайличенко В.Ю., Трофимов П.С.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении острой абдоминальной патологии, процент осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде у больных прооперированных на фоне распространенного перитонита, остается на достаточно высоком уровне.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов лечения 166 больных, прооперированных в хирургическом отделении ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ № 7» за период с 2009 по 2014 г.г. по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости, осложненной распространенным перитонитом с выраженным парезом желудка и кишечника. Распределение больных по патологии: перфорация гастродуоденальной язвы - 68 (40,96%), спаечная кишечная непроходимость - 14 (8,43%), гангренозно-перфоративный холецистит - 38 (22,89%), перфорация тонкой кишки - 7 (4, 22%), гангренозно-перфоративный аппендицит - 39 (23,49%). Больные были разделены на 2 группы: группа сравнения и основная. В группе сравнения, 70 пациентов, проводился ретроспективный анализ результатов традиционных методов лечения пареза ЖКТ (обезболивание, санация и дренирование брюшной полости, интубация тонкого кишечника, антибактериальная и парентеральная терапия, направленная на детоксикацию, коррекцию гемодинамики, лекарственная терапия паретических расстройств кишечника) за период с 2009 по 2012 г.г. Основная группа насчитывала 96 больных, за период с 2013 по 2014 г.г., которым, в отличие от группы сравнения, лечение пареза ЖКТ проводилось с использованием электростимуляции, гастроэнтеросорбции, пролонгированных новокаиновых блокад брыжейки и медикаментозной стимуляции перистальтики через установленные интраоперационно микроиригаторы, раннего энтерального питания сбалансированными смесями.

Результаты и их обсуждения. Показатели эндогенной интоксикации до операции в обеих группах были значительно выше, а АТФ в гемоллизате эритроцитов значительно ниже нормы. В раннем послеоперационном периоде в основной группе была тенденция к более выраженному снижению количества лейкоцитов, МСМ, ЛИИ, ДК, МД, ЛФ в отличие от группы сравнения. Соответственно, повышение уровня молекул АТФ и его приближение к норме в основной группе

также происходило быстрее, чем в группе сравнения. При проведении компьютерной электрогастроэнтерографии перед операцией выявлено существенное снижение амплитуды и ритмичности сигнала ЖКТ по сравнению с нормой, что характерно для тяжелого пареза. Только на 6-8-е сутки показатели приближались к норме в основной в отличие от группы сравнения. При сопоставлении клинко-лабораторных показателей эндотоксикоза с результатами гастроэнтерокопрограмм прослежена закономерность, позволяющая утверждать, что есть корреляционная взаимосвязь между высокими показателями эндогенной интоксикации и степенью пареза ЖКТ. Эффективность предложенного алгоритма лечения в основной группе подтверждается меньшим процентом послеоперационных осложнений в отличие от группы сравнения. Уменьшилось количество пневмоний с 6 (8,57%) до 4 (4,17%), нагноений послеоперационных ран с 4 (5,71%) до 3 (3,13%), абсцессов брюшной полости с 6 (8,57%) до 2 (2,08%), ранней спаечной кишечной непроходимости с 5 (7,14%) до 3 (3,13%). Таким образом, из 96 больных основной группы у 12 возникли послеоперационные осложнения, что составляло 12,51% и это значительно меньше в отличие от группы сравнения, где из 70 больных послеоперационные осложнения возникли у 21, что составляет 30%. Из 96 больных основной группы повторно прооперированы были только 8 (8,33%), в группе сравнения этот показатель был значительно выше - 15 (21,42%) пациентов из 70. В основной группе больные провели в стационаре в среднем ($12 \pm 0,8$) койко-дней. Эти показатели значительно лучше, в отличие от группы сравнения, где пребывание больных составило в среднем ($18 \pm 1,1$) койко-дней. В основной группе умерло 7 из 96 пациентов, что составило 7,29%, и было меньше в отличие от группы сравнения, где из 70 больных от нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности умерло 10 (14,29%) больных.

Выводы

Алгоритм лечения пареза ЖКТ позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений повторных оперативных вмешательств и летальность.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Муртузалиева А.С., Магомедов Н.М.

ФГБОУ ВО "Дагестанский медицинский университет" МЗ РФ

Кафедра общей хирургии с лучевой диагностикой ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Введение. Проблема выбора лечебной тактики при хроническом панкреатите (ХП) и его осложнения в основном обусловлены все возрастающей заболеваемостью ХП. Показаниями к хирургическому лечению в 55-70% наблюдениях являются осложнения. Первичная инвалидизация пациентов с ХП достигает 15%, послеоперационные осложнения до 41,7-59,1%, частота релапаротомий - 10,3-23,3%.

Цель исследования. Определить критерии к оперативному лечению и дать оценку результатам хирургического лечения пациентов с ХП.

Материал и методы. В период с 2013 по 2018 гг. В клинике общей хирургии с лучевой диагностикой ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ прошли обследование и лечение 274 пациента с ХП. В 233 случаях применено консервативное лечение и малоинвазивное хирургическое вмешательство, а 44 пациента было проведено повторное оперативное вмешательство из широкой лапаротомии. Желчная гипертензия отмечена у 16 (5,8%) пациентов, желчная и панкреатическая гипертензия – у 12 (4,4%), панкреатическая гипертензия с кистообразованием - у 9 (3,3%), панкреатическая фистула - у 7 (2,6%), вирсунголитиаз - у 5 (1,8%), холецистолитиаз – у 12 (4,4%), холедохолитиаз – у 2 (0,7%), подпеченочная портальная гипертензия – у 3 (1,1%). Преимущественное поражение головки поджелудочной железы (ПЖ) отмечено в 14 (5,1%) наблюдениях. Гастропанкреатодуоденальная резекция проведена 19 (43,2%) пациентам, операция Бегера – 5 (11,4%), операция Фрея – 15 (34,1%), дистальная резекция ПЖ, панкреатоеюноанастомоз – 5 (11,4%). Всем пациентам проведены клинические и биохимические анализы, УЗИ и по показаниям МРТ и МСКТ.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде панкреатические фистулы развились в 3 (6,8%) наблюдениях, инфильтрат брюшной полости – 2 (4,5%), абсцессы брюшной полости – 2 (4,5%), гастростаз – 4 (9,1%), нагноение послеоперационной раны – 3 (6,8%). Релапаротомия не имела место, а также и не было и летального исхода. Средняя продолжительность послеоперационного стационарного лечения составило 16,3 дня. Сахарный диабет был зафиксирован у 63,2% пациентов и он после операции сохранился у 32,5% пациентов. В наших наблюдениях, благодаря преимущественному формированию билио- и панкреатодигестивных анастомозов на «каркасных» дренажах редко наблюдались фатальные осложнения, которые по литературным данным, имеют место гораздо чаще: панкреатические фистулы – 30%, релапаротомия – 38-41%. Летальность при осложнениях операций резекционного характера – 14-64%.

Закключение

При осложненных формах ХП показано оперативное лечение. Преимущественное поражение головки ПЖЖ с развитием желчной, панкреатической гипертензии и стеноза ДПК является показанием к ГПДР. Для профилактики фатальных осложнений операций резекционного характера необходимо формировать билио- и панкреатидигестивные анастомозы на «каркасных» дренажах.

СТЕНТИРОВАНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СТЕНТАМИ (СМС) – АКТУАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ВНУТРИПРОСВЕТОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

**Муцуров Х.С., Шпак Е.Г., Барбадо П.А., Гвоздик В.В., Архипкин А.К.,
Балалыкин А.С., Оразалиев Г.Б.**

РБ, МКМЦ, ЦРБ.

Непроходимость полых органов пищеварительной системы доброкачественной и злокачественной этиологии требует хирургической коррекции. Альтернативными методами лечения были бужирование и пластиковое стентирование с известными недостатками и неудачами. Несомненные перспективы нехирургического лечения открылись с разработкой металлических саморасширяющихся нитиноловых стентов (СМС).

Цель работы - оценить клиническую эффективность нитиноловых стентов при различных видах и локализациях обструкции пищеварительного тракта.

Материалы и методы. Накоплен опыт установки СМС в 2006- 2013 гг у 89 больных с доброкачественными (19%) и злокачественными (81%) обструкциями: пищевода – 8 пациентов (2,3% и 6,7%, соответственно), кардии - 16 (0% и 18%),

двенадцатиперстной кишки - 4 (1.2% и 3.4%), тонкой кишки - 5 (5.6% и 0%), толстой кишки - 3 (1.2% и 2.3%), билиарные - 45 (9% и 51%). Устанавливались стенты фирм Wilson Cook и MiTech с покрытием и без него в зависимости от характера обструкции и степени её протяженности. Использовалась операция «Стент в стент» у 3 больных: у 1 - из-за плохого расправления стента, у 2 - неправильной установки первого стента; причем у одной пациентки установлены 3 стента, ибо два первых покрытых СМС из – за неправильной техники установки дистального конца (короткий) в момент раскрытия мигрировали в желчный проток. Из билиарных только 1 стент установлен антеградно в желчные протоки через свищ, все остальные ретроградно. Техника установки СМС контролируется визуально и рентгенологически.

Результаты. Операция завершилась успешно у 83(93%) пациентов, причем интраоперационную коррекцию неправильной позиции, не захватывающего всю протяженность обструкции опухолью, пришлось выполнить у 2-х больных, а у 1- из-за невозможности расширения просвета одним стентом. Из 53 пациентов с билиарной обструкцией неудачи реканализации из-за невозможности введения инструментов через обструкцию отмечены у 6 (6,7 %). Ошибки установки стента относительно границ обструкции, несмотря на хорошие возможности контроля, обуславливаются неправильной техникой проведения операции и смещением стента вперед и назад при его выведении из инструмента. Восстановление обструкции органа происходит постепенно, и легко контролируется рентгенологически по изменению формы «тали» стента. Операция может сопровождаться выраженными болями, что требует хорошей подготовки и, лучше, проведения операции под внутривенным обезболиванием. Максимальный эффект достигается в течение 48 часов. Организационные проблемы включают: 1 –с участие анестезиологической бригады; 2 - создание рентгенооперационной; 3 - необходимость современного комплексного дорогостоящего одноразового инструментария; 4 - наличие большой операционной бригады (3 и более человека); 5 - дороговизна оборудования (вынужденное использование самодельных стентов); 6 – актуальность выполнения неотложных вмешательств. Методические и технические проблемы включают: 1 – большую лучевую нагрузку и защиту от неё; 2 - трудоемкость и ком-

плексность операции (большой объем); 3 - технические трудности; 4 - необходимость подготовки операционного поля (ЭПТ, дилатация); 5 - ограниченные сроки функционирования; 6 - тщательность послеоперационного наблюдения; 7 – развитие осложнений (нераскрытие, миграция, облитерация, повреждения стентов), ; 8 - необходимость замены стентов; К негативным особенностям самих стентов и операции стентирования относим: 1 – дороговизну, 2 - трудности доставки, 3 - нагрузку на эндоскоп (поломка), 4 - длительность операции, 5 - поломку системы доставки, 6 - клинические ограничения применения (протяженные стриктуры, высокие стриктуры, полная непроходимость органов), 7 – нераскрытие до необходимого размера. Тактические и технические ошибки при установке стентов: 1 - неправильный выбор стентов (характер покрытия, диаметр, неадекватная реканализация,); 2 – неправильная установка стента (блокирование параллельных протоковых систем, низкий верхний уровень, короткий и длинный дистальные концы); 3 - недостаточная эффективность (плохое дренирование); 4 - отказ от сочетанных операций (дилатация, ЭПТ, НБД), приводящий к прогрессированию инфекции (холангит, абсцессы печени), недостаточному дренированию, развитию осложнений; 5 – развитие дуодено-билиарного рефлюкса. К осложнениям стентирования СМС относим: 1 - миграцию стентов из области стриктуры в просвет органов (8 - 14%, наши данные - 6,7 %); 2 - миграцию стентов в другие органы (0 - 2,5%); 3 - окклюзию стентов вследствие сдавления, инкрустации, прорастания опухолью (5-86%;- 3,4%); 4 – инфекцию протоков (2,5-7%); 5 - пролежни (1,4-2,5%), 6 - перфорацию (3,7-6%), 7 - внутренние свищи (0-4,6%), 8 - острый холецистит при блокировании пузырного протока (0,5-3%;- 1,2%).

Стентирование саморасширяющимися металлическими стентами – новое перспективное направление современной внутрипросветной эндохирургии. Установка саморасширяющихся стентов при острых заболеваниях органов пищеварительной системы является эффективным методом лечения острой их непроходимости и окончательным паллиативным методом лечения при невозможности и нерациональности проведения радикальных хирургических вмешательств.

ОПОРНЫЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ СТИГМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Иванченко А.Ю.

Волгоградский государственный медицинский университет

Любому оперативному вмешательству предшествует процесс диагностического поиска,

в результате которого определяются показания к той или иной операции. Несмотря на очевидные

научно-технические достижения в медицине, на фоне гипоскиллии начинающих хирургов классические проявления острых заболеваний органов брюшной полости остаются незыблемыми, врачу положено их знать, и бывает до слез обидно, когда этими знаниями пренебрегают как в преподавании, так и в практической деятельности. Несмотря на то, что все более широкое применение находят лапароскопическая, эндоскопическая и компьютерная техника, основу диагностики и лечения составляет врач классического типа (Чернов В.Н. и соавт., 1997). Поверхностное обследование больного, склонность решать вопросы диагностики на основании справок анализов и сведений из вспомогательных кабинетов превращают врача-клинициста в диспетчера, что не присуще русским клиническим школам (А.А. Поляnceв и соавт., 2007; С.А. Фомин, 2013; А.В. Быков и соавт., 2015; Р.В. Мяконький и соавт., 2018). С этой позиции, одним из важнейших направлений хирургической пропедевтики является поиск новых и совершенствование имеющихся методов физикального исследования больных с острой хирургической патологией, в частности, с острым аппендицитом. Острый аппендицит – стареющая проблема хирургии. В литературе описано более 200 симптомов и синдромов, несущих ту или иную информацию о наличии воспаления в червеобразном отростке слепой кишки (М.М. Виккер, 1946; Н.Н. Прокофьев, 1959; А.А. Русанов, 1979; А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов, 2011; С.А. Фомин, 2013). Большое количество ранее описанных симптомов, с одной стороны практически не оставило места для поиска новых, а с другой – ставит задачу выделения опорных симптомов. Большинство из описанных симптомов острого аппендицита не имеет никакого значения и лишь запутывает мышление врача и задерживает время окончательного вывода о диагнозе и лечении (В.И. Русаков, 1997). Именно поэтому архиважным является выделение именно опорных симптомов острого аппендицита. Говоря о семиотике острого аппендицита, нужно отметить, что в число «традиционных аппендикулярных симптомов» в отечественной хирургии описываются и анализируются, такие как Кохера-Волковича, Бартомье-Михельсона, Ровсинга, Воскресенского, Менделя-Раздольского, Щеткина-Блюмберга. Большинство российских хирургов считают указанные симптомы опорными при постановке диагноза острого аппендицита у взрослых. Р. Брайт (R. Bright) и Т. Аддисон (T. Addison) в 1839 г. впервые подробно описали клинику острого аппендицита и привели доказательства существования данного заболевания, а Р.Г. Фитц (R.H. Fitz) в 1886 г., ввел в клиническую практику термин «аппендицит». С того времени минуло более века, но, несмотря на достаточное количество описанных симптомов и в настоящее время, некоторые ученые и практикующие хирурги предпринимают попытки найти новые достоверные симптомы острого аппендицита. В свою очередь,

некоторые хирургические школы предпринимают попытки «реанимировать» ранее предложенные, но неоправданно забытые симптомы при остром аппендиците. Делая акцент на волгоградскую хирургическую школу, следует привести два симптома, в разное время предложенные волгоградскими хирургами. Симптом И.И. Краюшкина (описан в 1963 г.) – пациента укладывают на правый бок и осуществляют поверхностную пальпацию правой и левой подвздошных областей, определяя наличие ригидности (при остром аппендиците она имеется в правой подвздошной области), после чего пациента просят через спину повернуться на левый бок, при остром аппендиците возникает боль в правой подвздошной области (Р.В. Мяконький, 2018). Симптом Р.В. Мяконького (описан в 2017 г.) – пациент находится в положении лежа на животе (на левом боку полубоком), его правая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах, приведена к животу (создается расслабление мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области). Врач находится сзади пациента стоя или сидя. II-IV пальцы правой кисти врача помещаются в правую подвздошную область (в проекции типичного расположения аппендикса, точка Мак Бурнея (Ch. Mc Burney, 1889), I палец правой кисти опирается на гребень подвздошной кости. Во время вдоха пациента (при наиболее расслабленной передней брюшной стенке) II-IV пальцами правой кисти врач совершает легкие толчкообразные движения передней брюшной стенки в правой подвздошной области. При положительном симптоме возникает или усиливается боль в правой подвздошной области, что объясняется механическим раздражением воспаленной висцеральной брюшины червеобразного отростка и париетальной брюшины правой подвздошной ямки (А.Ю. Иванченко, К.О. Каплунов, 2018).

Материал и методы. Дизайн исследования – представлен сравнительный анализ результатов предоперационного физикального обследования пациентов с острым аппендицитом в возрасте от 18 до 64 лет (выявление положительных аппендикулярных симптомов: Кохера-Волковича, Бартомье-Михельсона, Ровсинга, Менделя-Раздольского, триады Дьелафуа, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Черемского-Кушнirenко, Краюшкина, Мяконького) и интраоперационного состояния аппендикса. В исследование включено 120 пациентов, без учета пола и возраста, оперированных по поводу острого аппендицита в период с января 2017 г. по апрель 2019 г., хирургическое вмешательство начиналось с лапароскопии, как окончательного этапа диагностического процесса. Критерием включения в исследование было типичное медиальное расположение червеобразного отростка слепой кишки, классические лапароскопические признаки воспаления в аппендиксе с визуальной оценкой его состояния и последующей гистологической верификацией выставленного диагноза.

Полученные результаты. Симптом Кохера-Волковича (Т. Kocher, 1892, Н.М. Волкович, 1926) - боль первоначально возникает в области эпигастрия, иногда непосредственно под мечевидным отростком или около пупка и спустя 1-3 часа сосредотачивается (спускается) в правой подвздошной области. Частота встречаемости: катаральный аппендицит - 92,4%, флегмонозный - 96,3%, гангренозный - 98,7%. Симптом Бартомье-Михельсона (В. Barthomier, 1906, Ф.Г. Михельсон, 1911) - усиление болезненности при пальпации слепой кишки в положении больного на левом боку. Частота встречаемости: катаральный - 26,3%, флегмонозный - 38,7%, гангренозный - 64,2%. Симптом Ровсинга (N.T. Rovsing, 1907) - пальцами одной руки врач нажимает на брюшную стенку в левой подвздошной области (слева внизу живота) в проекции нисходящей части толстой кишки. Другой рукой осуществляются толчкообразные надавливания чуть выше по ходу проекции кишки. При положительном симптоме появляется боль в проекции червеобразного отростка в правой подвздошной области. Частота встречаемости: катаральный - 20,4%, флегмонозный - 56,2%, гангренозный - 82,3%. Симптом Менделя-Раздольского (F. Mendel, 1903, И.Я. Раздольский, 1930) - появление или усиление боли в правой подвздошной области, возникающее при легкой перкуссии (поколачивании) кончиком пальцев (молоточком невролога) по передней брюшной стенке в точке Мак Бурнея. Частота встречаемости: катаральный - 56,4%, флегмонозный - 68,2%, гангренозный - 84,7%. Триада Дьелафуа (G. Dieulafoy, 1898) - три клинических признака: локальная болезненность, локальная пассивная мышечная ригидность (дефанс), раздражение брюшины (парестезия). Частота встречаемости: катаральный - 37,8%, флегмонозный - 56,4%, гангренозный - 71,6%. Симптом Воскресенского или симптом «рубашки», или симптом скольжения (В.М. Воскресенский, 1940) - врач находится справа от пациента.левой рукой он натягивает рубашу больного за нижний край (для равномерного скольжения). Кончики II, III и IV пальцев правой руки устанавливаются в подложечной области (эпигастрии) и во время вдоха больного (при наиболее расслабленной брюшной стенке) кончиками пальцев с умеренным давлением на живот проделывают быстрые скользящие движения косо вниз к области слепой кишки (вдоль передней брюшной стенки от реберной дуги до пупартовой связки) и там останавливают руку, не отрывая ее. Это движение производят попеременно сначала слева, затем справа. В момент окончания такого «скольжения» больной отмечает появление или резкое усиление боли в правой подвздошной области. Частота встречаемости: катаральный - 25,1%, флегмонозный - 68,2%, гангренозный - 82,8%. Симптом Щеткина-Блюмберга или симптом «отраженной болезненности» - rebound tenderness (M. Blumberg, 1907, Д.С. Щеткин, 1908) - резкое

усиление болезненности при внезапном быстром «отрыве» руки от передней брюшной стенки при глубокой пальпации. Частота встречаемости: катаральный - 84,5%, флегмонозный - 96,7%, гангренозный - 98,2%. Симптом Черемского-Кушнirenко или «кашлевого толчка», или «кашлевой пробы» (А.С. Черемский, 1951, В.И. Кушнirenко, 1952) - появление или усиление боли в правой подвздошной области при кашле. Частота встречаемости: катаральный - 77,3%, флегмонозный - 86,5%, гангренозный - 98,4%. Симптом Краюшкина. Частота встречаемости: катаральный - 60,7%, флегмонозный - 75,4%, гангренозный - 87,3%. Симптом Мяконького. Частота встречаемости: катаральный - 64,7%, флегмонозный - 82,4%, гангренозный - 86,2%.

Обсуждение. Представляя наши данные, мы обязаны обратить внимание на то, что говоря об эффективности и информативности симптомов в хирургической практике, которые уже входят, и будут в ближайшем будущем входить в арсенал пропедевтики хирургии, необходимо строго придерживаться принципа их общенационального аудита, базирующегося на многоцентровом коллективном многолетнем опыте и аспектах доказательной медицины. Определение аппендикулярных симптомов приобретает особую актуальность на догоспитальном этапе, когда недоступны методы лабораторной и инструментальной диагностики.

Выводы

Для постановки диагноза острого аппендицита с большой долей вероятности, зачастую вполне достаточно провести проверку 5-7 симптомов. У каждого хирурга имеются излюбленные симптомы, последовательность их обнаружения и качественная оценка их значимости. В тоже время, нет сомнений в том, что нужны новые многоцентровые исследования, способные во множестве предложенных симптомов выявить и выделить наиболее достоверные - опорные, способные лечь в основу дифференциальных приемов и методов. Поиски подобных симптомов следует всячески стимулировать и развивать. Мы надеемся, что полученные результаты, послужат делу улучшения диагностики и своевременности оказания хирургической помощи больным с острым аппендицитом.

Рекомендации. Следует акцентировать внимание на опорных аппендикулярных симптомах при обучении студентов медицинских вузов, курсантов хирургического профиля, а также фельдшеров и врачей службы амбулаторной и скорой медицинской помощи. Опорные аппендикулярные симптомы можно рекомендовать при разработке алгоритмов и рекомендаций обследования пациентов с острым аппендицитом, а также в рамках мероприятий реализуемых под эгидой непрерывного медицинского образования.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ И НОВОГО ПОГРУЖНОГО МЕТОДА ОБРАБОТКИ КУЛЬТЫ АППЕНДИКСА В ПРАКТИКЕ НАЧИНАЮЩЕГО ХИРУРГА

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Иванченко А.Ю.

Волгоградский государственный медицинский университет

Острый аппендицит не стареющая проблема хирургии, это заболевание неизменно входит в тройку лидеров экстренной абдоминальной патологии. По последним статистическим данным в 2017 г. в России экстренная хирургическая помощь была оказана 669 200 пациентам, по поводу острого аппендицита было госпитализировано 176 131 человек, из которых оперировано 174 459 человек (99,1%), летальность составила 0,12% (А.Ш. Ревишвили, В.П. Сажин, А.В. Федоров и соавт., 2018). В свою очередь динамика экстренной хирургической помощи по острому аппендициту, по числу оперированных в нашей стране ранее составляла: в 2000 г. – 320 100 человек, летальность – 0,4%; в 2005 г. – 263 400 человек, летальность – 0,3%; в 2010 г. – 261 200 человек, летальность – 0,3%; в 2014 г. – 224 400 человек, летальность 0,3%. Уменьшение количества пациентов с острым аппендицитом – многолетняя тенденция, имеющая аналоги и в других странах, причины, которой объясняются как внедрением диагностической лапароскопии, и, следовательно, снижением числа напрасных аппендэктомий, так и старением населения (В.М. Лобанков, И.И. Дитрих, 2014). В последнее время стали появляться работы, в которых в качестве метода лечения неосложненного острого аппендицита предлагается антибиотикотерапия. Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих использование антибиотиков с аппендэктомией, показал, что такое лечение может быть успешным, но оно сопровождается значительной частотой рецидивов заболевания (до 25-30%) в течение года, с необходимостью повторной госпитализации и хирургического вмешательства. Большинство хирургов не без оснований считают (и это положение зафиксировано в российских клинических рекомендациях!), что эффективнее и безопаснее принятая в нашей стране тактика экстренной операции при любой форме острого аппендицита и большинстве его осложнений. Исключение составляет только аппендикулярный инфильтрат (А.В. Сажин и соавт., 2018). На сегодняшний день лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците является операцией выбора. В ряде случаев она служит продолжением диагностического эндоскопического обследования. И если выполнение диагностической лапароскопии не представляет трудностей для ее выполнения даже начинающим хирургом, то для перехода к лапароскопической аппендэктомии необходим определенный навык. Ранее проведенное нами

исследование показало, что начинающие хирурги, пройдя ординатуру и приступая к самостоятельной практике, лишь в 13% случаев имеют опыт выполнения диагностической лапароскопии и 7,2% владеют техникой лапароскопической аппендэктомии (А.В. Быков и соавт., 2019). Поэтому, как правило, уделом начинающих хирургов продолжает оставаться классическая открытая аппендэктомия, выполняемая через доступ Волковича-Дьяконова. Ключевыми требованиями к любому оперативному вмешательству являются его надежность, легкая воспроизводимость, возможность тиражирования и низкая стоимость. В настоящее время весьма востребованы эффективные методики оперативного лечения, которые могут быть выполнены даже начинающими хирургами. Одной из таких методик мы считаем видеоассистированную аппендэктомию, которая с одной стороны имеет преимущества малоинвазивной операции, а с другой стороны, не требует, в частности, от начинающего хирурга дополнительных лапароскопических навыков. Проведя диагностическую лапароскопию и выявив признаки острого аппендицита, проведя при необходимости аспирацию воспалительного выпота, хирург может перейти к выполнению видеоассистированной аппендэктомии. Суть вмешательства заключается в наложении контрапертуры в правой подвздошной области, введение в нее зажима Микулича и захвата последним верхушки аппендикса с последующим его экстракорпоральным выведением и расширением контрапертуры. При этом оперативный доступ в правой подвздошной области, достаточный для выполнения аппендэктомии, у пациентов без ожирения, составляет не более 2-3 см. Обработка культи аппендикса может осуществляться лигатурным или погружным способом, последний в аспекте профилактики послеоперационных осложнений по нашему глубокому убеждению более предпочтителен. Хотя нужно отметить, что в литературе имеются данные о том, что погружные методики не имеют особых преимуществ перед погружными способами обработки культи аппендикса. Лигатурный способ обработки культи аппендикса, заключающийся в том, что культа аппендикса перевязывается нерассасывающимся шовным материалом, обрабатывается раствором 5% спиртовым раствором йода и не погружается в стенку кишки (Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов, 1980). В свою очередь погружной способ обработки культи аппендикса подразумевает перевязку

культи рассасывающимся шовным материалом у ее основания с погружением в стенку слепой кишки кисетным швом (В.И. Колесов, 1972). К.К. Федоровым (1994) при открытой аппендэктомии предложен способ обработки культы аппендикса путем ее погружения в кисетный шов без наложения лигатуры. Однако при этом способе нередко возникают технические трудности при погружении неперевязанной культы в слепую кишку, а, следовательно, риск инфицирования передней брюшной стенки и брюшной полости. Сохранение принципа малоинвазивности и достижение хорошего косметического эффекта при выполнении видеоассистированной аппендэктомии может быть достигнуто с использованием предложенного Р.В. Мяконьким (2018) погружного способа обработки культы аппендикса (К.О. Каплунов и соавт., 2019). Материал и методы. После выполнения диагностической лапароскопии и видеоассистированного выведения червеобразного отростка в минилапаротомную рану правой подвздошной области у основания червеобразного отростка его брыжейка перфорируется с помощью зажима. Через образовавшееся отверстие брыжейка аппендикса пережимается с помощью кровоостанавливающего зажима, отсекается и перевязывается нерассасывающейся нитью, пересекается. При отечной или мясистой брыжейке ее следует перевязывать и пересекать порционно с помощью накладывания нескольких зажимов. Затем у основания отростка накладывают зажим и отпускают его. При этом на стенке червеобразного отростка образуется бороздка. В области этой бороздки накладывается рассасывающаяся лигатура, выше которой на аппендикс накладывается зажим, производится классическая аппендэктомия. Предлагаемый способ обработки культы аппендикса по Р.В. Мяконькому заключается в следующем: культя обрабатывается 70% раствором этилового спирта, после чего лигатурой, находящейся на перевязанной культе червеобразного отростка, отступив по 1,0 см с каждой стороны, накладывается Z-образный серозно-мышечный шов, в который и погружается культя. Происходит как бы «схлопывание» тканей купола слепой кишки над культей. Таким образом, при размере культы аппендикса 0,3-0,5 см, над ней образуется серозный карман размером 1,0 см, образованный куполом слепой кишки. После наложения такого шва, происходит адгезия серозы с надежной фиксацией культы червеобразного отростка. Наложение на купол слепой кишки дополнительного кисетного или Z-образ-

ного шва не требуется. Купол слепой кишки погружается в брюшную полость, выполняется обработка раны 3% раствором перекиси водорода и/или 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. С помощью лапароскопа производится окончательная инспекция брюшной полости. Ушивание ран. Наложение асептических повязок. Полученные результаты и обсуждение. Видеоассистированная аппендэктомия в сочетании с предложенной экстракорпоральной обработкой культы аппендикса при неосложненных формах острого аппендицита легко воспроизводимы, позволяют минимизировать интраоперационную травматизацию слепой кишки и передней брюшной стенки, препятствуют инфицированию наружных и внутренних тканей живота, не требуют дополнительного технического оснащения и особых навыков. Наш личный опыт наблюдения 110 видеоассистированных аппендэктомий у пациентов в возрасте от 18 до 67 лет, с использованием предлагаемой методики обработки культы аппендикса побуждает к позитивной оценке возможностей и перспективности данного вмешательства. Нужно отметить, что обработка культы аппендикса по Р.В. Мяконькому может использоваться и при открытой аппендэктомии наравне с общеизвестными погружными методиками, такими как наложение кисетного и Z-образного шва, или обработки культы аппендикса по А.А. Русанову. Выводы. Видеоассистированная аппендэктомия, занимающая промежуточную позицию между открытой и лапароскопической аппендэктомией, обладает всеми преимуществами малоинвазивного вмешательства и в тоже время, она является менее сложной по сравнению с лапароскопической аппендэктомией. Существует твердая убежденность в том, что необходимо способствовать широкому внедрению предложенной методики в повседневную хирургическую практику. Использование приведенной методики как рутинного вмешательства позволит накопить и проанализировать отдаленные ее результаты в формате многоцентровых исследований. Рекомендации. В практике начинающих хирургов необходимо использовать потенциал видеоассистированной аппендэктомии, а предложенная методика обработки культы аппендикса по Р.В. Мяконькому может быть эффективно использована не только при видеоассистированной, но и при классической открытой аппендэктомии.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ КРЕСТОВАЯ SEAL-ГЕРНИОРАФИЯ КАК МЕТОД САНАЦИИ ГРЫЖЕНОСИТЕЛЕЙ С МАЛЫМИ ПУПОЧНЫМИ И ТРОАКАРНЫМИ ГРЫЖАМИ

Мяконький Р.В.

Волгоградский государственный медицинский университет

Наружные грыжи живота относятся к числу наиболее распространенных хирургических заболеваний и встречаются у 3 – 5 % населения. Актуальность проблемы хирургического лечения дефектов передней брюшной стенки определяется ее не только медицинской, но и высокой социальной значимостью (М.Г. Ахмедов, Ю.Ш. Розиков, 1998). В последние годы значение пупочных грыж среди всех грыж брюшной стенки заметно выросло. Связано это, в первую очередь, с широким внедрением лапароскопических операций. Область пупка используется для вкола троакара при подавляющем большинстве операций на органах брюшной полости. По данным ряда авторов, в послеоперационном периоде у 1 – 2,2% пациентов развиваются грыжи в области вкола. Таким образом, формируется значительная группа пациентов с так называемыми троакарными грыжами (В.Н. Егиев, К.В., Лядов, П.К. Воскресенский, 2003). Как известно, пупочное кольцо является «слабым местом» брюшной стенки, поэтому пупочные грыжи занимают второе место после паховых, что в свою очередь характеризует масштаб и актуальность рассматриваемой проблемы. Следует выделять две разновидности пупочных грыж малые и большие. При малых грыжах белая линия живота не изменена, имеется лишь расширение пупочного кольца. Данный вид грыж отличается тем, что любые методы операций дают достаточно хорошие результаты. В современных условиях любую операцию предпочтительно проводить в лапароскопическом варианте, при этом способ должен быть наиболее прост для хирурга и наименее травматичен для пациента. Основной сложностью при многих лапароскопических вмешательствах, является отсутствие достаточного навыка у оперирующего хирурга или не владение им техникой эндоскопического интракорпорального шва. Выходом из ситуации является поиск методик ручного экстракорпорального шва, который способен воспроизводить и тиражировать абсолютно любой, в том числе и начинающий хирург.

Материал и методы. Предложен метод видеоассистированной крестовой SEAL-герниорафии (от англ. seal – пломбировать, запечатывать).

Полученные результаты. Суть метода заключается в следующем, по среднеключичной линии слева или справа (в зависимости от предпочтения оперирующего хирурга) в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 0,5 см, через него в брюшную полость вводится троакар 5 мм, в брюшную

полость инсуффлируется углекислый газ, накладывается малый карбоксиперитонеум (8-10 мм.рт.ст.). После чего в брюшную полость вводится лапароскоп с косой оптикой. По общим правилам производится инспекция брюшной полости. Грыжевой мешок в области пупка сохраняется интактным. Определив края грыжевых ворот пупочной грыжи, с помощью скальпеля параумбиликально и билатерально, на расстоянии 0,5-1,0 см, скальпелем на глубину кожи производится несколько насечек по 2-3 мм (на толщину (диаметр) иглы), как правило, их количество составляет от 2 до 6. Под контролем зрения с помощью атравматической иглы и иглодержателя или лыжеобразной иглы производится наложение вертикальных П-образных швов с правой и с левой стороны от пупочного кольца (петля нити должна захватывать всю толщу передней брюшной стенки), при этом игла должна выйти через насечку с противоположной стороны от пупка. Затем, тоже самое выполняют по средней линии живота, сверху и снизу от пупка, формируется второй слой (в петлю захватывается только апоневроз). Все узлы во время операции формируются экстракорпорально. При устранении грыжи пупок и грыжевой мешок гофрируются. Края околопупочных радиальных насечек поднимаются и адаптируются с помощью зажима. Ушивание параумбиликальных насечек не требуется. После произведенной герниорафии производится окончательная инспекция брюшной полости, в частности со стороны брюшной полости оценивается качество ушивания грыжевых ворот. Из брюшной полости удаляется лапароскоп, снимается карбоксиперитонеум, извлекается троакар, кожная рана ушивается одним швом. С использованием приведенной методики можно ушить и/или троакарную грыжу, располагающуюся над или под пупочным кольцом. Обсуждение. В зарубежной и отечественной хирургической практике имеется ряд концептуальных решений, касающихся экстракорпорального шва при лапароскопических вмешательствах. Так, метод проведения лигатур через прокол брюшной стенки под контролем лапароскопа был описан еще в 1990 г. в каталоге германской фирмы «Karl Storz», как пример использования разработанной и производимой фирмой иглы. Эта игла была применена в 1991 г. А. Cuschieri для подтягивания круглой связки печени, при лапароскопической холецистэктомии. В 1998 г. М.Г. Ахмедовым предложено устройство для наложения подкожного эндохирургического шва, которое имеет определенное сходство с иглой «Karl Storz». Также ин-

струмент для проведения лигатуры через брюшную стенку выпускается фирмой «Auto Suture». Для создания транскутанного эндохирургического шва в своей практике при пупочных грыжах мы используем инструмент BERCi. Как показано выше, предлагаемый нами метод, не требует использования специальных эндоскопических инструментов, что делает его экономически и технически более привлекательным. Выводы. Предлагаемый метод следует рассматриваться как стационар-сберегающую технологию в рамках концепции ускоренной реабилитации пациентов. Он экономически привлекателен, легко воспроизводим и тиражируем, может применяться, в том числе и начинающими хирургами. Метод имеет все преимущества лапароскопического вмешательства и лишен сложностей, связанных

с необходимостью определенных лапароскопических мануальных навыков. Ближайшие результаты приведенной методики представляются весьма обнадеживающими и перспективными для использования метода, а также накопления и анализа отдаленных результатов в формате многоцентровых исследований.

Рекомендации. Для санации грыженостителей с малыми пупочными и троакальными грыжами необходимо способствовать широкому внедрению видеоассистированной крестовой SEAL-герниорафии в повседневную хирургическую практику, как общехирургических отделений, так и специализированных герниологических центров.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Нажмудинов З.З., Бекмирзаев Ш.Ш., Гусейнов А-К.Г.

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ.

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что, пациенты холедохолитиазом не всегда имеют клинические проявления механической желтухи и при наличии высоких цифр билирубина, отсутствуют конкременты в желчных путях. В типичных случаях клиническая картина холедохолитиаза соответствует острому или хроническому холециститу, осложненному механической желтухой. Возможно сочетание холедохолитиаза с опухолевым поражением гепатопакреатобилиарной системы. Широко применяемая методика УЗИ внутренних органов, не потеряла своей актуальности и в наши дни, в качестве первичного диагностического метода для обнаружения холедохолитиаза.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между ультразвуковым сканированием внепеченочных желчных путей и клиническими проявлениями в верификации диагноза холедохолитиаза.

Материалы и методы исследования: Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт у 53 стационарных пациентов, диагнозом ЖКБ, осложненное холедохолитиазом. Все пациенты госпитализированы в РКБ ЦСЭМП в 2018 году. Среди них: 11 мужчин (19,9 %) и 42 женщин (79,1 %) в возрасте от 49 года до 78 лет, поступили в стационар основным по скорой помощи-68%. У всех-100% пациентов, подтверждено наличие конкрементов общего желчного протока. Некоторым пациентам с целью верификации диагноза выполнены следующие методы исследования; интраоперационная холангиография (3-5,5%), ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией (31-58,5%), МР-холангиография (49- 92,6 %) случаев. Ультразвуковые исследование пациентов проводились на аппаратах системы GE, Logik P5 или

Hitachi Arietta использованием стандартных конвексных датчиков с частотой 2,5–5,5 МГц, в сочетании с режимом тканевой гармоник. Экстренные осмотры выполнялись без какой-либо подготовки, плановые осмотры проводились строго натощак на вторые и последующие сутки. Всем пациентам проводилось многоплановое и позиционное сканирование в положении больного лежа на спине, на левом и правом боку. Исследование выполняли как при задержке дыхания в фазе глубокого вдоха, так и при спокойном дыхании пациента. Для выявления конкрементов дистального отдела холедоха использовали сканирование в положении больного лежа на левом боку. Всем пациентам с расширением холедоха проводилось дополнительное сканирование в положении больного лежа на правом боку, с боковым наведением датчика по среднеподмышечной линии, в 9-11 межреберье.

Результаты исследования. Основные жалобы предъявляемые пациентами с конкрементами в холедохе; боли в брюшной полости, локализацией в эпигастрии, желтуха различной степени интенсивности, лихорадка не постоянного характера, Синтопия болей: в правом подреберье у 38 (71,6 %), в области мечевидного отростка—у 9 (16,9 %), опоясывающие боли у 6(11,3%) пациентов, при отсутствии клинических и ультразвуковых признаков острого панкреатита. С острым калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом при ультрасонографии наблюдались подвижные конкременты в дилатированном холедохе у 36(67,8%) пациентов, из них у 6(17%) заболевание протекало бессимптомно, в то время как у остальных наблюдались периодические тупые боли или чувство дискомфорта в правом подреберье, преимущественно

через 1,5–2 часа после приема острой или жирной пищи. Тошнота отмечена у 44 (83,1 %), рвота у 47 (88, 0%) пациентов холедохолитиазом. Желтушность склер и кожных покровов имела место при поступлении в стационар у 47 (88,0 %). Безжелтушная форма холедохолитиаза выявлена у 6 (17 %) пациентов. В 34(64,1 %) случаях интенсивный болевой синдром предшествовал развитию желтухи. Гипербилирубинемия преимущественно за счет прямого билирубина наблюдалась у 46 (86,8 %), повышение активности АСТ и АЛТ у 18 (33,9 %) пациентов с холедохолитиазом. При ультразвуковом исследовании холедохолитиаз диагностирован у 51 (96,2 %) пациентов. Расхождение результатов УЗИ с интродуцированной находкой, среды этих пациентов имело место в 2 случаях (3,8 %). Гипердиагностика УЗ метода было в 3(5,6%) случаях, хлопья и сдвиг приняты за конкременты. В большинстве случаев у пациентов с холедохолитиазом наблюдалась сопутствующая дилатация проксимального отдела общего желчного протока, у 3(5,6%) пациентов выявлено дилатация холедоха до 2-2,5 см, в связи стенозом дистального отдела холедоха. Достоверная диагностика конкрементов общего желчного протока при УЗИ, возможна лишь при

визуализации четких гиперэхогенных включений с акустической тенью, не изменяющих свои размеры и локализацию при перемене положения пациента. Конкременты в холедохе в сочетании стриктурой дистального отдела холедоха выявлено в 8(15,1%), в сочетании папилитом 14(26,4%), состояние «прошедшего» конкремента в 9(17%) случаях. Механическая желтуха холедохолитиазом сопровождалась дилатацией внутривисцеральных и внепечерных желчных протоков в 42(79,2%) случаях. Среды этих пациентов ЭРХПГ выполнено всего в 31(58,5%), ПСТ в 8(15,1%) случаях.

Заклучение

В качестве первичного диагностического метода целесообразно использовать УЗ сканирование органов брюшной полости с прицелом на желчное дерево. В методе ЭРХПГ или МР –холангиографии нет необходимости с целью верификации диагноза, пациентам с холедохолитиазом или механической желтухой при наличии УЗ аппарата, так же специалиста экспертного класса.

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ НАРУЖНОМ ОТВЕДЕНИИ ЖЕЛЧИ

Насибова У.А. (1), Султанова Р.С. (1,2)

*ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России
ГБУ РД "Городская клиническая больница №1"*

При механической желтухе опухолевого генеза, как первый этап поэтапного лечения, так и как окончательный вариант лечения, нередко выполняется наружное дренирование билиарного тракта. Естественно, при этом возможны существенные изменения в нутритивном статусе пациентов. Более того, при отсутствии в двенадцатиперстной кишке желчи происходит нарушение кислотно-щелочного баланса и запирательной функции пилорического жома, которые приводят к выраженным морфо-функциональным изменениям в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Цель исследования. Оценить морфо-функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта и степени нарушения нутритивного статуса пациентов с полным наружным отведением желчи.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования 237 больных с полным наружным отведением желчи по поводу механической желтухи опухолевого генеза. В 93 (39,2%) наблюдениях декомпрессия билиарного тракта была проведена путем выполнения перкутанной чрезпечерной холангиостомии и в 144 (60,8%) – холецистостомии из мини-доступа с лапароскопическим ассистированием. Наряду с изучением гомеостаза больным выполняли фиброга-

строудоденоскопию, суточное РН-мониторирование верхних отделов ЖКТ, копрологические исследования, определение индекса массы тела. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы «Биостатистика».

Результаты. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ выявлено у 64,5% больных. Почти у всех пациентов имелись высокие показатели РН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Больные жаловались на изжогу, тошноту и рвоту. У 3,4% больных отмечено гастродуоденальное кровотечение. У 18,9% больных имели место стеаторея и креаторея. Гипопротеинемия наблюдалась у 49,8% больных. Водно-электролитные нарушения отмечены у 93,6% больных. Почти у всех пациентов имелась тенденция к гиповолемии и гипокалинемии. Индекс массы тела пациентов до декомпрессии билиарного тракта составила 22,6 кг/м, на 10-12-е сутки после декомпрессии – 17,6 кг/м. Больным проводилась комплексная терапия с коррекцией водно-электролитного обмена, назначением ингибиторов протеиновой помпы, сбалансированных нутриентов, а так же пациентам налаживали пероральное поступление желчи.

Заключение.

При полном наружном отведении желчи меняется модель пищеварения, возникают эрозивно-язвенные изменения в желудочно-кишечном тракте, особенно в верхнем его отделе. Сле-

довательно, должна быть заместительная терапия, которая направлена на коррекцию возникающих нарушений

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ниёзбеков Б.М. (1), Рзаев Т.З. (1), Гул Шариф Ш. (1), Азимов Р.Х. (2), Чиников М.А. (1,2)

РУДН. ЦКБ РАН

Лапароскопический доступ является менее травматичным и сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений, что приводит к сокращению сроков стационарного лечения. Всё чаще данный вариант доступа используется в ургентной хирургии.

Цель: анализ результатов лапароскопически-ассистированных операций при ургентных заболеваниях толстой кишки.

Материалы и методы. Выполнена ретроспективная оценка результатов хирургического лечения 42 больных с ургентными заболеваниями толстой кишки за период с 01 января 2016 г. по 31 января 2018 г. Больных, которым выполняли лапароскопически-ассистированные вмешательства, включили в 1 группу (22 больных); оперированных открытым доступом – во 2 группу (20 больных). Средний возраст пациентов 1 группы составил $67,8 \pm 15$ лет, 2 группы – $70,5 \pm 16$ лет ($p > 0,05$). По половому составу различий между группами не выявлено. 14 (64%) больных 1 группы оперированы с симптоматикой осложнений рака толстой кишки /кровотечение, непроходимость/ и 8 (36%) – с осложнённым течением дивертикулярной болезни /перфорация дивертикула, кровотечение/. У больных 2 группы показания к операции были аналогичными (70% и 24% соответственно). Больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью было статистически значимо больше во 2 группе (68% против 20% в группе сравнения, при $p < 0,05$). В обеих группах степень риска анестезии по шкале американского общества анестезиологов (ASA) варьировала от II до IV ($3,05 \pm 0,6$ в 1 группе и $3,2 \pm 0,5$ во 2) и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$). Различные варианты резекции кишки выполнены у 95,5% больных 1 группы и у 80% - 2 группы ($p > 0,05$). Остальным выполняли колостомию без резекции кишки.

Результаты. Среднее время операции у больных 1 группы составило 146 ± 57 мин., у больных 2 группы 149 ± 42 мин.. Статистически значимых отличий этого показателя между группами не выявлено ($p > 0,05$). Интраоперационных осложнений не отмечали. Конверсий доступа в 1 группе не было. У 2 (9%) больных 1 группы с раком ободочной кишки на 4-е и 6-е сутки после резекции кишки с первичным анастомозом отмечено развитие несостоятельности швов анастомоза. Одному из них выполнена ререзекция кишки с илео-транsverзоанастомозом, второму – разобщение десцендо-сигмоанастомоза с выведением концевой десцендостомы. Во 2 группе у 1 (5%) пациента на 3-и сутки после резекции сигмы отмечали нагноение лапаротомной раны, на фоне консервативного лечения явления гнойно-некротического процесса были купированы. Летальных исходов в обеих группах не было. Продолжительность послеоперационного периода у больных 1 группы (без учёта 2 больных, оперированных повторно) составила $8,5 \pm 2,3$ суток, 2 группы – $8,2 \pm 2$ суток. Статистически значимых отличий этого показателя между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Вывод

Использование лапароскопического доступа в ургентной хирургии толстой кишки возможно и не приводит к увеличению длительности вмешательства. Местными противопоказаниями к выполнению лапароскопически-ассистированных операций считаем дилатацию петель тонкой кишки более 4 см при кишечной непроходимости и обнаружение распространённого перитонита.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Омаров К.Х., Магомедов Х.А., Султанов А.С. Гаджиев Х.М.

ГБУ РД "РКБ"

С увеличением последнее время числа пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), участились случаи возникновения острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) у данных больных.

Актуальность проблемы ОЖКК у больных с ОНМК обусловлено отсутствием четких критериев диагностики этого состояния, терапии и профилактики. Наиболее частыми причинами являются острые стрессовые язвы и эрозии слизистой. Развитие данного осложнения у пациентов с ОНМК обусловлено рядом причин, основной является тяжелое, стрессовое состояние пациента, с активацией ответных механизмов организма на критические изменения в головном мозге, а так же, имеющее место сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы. Как правило, пациенты с ОНМК входят в старшую возрастную группу и страдают несколькими сопутствующими заболеваниями различных органов и систем, которые так же негативно влияют на состояние желудочно-кишечного тракта. Применение некоторых специфических препаратов (таких как антикоагулянты, антиагреганты, неспецифические противовоспалительные и гормональные препараты и др.) в лечении ОНМК так же влияет крайне отрицательно сказывается на состоянии слизистой покрова желудочно-кишечной трубки. Исследователи отмечают, что, при ишемическом поражении головного мозга так называемые «стресс-язвы» могут возникать вследствие гиперактивности *n. vagus*, по причине ишемии слизистой оболочки органов и повышения желудочной секреции. Диагностика ОЖКК у данной группы больных затруднительна ввиду тяжести состояния, поэтому важно своевременно выявить кровотечение. Анализируя лечение 68 пациентов с ОНМК, находившихся на лечении в ГБУ РД РКБ, у которых развилось осложнение в виде ОЖКК, нами применялась определенная тактика диагностики и лечения данных больных с учетом особенностей основной патологии. При поступлении пациента в коматозном состоянии, сразу устанавливается назо-гастральный зонд (НГЗ). При возникновении подозрения на ОЖКК дальнейшая тактика лечения

определяется совместно с хирургом. Учитывая клинику возможный источник кровотечения применяются ФГДС или ФКС, иногда оба метода сочетаются. При лечении кровотечений из ЖКТ данным методом гемостаз достигается у 90 % больных. Комбинация различных видов гемостаза считается более эффективной в сравнении с применением одного метода. Параллельно проводится интенсивная общеукрепляющая терапия, компонентов крови, препаратов для укрепления сосудистых стенок, гемостатическая терапия показана при наличии обширных очагов геморрагии эрозивного характера, или при нарушении состояния свертывающей системы, под контролем коагулограммы. Применяются препараты для улучшения питания слизистой ЖКТ. Не маловажным является введение в желудок местно-обволакивающих препаратов. Необходимо следить тщательно за моторикой ЖКТ, при необходимости проводить стимуляцию, не допуская застоя в желудке и кишечнике. Энтеральное питание подбирается максимально щадящего характера и способствующее улучшению моторики и благотворно влияющее на слизистую ЖКТ. При кровотечении из эрозивных участков толстой кишки к вышеперечисленному прилагается применение лечебных клизм с добавлением дубящих средств, противовоспалительных трав и т.п. Для профилактики кровотечения из верхних отделов ЖКТ и лечения после достижения гемостаза применяются ингибиторы протонной помпы, гастро-протекторы и H₂-антигистаминные препараты. Пациенту необходимо создать комфортные условия для минимизации влияния стресса, при наличии сознания у пациента применяются седативные препараты.

Таким образом, профилактика и лечение острого желудочного кровотечения у больных с ОНМК должно быть комплексным, с учетом всех имеющихся отклонений со стороны органов и систем, с сочетанием эндоскопических, лекарственных и других методов лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ САНАЦИИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Омарова Х.З., Курбанова З.В., Багаудинова С.Г., Исеева Б.И., Дибирова З.М

Дагестанский государственный медицинский университет. Дагестанский центр грудной хирургии

После полостных оперативных вмешательств на органах грудной и брюшной полости в раннем послеоперационном периоде из-за выраженного болевого синдрома значительно затруднена дренажная функция бронхов. В связи с этим, у пациентов с тяжелой хирургической патологией зачастую отмечается нарушение кашлевого рефлекса, вплоть до его отсутствия. Необходимы комплексные мероприятия, на фоне которых эндоскопическое пособие может оказать решающее влияние на течение и исход патологического процесса, так как дает возможность адекватного дренирования с последующими санациями полости и введение лекарственных препаратов непосредственно в трахео-бронхиальное дерево. Необходимость проведения санационной бронхоскопии, у пациентов отделения реанимации обусловлена тем, что, такие больные часто нуждаются в проведении длительной ИВЛ.

Цель работы: оценить результаты лечебных бронхоскопий у больных реанимационного отделения.

Материалы и методы: санационная фибробронхоскопия состояла из трёх этапов: местная анестезия, введение фибробронхоскопа, осмотр и санация трахеобронхиального дерева. Местную анестезию начинали с орошения ротоглотки раствором лидокаина 10% в виде аэрозоли, в спрей-упаковке. Анестезия проводилась в два этапа: во время спокойного вдоха производили орошение языка, нёбных душек и язычка мягкого нёба тремя дозами аэрозоли 10% лидокаина и после этого, на глубоком вдохе орошали тремя дозами аэрозоли 10% лидокаина на корень языка, надгортанник, черпало-надгортанные складки и голосовые связки. Следующие

дозы лидокаина 2% на глубоком вдохе полностью обеспечивали обезболивание в области голосовой щели, включая слизистую оболочку подвязочного пространства и нередко до границы средней и нижней трети трахеи. После экспозиции, через 1-2 минуты, под визуальным контролем через канал фибробронхоскопа проводили одномоментное введение шприцом по 1 мл 2% раствора лидокаина, орошая карину, главные бронхи, шпоры долевых и сегментарных бронхов. По истечении 2 минут приступали непосредственно к фибробронхоскопии.

Результаты: на фоне санационных бронхоскопий с введением лечебных растворов, у 67 пациентов отмечалась положительная динамика в виде разжижения мокроты, уменьшения отёка и гиперемии слизистой трахеи, бронхов. Воспалительный процесс в трахеобронхиальном дереве разрешался на 4–5 дней раньше, чем у больных, которым проводились санационные бронхоскопии без введения флуимуцила и местных антисептиков. Таким образом, при проведении длительной ИВЛ после тяжелых полостных оперативных вмешательств, у пациентов с тяжелой неврологической симптоматикой в виде снижения и отсутствия кашлевого рефлекса, с сопутствующими выраженными гнойными патологическими изменениями в трахеобронхиальном дереве рекомендовано проведение лечебных курсов санационных бронхоскопий в комплексе с антибактериальной терапией, что является эффективным и доступным методом лечения.

О ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ЛХЭ)

Оразалиев Б.Х., Войтковский А.Е., Оразалиев Г.Б.

ЦРБ, Мед. Университет.

В большинстве статистик частота повреждений желчных протоков (0.3-3.0%) как основного и грозного осложнения операции лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) превышает таковую (0.1-0.8%) при традиционной операции (Э.И. Гальперин, 2003). Длительность и характер операции, размеры протока, опыт хирурга не имеют значения в возникновении этого тяжелейшего осложнения, но они чаще встречаются у опытных

хирургов. Предпочтительным методом коррекции является холедохоэнтероанастомоз. Проблема осложнений операции ЛХЭ была поднята на первой конференции по итогам применения операции ЛХЭ в России в 1991 г. в Курске (В.С. Савельев с.с.), а затем на международных конгрессах в 1993 году (А.С. Балалыкин с.с., Ю.И. Галлингер с.с., А.Ф. Попов с.с.). Частота повреждений желчных протоков отмечена в пределах

0.3-0.9%. В.Д. Федоров с.с. (2003) отмечают на собственном опыте и международных статистиках сотен тысяч операций ЛХЭ, в которых травмы ВПЖП не превышают 0.5%, причем они чаще встречаются у опытных хирургов.

Материалы, результаты и обсуждение. В Узбекистане операция ЛХЭ начала применяться в клинике В.В. Вахидова (А.В. Вахидов при участии А.С. Балалыкина). В Беговитской ЦРБ оборудование получено в 2010 г. и выполнено 12 операций ЛХЭ. В последующие годы число операцийросло до 50, 100 и 160 и к 2016г. накоплен опыт 584 вмешательств при остром (188) и хроническом (396) холецистите. У троих (1,2 %) пациентов имело место самое серьезное осложнение – полное пересечение общего желчного протока. Считаем, что их причиной стал наш недостаточный опыт лапароскопических операций в

первый год её внедрения при наличии рубцово-воспалительных изменений операционной зоны. Осложнения коррегированы лапаротомией и анастомозом протока «конец в конец». Одна (летальность 0,2%) пациентка умерла после операции от тромбоэмболии легочной артерии, у двух других проблем после операции нет.

Выводы

Операция ЛХЭ – альтернатива традиционной холецистэктомии. При наличии опыта и благоприятной анатомии методом лечения полного пересечения общего желчного протока может быть анастомозирование «конец в конец».

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Пирмагомедов М.Ш. (1), Аскерханов Г.Р. (2), Халилов А.Х. (3)

*ФГБОУ ВО МЗ РФ "Дагестанский государственный медицинский университет"
кафедра "Госпитальная хирургия" на базе РКБ*

Проблема по эхинококкозу человека в регионах РФ за последние годы имеет тенденцию к ухудшению. Эхинококкоз является тяжелым распространенным паразитарным заболеванием и продолжает оставаться не только медицинской, но и народнохозяйственной проблемой во многих странах мира, в том числе и в Республике Дагестан. В связи с неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановкой и улучшением диагностики число больных с эхинококкозом ежегодно увеличивается. В настоящее время не разработаны методы эндоскопических операций, направленных на ликвидацию эхинококковых кист легких. Сложность заключается в пункции и аспирации содержимого кист с предупреждением диссеминации гельминта. Не менее сложную проблему представляет ушивание бронхиальных свищей и остаточных полостей, а также антипаразитарная обработка фиброзных полостей. К тому же, внедрение видеоэндоскопической эхинококкэктомии легких не получила распространения из-за опасности обсеменения плевральной полости. Стремительный прогресс в области малоинвазивных технологий и хирургического лечения эхинококкоза, требуются поиски эффективных методов оперативного пособия и совершенствования хирургической техники при эхинококкозе легких.

Материал и методы В Центральной республиканской больнице г. Махачкала, в торакальном отделении с периода 2017 г. по 2019 г, были обследованы 30 пациентов эхинококкозом легких, из них 19 мужчин. Поражение легких с одной стороны было у - 25 пациентов, из них периферически расположенных кист – 18, двустороннее – у

5. Выявлены одиночные кисты у 24 человек, множественные – у 6. Справа кисты локализовались (19): верхняя доля – 5, средняя – 10, нижняя – 15; слева (11): верхняя доля – 7, нижняя – 12. У 23 больных кисты были неосложненными, 1 - осложнились прорывом в бронх и нагноением, 5 – прорывом в плевральную полость. Размер 25 кист был от 1,5 до 2 сантиметров, 11 – от 2,5 до 3 см, 5 – от 3 до 4 см, и 2 – достигали 5-7 см. Химиотерапия, как заключительный этап высокотехнологичного лечения проведена 19 больным при размерах эхинококковых кист легких не более 30 мм. Всем пациентам были проведены: общие клинические исследования с серологическими ретакциями на эхинококкоз, компьютерная томография органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение Несомненно, накопленный опыт проведения торакоскопических эхинококкэктомий, позволил продуцировать следующие показания к этому виду операции: 1) кисты диаметром до 3 см, 2) расположение кист на периферии, 3) неосложненные кисты. В деле разработки высокотехнологичного вмешательства, были найдены некоторые недостатки – это труднодоступность визуализации глубже расположенных кист небольших размеров, а также при наличии множественных бронхиальных свищей, возникает сложность в ликвидации остаточной полости. Были выполнены в таких случаях видеоассистированные эхинококкэктомии. Итоги торакоскопических операций при эхинококкозе легких, были вполне удовлетворительными. Так конверсий было 8 (3,4%) случаев: в 3 случаях из-за эксплицированного перифокального воспаления, в 2 – из-за глубокого расположения кисты, у

3 пациентов – из-за выраженного спаечного процесса в плевральной полости. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 10 (5,9%) пациентов: остаточная полость у 5 (3,6%), экссудативный плеврит – у 2 (1,8%), пневмония – у 2 (1,2%), нагноение раны у 1 (0,4%) пациента. Необходимо подчеркнуть, что остаточные полости в легких развивались, после видеоассистированной торакоскопической эхинококкэктомии легких, связанных с выполнением капитонажа по Дельбе или по Вишневскому. После торакоскопической эхинококкэктомии легкого и при правильном приеме антипаразитарных препаратов (немозол 15-20 мг/кг веса в течение одного месяца) в послеоперационном периоде, рецидивов мы не наблюдали.

Выводы

В итоге приходим к тому, что в хирургическом лечении эхинококкоза легких, использование малоинвазивных технологий, позволяет избежать травматичные операции, уменьшить длительность операции и объем кровопотери, способствует ранней активизации больных, уменьшает расход медицинских препаратов и болевой

синдром в послеоперационном периоде, а также приводит к получению хорошего косметического эффекта, уменьшаются сроки реабилитации больных. К тому же, применение видеоэндоскопических технологии, уменьшает риск возникновения таких осложнений, как эмпиема плевры, лигатурные свищи, грубые деформирующие рубцы. Правильный прием антипаразитарных препаратов и грамотный подход к выполнению оперативных вмешательств, позволяет также снизить риск рецидивов заболевания в послеоперационном периоде. Также по нашему мнению, проведение торакоскопической эхинококкэктомии требует дальнейшего технического усовершенствования. Показания к оперативному вмешательству данного типа существенно расширяются, с развитием технического прогресса. Когда возникает сложность ликвидации кисты торакоскопически (крупные кисты неудобной локализации, обширные прорывы в плевральную полость, нагноение), лишь в этих случаях оправдан традиционный доступ.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Поляков А.В., Трушин С.Н.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении вентральных грыж. Актуальность. Вентральная грыжа (ВГ) – одно из самых распространенных заболеваний хирургического профиля. В России выполняется около 100 тыс. грыжесечений в год. Разработка новых материалов для сетчатых эндопротезов (СЭ) позволила добиться снижения рецидивов грыж до 7,5-22,8%. Внедрение аллогенного материала в слои ПБС имеет и обратную сторону – раневые осложнения, которые, по данным исследований, достигают 60%. Из них на долю сером приходится более половины. Доказано, что длительное лечение сером в ряде случаев приводит к рецидиву ВГ или возникновению инцизионной грыжи. Материалы и методы. Экспериментальная работа выполнена на 90 беспородных белых крысах массой 150-200 г., которые были разделены на 3 группы по 30 животных. Первой группе животных (А) выполнялось оперативное вмешательство – срединная лапаротомия с последующим ушиванием операционной раны местными тканями, второй (В) – лапаротомия и ушивание раны с применением СЭ, третьей (С) – лапаротомия, ушивание раны с СЭ и последующими сеансами воздействия низкоинтенсивным инфра-

красным лазерным излучением (НИЛИ) на область оперативного вмешательства. Выведение животных из эксперимента состоялось на 3, 6, 9, 11, 21 и 30 сутки после операции. Проводилась морфометрия участков ткани из зоны операции (окрашивания гематоксилином и эозином). Оценивался количественный состав, а именно – лейкоциты, фибробласты, эозинофилы и сосуды. В мышечном пласте определялось еще и расстояние (в мкм) между мышечными волокнами. Результаты обрабатывались с помощью программного обеспечения. Статистическая обработка проводилась с применением метода корреляции. Достоверность различий определялась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия между выборками считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Полученные результаты и обсуждения. На 3 сутки во всех группах наблюдается типичная картина экссудативного воспаления. Однако степень нейтрофильной инфильтрации меньше в группе С по сравнению с группой В. С течением времени степень лейкоцитарной инфильтрации изменяется, но в группе С количественная кривая ниже изначальных значений в своей группе и ниже соответствующей кривой в группе В. Эозинофильное присутствие более выражено в

группе В (пик на 6-11 сутки, что логично и объясняется иммунной реакцией на имплантацию аллогенного материала). Сравнивая аналогичный показатель в группе С следует отметить, что количество эозинофилов снижается к 9 суткам и больше не возрастает (при этом оно не выше количества в группе В на любые сутки). Пик образования сосудов смещается от 21 суток в группе В к 9 суткам в группе С, что говорит об интенсификации неоваскулогенеза. Прирост фибробластов в группах В и С отмечается начиная с 6 суток, однако в группе С значительный рост выявляется уже к 9 суткам и сохраняется вплоть до 30 суток (в группе В кривая фибробластов значительно ниже), что свидетельствует о преобладании пролиферативного процесса и ускорении регенерации. Степень отека закономерно снижается от 6 суток к 30, что говорит о нормальном течении раневого процесса. Стоит отметить, что в группе С степень отека ниже уже к 9 суткам и расстояние между мышечными волокнами составляет в среднем 18 мкм (в группе В за аналогичный период – 25 мкм).

Выводы

Воздействие НИЛИ достоверно ($p < 0,05$) приводит к ускорению репарации за счет активации локального кровотока вследствие неоваскулогенеза в ране. Одновременно наблюдается снижение лейкоцитарной инфильтрации, что ведет к сокращению срока очищения раны. Рекомендации. Применение НИЛИ у больных ВГ приводит к ускорению сроков заживления раны и снижению риска послеоперационных РО, опасность которых возрастает на фоне имплантации СЭ, т.к. нагноение раны может привести не только к рецидиву грыжи, но и послужить поводом для извлечения сетчатого эндопротеза с последующим длительным реабилитационным периодом, сопровождающимся объемными реконструктивными вмешательствами. Т.о. НИЛИ является безопасным и экономически эффективным методом профилактики РО в лечении ВГ.

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОВЕНОЗНЫХ СОСУДОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Рамазанов М.Р., Махачев Б.М., Алиева П.М., Велиева Э.Э., Алиева К.А., Алиев Б.О.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой

В лечении венозных трофических язв главным является коррекция патологических рефлюксов и устранение патологической венозной емкости хирургическим путем. В связи с этим, нами проводилась сочетанная коррекция венозного кровотока и закрытия поверхности трофической язвы после кратковременной подготовки пораженного участка. Материалы и методы. Причиной язв были у 114 больных посттромботическая болезнь, варикозная болезнь у 36 больных. У 28 больных дистальная форма облитерирующего атеросклероза. 9 больных принимали преднизолон по поводу бронхиальной астмы. Гипертоническая болезнь 2-ой и 3-ей стадии имела у 45 больных. Длительность лечения посттромботических трофических язв составляла от 8 мес до 18 лет, варикозных язв от 4 месяцев до 7 лет. У 138 больных язвы располагались на одной нижней конечности, а у 12 больных на обеих. Контрольная (вторая) группа составили 132 больных с трофическими язвами (93 женщин и 39 мужчин) в возрасте от 40 до 72 лет. Причиной трофических язв у 99 больных была посттромбофлебитическая болезнь, у 33 варикозная болезнь. У 5 больных имело место облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Место напряженности и протяженности рефлюкса крови по венам определялась с помощью ультразвукового ан-

гиостимулирования с доплерографическим анализом. Больным 1 и 2 группы после кратковременной антибактериальной терапии, стихания воспалительного процесса в области трофической язвы произведены операции Бебкокка, Нарата, Линтона, Кокета. У 51 больного посттромбофлебитическими язвами были пресечены коммуникантные вены с удалением расширенных поверхностных вен. Для восстановления функции и «мышечно-венозной помпы» голени и устранения патологического рефлюкса крови в стопу, у 15 больных дополнительно резецированы задние большеберцовые вены. «Слепая» диссекция перфорантных вен проведена 84 больным. В первой группе для пластики трофических язв использовались удаленные расширенные подкожные вены больных. Вены рассекались на лоскуты длиной от 0,6 до 15 см и шириной от 0,2 до 2,6 см и пересаживались на поверхность язвы. В контрольной группе после уменьшения воспалительного процесса производилась аутодермопластика в виде «почтовых» марок от наружной и внутренней поверхности бедер. Проводимая нами суть механического стимулирования ангиогенеза после трансплантации заключается в улучшении гемодинамики и ускоренного заживления.

Результаты. Время эпителизации язвенной поверхности в обеих группах в среднем равнялась $9,1 \pm 3,9$ дней (от 5 до 15 дней). В первой группе с 5 суток отмечалась эпителизация трофической язвы при размерах язвы до 4 см². Если площадь превышала 4 см², эпителизация завершалась на 7-13 сутки после пересадки аутоvene. Некроз пересаженной аутоvene не наблюдалось ни у одного больного. Заживление трофических язв было достигнуто в первой группе у 100% больных. При варикозных язвах средний срок заживления составил $20 \pm 3,8$ дней, при посттромботических $23,5 \pm 6,3$ дней. В контрольной группе заживление варикозных трофических язв отмечено у 30 из 33 (91%) пациентов, а при посттромботической болезни у 84 из 99 (85%) больных. Во всех 18 случаях заживления язв удалось достичь с помощью неоднократного механического стимулирования ангиогенеза и дополнительной аутодермопластики. Рецидив трофических язв за 8 мес.

не отмечено ни у одного больного. Обсуждение. Использование для лечения венозных трофических язв раневых покрытий, клеточной терапии, а затем корригирующих операций требует продолжительного времени, больших расходов, при этом не редко выражены рецидивы трофических язв.

Выводы и рекомендации. Результаты исследования показали, что пересадка на поверхность трофической язвы аутоотрансплантатов из удаленной расширенной аутоvene одновременно с хирургической коррекцией венозной гемодинамики наряду с использованием в послеоперационном периоде разработанного нами механического стимулирования ангиогенеза приводила к 100% заживлению трофических язв.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рамазанов М.Р., Махачев Б.М., Алиев Б.О., Велиева Э.Э., Алиева К.А., Алиева П.М.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ. Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в раннем выявлении и адекватном лечении варикозной болезни, сохраняется высокий уровень рецидива заболевания после оперативных вмешательств. В связи с этим необходимо определить возможности миниинвазивных методов хирургического лечения больных с рецидивом варикоза. Материалы и методы исследования. С рецидивом варикозной болезни лечились 192 пациентов. Оперативные вмешательства выполнены на 237 нижних конечностях. В 37% больным выполнена флебэктомия. Причиной хирургического лечения явилась сохранение культи большой подкожной вены у места впадения в бедренную вену с впадающими действующими притоками, несостоятельными перфорантными венами на голени, сохранение культи в сочетании с несостоятельными перфорантными венами на голени, сохранение культи и притока от 1 до 3. В 24% было произведено иссечение варикозных притоков по Нарату с перевязкой перфорантных вен по Коккету. Причиной служили сохранение культи БПВ и несостоятельные перфорантные вены на голени, сохраненная культя с притоками на бедре, перфорантные вены в зоне Коккета. У 39% больных произведена эндовазальная лазерная коагуляция мужчин – 72 (34%), женщин – 138 (66%). Во всех группах больных симптомы заболевания оценивались. Сбор данных производился по амбулаторным картам, историям болезни, анкетам и при осмотре больного до и после проведенного лечения в клинике. Всем пациентам до операции производилось дуплексное сканирование вен линейным датчиком. В послеоперационном периоде проверяли проходимость

вен. Устранение причин рецидива варикозной болезни определяли дуплексным сканированием. Отдаленные результаты наблюдались от 8 мес до 3х лет.

Результаты. Больным которым произведено классическое вмешательство с иссечением притоков по Нарату и перевязка перфорантных вен по Коккету гематомы наблюдались в 74% случаев, лимфорея отмечены в 38% наблюдениях, нарушение целостности подкожного нерва 26% случаев. Пребывания в стационаре составила от 6 до 12 дней. Больные оперированные с помощью миниинвазивной техники и с помощью флебосклерозирования гематомы послеоперационном периоде составили 14%, лимфорея 4,2%. Длительность пребывания в стационаре составил 2-4 дня.

Обсуждение. Больные оперированные с помощью миниинвазивной техники и с помощью флебосклерозирования послеоперационных больных показал значительно меньше послеоперационных гематом, также не наблюдались повреждения подкожных нервов; выражено сокращение сроков пребывания в стационаре 2 раза.

Выводы

Миниинвазивные методы и новые технологии позволяют значительно уменьшить травматичность оперативного вмешательства и выполнять часто в амбулаторных условиях. Применение малоинвазивных технологий соответствуют эстетическим требованиям и сокращает длительность реабилитации. Результаты хирургиче-

ского лечения рецидива варикоза «классическим» методом по качеству уступают больным

оперированным с применением миниинвазивной техники.

МАЛЫЕ АМПУТАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Рамазанов М.Р., Махачев С.Б., Алиев Б.О., Алиева К.А.

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой

При критической ишемии артерий нижних конечностей часто приходится выполнять высокие ампутации. Применяемые в настоящее время методы не всегда дают хорошие результаты. Предложенный нами метод механического стимулирования ангиогенеза у больных с окклюзией магистральных артерий нижних конечностей в ряде случаев позволяет обойтись малыми вмешательствами. По данным последнего времени имеются разные соображения относительно выбора объема операции и сроков выполнения малых ампутаций после реконструктивных сосудистых операций у больных с критической ишемией при атеросклерозе сосудов нижних конечностей.

Цель исследования. Оценить результаты лечения предложенной нами метода механического стимулирования ангиогенеза больных, с атеросклерозом нижних конечностей при некротических процессах стопы.

Материал и методы. С 2009 по 2016гг. в Центре восстановительной хирургии с наращиванием сосудов г. Махачкалы поступили 324 больных с критической ишемией нижних конечностей. Больным ранее, до поступления к нам были выполнены в разные сроки от одного до трёх операций на различных уровнях артериального русла. 144 больным выполнено бифуркационное аорто – бедренное шунтирование, 116 пациентам – аутовенозное бедренно – подколенное шунтирование, 64 – реконструкция глубокой артерии бедра. Всем больным до поступления в Центр предлагалась ампутация конечности 88

больным - на уровне бедра, 94 – на уровне голени, 48 пациентам ампутация стопы, 94 – ампутация пальцев.

Результаты. Всем поступившим больным с учётом стадии ишемии проводилось механическое ангиостимулирование на мобильной кушетке М.Р. Рамазанова в сроки от 20 до 38 дней. После ограничения некроза и появления демаркационной линии в результате усиления коллатерального кровотока только 1 больному выполнена ампутация голени, 2 пациентам сделана ампутация стопы, а 82 больным удалось ограничиться некрэктомией пальцев. У пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей состояние значительно улучшилось: боли прошли, лодыжечно – пальцевой индекс поднялся до 0,4. Сроки наблюдения за пролечившимися в нашем Центре составили от 5 месяцев до 5 лет. При этом 6 пациентам потребовалась некрэктомия на уровне стопы. Им проводилось механическое стимулирование коллатерального кровообращения в амбулаторных условиях.

Закключение

Больным с хронической критической ишемией нижних конечностей на почве атеросклероза сосудов с некротическими изменениями для усиления гемодинамики целесообразно до и после реконструктивной операции проводить механическое стимулирование ангиогенеза.

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА.

Рагимов В.А.(1), Самедова С.С.(2), Агаев Р. (3)

*Азербайджанский медицинский университет, Баку.
Медицинский Центр «Реал», Баку.
Клиника «Анкара», Баку.*

В связи с увеличением продолжительности жизни населения, неблагоприятным воздействием экологических факторов, нерациональностью питания, повышением уровня диагностики, в последние годы намечается тенденция к возрастанию доли больных, имеющих сочетанные хирургические заболевания. По данным ВОЗ, у 30 % больных, госпитализированных в хирурги-

ческие отделения, выявляются сочетанные заболевания органов брюшной полости. Из них от 4 до 7 % больных нуждаются в выполнении симультанных операций. Симультанные лапароскопические операции являются перспективным направлением хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных, имеющих сочетанную хирургическую патологию, путем выполнения симультанных лапароскопических операций.

Материал и методы: В период с января 2016 по апрель 2019 г. нами было выполнено 37 лапароскопических вмешательств при различных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза в сочетании с холецистэктомией. Возраст больных варьировал от 21 до 86 лет и составил в среднем 45 года. Мужчин было 11(29,73%), женщин — 26(70,27%). С лапароскопических холецистэктомий было выполнено одномоментно гинекологические лапароскопические вмешательства у 15(40,54%) больных, фундопликацию при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 11(29,73), лапароскопическую операцию Геллера – Дора при ахалазии кардии у 4(10,81), биопсия печени у 4(10,81%), лапароскопическая герниопластика у 3(8,11%). Симультанные операции на основе лапароскопической холецистэктомии по основным показателям не отличаются от обычной лапароскопической холецистэктомии. Однако контингент пациентов для симультанных операций требует жесткой селекции как по состоянию больного, так и по стадии основных, требующих хирургической коррекции, заболеваний. Все операции проводили под общим обезболиванием. В области пупка делали первый прокол с наложением пневмоперитонеума и выполняли лапароскопию. При этом осматривали полость малого таза, под печеночное пространство, оценивали степень выраженности морфологических изменений и наличие воспаления подлежащих удалению органов, особенности анатомии и наличие спаечного процесса в зоне предстоящей операции. По результатам ревизии строили дальнейшую тактику оперативного вмешательства. Для облегчения осмотра больную попеременно переводили в положение Тренделенбурга или в положение, обратное Тренделенбургу — в зависимости от зоны обследования.

Очередность выполнения этапов операции, исходя из принципов асептики, определялась степенью инфицированности органа. Наш опыт показывает, что начинать вмешательство по поводу сочетанной патологии лучше с более чистых этапов, поэтому коррекцию другой патологии при грыже пищеводного отверстия диафрагмы мы проводили после выполнения фундопликации, а холецистэктомия всегда предшествовала операции на органах малого таза.

Результаты исследования: Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных, перенесших симультанные операции составила 3-5 дней. Средняя продолжительность операций у больных составила 77 минуты. Осложнений в раннем послеоперационном периоде, связанных с характером и объемом перенесенного вмешательства, не отмечалось. Послеоперационное лечение включало антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. Учитывая отсутствие выраженного болевого синдрома, активизацию больных начинали уже в первые сутки после операции. Случаев летального исхода не было. Выводы: Частота сочетанной хирургической и гинекологической патологии у плановых больных, нуждающихся в проведении симультанных операций, имеет тенденцию к повышению. Их выполнение имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение. Преимущества симультанных операции заключаются в следующем: одновременно излечиваются 2 или 3 хирургических заболевания; предупреждается прогрессирование заболевания, оперативное лечение которого откладывалось на более поздний срок; сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений; отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке; повышается экономическая эффективность лечения.

МЕХАНИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ФОНЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА.

Рамазанов М.Р., Велиева Э.Э., Алиева К.А.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой

Заметно отмечается увеличение частоты гнойных заболеваний и осложнений у больных сахарным диабетом на фоне облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. Мы предлагаем комплексный подход к лечению пациентов, которым не исключается «высокая» ампутация конечностей сочетанным применением антибактериальной терапии для реваскуляризации и коррекции гликемии путем механического стимулирования ангиогенеза на многопозиционной кушетке Рамазанова.

Материалы и методы исследования. Больные получали антибактериальную терапию, обезболивающие препараты. Проводилось механическое стимулирование ангиогенеза, создавая дополнительную ишемию в пораженной конечности, усиливали концентрацию вазоактивных продуктов, способствующие усилению коллатерального кровообращения, затем передавливали на противоположной стороне бедренную или подвздошную артерию, усиливали напор крови в пораженной конечности. Первоначально

стимулирование проводили в горизонтальном положении больного, затем через 6-8 дней в вертикальном положении. В исследование вошли 78 пациентов с гнойно-некротическими изменениями стопы в возрасте от 40 до 65 лет. Среди них было 54 (69,2%) мужчин и 24 (30,8%) женщин. Все больные страдали сахарным диабетом 2 степени. У 39 (50%) больных было язвенно-некротическое поражение пальцев стоп, у 24 (30,8%) пациентов - язвы пяточной области, у 15 (19,2%) больных - язвы на тыльной поверхности стопы. «Хороший» результат считался при заживлении язвы при выполнении «малой» ампутации в пределах стопы, сохранение функционально пригодной конечности; «удовлетворительный» - при исчезновении болей, неполное заживление язвы, сохранение функционально пригодной конечности; при отсутствии положительной динамики в течение лечения язвы и выполнении «высокой»

ампутации на уровне бедра считался «неудовлетворительным».

Результаты. После лечения до 1 года наблюдения, «хорошие» результаты получены у 58(74,3%) больных, «удовлетворительные» результаты 20 (25,7%) пациентов, «неудовлетворительные» результаты не отмечены.

Выводы

Использование комплексного подхода с применением механического стимулирования ангиогенеза и антибактериальной терапии позволили избежать высоких ампутаций и летальных исходов в течение года у больных с гнойно-некротическими поражениями на уровне стопы при атеросклерозе и сахарном диабете 2 типа.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА

Райхан М.А., Иванашкина С.В., Булынин В.В

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. н.н. Бурденко»

Спонтанный разрыв пищевода наблюдается сравнительно редко, в пределах 2-3 % от всех случаев повреждения пищевода. Сегодня нет той категоричности мнения об эффективности различных методов лечения среди хирургов, не существует единых алгоритмов диагностики и лечения. СРП – летальность достигает 75% в догоспитальном периоде и более 90% в послеоперационном периоде.

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода за счет предложения нового метода оперативного лечения.

Материал и методы. С 1998 по 2017 годы в Воронежской областной клинической больнице №1 было диагностировано и пролечено 22 пациента со спонтанным разрывом пищевода, 10 из них по методике, предложенной в клинике – торакотомия в 6-ом межреберье слева, выделение пищевода, перфоративное отверстие не ушивается, а формируется манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию, дренируется плевральная полость. По другим методам пролечено 12 пациентов. При диагностике этого заболевания проводились ФГС, РО графия с контрастом, КТ с контрастированием пищевода.

Результаты. При диагностике заболевания ФГС позволила правильно поставить диагноз в 64%, рентгеноскопия с контрастированием пищевода дает возможность поставить диагноз СРП только в половине случаев (50%). КТ с водорастворимым контрастом, по нашим данным, позволило поставить диагноз в 100% случаев. У больных, у которых перфоративное отверстие не ушивалось, а была сформирована манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию, летальность – 2 (20%) пациента. Несостоятельности швов манжеты не было. У больных, оперированных другими методами, летальность значительно выше – 66.64%.

Выводы

Наиболее эффективным методом диагностики является КТ с контрастом пищевода. Лечение является восстановлением разорванного пищевода без наложения швов на рану, а с формированием манжеты из дна желудка, укрывающей перфорацию.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПАНКРЕАТИТА

Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганский филиал

В настоящее время доступными методами диагностики острого панкреатита (ОП) являются ультразвуковое исследование (УЗД), ЭГДС и МСКТ. Эти исследования позволяют определить изменений в самой поджелудочной железе и окружающих тканей.

Цель улучшить эффективность методов диагностики деструктивных форм острого панкреатита. Со времени открытия Наманганского филиала РНЦЭМП на лечении с деструктивными формами острого панкреатита находились 371 больных. Для постановки диагноза у всех больных при поступлении оценивали клиническую картину, выполняли общеклинические и развернутые биохимические анализы крови, применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и при необходимости компьютерную томографию (МСКТ). УЗИ проводили на аппаратах ENVISOR фирмы "Philips" и XUCAN YEC фирмы "Хусан", цветового и энергетического доплеровского картирования. КТ выполняли на мультиспиральном томографе Siemens somatom emotion-6 (80034) фирмы "Siemens". Использование диагностического алгоритма позволило оптимизировать лечебную тактику. У 307 (82,6%) больных выявлены ряд сопутствующих патологий, влияющие на дальнейшее течение болезни, создавая дополнительные проблемы в процессе лечения больных. На УЗИ признаки отечного панкреатита были выявлены у 199 (53,9%) больных, панкреонекроза – у 108 (29,2%). Билиарная гипертензия при УЗИ обнаружена у 38 из 58 больных с обструкцией общего желчного протока. Деструктивный холецистит выявлен у 32 (8,6 %) больных. Динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ скрининг) позволило оптимально оценить изменений в ПЖЖ и окружающих её органов. У 98 (27,7%) пациентов поджелудочная железа и внепеченочные желчные протоки не были доступны осмотру из-за выраженного пневматоза кишечника. У 105 больных выявлена свободная жидкость в брюшной полости, у 43 больных жидкость в сальниковой сумке. У 147 больных при УЗИ были обнаружены признаки панкреонекроза: увеличение размеров ПЖЖ установлено у 81 больных, неровные контуры железы - у 69. При выраженных ин-

фильтрациях в эпигастриальной области у 70 пациентов контуры ПЖЖ на УЗИ оказались неотчетливой. Ограниченные нечеткие, жидкостные участки в толще паренхимы железы выявлены у 57 больных. При забрюшинных инфильтрациях и гнойных осложнениях выявлено увеличение эхогенности паранефральных областей с ограничением подвижности почек, а также скопление жидкости вокруг почек и в парааортальной зоне. ЭГДС первые 24 ч после поступления больных выполнены в 96 % наблюдениях. При этом обратили внимание на наличие стекловидной отечности в области большого дуоденального сосочка (БДС) и на наличие желчи в просвете ДПК. У 24 больных выявлены ущемленные камни у БДС. У 97 больных проведено МСКТ. По результатам исследования у 24 больных (24,7%) выявлено было поражение более 50% паренхимы ПЖЖ, у 21 (21,6%) - от 30 до 50% паренхимы, у 52 (53,7%) - менее 30%. У 43 (44,3%) больных на фоне изменений структуры поджелудочной железы выявлена свободная жидкость в брюшной полости. Степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса (CT Severity Index - CTSI), который разработала группа Balthazar. Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляют баллы. Отсутствие некроза (0 балл) в нашем наблюдении не отмечалось, некроз одной трети поджелудочной железы – (2 бала) выявлено у 50,7% больных, некроз половины поджелудочной железы (4 балл) - у 23,3% больных, некроз более половины ПЖ (6 балл) у 26,0% больных. (Балльная система Balthazar 1985 г) Оценка тяжести состояния больного по балльной системе Balthazar, УЗИ не только имеет высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе методов комплексного лечения. Применение методов оценки состояния у больных с ОП позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий и сроков оперативного вмешательства. Применение ультразвуковой диагностики, МСКТ и динамический скрининг позволяет выбрать правильную лечебную тактику.

ПАРАМЕТРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЯХ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА

Романенков Н.С.(1,2), Мовчан К.Н.(1,2), Хижа В.В.(2), Артюшин Б.С.(2), Гедгафов Р.М.(2), Зайцев Д.А.(2), Русакевич К.И.(2)

*ФГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»*

Заболеваемость жительниц Санкт-Петербурга раком молочной железы (РМЖ) ежегодно возрастает. Среди всех случаев злокачественных новообразований (ЗНО), выявляемых у женщин, преобладают клинические наблюдения опухолей молочных желез (МЖ). Совершенствование возможностей оказания медицинской помощи (МП) больным РМЖ обуславливает смещение вектора развития хирургических технологий лечения пациенток с ЗНО МЖ в сторону выполнения органосохраняющих операций. Тем не менее, хирурги-онкологи до сих пор нередко считают мастэктомию (МЭ) операцией выбора в качестве радикального вмешательства. При этом реконструктивные операции на МЖ после МЭ по поводу рака даже в специализированных медицинских организациях осуществляются не чаще чем в 15-20% случаев. Поэтому анализ результатов оказания медицинской помощи (МП) больным РМЖ, перенесшим протезирование МЖ после МЭ, – востребованная тема научных исследований в современной хирургии и онкологии в плане поиска возможностей совершенствования средств противораковой борьбы в случаях ЗНО МЖ. Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование. Из базы данных СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», отобраны сведения о жительницах Санкт-Петербурга, у которых в 2011-2012 гг. впервые верифицированы ЗНО МЖ, а в 2011-2017 гг. выполнены реконструктивные операции на МЖ в рамках оказания высокотехнологичных видов МП. Диагноз РМЖ во всех случаях верифицирован морфологически. Всего проанализированы данные о 164 жительницах Санкт-Петербурга в возрасте от 25 до 80 лет (медиана – 47 лет, стандартное отклонение 10,08). Статистическая обработка данных выполнена с помощью программ Statistica 12 для Windows, «Популяционный раковый регистр». Полученные

результаты и обсуждение. В большинстве (93,3%) клинических наблюдений ЗНО МЖ выявлены в одной из желез. Частота случаев билатерального РМЖ не превышала 6,7%. При морфологическом исследовании гистологические признаки инфильтрирующей протоковой карциномы констатированы в 20 раз чаще, чем дольковой формы опухоли – 140 (85,4%) и 7 (4,3%) случаев, соответственно. В 44% клинических наблюдениях у больных выявлены неоплазии размерами менее 2 см, а в ? случаев диаметр ЗНО МЖ варьировал от 2 до 5 см. РМЖ I-II-й стадии онкологического процесса диагностирован в 71,3% случаев. В 28% клинических наблюдений верифицированы ЗНО МЖ III стадии. Во всех случаях, данные о которых включены в исследование, осуществлено комбинированное лечение больных, оказавшееся радикальным. В 2011 - 2012 гг. жительницам Санкт-Петербурга выполнено 3 139 операций по поводу РМЖ. Одномоментное (63 - 2%) и отсроченное (101 - 3,2%) протезирование МЖ проведено в 164 (5,2%) клинических наблюдениях. Протезирование МЖ силиконовыми имплантатами (экспандерами) осуществлялось в 3 раза чаще, чем реконструктивные операции с применением аутологичных тканей. Выводы и рекомендации. Оценка базисных параметров оказания МП больным РМЖ в Санкт-Петербурге позволяет считать, что протезирование МЖ – один из необходимых компонентов хирургической реабилитации пациенток, перенесших операции по поводу ЗНО МЖ. С учетом высоких показателей заболеваемости РМЖ, а также увеличения частоты выполнения МЭ, потребности в протезировании МЖ у жительниц города возрастают, поэтому осуществление реконструктивных операций на МЖ должно, по показаниям, проводиться чаще.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.

Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Миниинвазивные эндоскопические вмешательства в лечении ятрогенных травм и рубцовых стриктур желчных внепеченочных протоков представляет одну из сложных проблем и способствует увеличению количества больных с патологией желчевыводящих путей, а, соответственно, и рост числа выполняемых операций. Другим обстоятельством, влияющим на частоту ятрогенных повреждений гепатикохоледоха, является широкое внедрение в практику лапароскопических технологий. По имеющимся сведениям частота повреждений гепатикохоледоха при классической «открытой» холецистэктомии колеблется в пределах от 0,1-0,5%, реже приводятся данные о более высокой их частоте. В то же время частота повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии значительно выше, чем при классической «открытой» операции, и отмечается при 0,2-0,8% операций, а, по мнению некоторых хирургов, и еще чаще, доходя до 3,5 %. Значительно чаще в клинической практике причиной нарушения оттока желчи являются доброкачественные стриктуры и повреждения желчных протоков. Доброкачественные стриктуры желчных протоков, как правило, развиваются вследствие оперативных вмешательств, диагностических процедур. Наиболее частой причиной является холецистэктомия. На ее долю приходится около 80% всех стриктур желчных протоков. Стриктуры развиваются как при стандартной (открытой), так и лапароскопической холецистэктомии.

Цель исследования: Проанализировать результаты применения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с повреждениями и доброкачественными стриктурами желчных протоков.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 75 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков после холецистэктомии и операции на внепеченочных желчных протоках. Всем пациентам выполнены миниинвазивные эндоскопические вмешательства.

Полученные результаты. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 11

больным в связи с несостоятельностью культи пузырного протока вследствие резидуального холедохолитиаза, а также 3 пациентам с послеожоговой перфорацией желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии, и явилась окончательным методом лечения у данной категории больных. 12 пациентам выполнена ЭПСТ с последующим бужированием неполной стриктуры желчных протоков и литоэкстракцией, однако в дальнейшем, в связи с рецидивным холедохолитиазом, через 8-12 месяцев, у 5 из них выполнена реконструктивные операции. ЭПСТ с удалением «потерянных» дренажей произведено у 9 больных, у 5 из них несмотря на повторные сеансы дилатации стриктур в дальнейшем потребовалось выполнение повторных хирургических операций. 21 пациенту с рубцовой стриктурой желчных протоков выполнено назобилиарное дренирование, как первый этап подготовки к реконструктивной операции. Эндобилиарное стентирование при неполных боковых повреждениях желчных протоков произведено у 19 больных. У 12 из них стентирование привело к быстрому закрытию наружных желчных свищей, а у 2 из них в отдаленном периоде образовались посттравматические стриктуры, потребовавшие хирургическое вмешательство. В 5 случаях с неполными рубцовыми стриктурами желчных протоков произведена баллонная дилатация стриктуры с последующим эндобилиарным стентированием. Выводы. В исследуемой группе больных (n=75), у 42 (56%) пациентов миниинвазивные вмешательства из транспапиллярного доступа при лечении повреждений и доброкачественных стриктур – явились окончательным методом лечения, а у 33 (44%) больных последующим потребовалось повторные реконструктивные вмешательства.

Таким образом, наши исследования показали, что в случаях желчеистечения по дренажу в послеоперационном периоде, а также при неблагоприятных результатах хирургического лечения необходимо с диагностической и лечебной целью выполнение РПХГ с последующими транспапиллярными вмешательствами.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ - ВЕЙСА ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Рагимов В.А.(1), Гасанов Р.(2), Искендеров. Ф. И. (1), Рагимли Ш. И. (1), Назаров А. И. (1), Искендеров Н. А. (1).

Азербайджанский медицинский университет. 2. Медицинский Центр «Диагноз»

По данным литературы, кровотечения не язвенной этиологии из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в 5-15% случаев связаны с синдромом Меллори-Вейса. Использование в клинической практике широко канального зонда и современной видео информационной системы открыло новую ступень в лечении и диагностике острых желудочно-кишечных кровотечений. Несмотря на эффективность использования эндоскопических методов гемостаза во время лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии, нет достаточных данных о применении эндоскопического гемостаза при синдроме Меллори-Вейса.

Цель исследования: Изучение результатов лечения больных с синдромом Меллори-Вейса с применением локального эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы исследования: В основу работы положены результаты обследования и лечения 52 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями при синдроме Меллори-Вейса, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях являющемся базами кафедры III хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета в период с сентября 2003 по апрель 2019 г. В исследовании были включены больные, с достоверными клиническими и эндоскопическими признаками кровотечения. Из 52 больных 38(73,08%) мужчины, а 14(26,92%) – женщины. Возраст больных варьируется между 20-80 годами. Большинство больных – 27(51,92%) – были доставлены в стационар в средне тяжелом состоянии. При продолжающихся массивных кровотечениях, обследования проводились на фоне интенсивных реанимационных и противошоковых мер. Для эндоскопического гемостаза использовали обкалывание (локальные инъекции 1:10.000 адреналин) и клипирование (компрессионный гемостаз). Результаты исследования: Во время эндоскопических обследований обнаружены следующие обстоятельства: у 6(11,54%) больных разрыв слизистой оболочки локализовался в абдоминальной части пищевода, у 37 (71,15%) в области пищеводно-желудочного соустья, а у 9(17,31%) в кардиальной области желудка. У 16(30,77%) больных разрыв располагался на передней

стенке, у 19(36,53%) на задней стенке, а у 17(32,69%) на боковой стенке. У 42(80,77%) больных разрыв слизистой наблюдался на одном месте, а у 10(19,23%) во многих местах. Глубина разрывов варьировалась от поверхностных – у 29(55,77%) больных (разрыв только слизистой оболочки), до глубоких – у 23(44,23%) больных (разрыв также мышечной оболочки). У 31(59,61%) больных отмечалось остановившееся кровотечение (F2A, F2B, F3), с низким риском рецидивного кровотечения. У этих больных достигнута эффективный гемостаз с помощью консервативных методов, а после этого не было никаких признаков осложнений и повторного кровотечения. А у 21(40,39%) больных наблюдалось продолжающееся кровотечение (F1A, F1B), то и у них прогнозирован высокий риск кровотечения. Поэтому из последних у 16 (76,19%) больных в виде монотерапии был проведен инъекционно-инфильтрационный гемостаз, а у 5(23,81%) больных клипирование кровоточащего артерии. Среди них у 15 (71,43%) больных был достигнут стойкий эндоскопический гемостаз, а у 6 (28,57%) отметили рецидивное кровотечение, которое провели повторный эндоскопический гемостаз. К сожалению, у 2(9,52%) больных с рецидивным кровотечением после повторного эндоскопического гемостаза для остановки кровотечения были вынуждены произвести срочную операцию – гастротомия. Как видно, эндоскопический гемостаз проведенный с целью остановки кровотечения и ее рецидива, был эффективным у 19 (90,48%) больных. Смертный случаи был отмечен у 2 (3,85%) больных. У этих больных был достигнут стойкий эндоскопический гемостаз, а причиной смерти являлась печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелого сахарного диабета.

Выводы

Таким образом при кровотечениях у больных с синдромом Меллори-Вейса эндоскопический гемостаз эффективны и их широкое применение в клинической практике может считаться целесообразным.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ТУННЕЛИЗАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ревель-Муроз Ж.А. (1), Кравченко Т.Г. (1), Головнева Е.С. (2)

ГБУЗ «Многопрофильный центр лазерной медицины» 2) ФГБОУ ВО «ЮУГМУ Минздрава России»

Методики лазерной туннелизации применяются для стимуляции пролиферации и неоангиогенеза в различных тканях. Учитывая успешность лазерной реваскуляризации сердца, мышц и печени, нами была разработана методика лазерной реваскуляризации фиброзно-измененной ткани поджелудочной железы.

Целью исследования являлась оценка качества жизни больных хроническим фиброзным панкреатитом после лазерной туннелизации поджелудочной железы.

Материалы и методы. В клинике ГБУЗ МЦЛМ оперировано 40 больных хроническим фиброзирующим панкреатитом. Из них 21 мужчина и 17 женщин. У всех пациентов имелся стойкий болевой и диспептический синдромы, с незначительным эффектом от спазмолитиков. Анамнез болезни от 6 месяцев до 15 лет, частота тяжелых приступов от 2 до 6 в год. Больным выполняли минипанкреатомию, лазерную туннелизацию поджелудочной железы проводили в 20–35 точках, на глубину 10 мм. В качестве источника лазерного излучения использовали диодный лазер «Лахта-Милон», 970 нм. Анкетирование больных проводилось при поступлении в стационар перед операцией и через 6 месяцев после операции. Для оценки качества жизни, связанного с основным заболеванием использовали специализированный опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) разработанный отделом изучения качества жизни в ASTRA Hassle (Русскоязычная версия МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург). Исследование качества жизни (общего здоровья) проводилось с помощью адаптированной методики SF-36. Статистический анализ анкет был произведен в соответствии с рекомендациями разработчиков.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех оперированных больных получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Анализ динамики клинических проявлений показал, что после оперативного лечения у больных отмечалось купирование болевого синдрома, улучшение общего состояния и качества жизни. Оценка качества жизни, связанного с основным заболеванием, согласно опросника GSRS показало достоверное уменьшение желудочно-кишечных симптомов по всем шкалам ($p < 0,05$), что

свидетельствовало об улучшении функции поджелудочной железы. По шкале абдоминальной боли отмечено снижение среднего значения болевого синдрома с 3,2 до 2 баллов. По шкале рефлюкс-синдрома отмечено среднее снижение с 3 до 1,6 баллов соответственно. Среднее значение при диарейном синдроме снизилось с 2,3 до 1,6 балла. По шкале диспепсического синдрома отмечено среднее снижение с 2,75 до 2 баллов. По шкале синдрома запоров отмечено среднее снижение с 1,67 до 1,33 баллов. По шкале суммарного измерения среднее снижение с 2,5 до 1,8 баллов. Сравнение изучаемых значений с помощью адаптированной методики SF-36 показало улучшение качества жизни больных после операции ($p < 0,05$), исходно до операции среднее значение качества жизни по шкале физического функционирования составило 90 баллов, через 6 месяцев после операции показатель равнялся 95 баллам. Качество жизни по шкале ролевого физического функционирования до операции составило 25 баллов, через 6 месяцев после операции – 100 баллов. Среднее значение качества жизни по шкале боли до операции равнялось 41 баллу, через шесть месяцев после операции 84 баллам. По шкале общего здоровья качество жизни составило соответственно 60 и 77 баллов. Среднее значение качества жизни по шкале жизнедеятельности после операции выросло от 65 до 80 баллов. По шкале социального функционирования качество жизни выросло с 50 до 87 баллов. Среднее значение качества жизни по шкале ролевого эмоционального функционирования выросло исходно с 33 баллов до 100 после операции. Средний показатель качества жизни по шкале психического здоровья составил соответственно 68 и 76 баллов. Проведенная операция лазерной туннелизации поджелудочной железы у пациентов с хроническим фиброзирующим панкреатитом значительно улучшила все параметры качества жизни больных на фоне регресса гастроэнтерологической симптоматики. Применение лазерного излучения в хирургии хронического панкреатита является перспективным и может использоваться как альтернативный метод лечения.

ВЫБОР МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Салахитдинов С.З., Усмонов У.Д., Усмонов Э.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Литературные данные подтверждают высокую эффективность применения безнатяжных методик при оперативном лечении паховых грыж, независимо от доступа. К сожалению, новые технологии с трудом приживаются в хирургических стационарах. Выполняются единичные операции. До сих пор, особенно в отечественной литературе, имеется ограниченное количество статей и научных работ, посвященных результатам использования безнатяжных методик в клинике. Дискуссии о необходимости широкого внедрения безнатяжных методик в клинику, месте каждого из этих вмешательств в хирургии грыж продолжаются.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с различными видами паховых грыж путём дифференцированного подхода к выбору способа герниопластики.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 133 больных с паховыми грыжами, находившихся в стационарном лечении на базе кафедры общей хирургии АндГосМИ за период 2016-2018 гг. Все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 78 (58,6%) больных. Из них 71 (91%) мужчин и 7 (9%) женщин. В этой группе все операции выполнено по безнатяжным способом сеткой-эндопротезом по Лихтенштейну, в модификации клиники. Контрольную группу составили 55 (41,4%) больных, у которых использовали традиционные (натяжные) способы хирургического лечения. Среди них 51 (92,7%) мужчин и 4 (7,3%) женщин. Все больные контрольной и основной группы после предоперационной консервативной коррекции сопутствующих заболеваний подверглись к оперативным вмешательствам.

Результаты и их обсуждения. У больных, перенесших традиционные виды хирургического вмешательства при паховых грыжах и операции Лихтенштейна, наиболее частыми осложнениями являются различные патологические явления со стороны послеоперационной раны (гематомы, инфильтраты, серомы). С подобными явлениями мы встретились у 4 пациента (7,3%) при традиционных методиках и в 4 (5,1%) случаев при операции Лихтенштейна, что может быть связано с меньшей травматизацией тканей при безнатяжной герниопластике. У 2 (3,6%) пациента наблюдалось нагноение послеоперационной раны после натяжной операции, после операции Лихтенштейна нагноений не встречалось. При операции Лихтенштейна подобных осложнений значительно меньше – повреждения стенки каких-либо органов брюшной полости (тонкий и

толстый кишечник и т.п.) не встречались, повреждения семенного канатика отмечались – 1,3 %. В послеоперационном периоде после традиционных операций наиболее часто отмечаются невриты – 1 (1,8%), после операции Лихтенштейна неврит не наблюдался. Всего нами отмечено 8 осложнений при традиционных вмешательствах, при операции Лихтенштейна показатели были следующие – различных осложнений 5 (6,4%). При изучении протоколов операций больных, перенесших «традиционные» виды герниопластики, выявлено, что минимальная по времени операция продолжалась 28 минут, максимальная – 86 минут. Средняя продолжительность операций у 28 больных составила 37 минут. Наименьшее время при операциях по методике Лихтенштейна – 22 минут, максимальное – 50 минут. Средняя продолжительность операции у пациентов составила 31 минут. При изучении выраженности болевого синдрома у пациентов в обеих группах оценивали количество и характеристику использованных анальгетических препаратов, сроки восстановления двигательной активности и полного исчезновения болевого синдрома. При изучении показателей пребывания больных в стационаре выявлено, что средняя продолжительность пребывания в стационаре больных, перенесших «традиционную» герниопластику, составила 8,5 койко-дней. Средняя продолжительность пребывания в клинике пациентов, перенесших операцию Лихтенштейна, составила 5,2 койко-дней.

Выводы

1. Принцип индивидуально-дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики при различных типах паховых грыж позволяет выбрать оптимальный метод оперативного лечения у конкретного пациента. При паховых грыжах I и II типов обоснованно применение традиционных (натяжных) методик укрепления пахового канала, при паховых грыжах III и IV типов не должны применяться натяжные методики.
2. Безнатяжные методики в лечении паховых грыж III и IV типов эффективней, чем традиционных способов пластики. При паховых грыжах I и II типов их применение нецелесообразно.
3. Применение безнатяжных методик позволяет снизить количество осложнений, как интраоперационных, так и послеоперационных. При грыжах IV типа и III, IV типах двухсторонней локализации наиболее предпочтителен безнатяжной способ по Лихтенштейну в модификации клиники.
4. Разработанный безнатяжной способ по Лихтенштейну в

модификации клиники при паховых грыжах является патогенетически обоснованным, так как она приводит к более раннему купированию болевого синдрома, ускоряет активизацию больных,

способствует уменьшению послеоперационных осложнений на 8,1% и сокращению сроков пребывания больных в стационаре на 3,3 суток.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Салахитдинов С.З., Усмонов У.Д., Усмонов Э.И.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время, несмотря на существование многочисленных способов пластики и улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж, вероятность рецидива после операции является все еще актуальной проблемой современной хирургии. С появлением новых синтетических материалов для укрепления пахового канала широкое признание получили безнатяжные методики пластики, особенно операция по Лихтенштейну. В период внедрения и освоения данного метода появляются нюансы в техническом исполнении, также возникают осложнения и рецидивы, что требует анализа и совершенствования данного метода.

Цель исследования. Анализ накопленного опыта и изучить результаты применения модифицированного способа герниопластики по Лихтенштейну у больных с паховыми грыжами.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ результатов у 133 оперированных больных с паховыми грыжами в плановом порядке больных на базе кафедры общей хирургии АГМИ за период 2016-2018 гг. Операция под местной анестезией выполнено у 23 (25,8%) больных, а у 66 (74,2%) больных - под общим наркозом. В ходе анализа были выявлены ряд недостатков данной методики. Это, прежде всего возникновение сером, наличие инфильтратов в области операционных ран. По нашему мнению развитию этих осложнений во многом способствует ишемия мягких тканей, возникающая при использовании традиционной методики. Кроме того, в случае больших пахово-мошоночных грыж, восстановление наружного пахового кольца сопровождается чрезмерным натяжением, обуславливая в послеоперационном периоде значительный болевой синдром. Учитывая все эти недостатки нами произведена модификация методики Лихтенштейна. Все операции производятся по безнатяжной методике сеткой-эндопротезом по Лихтенштейну в модификации клиники. Мы полагаем, что необходимо при всех паховых грыжах проводить пластику внутреннего

пахового кольца. С целью этого мы накладываем один или два узловых шва на поперечную фасцию в области внутреннего пахового кольца. Это приводит к уменьшению нагрузки и натяжению на швы эндопротеза в послеоперационном периоде. По нашему мнению это является одним из основных факторов профилактики рецидива грыжи. После этого мы применяли несколько узловых швов эндопротеза к поперечной фасции, паховой связке и апоневрозу внутренней косой мышцы живота.

Результаты и их обсуждения. По результатам анализа после операции у 4 (4,5%) случаях наблюдался отек мошонки, который полностью исчез в течение 2-3 суток. У 5 (5,6%) больных, оперированных по поводу рецидивных грыж, в послеоперационный период и в период проводимых контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связано с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. После внедрения в практику модификации пластики паховых грыж по Лихтенштейну нами удалось значительно сократить количество рецидивов с 1,8% до 0,5% случаев. Количество послеоперационных осложнений в виде инфильтратов и сером с 6,4% до 2,1%. Применение анальгетиков в раннем послеоперационном периоде также резко сократилось в группе больных с пахово-мошоночными грыжами при использовании сетчатого эндопротеза в пластике наружного пахового кольца. Летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, модифицированная операция Лихтенштейна по методике клиники является операцией выбора у пациентов с прямыми, с большими косыми, рецидивными грыжами и применение данной модификации позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения больных с паховыми грыжами.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ У ПЕРЕВОДНЫХ ПОСТРАДАВШИХ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сандалов Е.Ж.

ФГКУ "354 ВКГ" МО РФ

Реалии жизни таковы, что большинство лечебных учреждений не обладают необходимыми силами и средствами в лечении полостной травмы, и, особенно, тяжелой сочетанной травмы. В идеале помощь таким пациентам должна оказываться в специализированных отделениях (центрах) подготовленными бригадами специалистов, работающих круглосуточно, при наличии необходимых средств диагностики и лечения. Выбор тактики лечения у раненых и пострадавших напрямую зависит от качества, полноты, своевременности диагностики повреждений и оценки тяжести травмы. Отсутствие этого приводят к снижению качества оказания медицинской помощи, а конкретно к недостаткам в оказании медицинской помощи. Проведен ретроспективный анализ 72 истории болезни пациентов, переведенных из лечебно-профилактических учреждений в отделение неотложной хирургии 354 ВКГ за период 1996 – 2016 год. Из лечебных учреждений Минобороны (ВМО МО РФ) переведено 20 пациентов (27,8%), из лечебных учреждений Минздрава России (ЛПУ МЗ) – 52 (72,2%). Пострадавших с торакоабдоминальными, множественными ранениями и сочетанной травмой было 28 пациентов (38,9%), с изолированными травмами 44 пациента (61,1%). Диагностические и тактические ошибки были выявлены у 42 пострадавших, т.е. в 58,3% случаев. Из них: недостатки в оказании медицинской помощи у пациентов с политравмой выявлены у 17 (60,7%), с изолированными травмами – у 25 (56,8%). Ошибки в диагностике у лиц с политравмами были у 8 (47%), недостатки в хирургическом лечении – у 9 (53%), у лиц с изолированными травмами эти показатели составили 15 (60%) и 10 (40%) соответственно. На предыдущих этапах лечения не диагностированы разной степени тяжести повреждения у 26 пациентов (36,1%), отмечены ошибки в диагностике и не верная интерпретация данных обследования у 19 (26,4%), погрешности в оперативной технике у 26 (36,1%). У 11 пациентов (15,3%) развились осложнения, связанные с поздней диагностикой повреждений и погрешностями оперативного пособия на предыдущих этапах (перитонит, пневмонит, некупирующийся пневмоторакс). У 5 человек с политравмами не распознаны от 2 до 3 повреждений, потребовавших оперативного лечения. Во всех случаях имелись дефекты документации в виде небрежного и неполного оформления выписных или переводных эпикризов. Из 25 пациентов с повреждением органов груди у 9 (36%) повреждения не диагностированы, дефекты хирургического лечения были у 6 (24%) пострадавших, что

потребовало проведения оперативных вмешательств в первые сутки. Из 40 случаев повреждения органов брюшной полости у 21 (52,5%) пациента выявлены дефекты предыдущих этапов в виде не диагностированных при поступлении или во время ревизии (нарушение методики) повреждений селезенки и кишки, потребовавшие оперативного вмешательства по неотложным и срочным показаниям. Из общего количества переведенных пострадавших оперированы 44 пациента (65,1%). Переведенных из ВМО МО РФ оперировано 15 (75%), из ЛПУ МЗ – 29 (55,8%). По первичным показаниям из всех поступивших оперировано 20 (45,45%), повторно – 24 (54,55%). Первичные операции пациентам с повреждениями органов живота выполнены у 11 (55%), груди – у 5 (25%), прочие повреждения – у 4 (20%); повторные операции – у 13 (54,2%), 5 (20,8%) и 6 (25%) человек соответственно. На госпитальном этапе так же отмечались недостатки в виде поздней диагностики нераспознанных ранее повреждений и осложнений у лиц, находящихся в стабильном состоянии. 16,7% «оставленные до утра». Основа ошибок – ориентирование на данные переводных документов без учета механизма травмы и неполноценного осмотра. Способствуют ошибкам организационные недостатки в виде спорадических переводов без согласования с должностными лицами, осуществлением перевода в вечернее и ночное время и в выходные (в подавляющем своем большинстве), что создает определенную проблему. Относительно стабильный пациент находился на койке с не выявленными и не устраненными повреждениями или наступившими осложнениями, такими как: разрыв селезенки (2), крупное инородное тело мягких тканей бедра и паховой области с повреждением мочевого пузыря (1), не устраненный гемо- или пневмоторакс (4), переломы костей (ключица, кисть, грудина) (3), напряженные и пульсирующие гематомы при повреждении артерии (2). Нераспознанные ранения ветвей бедренной артерии (через сутки) и бедренной артерии (через 3 суток), устранение бывшей при поступлении ОКН (через сутки), устранение гемоторакса у поступившего с окклюзионной повязкой после огнестрельного ранения груди (через сутки) и после глухого шва колотой раны груди с повреждением межреберной артерии (через сутки), санация гемоторакса у поступившего с множественными ушибами груди в пульмонологию (на 3 сутки), ушивание раны тонкой кишки и устранение гемоторакса через сутки после лапаротомии и дренирования плевральной

ной полости по поводу множественного сочетанного ранения груди и живота, спленэктомия, нефрэктомия, дренирование плевральной полости у переведенного не оперированного пациента через сутки после поступления, спленэктомия у не оперированного пациента через сутки, резекция кишки по поводу ишемической гангрены после ножевого ранения через сутки, спленэктомия у пациента с тяжелой сочетанной травмой через 5 суток. Во всех случаях имелись дефекты документации в виде небрежного и неполного оформления выписных или переводных эпикризов. • Минимум информации в справках. • Отсутствие данных анамнеза • Отсутствие данных лабораторно-инструментальных методов • Отсутствие проведенного лечения • Отсутствие протоколов операции. Таким образом, несоблюдение принципов преемственности диагностики и хирургического лечения, дефекты организации, отсутствие должной настороженности приводит к лечебно-диагностическим и тактическим ошибкам. Для снижения количества недостатков в оказании медицинской помощи необходимы следующие условия: 1. В системе НМО общих хирургов, узких специалистов, оказывающих экстренную помощь особый акцент делать на диагностику и лечение повреждений, методологии обследования лиц с травмами. В идеале должна быть специализация по оказанию неотложной хирургической помощи, в стационарах развернуты

отделения или койки неотложной хирургии. 2. В лечебном учреждении должны иметься отделение и врачи, прошедшие подготовку по диагностике и лечению сочетанных повреждений и изолированных травм груди и живота. В состав дежурной бригады должен входить наиболее подготовленный и опытный хирург, способный организовать необходимый и максимально возможный для данного учреждения комплекс диагностики с привлечением узкопрофильных специалистов и принять тактическое решение. 3. Все переводы должны согласовываться с главным хирургом и начальником профильного отделения. 4. Диагностика должна быть в максимальном объеме с учетом механизма/характера травмы для выявления нераспознанных повреждений на предыдущем этапе, т.е. отношение к переводному пострадавшему должно быть как к «первично поступившему». 5. Ранний перевод пострадавших с тяжелой травмой до 48 часов в «терапевтическое окно». 6. В случае сомнения в отсутствии повреждений органов груди, живота, сосудов у пострадавших со скелетной или черепно-мозговой травмой, пострадавшие с политравмой, должны быть зачислены за отделением неотложной хирургии. 7. В переводных документах должна быть отражена максимально исчерпывающая информация о пострадавшем.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН (ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ)

Сандалов Е.Ж. (1), Хомченко В.В. (2), Пикиреня И.И. (3)

ООО «Сеть клиник «Линлайн»

ООО «ЛИНЛАЙН Медицинские Системы»

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности лечения. (С.И. Спасокукоцкий). Число методов лечения трофических язв (ТЯ) и длительно незаживающих (ДН) ран приближается к десяти тысячам. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ТЯ и ДН ранами сложное, длительное и высокозатратное.

Цель. Оценить возможности излучения эрбиевого лазера в лечении трофических ран.

Материалы и методы. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» впервые в России применен разработанный в Беларуси метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа».

Первый этап: воздействие на поверхность ТЯ излучением эрбиевого лазера в импульсном режиме с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации). За счет оптимизации временных параметров лазерных импульсов происходит удаление нежизнеспособных тканей, стерилизация раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. Второй этап: для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает упорядоченные области микроабляции. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области механического микротравмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей и не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию происходит улучшение трофики тканей и рост новых – запускается меха-

низм репаративной регенерации по типу реституции. Клинические исследования проведены в 9-й ГКБ г. Минска, где с 2013 г. по 2018 г. метод применен у 118 пациентов с различной локализацией ТЯ: на нижних конечностях 60 (венозные - 36, артериальные - 6, лимфатические - 3, нейротрофические - 2, диабетические - 5, другие - 8), пролежни 11, длительно незаживающие раны передней брюшной стенки - 25, посттравматические длительно незаживающие раны - 2, длительно незаживающие раны других локализаций и этиологий - 20. Возраст пациентов - от 29 до 86 лет. Площадь язв до начала лечения от 1 до 20 см², средняя - 4,13 см². Длительность существования ДН составила от 16 дней до 4 месяцев. Процедуры выполняли ежедневно в виде монометода. Полное закрытие язвенного дефекта произошло через 2 месяца у 15 пациентов, через 4 месяца — у 4. Болевой синдром значительно уменьшался или исчезал после 1 – 2 сеансов лечения. После подготовки поверхности 3 пациентам выполнена аутодермопластика с заживлением язв. Лечение применялось как в виде монометода, так и в комплексе с другими (VAC-терапия). Осложнений и побочных эффектов не отмечалось. Результаты и обсуждение. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) с января 2018 г. проходило и проходит лечение 71 пациент в возрасте от 20 до 80 лет. Сроки существования трофических язв и длительно незаживающих ран - от 1 месяца до 15 лет. Этиология трофических язв и длительно незаживающих ран: послеоперационные длительно незаживающие раны 8, диабетическая стопа 13, венозные трофические язвы 25, артериальная язва 1, нейротрофическая посттравматическая язва 2, послеопераци-

онные инфицированные раны 3, пластика по Крассовитову 1, трофические расстройства без язвы 3, длительно незаживающие "случайные" раны 6, диабетические длительно незаживающие язвы и раны 9. Размеры дефектов от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина от 0,1 см до 1,5 см. Количество процедур от 1 до 27 с промежутками между процедурами от 1 до 14 дней. Сроки существования ТЯ и ДН ран - от 1 месяца до 15 лет. Размеры дефектов были от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина от 0,1 см до 1,5 см. У 60 (84,5%) пациентов отмечена положительная динамика: у 22 заживление в сроки от 14 до 180 дней, у 30 уменьшение в размерах на 66-75% (за 30 дней), у 4 Уменьшение трофических расстройств, у 3 поверхность подготовлена к свободной кожной пластике, у 1 рана ушита. У 4 человек динамики особой не было, посещения закончили самостоятельно. У 2-х пациентов неудовлетворительные результаты: артериальные язвы на фоне прогрессирования ишемии в отсутствии курса сосудистой терапии, Венозные язвы на фоне прогрессирования капилляротоксикоза с некротизирующим компонентом (на фоне приема высоких доз препаратов рутин и аскорбиновой кислоты). У 3х пациентов рецидивы язв (несоблюдение рекомендаций по образу жизни).

Выводы

Применение метода излучения Ег:YAG лазера в лечении ТЯ и ДН ран является эффективным и может применяться как в виде монометода, так и в комплексной терапии.

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Сафаров С.Ю (1), Алиев М.А.(1,2), Рабаданова С.Р.,(1), Сулейманов Ш.А (2), Свелиманов З.А (1).

*Дагестанский государственный медицинский университет.
Городская клиническая больница № 1*

В структуре хирургической патологии доля гнойно-воспалительных заболеваний достигает 35-40%, а в структуре хирургической инфекции по частоте развития и по возможным осложнениям лидируют гнойные заболевания кожи и мягких тканей (ГЗКМТ). Значимость проблемы ГЗКМТ обусловлена неуклонным ростом числа Больных и развитием тяжелого сепсиса, при котором летальность у оперированных составляет - 75%, не оперированных- 100%. Из внутрибольничных инфекций частота поражения мягких тканей (послеоперационные нагноения, постинъекционные осложнения и пр.) в РФ- 24%.

Цель исследования. Изучить частоту гнойных заболеваний кожи и мягких тканей и выработать оптимальную тактику их лечения.

Материал и методы. За 2012-2017 гг. в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) лечились 7813 больных, из которых 4593 (58.5%) пациенты с хирургической инфекцией кожи и мягких тканей. Их средний возраст – 64.8 лет. 53% составляли женщин, 47%- мужчин. В экстренном порядке поступали 74% пациентов. По нозологиям и по уровню поражения мягких тканей пациенты распределились: поражение собственно кожи – 454 (9.9%): фурункулы- 278, некротические формы рожи – 176; поражение подкожной клетчатки (целлюлит) – 2253 (49.5%): абсцессы- 628 (в т.ч. 213- постинъекционные), флегмоны- 609, инфицированные раны- 406 (в т.ч. 213-инфицированные диабетические язвы

голении и стопы); поражение поверхностных фасций (фасциит)- 1815 (39.5%); некротические формы- 1779 (в т.ч. 1678 на почве синдрома диабетической стопы (СДС), 36- гангрена наружных половых органов (болезнь Фурнье); поражение мышц и глубоких фасциальных структур- 71 (1.5%): мионекроз, межмышечные гнойные очаги.

Результаты. 65% больных были иногородние, из сельских мест. Они по месту жительства, в участковых и районных больницах, получали местную, и общую терапии порою не укладывающиеся принятым в последние годы стандарты лечения. Поэтому 47% больных из-за тяжести состояния изначально укладывали в ОРИТ. После кратковременной интенсивной терапии и стабилизации состояния производили 17 высоких ампутаций (11 на уровне бедра и 6 –голении); 26 малых ампутаций на стопе, широкое вскрытие и радикальное иссечение омертвевших участков тканей с адекватным санированием и дренированием флегмон, абсцессов и длительно незаживающих инфицированных ран. Критериями жизнеспособности тканей при некрэктомиях служили умеренная кровоточивость, красно-розовая, блестящая поверхность и видимая на глаз сократимость мышц. В выборе адекватной тактики вскрытия, санирования и дренирования гнойных очагов для нас значимыми были уровни локализации инфекции. Независимо от диагноза общим у этих больных был тяжелый или крайне тяжелый эндотоксикоз с гектической лихорадкой с ознобами, учащением пульса до 130 в мин, с лейкоцитозом $19-30 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом формулы влево, эозинофилией и СОЭ до 40 мм/час, плюс гипопропротеинемия, анемия и билирубинемия. Чаще всего из гнойных очагов высевались: *Staph.aur.* и *Streptococcus spp* (*Streptococcus pyogenes*), кишечная и синегнойная палочки, энтеробактерии. Здесь доля стафилококка была очень высока- 80%. Из антибактериальной терапии многие до поступления к нам получали препараты широкого спектра действия ампиокс, гентамицин, цефалоспорины, некоторые даже по два курса, поэтому для надежного подавления инфекции, мы сразу перешли на препараты резерва: меронем, ванкомицин, тиенам и др. в особо тяжелых случаях их действие усиливали параллельным назначением сульфаниламидов. С целью детоксикации в начале корригировали артериальное и центральное венозное давления, проводили декомпрессию желудка, гемодилюцию, форсированный диурез. Тканевую перфузию оживляли введением СЗП, гепарина, ретаболила, введением растворов аминокислот и витаминной

группы с микроэлементами. Проводили экстракорпоральную детоксикацию путем УФОК и ГБО, а также облучением гноящихся поверхностей лучами лазера. С целью иммунокоррекции переливали компоненты крови, назначали пентоксил, левомизол, Т-активин. Местно мы применяли антисептики диоксидин, хлоргексидин, мирамистин, влияющие, как на грамм (+), так и на грамм (-) бактерии, простейшие, вирусы, грибы. Во второй фазе раневого процесса- левомиколь, левосин, бетадин и др. Заключение. Несмотря на соблюдение клинических рекомендаций в стационаре после хирургических вмешательств у нас умерли 94 (2%) пациента. Из них у 74 была выявлена клиника сепсиса с бактериологическим подтверждением у 31. Так же летальные исходы наблюдали: у 43 пациента с осложнениями СД 2 типа- обширные фурункулы спины и нейроишемической формой диабетической стопы; 37 пациентов с фасциитами на почве анаэробной некластридиальной инфекции; 8 больных с некротической формой рожистого воспаления, у которых циркулярно омертвела кожа голени, затем процесс углублялся с формированием целлюлита и фасциита. У трех больных инфекция распространилась и на мышечные пласты, вызывая мионекроз. 6 пациентов умерло, это больные с гангреной наружных половых органов, с распространением процесса в промежность, в лобковую, паховые и забрюшинные области (болезнь Фурнье, 4 стадии). Причинами смерти в ОРИТ, где они находились установлены: у 49 сепсис и инфекционно-токсический шок, у 18- острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 16- легочная недостаточность, у 11- тромбоэмболия легочной артерии и мозговых сосудов.

Выводы

1. Инфекционный процесс локализуется в подкожной жировой клетчатке (49.5%) и поверхностных фасциальных структурах (39.5%).
2. Распознавание объема деструкции тканей при анаэробных некластридиальных инфекциях, СДС и роже под силу лишь специалисту по хирургической инфекции. Поэтому таких пациентов изначально следуют госпитализировать в отделения гнойной хирургии.
3. Самые частые причины летальных исходов – сепсис, токсический шок и острая сердечно-сосудистая недостаточность.
4. Комплексное лечение ГЗКМТ - радикальная некрэктомия, рациональная антибактериальная терапия, экстракорпоральная детоксикация, коррекция сдвигов иммунной системы, использование современных повязок с учетом фазы раневого процесса.

ОБЩЕЕ И МЕСТНОЕ АНТИМИКРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Рабаданова С.Р., Гереева З.К., Магомедова Х.А.

*Дагестанский государственный медицинский университет
Городская клиническая больница*

Введение. У каждого второго диабетика наблюдаются гнойно-некротические процессы в нижних конечностях, которые крайне плохо поддаются лечению и значительно снижают качество жизни. Одним из основных направлений в лечении гнойно-деструктивных процессов - это рациональная антибиотикотерапия (АБТ), от эффективности, которой во многом и зависит купирование инфекционного очага, снижения уровня и количество ампутаций.

Цель исследования: оценка эффективности антибактериальной терапии в комплексном лечении синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения 219 больных с нейроишемической формой синдромом диабетической стопы, поступивших на лечение в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) в 2018 году. Возраст больных колебался от 33 до 78 лет, женщин было больше – 148. Городские жители- 124, сельские- 95 чел. Больные с первым эпизодом гнойного осложнения диабета составляли 135, повторным эпизодом, с ранее проводимой антибактериальной терапией и перенесенными малыми оперативными вмешательствами на стопе (вскрытие флегмон, абсцессов, ампутацией от 1 до 3 пальцев ноги, рентгенэндоваскулярными вмешательствами на дистальных артериях конечности) были 84 пациента. Характер гнойных очагов - различные формы панариция, язв подошв, акральных некрозов, участки влажных и сухих гангренов, абсцессы флегмоны и т.д. По результатам 342 бакпосевов флора из этих очагов носила поливалентный характер. Итак, высеяны: *St. aureus* – 98, Синегнойная палочка – 55, *Proteus vulg*- 34, *mirabilis*- 19, *morgani*- 23. *St. epidermidis* – 23, *E. coli* -21. Клебсиела- 10, Дрожжи- 10, *Enterobacter* – 4, *Citrobacter*- 4, *Streptococcus spp*- 4, Неферментативная гр - 3. Ассоциация микробов имело место у 27 больных и чаще всего сочетались: *Proteus+St. aureus* – 13, *Klebsiella+St+St. aur* – 2, Синегнойная пал+ *St aureus* – 7. Синегнойная палочка +дрожжи- 2, *St. aur* + дрожжи- 3. Из 63 образцов крови на гемокультуру положительный результат отмечен у 19 (30.1%) больных. У них высевали: *St. aur.*- 5, *St. epidermid*- 8, *Streptococcus* – 3, Дрожжи- 2, *Proteus* – 1. Роста не дал 23 бакпосевов. Как видно, из аэробных микробов чаще высевались стафилококки, синегнойные палочки, из факультативных анаэробов- золотистый и эпидермальный стафилококк. Смешанная анаэробно-аэробная инфекция диагностировали у 188 больных, только аэробная- у 31. Ассоциации микроорганизмов сочетались с высокой обсемененностью

тканей раны – 106 – 1012 микробных тел в 1 г ткани. Микробиологическое исследование анаэробной некластридиальной инфекции (АНИ) мы не производили из-за отсутствия специальных анаэроостатов и налаженной методики газожидкостной хроматографии. О наличии в очаге поражения АНИ судили интраоперационно по признакам: гнилостный характер экссудата со зловонным запахом; серо-зеленый цвет экссудата и отсутствия кровоточивости тканей при их рассечении.

Результаты. Антибактериальную терапию проводили при наличии или прогрессирования воспалительной реакции, при локальных признаках гнойно-некротических процессов (перифокальный отек, формирование вторичных некрозов, гнойное отделяемое, характерный запах и т.д.). Вводили препараты традиционными способами: внутривенно, внутримышечно и *per os*. При проведении «стартовой» противомикробной терапии антибиотик широкого спектра действия или их комбинация не всегда достигали ожидаемый результат, поскольку их выбор был эмпирическим, без учета информации о видовой принадлежности раневой флоры и ее чувствительности к вводимым препаратам. При легкой и умеренной инфекции у большинства пациентов эффект достигал в течение 1-2 недели при применении: цефазолина, цiproфлоксацина, рифампицина, ампициллина, метронидазола и др. При более тяжелой инфекции больным с явлениями полиорганной недостаточности, сепсиса и септического шока назначали препараты резерва: линкомицин, имипенем, меропенем, оксациллин+амикацин+метронидазол. При этом курсы антибактериальной терапии до 4 недель, а при наличии остеомиелита костей стопы - от 4 до 6 недель. Было нами замечено, что инфекции, вызванные *S. aureus*, требуют более продолжительной антибактериальной терапии по сравнению с инфекциями, вызванными стрептококками или энтеробактериями. О достаточности антимикробной терапии судили по динамике местной и системной воспалительной реакции, по состоянию раны, по результатам бакпосевов, нормализации температуры и лейкоцитарной формулы. Местное медикаментозное лечение язв и гнойных очагов в первой фазе раневого процесса с выраженным отеком и обильным гнойным отделяемым эффективными оказались- мирамистин, аргосульфат и бетадин. У больных с нейроишемической формой стопы предпочтительным был бетадин, который одинаково действовал на грамположительные, грамотрицательные микробы и грибов. Во второй фазе –регенерации, чтобы не

повредить нежную грануляционную ткань использовали индифферентные мази. Убедились, что местное лечение без должной разгрузки пораженной конечности не вполне эффективно. Поэтому конечность в обязательном порядке иммобилизовали гипсовой лангетой, применением костылей, использованием кресла-каталки.

Выводы

1. Ключевыми в лечении диабетической стопы являются: уровень гликемии, оценка кровообращения конечности, глубина и размеры гнойно-некротических ран и язв, вид и резистентность микробной флоры. 2. При поступлении

больных флора из гнойных очагов носит поливалентный характер с высокой резистентностью эмпирически назначенным антибиотикам. По результатам бакпосевов для целенаправленной терапии вводятся препараты резервного ряда: имипенем, меропенем, цiproфлоксацин, и обязательно метронидазол. 3. Антимикробная терапия эффективна на фоне компенсированной гликемии и иммобилизованной конечности. 4. При местном лечении гнойных очагов более эффективны антисептики мирамистин и бетадин, одинаково влияющие на грам (+) и грам (-) возбудители.

ПРОТИВОЯЗВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

Синенченко Г.И., Перегудов С.И., Коновалов С.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Перфоративная гастродуоденальная язва (ПГДЯ) традиционно является актуальной патологией для современного общества. В России на протяжении последних 20 лет заболеваемость прободной язвой колебалась от 11,7 до 25,9 на 100 тыс. населения. Такая ситуация сохраняется на фоне возросшей эффективности противоязвенной терапии при хроническом течении заболевания.

Цель исследования. Оценить эффективность противоязвенной трёхкомпонентной терапии у больных ПГДЯ, перенесших паллиативные операции.

Материал и методы. Нами были изучены непосредственные результаты лечения ПГДЯ у 20 пациентов, оперированных в СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. Иссечение язвы выполнено 3 больным, ушивание – 17 (из них лапароскопически – 3). Средний возраст их составил 39 лет. Все пациенты выписаны без существенных осложнений и отслежены после выписки. 16 пациентам после выписки была назначена трёхкомпонентная эрадикационная и антисекреторная терапия по схеме: лосек или ультоп 40 мг/сут – 21 день, амоксициллин 2,0 г/сут, клацид 1,0 г/сут – 7 дней. Двое пациентов принимали только квамател, ещё двое от лечения отказались. Пациенты были разделены на 2 группы: I – получавшие трёхкомпонентную терапию (16 случаев) и II группа – остальные пациенты (4 случая). Сроки наблюдения варьировали от 6 месяцев до 2 лет. Во время контрольного осмотра выполняли фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), «Хелпил-тест» (качественное инвазивное исследование на наличие хеликобактера). В ходе проведения указанного теста брался материал из антрального отдела и луковицы двенадцатиперстной кишки, как наиболее частых мест язвобразования. Результаты и обсуждение. Пациенты из I группы были обследованы в сроки от 6

месяцев до полутора лет (средний срок наблюдения – 11 месяцев). Эндоскопическая картина желудка и двенадцатиперстной кишки у этих пациентов в целом была благоприятной. У всех состояние слизистой желудка расценили как поверхностный гастрит, лишь в 1 случае выявлен хронический гастрит в фазе ремиссии. У 4 пациентов диагностирован бульбит, причём только в одном случае слизистая имела выраженный отёк и гиперемию. В остальных 12 случаях изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки на ФГДС не было установлено. Рецидива хронической язвы, как, впрочем, и каких-либо острых язв и эрозий, мы не выявили. «Хелпил-тест» в I группе нам удалось выполнить 11 пациентам. В антральном отделе тест был либо отрицательным, либо был оценен как 1+. В луковице двенадцатиперстной кишки мы получили результат 1+ и 2+ в равных пропорциях.

Полученные данные говорят о наличии в этой группе устойчивой ремиссии заболевания. Пациенты из II группы были обследованы в сроки от 7 месяцев до 2 лет (средний срок наблюдения – 13 месяцев). Эндоскопическая картина желудка и двенадцатиперстной кишки у этих пациентов в целом была неблагоприятной. В 1 случае установлен рецидив хронической язвы антрального отдела желудка, у других пациентов мы наблюдали картину хронического гастрита разной степени выраженности. «Хелпил-тест» в антральном отделе и луковице двенадцатиперстной кишки имел результат 2+ либо 3+. Эти данные говорят о наличии во II группе неустойчивой ремиссии или рецидива заболевания.

Выводы

Приводимые нами данные свидетельствуют о том, что паллиативные операции при ПГДЯ в постгоспитальном периоде обязательно должны

дополняться трёхкомпонентной эрадикационной и антисекреторной терапией. В этом случае удаётся достигнуть устойчивой ремиссии заболевания без изменения качества жизни пациента. Больные, перенесшие такую операцию должны находиться под наблюдением гастроэнтеролога

с целью мониторинга состояния слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, коррекции базисной противоязвенной терапии в случае необходимости.

ТРАНСМУРАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Столяров С.И. (1), Арсюттов В.П. (2)

*БУ "Республиканская клиническая больница",
ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова"*

Лечение больных с трансмуральными повреждениями пищевода (ТПП) остается одной из сложных проблем хирургии. По литературным данным летальность при них достигает 19,7%, а при присоединении гнойного медиастинита летальность возрастает до 40,9-80%. Оказание хирургической помощи позже 24 часов после ранения пищевода увеличивает риск смертельного исхода в 2 раза. Ранняя диагностика и адекватное хирургическое лечение являются основой успешного лечения данной категории пострадавших. При оперативном вмешательстве, проведенном в ранние сроки ТПП (до 24 часов) можно достичь удовлетворительных результатов. Оптимальным считается наложение швов на рану неизмененного пищевода в различных модификациях. При повреждениях патологически измененного пищевода оправдана его резекция или экстирпация, если имеются «ранние» ТПП, до развития гнойных осложнений.

Материалы и методы. С 1985 по май 2019 года в БУ «Республиканская клиническая больница» накоплен опыт лечения 109 пациентов с ТПП в возрасте от 19 до 82 лет. Мужчин было 78 (71,5%), женщин – 31 (28,5%). Сроки поступления от 2 часов до 11 дней от момента повреждения, в среднем $2,9 \pm 0,5$ суток. Причины приведшие к ТПП: спонтанный разрыв пищевода (СРП) – 40 (36,7%), ятрогенные повреждения пищевода (ЯПП) – 30 (27,5%), инородные тела пищевода (ИТП) – 27 (24,8%), проникающие ранения шеи – 5 (4,6%), повреждения пищевода при попытке самими пациентами протолкнуть инородное тело подручными предметами (провоолокой, вязальной спицей, резиновой трубкой, палкой) – 5 (4,6%), множественный протяженный разрыв при сочетанной баротравме – 1 (0,9%), перфорация острой язвы пищевода 1 (0,9%). Результаты и обсуждение. СРП – 32 мужчины и 8 женщин. Пациенты первоначально доставлялись в хирургические отделения общего профиля. В первые 12 часов диагноз установлен у 7 (17,5%), от 12 до 24 часов – у 4 (10%), позже 24 часов – у 29 (72,5%). 22 пациента обратились за медицинской помощью в течение суток, но ни у одного из них не был заподозрен СРП. Диагнозы при поступлении: перфоративная язва желудка – 5 (выполнялась

лапаротомия); синдром Маллори-Вейса – 4; деструктивная пневмония – 3; эмпиема плевры – 2; рак пищевода с распадом – 2; расслаивающая аневризма аорты – 2; острый инфаркт миокарда – 1; диафрагмальная грыжа – 1; межреберная невралгия – 1; травматический гемопневмоторакс – 1. ЯПП (n=30): у 27 – в результате медицинских манипуляций и эндоскопических исследований, у 3 в ходе оперативных вмешательств на шейном отделе позвоночника. Инструментальные повреждения отличались большими размерами и длинным ложным ходом в средостении. Пациенты с повреждениями пищевода ИТ за этот же период лечились 27 в возрасте от 25 до 82 лет. Сроки поступления больных от 6 часов до 10 суток, в среднем $3,5 \pm 0,5$ дня. Инородными телами были: рыбья кость – 13; мясная кость – 8; куриная кость – 4; хлебная корка – 1; булыжный камень – 1. У 3 больных имелось рубцовое послеожоговое сужение пищевода, один страдал шизофренией. Повреждения верхней трети пищевода наблюдались у 21, средней трети у двоих, нижней трети в 4 случаях. ТПП при ранениях шеи имелись у 5. Колото-резаные ранения были у 4, рубленая рана у 1. Все раны локализовались на левой половине шеи. У двоих ТПП сочеталась с ранением шейного отдела трахеи. У 5 пациентов ТПП возникло при попытке протолкнуть инородное тело в пищевод подручными средствами. Для этого пациентами использовались алюминиевая проволока, резиновая трубка, вязальная спица, палка. В 3 случаях повреждалась левая стенка верхней трети пищевода, в двух – правая. Множественная протяженная трансмуральная термобаротравмой пищевода наблюдалась у пациента 23 лет. При взрыве паяльной лампы при обогреве картера двигателя автомобиля в замкнутом пространстве произошел множественный сквозной дефект пищевода от уровня дуги аорты до пищеводного отверстия диафрагмы с последующим развитием тотального медиастинита и эмпиемы плевры. Все пациенты были оперированы. Независимо от сроков ранения при доступности выполнялся шов раны пищевода. Доступ к поврежденному отделу пищевода избирался в зависимости от локализации повреждения. Торакотомия слева выполнена у 48, правосторонняя у 12, лапаротомия

у 6, правосторонняя торакоскопия у 1, левосторонняя у 1, лапароскопия у 1, чресшейный доступ использован у 39. Шов раны пищевода осуществлен у 74, у двоих выполнена экстирпация пищевода. Дополнительно гастростомия наложена 53 пациентам. Умерло 20, летальность составила 18,3%. Причины летальных исходов: аррозийное кровотечение из сосудов средостения – 6, прогрессирование медиастинита, сепсис – 14.

Выводы

Среди причин ТПП преобладают спонтанные разрывы пищевода, инструментальные повреждения и повреждения инородными телами. Исход заболевания зависит от своевременного обращения пациентов за медицинской помощью, ранней диагностики и адекватно проведенной хирургической операции.

ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА ПРИ САМОЛЕЧЕНИИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

Столяров С.И.

БУ "Республиканская клиническая больница"

Лечение больных с проникающими повреждениями пищевода (ППП) остается одной из наиболее сложных вопросов современной хирургии. Смертность при ППП остается высокой, достигающая при присоединении гнойного медиастинита (ГМ) 40-80%. В ряде случаев перфорация пищевода возникает в ходе самолечения пациентами, в то же время данный контингент пациентов своевременно за медицинской помощью не обращается.

Материал и методы. В БУ РКБ за период с 1985 по 2018 годы находились на лечении 6 пациентов с ППП, полученными в процессе самолечения. Результаты и обсуждение. Возраст больных от 31 года до 64 лет. Мужчин 5 и одна женщина. У 5 в анамнезе химический ожог пищевода. Сроки поступления с момента получения травмы от 4 часов до 7 суток. У одного пациента травма была получена в результате самоубийствования, в 5 случаях при попытке протолкнуть инородное тело (рыбья кость, кусочек шашлыка, сала) подручными предметами (вязальная спица, алюминиевая проволока, резиновая трубка, палка). Повреждение верхней трети отмечено у 4 (правой стенки – 3, левой – 1), множественные повреждения – 2. Все пациенты оперированы: экстирпация грудного отдела пищевода с наложением эзофагостомы и гастростомы – 2 (одному в последующем выполнена пластика пищевода большой кривизной желудка), торакотомия справа, медиастинотомия -2 (в 1 случае выполнен шов раны пищевода), чресшейная медиастинотомия у 2. У всех пациентов наблюдался ГМ: верхний-задний – 4; тотальный передний и задний – 2. Микрофлора с зоны гнойного воспаления высеяна у 4: *S. aureus* – 2, *P. aeruginosa* – 1, *K. pneumoniae* – 1. Умер 1 от прогрессирования медиастинита, сепсиса на 10 сутки после операции. Выписанные пациенты находились на лечении от 21 до 33 дней, в среднем – 26,6±0,6 дня. Приводим одно из наблюдений. Пациент В, 50 лет, поступил 07.11.2016 г. в 10:38 с жалобами на распирающие боли в грудной клетке, одышку, об-

щую слабость. В анамнезе химический ожог пищевода 5 лет назад. 31.10.2016 года при употреблении шашлыка появилась дисфагия. Пациент пытался протолкнуть пищевой комок алюминиевой проволокой, после чего появились боли за грудиной, припухлость на правой половине шеи. За медицинской помощью обратился только 07.11.2016 г. в ЦРБ, где при МСКТ выявлены жидкостные образования в заднем средостении, направлен в БУ «РКБ». При поступлении состояние тяжелое, акроцианоз, одышка в покое до 30 дыханий в минуту. Дыхание жесткое, незначительно ослаблено в нижних отделах справа, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 108 в минуту, АД 80/55 мм рт.ст., температура 38,70С. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: эр. 4,06•10¹²/л, Нв 119 г/л, лейкоц. 26,0•10⁹/л, п/я 13%, с/я 70%, лимф. 8%, мон. 9%, СОЭ 22 мм/ч. ФГС от 07.11.2016 г. – Пищевод проходим, с 20 см от резцов до 30 см просвет деформирован за счет выраженного сдавления извне, проходим при инсуффляции воздухом. На 30 см пищевод циркулярно сужен до 1 см, проходим для аппарата. Выставлен диагноз: Перфорация верхней трети пищевода, гнойный медиастинит. 07.11.2016 г. в 14:35 выполнена чресшейная медиастинотомия слева по В.И. Разумовскому. В задне-верхнем средостении вскрыт абсцесс. Выделилось до 300 мл густого зловонного гноя. Взят посев на микрофлору. Полость гнойника промыта водным раствором хлоргексидина. Дренажирование задне-верхнего средостения 2 полихлорвиниловыми дренажами. Для энтерального питания наложена гастростома. В послеоперационном периоде получал антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, переливание белковых препаратов, промывание полости средостения по дренажам, энтеральное питание через гастростому. Проведено 3 сеанса непрямого электрохимической детоксикации с использованием 0,06% раствора гипохлорита натрия. 21.11.2016 г. произведена рентгенография пище-

вода с использованием водорастворимого контраста. Затека контрастного вещества за пределы пищевода не отмечено. Разрешено питание через рот, гастростомическая трубка удалена. Рана на шее зажила вторичным натяжением. 28.11.2016 г. был выписан на амбулаторное лечение.

Выводы

Таким образом, одним из этиологических факторов ППП может явиться самолечение па-

циента при непроходимости пищевода, вызванное рубцовым послеожоговым сужением пищевода и инородными телами. Результат благоприятного исхода зависит от своевременного обращения пациента за медицинской помощью с момента получения травмы, своевременной диагностики и адекватно проведенного оперативного вмешательства и интенсивной инфузионной, антибактериальной, дезинтоксикационной терапии сопутствующего гнойного медиастинита.

ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С ОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ.

Султанов А.С. (1), Омаров К.Х. (2), Магомедов Х.А. (2), Султанов Ш.А. (1)

*«Дагестанский государственный медицинский университет»,
Республиканская клиническая больница*

Злокачественные новообразования тонкой кишки встречаются редко составляя 0,05-0,1% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Лечение этого контингента больных чаще приходится решать хирургам общего профиля.

Материал и методы — ретроспективный анализ истории болезни. Больной С., 53 лет, иб10/0822, поступил в отделение торакальной хирургии РКБ 19.11.2018г. с д-зом: хронический абсцесс правого лёгкого (с-г?). Образование поджелудочной железы и правого надпочечника? Жалуется на кашель со слизистой мокротой, плохой аппетит и похудание, периодические боли в животе после приёма пищи, изжогу и вздутие живота, запоры. Болеет около 2 месяцев, похудел за 2 месяца на 20 кг. Объективно: общее состояние средней тяжести, пониженного питания, периферические л/узлы не увеличены. Грудная клетка: справа в верхних отделах укорочение перкуторного звука, аускультативно дыхание ослаблено. ЧДД-22 в 1 мин. Тоны сердца чистые, пульс 82 в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот пальпаторно болезненный в правой половине эпигастрия. Рентгенографически в верхней доле правого лёгкого полостное образование с толстыми стенками. В анализах крови снижение гемоглобина (91 г/л), гематокрита (24%), высокий лейкоцитоз (57,5%), уменьшение общего белка (54 г/л). МНО: 1,2-1,00. Температурной реакции нет. На МСКТ брюшной полости признаки кистозного образования правого надпочечника, субкапсулярного образования головки поджелудочной железы. КТ — признаки абсцесса (с-г) верхней доли правого лёгкого Двусторонний гидроторакс. С 21.11.2018г. на 22.11.2018г. появились резкие «кинжальные» боли в животе, напряжение брюшной стенки, затруднение дыхания, тошноты. Консилиумом констатировано наличие прободного

перитонита. Операция: лапаротомия, ушивание дефекта стенки желудка, резекция верхней трети тощей кишки, с межпетельным анастомозом бок в бок, санация и дренирование брюшной полости. В брюшной полости до 1 литра гнойной жидкости с фибрином. По малой кривизне ближе к антральному отделу, прикрытый печенью дефект стенки желудка 4х3 см с инфильтратом вокруг дефекта с переходом на тело поджелудочной железы. Признаков метастазирования нет. При ревизии петель тонкой кишки выявлены множественные дефекты стенки первых петель тощей кишки — начиная от 40 см дистальнее связки Трейтца и на протяжении около 1 метра, различного диаметра (от 1,5 до 3,5см), практически большей части по всей окружности кишки, которые были прикрыты окружающими тканями. Стенки кишки в области дефектов также утолщены. Всего дефектов 6, местами уплотнённые участки с втяжениями без перфораций. Дистальнее тонкая кишка не изменена как и толстая. Произведено ушивание дефекта стенки желудка (с иссечением краёв язвы) двухрядным швом и резекция 1 метра тощей кишки с наложением межпетельного анастомоза бок в бок. Санация и дренирование брюшной полости. П/о диагноз: с-г желудка, с прикрытой перфорацией множественные опухоли тощей кишки, осложнённые перфорацией и распространённым гнойно-фибринозным перитонитом. На гистоисследовании: «лейомиосаркома стенки тонкой кишки с прорастанием брыжейки, осложнённая язва желудка». Послеоперационное течение тяжёлое. На 8 день после операции у больного признаки профузного кровотечения. 30.06.2018г. ФГДС: после аспирации 800 мл «кофейной гущи» из желудка произведена коагуляция дна язвы (линии ушитого дефекта желудка) по малой кривизне и эмболиза-

ция гастродуоденальной артерии микроэмболами. В удовлетворительном состоянии 7.12.2018г. переведен в онкодиспансер.

Выводы

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Творогов Д.А., Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Котлова Д.М., Заркуа Н.Э., Рыжков В.К.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

С того момента как С. Landenbuch произвели первую холецистэктомию – продолжают споры о целесообразности использования "активной" или "выжидательной" лечебной при остром холецистите. Анализ зарубежных источников, показал, что в Европе и США придерживаются международных стандартов по обследованию и лечению острого холецистита и острого холангита принятых в 2006г. на согласительной комиссии в Токио (Tokyo guidelines). В соответствие с которыми пациенты с острым холециститом разделяются на 3 клинические группы: легкий (I степень), средней тяжести (II степень) и тяжелый (III степень). Прогностическими критериями на основании которых определяется принадлежность к группе: степень местного воспаления; выраженность системной воспалительной реакции; наличие и степень нарушений функции органов; сопутствующие заболевания; динамика симптомов под влиянием консервативной терапии. В первой группе тактика лечения наименее вариабельна. Методом выбора, как и методом первой линии, является лапароскопическая холецистэктомия. Вторая группа получила название холецистит средней тяжести (moderate), но на практике по праву можно назвать тяжелым холециститом. Группа характеризуется более сложными анатомическими условиями, которые увеличивают риски при выполнении лапароскопической операции. Третья группа – тяжелый холецистит, а на практике - крайней тяжести. Эту группу можно охарактеризовать как острый холецистит, осложненный сепсисом с явлениями полиорганной недостаточности. Токийские стандарты четко определили важность понятия острого билиарного воспаления, которое может быть представлено как острым холециститом, так и острым холангитом. Острый холангит, как и холецистит, разделяется на три прогностические группы: легкий (mild), средней тяжести (moderate) и тяжелый (severe). Основным хирургическим методом лечения при остром холангите является билиарное дренирование, которое может быть осуществлено: эндоскопически, чрескожным транспеченочным доступом, а также в ходе открытой операции (холедохостомия).

Приведенное клиническое наблюдение подтверждает трудность и запоздалость диагностики сочетанных заболеваний, малую эффективность УЗИ, МСКТ исследований, отсутствие преимущества и низкий уровень в обследовании больного на догоспитальном этапе, а также недооценка своего здоровья населением.

Материалы и методы. С 2007 года наша клиника в своей работе использует принципы Токийских рекомендаций. На базы кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова за 1995 – 2011 гг. включительно, было госпитализировано 13784 больных с диагнозом острого холецистита. Для контрольной группы было выделено 5137 больных, пролеченных с 1995-2000гг. При лечении этих пациентов определялись показания к тактике лечения (консервативная терапия; экстренная, срочная и плановая операция). Вторая группа из 8647 больных, проходили лечение с 2001 по 2011гг. При лечении больных этой группы с 2007 года применялась активная и активно этапная тактика с применением малоинвазивных и эндовидеохирургических методов лечения. Из второй группы для выполнения поставленных задач были выделены 839 (9,7%) пациента с высоким операционно-анестезиологическим риском (IV-V степени, согласно классификации ASA) пузыря, у которых с 2007 года применялся этапный подход с использованием пункционных методов лечения.

Результаты лечения больных острым холециститом: в контрольной группе 1993-2000гг. (n=5137) п/о летальность общая составила 4,1%, а с высоким риском 11,4%, п/о осложнения общие составили 8,9%, а с высоким риском – 21,9%; В основной группе 2001- 2011гг (n=8674) п/о летальность общая составила 0,9%, а с высоким риском 10,3%, п/о осложнения общие составили 2,5%, а с высоким риском – 17,9%; В подгруппе высокого риска 2007- 2011гг. (n=372) п/о летальность составила 8,5%, п/о осложнения составили 17,1%. Данная методика ведения больных позволила значительно улучшить результаты и снизить летальность у соматически отягощенных больных и при осложненных формах острого холецистита.

Выводы

Выбор срока и тип операции должен определяться прогностическими критериями, которые нуждаются в более точном определении. Несмотря на преимущества ранних операций, необходимо четко выделить группы риска, когда целесообразно воздержаться от холецистэктомии и

более широко использовать пункционные методы.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ И МАТЕРИАЛЬНЫХ ЗАТРАТ ПРИ НАЛОЖЕНИИ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ НИЗКИХ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ

Тотилов З.В., Тотилов В.З., Зураев К.Э., Калицова М.В., Медоев В.В., Магомадов Э.А., Гадаев Ш.Ш.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель исследования. Снижение количества воспалительных осложнений, летальных исходов и финансовых затрат при выполнении низкой передней резекции прямой кишки с анастомозом.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней с 2002 по 2018 годы проведено проспективное исследование со сравнительной оценкой результатов лечения у двух групп больных. В первую группу вошли 78 пациентов, которым после низких передних резекций анастомозы выполнялись скрепочными циркулярными сшивающими аппаратами. В том числе у 41 пациента под прикрытием проксимальной илео-или колостомы. Во вторую группу включены 112 пациентов которым анастомозы наложены по разработанному в клинике способу. В этой группе проксимальную превентивную илео -или колостому формировали до или интраоперационно у 67 пациентов. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки исследовалось в ближайшем послеоперационном периоде, и далее в течение 3-6 и 12 месяцев. Условиями включения пациентов в исследование являлись: плановый характер оперативного вмешательства, адекватная подготовка кишечника, одинаковый уровень нижней границы резекции прямой кишки (не менее 5 см от края ануса у мужчин и 4 см – у женщин), отсутствие осложнений, не связанных с наложением анастомоза.

Результаты. В первой группе после наложения анастомозов циркулярными скрепочными сшивающими аппаратами несостоятельность выявлена у 7 (9,0%) больных. В том числе у 3 больных с превентивной проксимальной стомой и у 4 пациентов без нее. Ранние проявления несостоятельности анастомоза (на 3-4 сутки) в виде выделения кишечного содержимого по дренажам или перитонеальных симптомов в нижних отделах живота отмечены у 2 пациентов. У одного из них с проксимальной превентивной стомой эти явления полностью были ликвидированы консервативными методами. У другого потребовалось произвести релапаротомию, санацию и дренирование малого таза и брюшной полости с наложением превентивной двустольной

илеостомы. У остальных 5 пациентов несостоятельность соустья была диагностирована на 7-10 сутки при пальцевом исследовании и проктографии, у всех больных лечение было ограничено консервативными способами. Во второй группе в послеоперационном периоде после тромбоэмболии легочной артерии умер один пациент. Из оставшихся 111 больных несостоятельность кишечного соустья выявлена у 9 (8,1%) пациентов. В том числе у 5 пациентов с проксимальной превентивной стомой и у 4 пациентов без нее. У 2 пациентов с превентивными стомами выделения кишечного содержимого по дренажным трубкам были выявлены на 4 сутки. В последующем на фоне консервативных мероприятий они были ликвидированы в течение 12-13 дней. У остальных пациентов несостоятельность анастомоза в виде небольших затеков (15-20 мм) выявлена на 8-10 сутки после проктографии. Из 45 больных второй группы которым не были сформированы превентивные проксимальные стомы у 2 пациентов на 4-5 сутки отмечено выделения кишечного содержимого по дренажным трубкам. В одном случае полное выздоровление отмечено на фоне консервативных способов лечения, в другом после релапаротомии, санации и формирования проксимальной стомы. У остальных 2 пациентов несостоятельность в виде небольших затеков зарегистрирована только после проктографии через 8-10 дней. В среднем затраты на выполнения аппаратного анастомоза составили 550 долларов, на выполнение по разработанному в клинике способу 45 долларов.

Выводы

Разработанный способ наложения анастомоза после низкой передней резекции и устройство для его осуществления позволяет не увеличивая количество осложнений и летальных исходов снизить материальные затраты на выполнение оперативного вмешательства, то есть может являться альтернативным способом формирования анастомозов после низких передних резекций.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тоти́ков З.В., Тоти́ков В.З., Зураев К.Э., Кали́цова М.В., Медоев В.В., Гадаев Ш.Ш., Магома́дов Э.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель исследования: Определить возможности УЗИ и целесообразность его использования в диагностике колоректального рака, осложненного острой непроходимостью.

Материалы и методы: Приведен проспективный анализ результатов УЗИ брюшной полости у 374 больных раком толстой кишки, осложненным стриктурной непроходимостью. Исследование производили на аппаратах ССД - 190 и ССД -630 фирмы «Aloka» и LOGIQTM?200 производства General Electric Co, с использованием кожного и прямокишечного датчика. Исследование брюшной полости выполняли без предварительной подготовки. В первую очередь измеряли размеры ободочной кишки, толщину ее стенки, объем секвестрированной в просвете жидкости, перистальтическую активность, наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, а так же динамику изменений перечисленных показателей на фоне декомпрессионной терапии. Наряду с этим выявляли региональные и отдаленные метастазы, а так же определяли размеры опухоли, толщину стенок опухоли и размеры ракового канала. Кроме того УЗИ было использовано для определения локализации слепой кишки и илеоцекального угла, а так же толщины передней брюшной стенки в области наложения илео-или колостомы.

Результаты исследования: У 326 из 374 больных выявлены признаки ОТКН: наличие в просвете кишки жидкого кишечного содержимого, утолщение стенки толстой кишки и увеличение ее размеров проксимальнее опухоли, определена перистальтическая активность кишки. У 218 (58,3%) пациентов верифицирована сама опухоль, из них у 200 (53,5%) определены как размеры ракового канала, так и самой опухоли, а так же толщина ее стенок. У 106 (28,3%) пациентов с помощью УЗИ выявлено распространение опухоли на прилегающие к ней органы или перифокальный воспалительный процесс. В то же время у 32 (29,6%) больных из 108 УЗИ дало ложноотрицательный результат. Так определенные на УЗИ у 46 (12,3%) пациентов метастазы в печени подтвердились при отсроченном КТ и оперативном вмешательстве только у 41 (89,1%) больного. В то же время из 49 больных с определенными в последующем метастазами в печени, УЗИ не подтвердило их наличие у 7 (14,3%) больных. Увеличенные до 2-3 см парааортальные и брыжеечные лимфоузлы были выявлены с помощью УЗИ только у 6 (1,6%) пациентов, что в последующем подтвердилось интраоперационно. Значи-

тельно чаще (27%) при исследовании парааортальных и брыжеечных лимфоузлов были получены ложноотрицательные заключения. Для определения эффективности проводимой декомпрессионной терапии у 286 пациентов через 6-12 и 24 часа выполнялись контрольные ультразвуковые исследования, четко отразившие динамику развития непроходимости на фоне проводимого лечения. В среднем на исследование затрачивалось 30-40 минут. Наряду с выше сказанным у 21 больного нами дополнительно был использован усовершенствованный способ ультразвуковой диагностики. При помощи данного способа у этих больных определены границы опухоли, толщина ее стенок, протяженность и диаметр ракового канала. При этом у 5 пациентов диагностировано местное распространение опухоли или перифокальный воспалительный процесс. Заключение: УЗИ является высокоэффективным и безопасным методом обследования больных с колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью.

К вопросу о хирургическом лечении пациентов с огнестрельными ранениями прямой кишки Тотикова Э.В. Владикавказ Северо-Осетинская Государственная медицинская академия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения путем выработки адекватного диагностического алгоритма, оптимальной хирургической тактики у раненых с огнестрельными повреждениями прямой кишки и промежности в условиях мирного времени.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 48 (53,9%) пострадавших, поступивших в экстренном порядке в клинику кафедры госпитальной хирургии СОГМА г. Владикавказ. Было 45 мужчин и 3 женщины в возрасте от 15 до 64 лет, средний возраст – 30,9±5,4 лет. Лечение этих больных проводилось в соответствии с разработанными в клинике подходами. У подавляющего числа раненых сроки поступления в стационар не превышали 1 часа. Результаты. Из 48 (100,0%) больных у 24 (50,0%) пациентов отмечено поражение внутрибрюшного отдела прямой кишки, у 7 (14,6%) больных повреждение внебрюшного отдела прямой кишки, повреждение анального канала у 4 (8,3%) пациентов, сочетание ранения внутри - и внебрюшного отделов прямой кишки у 4 (8,3%) пострадавших, ранение всех отделов прямой кишки отмечено у 9 (18,8%) больных. Шок первой степени из 48 (100,0%) пациентов был выявлен у 7 (14,6%) больных, второй – у 14 (29,2%) пациентов, в третьей – в 23

(47,9%) случаях, четвертой – в 4 (8,3%) наблюдениях. При ранениях только внутрибрюшного отдела прямой кишки больным выполнялись резекции по типу операции Гартмана. Пострадавшим, с повреждением внебрюшных отделов прямой кишки предпочтение отдавалось формированию проксимальной сигмостомы через мини-доступ, дренированию раневого канала и параректальной клетчатки с последующей интубацией прямой кишки. При ранении сфинктера проводилась первичная хирургическая обработка раны с последующим наложением первичного шва анального жома и прямой кишки с формированием проксимальной сигмостомы из минидоступа. Всем раненым с повреждением всех отделов прямой кишки производилась передняя резекция прямой кишки по Гартману, дренирование параректальной клетчатки и раневого канала располагающегося по ходу внебрюшного отдела прямой кишки с последующей интубацией культи прямой кишки. У 14 (29,2%) больных были выявлены послеоперационные осложнения. Во всех

случаях осложнения носили гнойно-воспалительный характер. Летальность составила - 8,3% (4 пациента). У всех пострадавших причиной летального исхода был тяжелый комбинированный шок.

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о том, что при огнестрельных ранениях внутрибрюшного отдела прямой кишки, целесообразным является выполнять резекцию пораженного участка прямой кишки по типу операции Гартмана. При поражении внебрюшного отдела прямой кишки предпочтение следует отдавать, наложению проксимальной колостомы через мини доступ, интубации прямой кишки и дренированию раневого канала. При ранении сфинктера проводится первичная хирургическая обработка с наложением первичного шва анального жома с прямой кишки с формированием проксимальной колостомы.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАВУЛЬНАРНОЙ МИКРОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЛОИДАЛЬНОГО АБСЦЕССА НА ФОНЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И NO - ТЕРАПИИ

Топчиев М.А., Мельников В.В., Паршин Д.С., Тарикулиев Ш.М.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Восстановление гемодинамики в микроциркуляторном русле и лимфотока в стенках раны и прилегающих к ней тканях зависят от эффективности проводимой медикаментозной терапии, направленной на подавление активности раневой микрофлоры и стимуляции местной иммунной защиты. Сведений о лазерной доплеровской флоуметрии при применении региональной лимфотропной антибиотик-, иммунно- и NO-терапии при комплексном лечении пиллоидальных абсцессов отсутствуют как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе.

Материалы и методы. Микрокровоток и микролимфоток изучали у 15 больных мужчин (средний возраст $22 \pm 1,4$ г.), леченных с применением регионального лимфотропного введения цефотаксима 1,0, разведенного в 4 мл 0,5% раствора лидокаина + 32 ед. лидазы и имунофана (50 мг, разведенного в 4 мл 0,9% раствора хлорида натрия) с 48 часовой периодичностью. Ежедневно с 5-и минутной экспозицией рана и прилегающих к ней тканей обрабатывались потоком экзогенного оксида азота (ЭОА), вырабатываемого аппаратом «Плазон» в режиме работы «стимулятор» с расстояния 25 см от сопла. В группе сравнения (14 мужчин), сопоставимых по полу и возрасту, лечение осуществлялось традиционным введением аналогичных препаратов и проведением УВЧ-терапии. Установка датчиков

съемки информации проводилась в 1 см от верхнего угла, справа и слева от послеоперационной раны в средней части ее в различные сроки: после операции, через 1-и, 3-и и 6 сутки от начала лечения. Референтные значения были получены у 9 здоровых лиц мужского пола в возрасте от 20 до 22 лет. Изучались М – средний поток в микроциркуляторном русле, Q – показатель, влияющий на постоянство частиц в лимфатическом русле и Kv – коэффициент рассеивания эритроцитов в зондированном объеме тканей. Референтные значения указанных показателей получены у 9 здоровых лиц мужского пола в возрасте от 20 до 22 лет. Результаты исследований сопоставлялись с клиническим течением раневого процесса и анализировались методами вариационной статистики по программе «Statistica 6.0».

Полученные результаты. В группе сравнения показатели М, Q, Kv до операции показатели микрокровотока практически не отличались от таковых ($p < 0,05$) группы сравнения. На 3-сутки послеоперационного лечения значения в основной группе составили $9,76 \pm 1,22$, $1,61 \pm 0,09$ и $19,64 \pm 2,1$, в группе сравнения $6,83 \pm 1,11$, $2,78 \pm 0,34$ и $34,21 \pm 3,7$ соответственно. На 6-е сутки лечения в основной группе показатели составили $12,61 \pm 1,28$, $0,87 \pm 0,09$ и $12,64 \pm 2,1$, а в группе сравнения $7,12 \pm 0,65$, $1,71 \pm 0,08$ и $8,32 \pm 1,32$ соответственно. Аналогичные показатели при исследовании микролимфотока до операции статистически не отличались в группах. На 3-

е сутки в основной группе значения составили $1,06 \pm 0,21$, $1,28 \pm 0,08$ и $29,64 \pm 2,1$, в группе сравнения $1,71 \pm 0,29$, $1,97 \pm 0,9$ и $39,64 \pm 2,1$ соответственно. На 6-е сутки изменения показателей было следующим в основной группе $1,0 \pm 0,28$, $0,87 \pm 0,09$ и $12,64 \pm 1,86$, а в группе сравнения $2,11 \pm 0,09$, $2,56 \pm 0,11$ и $28,23 \pm 3,22$ соответственно. Обсуждение. Динамика показателей результатов лазерной доплеровской флоуметрии состояния микрокровотока в основной группе свидетельствуют более быстрой (на 6-е сутки) нормализации микрокровотока в паравульнарных тканях и лимфостимулирующем эффекте региональной антибиотико-, иммуно- и NO-терапии, что в конечном итоге повышает эффективность комплексного лечения абсцессов пиллоидальной области.

Выводы

Таким образом, применение разработанного алгоритма комплексного лечения пиллоидальных абсцессов оказывают патогенетически обоснованное воздействие на составляющие течение раневого процесса. РЛТ в сочетании с обработкой паравульнарных тканей потоком ЭОА, вырабатываемого аппаратом «Плазон» в режиме «стимулятор» способствует более быстрому купированию фазы воспаления течения раневого процесса.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ КИСЛЫМ ПЕПТИДОГЛИКАНОМ

Топчиев М.А., Паршин Д.С.

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет МЗ РФ

В настоящее время хирурги в своей практике все чаще применяют иммуностимуляторы для профилактики осложнений, а так же лечения различной хирургической патологии. Одной из групп таких препаратов являются лекарства на основе муреина, кислого пептидогликана (КПГ) – компонента клеточной стенки бактерий или некоторых водорослей. Одним из методов «адресной» доставки лекарств в лимфатическую систему является лимфотропный метод.

Целью исследования являлось экспериментально изучить характер и сроки гистоморфологических изменений лимфоузлов при лимфотропной иммуностимуляции с применением КПГ.

Материалы и методы. Исследование проведено в сертифицированной лаборатории на 32 крысах самцах линии Wistar половозрелого возраста массой 150-170 г. Все исследования проводились согласно Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях. Животные были разделены на 2 группы - контрольную и опытную по 16 особей. Моделирование иммуностимуляции, в группах, проводили введением КПГ с молекулярной массой 1000–40000 kDa в дозе 0,3ЕД. В контрольной группе препарат вводился внутримышечно, в опытной – лимфотропно на 1,2,3,8,9,10 сутки эксперимента. В качестве лимфотропного вещества использовалась гиалуронидаза в дозе 0,07 ЕД. Выведение из эксперимента осуществляли на 1,3,7, 14 и 30 сутки. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, для идентификации клеток использовали окраска азуrom II-эозином. Использовали аппаратно-программный комплекс: стереомикроскоп «Leica» MZ 12,5, телекамеру «Pixera»,

микроскоп DM-1000 «Leica», компьютерную программу «Morpholog». Линейные показатели лимфатических узлов регистрировались с помощью создания «объекта-расстояния» между двумя точками. Площади сечения структурных компонентов лимфатических узлов (корковое, мозговое вещество и паракортикальная зона) определялись способом «наложения масок». Морфометрический подсчет производился в шести полях зрения по шесть срезов с каждого объекта. Статистическую обработку данных проводили методом вариационной статистики с применением программы Statistica 6.0.

Полученные результаты. При гистологическом исследовании лимфоузлов в обеих группах было отмечено увеличение количества и гиперплазия фолликулов в субкортикальных зонах, формирование «светлых центров» с пролиферацией клеточных элементов. Отмечено так же заполнение просвета синусов лимфоретикулярными клетками. Обратила на себя внимание выраженная пролиферация лимфоретикулярных клеток. Отмечалось формирование фолликулов с обозначенными «светлыми центрами» за счет лимфобластов и гемоцитобластов. В группе с лимфотропным введением КПГ на 3-е сутки отмечено достоверное увеличение плотности лимфатических узелков на единице площади препарата, а так же размеров герментативных центров, которые увеличились на 36% и 32 % соответственно. Лимфатические узелки появлялись не только в корковом, но и в мозговом веществе. Отмечено так же некоторое увеличение среднего размера лимфатических узлов, которое оказалось в пределах статистической погрешности. Лимфатические клетки заполняли просвет фолликулов. На 30-е сутки плотность расположения

лимфатических узелков и размеров герминативных центров уменьшалась примерно на треть и составила 19% и 20% соответственно. В контрольной группе увеличение исследуемых показателей отмечено на 7-е сутки эксперимента. Констатировано увеличение лимфоузлов 25%, герминативные центры и плотность расположения лимфатических узелков увеличились на 31% и 28% соответственно. На 30 сутки вышеуказанные изменения практически приходили к исходным значениям. Обсуждение. Введение КГП вызывает стимуляцию иммунорегенеративных процессов в лимфоузлах. При лимфотропном введении эффект возникал раньше (на 3-е сутки), а при

внутримышечном на 7-е сутки. Длительность иммуностимулирующего эффекта при внутримышечном введении к 30 суткам нивелировалась, а в опытной группе сохранялась, чем достигался более пролонгированный эффект.

Выводы

Лимфотропное введение КГП в отличие от внутримышечного обеспечивает более раннее и продолжительное наступление иммуностимулирующего эффекта.

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тур Г.Е., Смянович С. В., Вазюро А. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Во всем мире отчетливо растет заболеваемость раком поджелудочной железы (РПЖ). Несмотря на улучшение методов диагностики, разработку новых способов лечения, РПЖ остается одним из самых неблагоприятных в плане прогноза онкологическим заболеванием.

Цель: изучить результаты химиолучевого лечения больных РПЖ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 202 пациентов, которым в период 2008-2017 г.г. было проведено химиолучевое лечение по поводу РПЖ. Среди пациентов этой группы было 86 женщин (42.6 %) и 116 мужчин. Средний возраст составил 65.6 ± 10.6 (37 – 83) лет. Результаты и их обсуждение. По классификации TNM первичная опухоль соответствовала категории T4 у 82 (40,6%) пациентов, T3 – у 120 (59,4%). Метастазы в лимфоузлах были выявлены у 109 (54 %) больных. Отдаленные метастазы были выявлены у 139 (68.8 %) пациентов. Цитологическая верификация диагноза

получена у 64 (31.7 %) пациентов, гистологическая – у 138 (68.3 %). Симптоматические и паллиативные операции произведены 105 (52 %) пациентам. Химиотерапия с применением гемцитабина, оксалиплатина, капецитабина, этопозиды была проведена 170 (83.2 %) пациентам, химиолучевое лечение, при отсутствии отдаленных метастазов, – 32 (15.8 %) пациентам. Одногодичная летальность составила 83,7 %, медиана выживаемости – 247 дней, трехлетняя выживаемость – 2 %.

Выводы

В исследуемой группе пациентов метастазы в лимфоузлах были выявлены у 54 %, отдаленные метастазы – у 68.8 % пациентов. Одногодичная летальность составила 83,7 %, медиана выживаемости – 247 дней, трехлетняя выживаемость – 2 %.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Турсунов К. (1), Мырзахмет С.А. (2), Сагымбаева А.А. (3), Куниязов Ж.К. (2), Сагымбаева А.А. (4)

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Центр детской неотложной медицинской помощи,
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы*

Химические ожоги пищевода и желудка остаются самыми распространенными приобретенными заболеваниями детского возраста. На сегодняшний день количество химических ожогов пищевода не имеет тенденции к убыванию, что обусловлено значительным увеличением использования в быту препаратов бытовой химии, содержащих концентрированные растворы кислот и

щелочей, способных вызывать тяжелые повреждения пищевода и желудка.

Цель исследования: Представить 10-летний опыт консервативного и хирургического лечения химических ожогов пищевода и желудка у детей.

Материалы и методы исследования: Для достижения данной цели нами ретроспективно изучены результаты лечения химических ожогов пи-

щевода у 702 детей, находившихся на стационарном лечении в период 2007-2018 гг. на клинической базе «Центра детской неотложной медицинской помощи» г. Алматы. Результаты: Общее количество – 702 детей. Из них мальчики – 421 (60%), девочки – 281 (40%). Возрастные категории: До 1 года 56 (8%), от 1 до 3 лет 562 (80%), от 4 до 7 лет 70 (10%), от 8 до 15 лет 14 (2%). В тяжелом состоянии, обусловленной интоксикацией поступили 140 (20%) детей, которым проведена интенсивная терапия в условиях отделения реанимации. В результате проведения комплексного консервативного лечения у всех 358 (100%) детей с химическими ожогами пищевода I-II степени и в 274 (79,4%) наблюдениях с ожогами II-III степени на 7-21 сутки констатируется улучшение состояния и полное выздоровление. Эффективность комплексного консервативного лечения достигнута в (90%) случаев. В 70 (10%) случаях проводилось программное бужирование по струне проводнику, 15 детям установлена продленная интубация пищевода. У 8-ми детей с некорректируемым тотальным стенозом пищевода, выполнена операция одномоментной загрудин-

ной колоноэзофагопластики с созданием антирефлюксного колоногастроанастомоза. В 2 наблюдениях, в связи с рубцовым стенозом пилорического отдела желудка произведена позадиободочный гастроэюноанастомоз по методу Ру.

Выводы

По нашим данным консервативное лечение оказалось эффективным у 632 (90%) детей. Из 70 больных которым было проведено программное бужирование по струне проводнику и установлен стент при рубцовых стенозах пищевода, в 60 (86%) случаях отмечены положительные результаты. В 8 (1,1%) наблюдениях из 70 случаев в связи с некорректируемым тотальным стенозом пищевода, произведена операция одномоментной загрудинной колоноэзофагопластики с созданием антирефлюксного колоногастроанастомоза с хорошим результатом. Оставшимся в 2 наблюдениях, в связи с рубцовым стенозом пилорического отдела желудка произведена позадиободочный гастроэюноанастомоз по Ру с благоприятными результатами.

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Умаханов Х.У., Мамеев К.Т.

Дагестанский государственный медицинский университет

В клинике госпитальной хирургии № 2 лечились 100 больных за период с 2010 по 2019 годы с диагнозом спаечная кишечная непроходимость. Из анамнеза перенесенных операций следующее: холецистэктомия – 30, резекция желудка – 10, аппендэктомия – 40, операции на женских половых органах – 10, травматическое повреждение органов живота – 10 больных. Возраст больных от 60 до 65 лет. 60 из них мужчины. В срочном порядке доставлены 70% из всех больных, остальные 30 поступали в плановом порядке по направлению поликлиники. Оперированы по срочным показаниям 38 больных, а 62 больных переведены в холодную стадию, из них 54 оперированы после полноценного обследования и предоперационной подготовки в плановом порядке. Картина непроходимости разрешилась без операции у 8 больных. У 4 больных имелась гангрена тонкой кишки, проведена резекция с анастомозом конец в конец. Всем больным, которые оперированы в плановом порядке наряду со стандартными методами исследования проведена иригография и колоноскопия. Следует отметить, что непроходимость толстой кишки установлена у 19 больных, тонкой кишки у 70 и смешанная форма у 11 больных. Все больные оперированы под общим обезболиванием. Из 92 оперированных больных иссечение спаек с ре-

зекцией сальника проведено у 40 больных, резекция тонкого кишечника у 8 больных, интестинопликация по Нобле у 3 больных. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Для профилактики спаечного процесса следует соблюдать: малотравматичное проведение операции, перитонизация десерозированных участков кишечника, туалет брюшной полости. Через микро иригатор брюшную полость ежедневно вливали смесь новокаина 0,5%-200,0, гидрокартизона 500 мг, стрептомицина (500 тыс. ед.). Отдаленные результаты изучены у 50 больных по анкетным данным. Хорошими они оказались у 38, удовлетворительные у 12 больных. Многие из оперированных вернулись к прежней работе, 5 % больные сменили свою профессию и 2% получили инвалидность. Таким образом для снижения послеоперационной летальности необходимо: 1. Повышение квалификации участковых врачей, в том числе и хирургов по диагностике и лечению ургентной абдоминальной патологии. 2. Усиление санитарно-просветительной работы среди населения. 3. Улучшение организации скорой медицинской помощи. 4. Адекватное лечение больных в предоперационном периоде с интенсивной патогенетической терапией направленных на улучшение обменных нарушений.

ПОДЧИНЕНИЕ УГЛОВ СЛИЯНИЯ ВЕН ПРАВИЛАМ РУ В МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ МЮРРЕЯ

Урманцева Н.Р., Шушаев М.А., Атавова С.С., Мамедов Н.А., Мазайшвили К.В.

В конце XIX века Вильгельм Ру описал эмпирические правила ветвления кровеносных сосудов, исходя из их функционального приспособления. По Ру, конфигурация артериальных бифуркаций соответствует принципу минимальных затрат энергии и материала. До настоящего времени неизвестно, «работает» ли данное правило на поверхностных венах, в частности на венах передней брюшной стенки.

Цель работы: Проверить, соблюдается ли правило ветвления сосудов по Ру в математической интерпретации Мюррея применительно к венам. Материал и методы. Проведено клиническое исследование - изучено 100 слияний поверхностных вен передней брюшной стенки у 50 пациентов (без венозной патологии). Снимки магнитно-резонансной томографии в формате DICOM изучались с помощью приложения «RadiAnt DICOM Viewer 4.6.9» - проводилось измерение истинных радиусов вен, радиусов их притоков и углов притоков в месте слияния. Расчетные углы слияния для измеренных радиусов были получены с помощью формулы, адаптирующей принцип минимальной работы к углам ветвления артерий и предложенной Мюрреем в качестве математической интерпретации правил Ру. Полученные данные были внесены в табличный процессор MS Office Excel и разбиты на соответствующие группы (истинные углы и расчетные углы), найдены относительные погрешности

(в процентах). Было произведено сравнение данных групп по непараметрическому критерию χ^2 при $p=0,05$, в результате которого получены 70 бифуркаций, соответствующие закону Мюррея. Критерием соответствия стала относительная погрешность не более 40% как в правом (r_1), так и в левом (r_2) притоке.

Результаты и обсуждение. Были выявлены следующие закономерности слияния поверхностных вен на передней брюшной стенке. В процессе статистического анализа не было выявлено различий между значениями групп истинных и расчетных углов для правого притока (r_1) при пороговом значении относительной погрешности 45%. Такие же тенденции были выявлены и для левого притока (r_2), где, соответственно, не было статистически значимых различий между значениями тех же групп при относительной погрешности 40%. Обнаруженная в ходе исследования тенденция в левом притоке к большей относительной погрешности в сравнении с правым, по-видимому, носит систематический характер и также может быть закономерностью слияния поверхностных вен передней брюшной стенки.

Вывод

В целом, мы обнаружили, что правило ветвления сосудов по Ру в математической интерпретации Мюррея применимо к венам.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

До недавнего времени «золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни была «открытая» холецистэктомия, с результатами которой и сравнивали другие методы лечения. Летальность при плановых операциях не превышала 0,5%-2,1%. Количество осложнений в зависимости от характера заболевания и общего состояния пациента составляло 5-15%. Большинство из них не были опасны для жизни. Внедрение в практику оперативной лапароскопии произвело переворот во взглядах на хирургическое лечение острого холецистита.

Цель. Определить наиболее обоснованного метода хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом (ОКХ).

Материал и методы. Нами проведен сравнительный анализ результатов у 790 оперированных больных с ОКХ в экстренном порядке на

базе кафедры хирургии и урологии АГМИ за период 2016-2018 гг. Все больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 620 (78,48%) оперированных больных с открытым способом. Из них у 581 (93,7%) больных произведена ХЭ с применением минилапаротомии (МЛ) по методу клиники, а у 39 (6,29%) больных – традиционная лапаротомия. Вторую группу составили 170 (21,5%) больных, у которых произведено лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Результаты и их обсуждения. По результатам сравнительного анализа среднее время операции при ОКХ в первой группе составило $63,43 \pm 6,2$ минуты в случае выполнения ХЭ из традиционного широкого доступа. Продолжительность ХЭ из минидоступа в среднем составила $48,32 \pm 4,4$ минуты. У второй группы больных средняя продолжительность операции составила $56,38 \pm 5,3$ минуты. Сложности, возникшие в

процессе операции и потребовавшие конверсии, были связаны с инфильтративно-спаечными изменениями в подпеченочном пространстве, с синдромом Мириizzi и внутрипеченочным расположением желчного пузыря по 1 (0,58%) больному соответственно. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 8 наблюдениях в первой группе. Во всех 8 наблюдениях во время операции по поводу ОЖХ отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в первой группе развились у 12 (1,93%) наблюдений. Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: несостоятельность культи пузырного протока у 5 больных, кровотечение из ложа желчного пузыря у 3 больных, нагноение послеоперационной раны у 2 и инфильтрация раны у 2 больных. В 5 (0,8%) наблюдениях была выполнена релапаротомия с повторным лигированием культи пузырного протока. Частота осложнений во второй группе больных, у которых операция произведена лапароскопическим методом составила 2,94% (несостоятельность культи пузырного протока у 3 больных, кровотечение из ложа желчного пузыря у 2 больных). Анализ ре-

зультатов ЛХЭ и ХЭ из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем традиционной. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию из традиционного широкого доступа. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций в большинстве случаев было гладким. У пациентов, которым была выполнена ХЭ из минидоступа, средний койко-день составил $7,4 \pm 0,5$ дня. Во второй группе продолжительность койко-дня составило $5,2 \pm 0,3$ дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной ХЭ. Средний койко-день у этих пациентов составил $9,3 \pm 0,7$ дня.

Выводы

Переход от методики традиционной ХЭ к малоинвазивным технологиям позволил существенно снизить частоту ранних послеоперационных осложнений, отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток и соответственно положительно влияет к снижению пребывания больных в стационаре.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Усмонов У.Д., Хакимов О.С., Солижонов З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на то, что частота сочетанных хирургических заболеваний достигает 20-30%, симультанные оперативные вмешательства выполняются в среднем лишь у 3% хирургических больных. Особое внимание уделяется одновременным оперативным вмешательствам при сочетанной хирургической патологии органов живота как наиболее сложным и часто встречающимся ситуациям в неотложной хирургии.

Цель исследования. Изучить частоту и характер сочетанных патологий и определить целесообразность применения лапароскопических симультанных операций при остром калькулезном холецистите (ОЖХ).

Материал и методы исследования. Нами проведен сравнительный анализ результатов у 172 оперированных больных с ОЖХ в экстренном порядке на базе кафедры хирургии и урологии АГМИ за период 2016-2018 гг. Лапароскопический доступ обеспечивался тремя, а в технически сложных случаях – четырьмя портами (2 троакара диаметром 10 мм, 1 или 2 троакара диаметром 5 мм). Симультанные операции выполнены у 36 (20,9%) пациентов (22 женщин и 14 мужчин в возрасте 19-65 лет). Сопутствующими хирургическими заболеваниями были: спаечная

болезнь – 2, вентральные грыжи – 16, гинекологические заболевания – 12, хронический аппендицит – 6.

Результаты и их обсуждения. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с миорелаксацией. При проведении операции нами практически всегда соблюдался принцип асептичности, однако практически всегда начинали с того вмешательства при котором был высокий риск перехода на лапаротомию. Структура проведенных симультанных операций: адгезиолизис – 2, пластика передней брюшной стенки при вентральных грыжах – 16, гинекологические вмешательства – 12, аппендэктомия – 6. Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (4,6%) больных: серома после грыжепластики – у 5, кровотечение из ложа желчного пузыря – 2, не обильное истечение желчи по дренажу – у 1. Эти осложнения были связаны с особенностями операций, но не с их симультанным выполнением. По результатам анализа проведенных оперативных вмешательств отмечено, что симультанные операции выполнялись в тех случаях, когда основная операция была без осложнений, а сопутствующая предположительно характеризовалась невысоким операционным риском. Незначительное кровотечение останавливали путем

электрокоагуляции. В 12 случаях лапароскопическая холецистэктомия сочетали с гинекологическими вмешательствами: овариоцистэктомией – 8, сальпинготомия – 2, диатермокоагуляцией яичника при апоплексии – 2. Среднее время выполнения оперативного вмешательства составило 65 ± 35 мин. Продолжительность операции в большей степени зависела от вида сопутствующей патологии. Длительность пребывания пациентов в клинике после выполнения симультанных операций составила от 5 до 9 дней, что в основном было обусловлено наличием основной патологии в брюшной полости.

Выводы

Лапароскопическая симультанная операция является операцией выбора и целесообразно выполнять у больных острым калькулёзным холециститом при сочетании хирургических заболеваний с невысоким операционным риске. Симультанные операции избавляет больного одновременно от двух и более нозологий, от необходимости проведения повторного хирургического вмешательства и связанных с ним риска наркоза, от эмоциональных нагрузок, а также от опасности возникновения в раннем послеоперационном периоде обострения некоррегированного сопутствующего заболевания и от высокого риска операции по жизненным показаниям.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭНДОХИРУРГИИ

Хамидов М.А.

Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России. ФКУЗ «Медсанчасть МВД России по республике Дагестан». Кафедра эндоскопической хирургии ФПК и ППС

На кафедре эндоскопической хирургии ФПК и ППС ДГМУ разработана и реализуется программа обучения по эндохирургии, включающая 3 основных блока и состоящая из теоретической части, тренажерного цикла и работы в операционной с использованием большей части вышеупомянутых современных образовательных технологий. Разработаны рабочие программы по эндоскопической хирургии в рамках системы непрерывного медицинского образования (НМО) для специалистов хирургического профиля объемом 18 и 36 часов. Впервые в образовательные программы подготовки по эндовидеохирургии введен обучающий симуляционный курс с целью оптимизации и систематизации получения новых знаний и практических навыков. В рамках симуляционного курса курсанты овладевают такими базовыми навыками, как навигация лапароскопом, перемещение по штырькам, иссечение круга, клипирование и пересечение, прошивание, экстракорпоральный шов, наложение индопетли, интракорпоральный узловый шов и интракорпоральный непрерывный шов. Считаем необходимым включение электрохирургии в перечень базовых навыков по эндохирургии. Большая часть эндохирургических операций проходит с использованием высокочастотной электроэнергии, которая обладает рядом технических особенностей при ее использовании. Кроме того, возможен целый ряд электрохирургических осложнений. Однако, к сожалению, данный навык не входит ни в один из известных мировых и российских перечней базовых навыков. На кафедре эндохирургии ФПК и ППС ДГМУ одним из циклов симуляционного обучения специалистов хирургического профиля является курс «Основы лапароскопической хирургии» (Fundamentals of

Laparoscopic Surgery, FLS – наиболее признанная в мире для начального уровня). Цикл состоит из вводного инструктажа, отработки 5 упражнений и итогового тестирования. Поэтапно вводится в действие курс БЭСТА (базовый эндовидеохирургический симуляционный тренинг и аттестация), рекомендованный Российским обществом симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД). Преимуществом нашего образовательного центра является, также, наличие в учебной комнате операционной видеостойки для работы на витальных тканях и органокомплексах животных с использованием электрохирургии. Таким образом, внедрение обучающего симуляционного курса позволяет улучшить качество подготовки специалистов, упорядочить системность получения новых знаний и практических навыков. Мы считаем, что подобная форма обучения с использованием методов симуляционной хирургии позволяет более оптимистично смотреть на образовательный процесс при повышении квалификации хирургов. Реализация ее в течение учебного года выявила явную заинтересованность в изучении этих разделов хирургии курсантами, желание ими продолжить процесс реализации основных эндохирургических навыков за счет более конкретной самостоятельной работы в рамках проводимого курса. Пройдя все этапы подготовки, курсанты достаточно хорошо овладевают теоретическими знаниями и переданными навыками и они успешно применяют их в своей практике, подавляющее большинство из них приступило к самостоятельному выполнению эндоскопических операций. Всего за период с 2009 по август 2018 года годы подготовку по эндохирургии около 250 специалистов из городов и районов республики. Эффективность обучения значительно повысит последующий контроль (в

том числе с использованием видеосвязи между учебным центром и операционными городами и районов) над самостоятельной работой врача с возможностью коррекции его навыков и повторные циклы обучения для расширения диапазона

выполняемых хирургом операций. Для дальнейшего повышения качества подготовки хирургов в ДГМУ необходимо накопление опыта работы на виртуальных симуляторах и открытие современной экспериментальной лаборатории.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Хамидов М.А., Магомедов М.П., Магомедов А.М., Гусейнов М.М.

*ФКУЗ «Медсанчасть МВД России по республике Дагестан»
Кафедра эндоскопической хирургии ФПК и ППС ДГМУ*

Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств. В России за год выполняется более 200 тыс. плановых операций по поводу паховых грыж, из них 150 тыс. — традиционными способами. Рецидивы возникают после традиционных способов герниопластики у 2—20%, а повторные — у 35—40% пациентов, тогда как после протезирующих методик рецидив составляет в среднем 1-5%.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 82 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет (средний возраст — 51 год). Мужчин — 73 (89%); женщин — 9 (11%). Двухсторонние паховые грыжи имелись в 12 случаях. Симультанные операции выполнены 8 больным (ЖКБ-6, варикоцеле-1, киста почки-1). Рецидивные грыжи имели место в 4 случаях (после операции по Лихтенштейну-2, Шоулдайсу-1). В клиническую практику внедрена классификация Европейского Общества Герниологов (EHS-2009). Согласно данной классификации всего прооперировано 82 пациента, из них: PL1-49; PL2-14; PL3-6; PM1-3; PM2-3; PM3-2; RL1-2; RL2-1; RM2-1. Оперативное лечение заключалось в герниопластике TAPP (трансабдоминальная преперитонеальная пластика паховой грыжи). Средняя продолжительность

операции составила 80 мин. Средняя кровопотеря — 15 мл. Средний койко — день составил 4,1.

Результаты. Для оценки результатов взята классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo. Осложнения I ст. отмечены у 5 больных (серома), III ст. — у 1 (релапароскопия по поводу кровотечения). В одном случае отмечен рецидив через полгода у больного с РМЗ. Нами отмечены следующие преимущества лапароскопической TAPP: • малая травматичность. • возможность обзорной лапароскопии органов брюшной полости и выполнения симультанных операций. • возможность одномоментного выполнения герниопластики с обеих сторон без дополнительных разрезов. • уменьшение количества осложнений со стороны операционной раны. • меньшая опасность развития подвздошно-паховой послеоперационной невралгии. • сокращение времени госпитализации до 1 - 3 суток, срока нетрудоспособности до 7 — 10.

Выводы

На наш взгляд, лапароскопическая TAPP герниопластика заслуживает более активного внедрения в клиническую практику.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ОПЕРАЦИИ ПРИБРАМА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Магомедов М.П.

*Кафедра эндохирургии ФПК и ППС Даггосмедуниверситета Медико-санитарная часть
МВД РФ по РД*

Во время традиционной или лапароскопической холецистэктомии, иногда, желчный пузырь невозможно отделить от печени без ее повреждения с последующим крово- и желчеистечением. С 1994 года лапароскопический вариант операции Прибрама выполнен нами у 178 больных с желчнокаменной болезнью в возрасте от 16 до 82 лет. Показаниями к этой операции служили: деструктивный холецистит (151 пациент); склероатрофичный желчный пузырь (18); цирроз печени и активный гепатит (9). У этих больных имелись выраженные воспалительно-

инфильтративные или рубцовые изменения стенки желчного пузыря, а также морфологические изменения печеночной ткани, препятствующие безопасному выполнению холецистэктомии в полном объеме. Противопоказаниями к вмешательству считали: выраженные воспалительно-инфильтративные или рубцовые изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, препятствующие безопасному выделению трубчатых структур в треугольнике Кало; разлитой перитонит и наличие множе-

ственных и мелких конкрементов в полости желчного пузыря, восполняющих больше половины его объема. При деструктивном холецистите начинали с пункции, декомпрессии и тщательной санации антисептиками полости желчного пузыря. Выделяли и клипировали пузырные проток и артерию, как правило, с мобилизацией шейной части пузыря с использованием методики «хобот слона». После того, как подходили к ткани печени, вскрывали желчный пузырь и конкремент(ы) перемещали из полости пузыря в эндоконтейнер или эвакуировали их через широкопросветную канюлю аквапуратора. В эндоконтейнер помещали и удаленную в последующем часть желчного пузыря. Передняя часть желчного пузыря иссекалась на всем протяжении, отступая на 0,7-1,0 см от ткани печени с помощью электрохирургического крючка и ножниц в режимах резания и коагуляции. Слизистая оставшейся в ложе печени части желчного пузыря коагулировалась шаровидным электродом. У 38 из 178 больных эти этапы операции выполнены с использованием ультразвукового скальпеля. Подпеченочное пространство тщательно промывалось раствором фурацилина и дренировалось

широкой силиконовой трубкой. Мешочек с конкрементами и отсеченным желчным пузырем удалялся через пупочную рану. У 22 больных отмечалось кровотечение из стенки желчного пузыря во время ее иссечения, которое останавливалось коагуляцией биполярным зажимом и клипированием. При использовании ультразвукового скальпеля кровотечение отмечено в 4 случаях. Случаев желчеистечения не наблюдали. В 3 случаях имели место гнойные осложнения: нагноение околопупочной раны (2 больных) и подпеченочный абсцесс, излеченный релапароскопией. Еще у 3 больных имели место ограниченные жидкостные скопления в объеме более 50 мл: в одном случае выполнена пункция под контролем сонографии. Дренаж из брюшной полости удалялся в среднем на 2-3 сутки и больные выписывались на 5-6 сутки после операции. Лапароскопический вариант операции Прибрама, на наш взгляд, эффективен при технических трудностях и опасностях отделения стенки желчного пузыря от печени, что позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и число переходов на лапаротомию.

ЭНДОВИДЕОСКОПИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Гасанов Х.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Одним из важных мероприятий для соблюдения принципа апаразитарности при эхинококкэктомии является тщательная ревизия остаточных полостей, полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки. Кроме того, актуальной остается проблема диагностики и лечения цистобилиарных свищей (ЦБС), частота которых при эхинококкозе печени (ЭП) колеблется от 6 до 63 %. В связи с этим нами в 1996 году была предложена методика эндовидеоскопии остаточной полости печени (ЭВС ОПП), которая выполнена при эхинококкэктомии печени у 202 больного. Из них 141 больной перенесли операцию из традиционных доступов, а 61 пациент был подвергнут лапароскопической эхинококкэктомии. Благодаря полному расправлению стенок фиброзной капсулы при эндоскопической ревизии остаточных полостей печени удалены незамеченные во время открытого этапа операции остатки хитиновой оболочки и мелкие дочерние пузыри у 15 (7,7 %) из 202 больных. Желчные свищи выявлены у 52 (25,9%) больных, более чем в 2 раза чаще, чем у больных контрольной группы. Такой высокий процент выяв-

ляемости по сравнению с литературными данными мы объясняли такими преимуществами ЭВС ОПП, как увеличение изображения на телемониторе и полное расправление стенок фиброзной капсулы. Это позволяет выявлять самые мелкие свищи, в том числе в эрозивной стадии их формирования. Эндовидеоскопическая ликвидация свищей выполнима во всех случаях, что особенно актуально при лечении мелких ЦБС и свищей в эрозивной стадии формирования. Наиболее эффективными способами лечения мелких свищей явились диатермокоагуляция с аппликацией пластинок «Тахокомба» и ушивание с использованием атравматических шовных материалов.

Таким образом, разработанная методика ЭВС позволяет существенно улучшить результаты ревизии ОПП на наличие остатков паразита, что является важной мерой профилактики рецидива эхинококкоза. Данная методика позволяет значительно улучшить качество диагностики и лечения цистобилиарных свищей при эхинококкозе печени.

ЧРЕСФИСТУЛЬНАЯ ЭНДОВИДЕОСКОПИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ

Хамидов М.А., Курбанов Ю.А., Гасанов Х.М

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Проблема лечения больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени после эхинококкэктомии остается актуальной. С целью улучшения результатов лечения больных этой категории нами в 1998 году разработана методика чресфистульной эндовидеоскопии остаточной полости печени (ЧФ ЭВС ОПП). Показания к ЧФ ЭВС ОПП: - большие размеры остаточной полости; - нагноение остаточной полости печени; - длительное желчеистечение и желчные свищи. Противопоказания к ЧФ ЭВС ОПП: - длина свищевого хода более 25 см; - ширина дренажной трубки в остаточной полости печени менее 4 мм. Методика ЧФ ЭВС ОПП заключалась в следующем. Накануне обязательно выполнялась фистулография, при которой оценивались длина свища, размеры остаточной полости, связь ее с желчным деревом. Перед исследованием проводилась премедикация промедолом. В остаточную полость через свищевой ход вводился фиброхоледохонефроскоп фирмы «Pentax» (Япония). К окуляру фиброхоледоскопа

через адаптер подсоединялась эндовидеокамера. Через инструментальный канал проводилась лазеротерапия остаточной полости печени с помощью лазерной установки «Sharplan» (Израиль) Задачи внутривисцеральной (низко- и высокоинтенсивной) лазеротерапии: - стимуляция репаративных процессов в печени; - противовоспалительное действие на фиброзную оболочку; - коагуляция участков желчеистечения и желчных свищей ЧФ ЭВС ОПП применена при лечении 23 больных с функционирующим дренажом ОПП в различные сроки после оперативного лечения эхинококкоза печени. Лишь в одном случае из-за сильного перегиба свищевого хода и значительной его длины, эндоскоп не удалось провести в полость печени. У 8 больных выявлены и коагулированы цистобилиарные свищи. Во всех случаях отмечено уменьшение сроков облитерации остаточной полости печени по сравнению с больными контрольной группы.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Гасанов Х.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

При строгом отборе больных лапароскопическая эхинококкэктомия печени имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционной операцией. Наш опыт (около 100 операций) позволяет выделить основные технические этапы и приемы выполнения этой операции. Пункция кисты является первым этапом лапароскопического лечения эхинококкоза печени. Для соблюдения принципа апаразитарности операции – недопущения попадания содержимого эхинококковой кисты в брюшную полость - необходимо использование специальных инструментов и технических приемов: чреспеченочная пункция кисты, троакары-присоски и др. Перед пункцией зона операции обкладывается марлевыми салфетками, смоченными 20-25% раствором поваренной соли. Независимо от способа пункции целесообразно подведение страховочной отсосной трубки к зоне вмешательства. Эвакуация содержимого кисты. Двухходовой краник, прикрепленный к пункционной игле позволяет использовать режимы аспирации-ирригации аквапуратора, в том числе при подсасывании к концу иглы стенок или содержимого кисты. Кроме того, важным моментом является возможность проведения антипаразитарной

обработки полости кисты сразу же после эвакуации ее содержимого, т.е. до вскрытия фиброзной капсулы. Антипаразитарная обработка проводится введением в полость эхинококковой кисты 20-25% раствора хлорида натрия с экспозицией 10-15 минут или 90%-100% глицерина с экспозицией 5-10 минут. Объем вводимого в полость кисты антипаразитарного препарата составляет около 2/3 объема эвакуированной жидкости. После вскрытия фиброзной капсулы извлекается хитиновая оболочка. Последняя вместе со страховочными салфетками укладывается в эндоконтейнер, который удаляют из брюшной полости в конце операции. Для контроля полноты удаления остатков паразита и выявления желчных свищей во всех случаях проводят эндовидеоскопию остаточной полости печени основным или дополнительным лапароскопом. При выявлении желчного свища он должен быть ушит независимо от его размеров. Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Наиболее предпочтительным является вариант абдоминализации остаточной полости с оментопексией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ПЛАНОВОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хамидов М.А., Мехтиханов З.С.

Многопрофильная медицинская клиника «Здоровая Нация» Отделение общей хирургии ГБУ РД «Дербентская» ГБ» Кафедра эндоскопической хирургии ДГМУ

Симультанная операция – это вмешательство, выполняемое в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Она включает в себя основное вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую операцию по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. В эру лапароскопической хирургии является вполне очевидным целесообразность и возможность выполнения симультанных операций в плановой хирургии, однако они не получили широкого распространения в практике общехирургических отделений из-за опасений сложности введения послеоперационных периода и роста послеоперационных осложнений. Цель исследования – изучить особенности течения послеоперационного периода у больных после выполнения симультанных лапароскопических операций.

Материал и методы. Мы провели проспективное исследование 40 больных которым были выполнены симультанные лапароскопические операции в плановом порядке с сентября 2012 года по май 2015 год, из них 19 мужчин и 21 женщина. Средний возраст больных составил $59,2 \pm 1,4$ года (от 32 лет до 71 года). По совокупности тяжести хирургических заболеваний и сопутствующей терапевтической патологии 35 больных были отнесены ко II группе и 5 – к III группе операционно-анестезиологического риска по классификации ASA. Показаниями к симультанной лапароскопической холецистэктомии. В качестве основного этапа симультанного лапароскопического вмешательства 25 больным с частыми приступами печеночной колики выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дополнительным вмешательством у 16 больных была лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) паховая герниопластика, причем у пяти из них с обеих сторон, у шести больных - лапароскопический адгезиолизис тонкой кишки по поводу спаечной болезни после предыдущих лапаротомных опе-

раций, у двух больных – лапароскопическая фенестрация с коагуляцией и пломбировкой полости непаразитарных кист печени (у одного из них) и селезенки (у другого) гемостатической пластиной «Surgicel fibrillar», еще у одной больной проведена лапароскопическая резекция яичников при синдроме Штейна-Левенталя. У восьми больных с абдоминальным болевым синдромом лапароскопическое устранение послеоперационной грыжи живота, дополнено лапароскопическим адгезиолизисом у пяти, лапароскопической холецистэктомией, носившей профилактический характер, у двух и лапароскопическим удалением кисты правого придатка у одной больной. У семи больных лапароскопическая (ТАПП) паховая герниопластика, дополнена лапароскопическим удалением кисты яичника у шести и лапароскопическим удалением аппендикса фиксированного к грыжевому мешку у одного больного.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было ни в одном случае. Средний койко-день после симультанных лапароскопических операций не отличался от соответствующего показателя у больных, перенесших аналогичные изолированные лапароскопические вмешательства.

Выводы

Различные по объему симультанные лапароскопические операции у больных II и III групп операционно-анестезиологического риска по классификации ASA не сопровождаются увеличением числа интра- и послеоперационных осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапами лапароскопического вмешательства, и не продлевают сроки послеоперационного лечения больных. Симультанная лапароскопическая операция извлекает больных сразу от двух заболеваний и обладает высокой экономической эффективностью, позволяя значительно снизить затраты по сравнению с двухэтапным оперативным лечением.

ГИБРИДНАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Хачатрян Э.О., Атаян А.А., Рамазанов А.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель. Изучить возможность использования гибридной тактики лечения с применением эндоваскулярной реваскуляризации верхней брыжечной артерии при остром нарушении мезентериального кровообращения.

Материал и методы. Материалом исследования являются пациенты с подозрением на ОН-МзК, которым была проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшного отдела аорты и её ветвей с внутривенным контрастированием. По данным МСКТ у 52 пациентов было выявлено поражение ВБА и её ветвей (49 окклюзий и 3 критических стеноза) с признаками некроза стенки кишки (отсутствие накопления контрастного препарата в стенке кишки, её утолщение и слоистость, а также наличие газа в стенке кишки). Возраст пациентов варьировал от 52 до 91 года, составив в среднем $70,21 \pm 6,43$ лет ($M \pm ?$). Из них было 24 мужчин (46,2%) и 28 женщин (53,8%). После проведения МСКТ и выявления признаков некроза кишки вследствие нарушения кровотока в системе ВБА пациентам выполнялась ангиография (АГ) с последующим эндоваскулярным вмешательством. Всем пациентам после эндоваскулярного вмешательства выполнялась ревизия органов брюшной полости, выявление некротизированных участков кишки с их последующей резекцией. **Результаты.** У 48 (92,3%) больных диагностирована окклюзия в системе ВБА, у 3 (5,7%) больных диагностирован критический стеноз устья ВБА с развитием компенсационного кровотока по коллатералям, у 1 (1,9 %) больного - ангиоспазм подвздошноободочнокишечной артерии с последующим некрозом подвздошной кишки. Больным с окклюзион-

ным поражением в системе ВБА выполнена попытка эндоваскулярного восстановления кровотока ВБА. 39 (81,2 %) из 48 больным выполняли антеградную механическую реканализацию проводниками 0,14" и 0,35", всем 39 больным выполняли аспирационную тромбэкстракцию, у 34 (70,8%) пациентов из общего количества больных с окклюзионным поражением удалось в разной степени аспирировать тромботические массы. Всем больным с окклюзионным поражением ВБА и её ветвей была проведена баллонная ангиопластика в сочетании с тромбоаспирацией, при этом у 9 (18,7%) с последующей имплантацией стента. Поскольку у всех 52 больных, отобранных в исследовании имелись КТ-признаки некроза кишки, после эндоваскулярного вмешательства им выполнялась ревизия кишки с последующей резекцией некротизированного участка. Резекция кишки выполнялась у 46 (89,5%) больных. Летальным исходом закончилось лечение 23 (44,2%).

Закключение

В ходе проведённой нами работе всем больным была выполнена попытка реваскуляризации ВБА и её ветвей на всех уровнях окклюзии, при этом ведущее место было отдано рентгенэндоваскулярным методикам восстановления кровотока в ВБА в сочетании с резекцией участка кишки. В отличие от стандартных способов реваскуляризации. Применение данной методики позволило решить проблему восстановления мезентериального кровотока практически любой локализации и этиологии.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЬНЫМ ОСНОВНЫМИ ВИДАМИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Хижа Вал.Вас. (1), Мовчан К.Н. (1,2), Чернов К.Е. (1,2), Артюшин Б.С. (1,2), Татаркин В.В. (1,2), Русакевич К.И.(2), Хижа Вит.Вал. (2).

СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Численность контингента больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) мочеполовой системы (МПС) во всех странах мира увеличивается. Это побуждает к целенаправленному мониторингу базисных статистических параметров оказания медицинской помощи как показателей качества противораковой борьбы.

Цель исследования: оценить базисные медико-статистические показатели здравоохранения Санкт-Петербурга (СПб) при оказании медицинской помощи больным ЗНО МПС.

Материалы и методы. Проанализированы сведения о 9 899 случаях ЗНО МПС основных локализаций (почки (Пч), мочевого пузыря (МП), предстательная железа (ПЖ)), накопленные в 2016-2018 гг. в СПб ГБУЗ «Медицинский

информационно-аналитический центр» по форме 7 «Сведения о ЗНО».

Результаты исследования и их обсуждение. Количество наблюдений ЗНО Пч среди жителей СПб за последние три года увеличилось незначительно (2013 и 2017 г. – 969 и 984 случаев соответственно). «Грубый» показатель заболеваемости этой категории больных остается стабильным (в 2016 г. составил 18,90/0000, в 2017 г. – 18,40/0000). Стандартизованный показатель заболеваемости сопоставим с общероссийским (в 2017 г. составил 10,20/0000, а в РФ – 10,30/0000). Параметр заболеваемости жителей СПб раком МП (РМП) также относительно стабильный и в 2018 г. составил 14,20/0000. В 2016 и 2017 г. данный показатель не превышал 13,90/0000 и 14,30/0000 соответственно (в РФ – 11,70/0000). Заболеваемость жителей СПб ЗНО ПЖ в 2018г. составила 66,30/0000. В СПб данный параметр, как и в РФ, в динамике увеличивается (2016 г. – 56,50/0000; 2017 г. – 59,90/0000), что обусловливается возросшими возможностями скрининга опухолей специалистами амбулаторной службы. Удельный вес случаев ЗНО Пч I-II стадий в 2018 г. составил 71,1% (в 2016 – 65,4%, в 2017 – 71,3%). В 2017 г. аналогичный показатель в РФ – 63,9%. Верификация РМП у больных на начальных стадиях онкопроцесса в 2018 г. составила 80,2% (в 2016г. – 75,1%, в 2017 г. – 78,9%). Удельный вес случаев РМП IV стадии в сравнении с другими ЗНО в СПб значительно ниже. В 2018 г. доля таких пациентов составила 6,7%. Данный параметр в СПб в 2017 г. ниже российского (9,9%). Что касается случаев локализованных форм рака ПЖ, то в 2016-2018 гг. они составили 59,1-63,2% соответственно. Увеличение количества пациентов на ранних стадиях онкологической патологии стало возможным при совершенствовании методов лабораторной и лучевой

диагностики. Оценка показателей смертности жителей СПб по причине ЗНО МПС отражает качество профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Стандартизованный параметр смертности при ЗНО Пч среди населения города в 2017 г. сопоставим с аналогичными показателями в РФ (3,30/0000, 3,10/0000 соответственно). По сравнению с 2016 г. удельный вес контингента больных РМП, состоящих на учете 5 лет и более в СПб в 2016-2018 гг. несколько увеличился (2016 г. – 54,3%, 2017 г. – 55,2%, 2018 г. – 55,9%) в связи с применением миниинвазивных (эндоскопических) технологий и других видов специализированного лечения. Показатель односторонней летальности при РМП в СПб в 2018 г. составил 12,1%, а в 2017 г. – 14,9%. Численность группы больных ЗНО ПЖ, состоящих на учете 5 лет и более в СПб, с 2016 г. увеличилась (2016 г. – 43,9%, 2017 г. – 45,9%, 2018 г. – 46,2%), что обусловлено улучшением качества обследования и лечения больных при использовании лапаро- и робототехники. По РФ в 2017 г. аналогичный показатель составил 39,6%. Показатель односторонней летальности при РМП в СПб в 2018г. составил 8,4%, что ниже, чем в 2017 г. – 9,6% (по РФ в 2017 г. – 8,1%).

Выводы

Основные медико-статистические показатели работы специалистов онкологической службы СПб при оказании медицинской помощи его жителям, больным ЗНО МПС, позволяют считать, что уровень качества обследования и лечения населения города при данной патологии надлежащий.

РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ФРАГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хизроев Х.М., Монахов А.Р., Семаш К.О., Пашкова И.Е., Джанбеков Т.А., Восканов М.А., Цирульников О.М. и Готье С.В.

ФГБУ НМИЦ ТИО имени академика В.И.Шумакова Минздрава России

Цель и задачи: Трансплантация фрагментов печени от прижизненных родственных доноров является основным методом лечения детей, подростков, а также взрослых пациентов с терминальными заболеваниями печени. Причем отмечается неуклонная тенденция к развитию этого вида лечения. Стало возможным оперировать реципиентов с очень низкой массой тела, выполнять им трансплантации от несовместимого по группе крови живого родственного донора, а также выполнять одномоментные трансплантации с почкой и поджелудочной железой при сочетанных патологиях. Помимо всего прочего, дети

с массой тела до 7 кг являются наиболее сложной группой пациентов для трансплантации печени. Из-за общей астении и замедленного физического развития детей с хроническими заболеваниями печени расхождение между переднезадним размером брюшной полости ребенка и максимальной толщиной трансплантата левого латерального сектора печени (LLS) печени встречается довольно часто. Поэтому необходимо учитывать не только GRWR, но и переднезадний размер предполагаемого трансплантата при обследовании доноров. Также, в последние несколько лет, стало возможным осуществлять

изъятие фрагментов печени при помощи лапароскопической методики. Методы: С мая 2008 по апрель 2019 г. в нашем центре проведено 846 трансплантаций фрагментов печени от родственных доноров. Из них в 551 случае проведена трансплантация левого латерального сектора, 45 трансплантации левой доли и 99 трансплантаций правой доли печени. Среди них было 75 детей с массой тела от 3,9 до 5,9 кг в возрасте от 3 месяцев до 1,5 лет. Всем больным в предоперационном периоде проводился расчёт GRWR и он варьировал от 4 до 7. Кроме того, всем потенциальным донорам и реципиентам выполнялась спиральная компьютерная томография, на основании данных которой рассчитывалась разница передне-задних размеров трансплантата и брюшной полости реципиента (РПЗР). Данные РПЗР составили от -2 до +2 см.

Среди всех пациентов в 115 случае был использован трансплантат от АВ0-несовместимого донора. Предоперационный период у таких пациентов сопровождался специфической подготовкой для снижения уровня антигрупповых антител. Также, с мая 2016 по апрель 2019 выполнено 81 полностью лапароскопических изъятий фрагментов печени у живых доноров (1 - правая доля, 4 - левая доля печени, 76 - изъятие ЛЛС печени). Результаты: Проведены ретроспективная оценка хирургической методики и анализ результатов.

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о перспективности данных направлений органной трансплантации для детского контингента пациентов.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ МЕТОДИК

Хуболов А. М., Толстокоров А. С., Коваленко Ю. В.

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Выполнение максимально атравматичных антирефлюксных вмешательств при коррекции ГПОД в настоящем считается наиболее адекватным подходом в антирефлюксной хирургии. Несмотря на наличие определенных недостатков, по данным ряда литературных источников, наиболее распространенными антирефлюксными операциями являются различные виды фундопликаций, выполняемых как из традиционного, так и из лапароскопического доступов.

Цель работы: оценить эффективность применения различных способов фундопликаций при выполнении лапароскопических антирефлюксных коррекций.

Материалы и методы. За период времени с 2005 по 2018 годы нами выполнено 87 лапароскопических антирефлюксных операций. Структура оперативных коррекций представлена так: у 43 (49%) пациентов выполнена ЛФ по Ниссону, у 44 (51%) – двухсторонняя ЛФ по Тупе. Все пациенты в предоперационном периоде прошли обязательное обследование, включающее: УЗИ – исследование ОБП, ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, суточный рН-мониторинг. Все операции были выполнены одной хирургической бригадой.

Результаты и обсуждение. Среднее время оперативного вмешательства в настоящее

время не превышает 40 минут. Имели место несколько интраоперационных осложнений: в 1-м случае имело место повреждение капсулы селезенки, купированное гемостатиками и коагуляцией. В 23 % случаев (21 операция) выполнялись симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза – по поводу ЖКБ, гинекологические и урологические заболевания. В раннем послеоперационном периоде ранняя послеоперационная дисфагия выявлена в 20% случаях (10 пациентов), которым выполнена ЛФ по Ниссону, и в 11 % случаев (21 пациент) после ЛФ по методике Тупе. Не было ни одной конверсии на открытую операцию.

Выводы

Пациенты для оперативного вмешательства отбираются только по строгим показаниям (выраженная клиническая картина, наличие эзофагита и отсутствие эффекта от консервативной терапии). Как лапароскопическая операция по Touret так и фундопликация по Ниссену, позволяют адекватно и эффективно осуществить антирефлюксную коррекцию ГПОД, что значительно улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

ПРОБЛЕМА ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Чигарева И.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Проблема безопасности головного мозга при кардиохирургических вмешательствах в условиях искусственного кровообращения продолжает оставаться серьезной клинической проблемой.

Цель исследования: Разработка мер для проведения первичной профилактики у пациентов неврологических дисфункций, проведение вторичной профилактики для снижения факторов риска и дальнейшего лечения послеоперационных осложнений кардиохирургических пациентов. **Материал и методы исследования:** В проведенном исследовании, объектом исследования явились 1669 пациентов юношеского (16 -21 лет) и зрелого (41-70 лет) возраста. Были обследованы лица мужского пола - 497, женского – 1172, с наличием признаков сочетанной патологии сердца и сосудов, оперированных в условиях ИК. У всех пациентов на дооперационном этапе проводили нейропсихологическое обследование с помощью опросника MMSE, оценивали неврологический статус с помощью шкалы инсульта NIHSS, шкалы определения степени тяжести состояния пациента Apache II, SOFA, таблицы Шулъте. Все пациенты оперировались в условиях общей анестезии, включая вводный наркоз и искусственную вентиляцию легких, нормотермии. Среднее время ИК и время пережатия аорты достоверно не различались. Статистическую обработку результатов исследования осуществлялась при помощи статистического пакета «Statistica 6.0» (StatSoft).

Результаты исследований и их обсуждение: В группе риска находились пациенты старше 60 лет. На фоне проведенной терапии развились ТИА — у 8 и у 11 больных. Применение ИПК сопровождалось уменьшением концентрации в периферической крови лейкоцитов, уменьшением концентрации СРБ, фибриногена, интерлейкина-6 и ингибитора активатора плазминогена-1.

Выводы

Госпитальной летальности не было. Время ИК составило в среднем - 107,0 мин. Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции на клапанах сердца. В 10% случаев у больных без неврологических дефицитов на предоперационном этапе, и в послеоперационном периоде отмечались ТИА. Несмотря на все достижения, методика интраоперационного и послеоперационного мониторинга мозгового кровотока при операциях на сердце во время ИК до конца не разработана.

Рекомендации: С целью профилактики неврологических осложнений в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических больных мониторинг мозгового кровотока с автоматической эмболодетекцией необходимо проводить в комплексе с оценкой реологических свойств крови. При наличии у пациентов предикторов кардиальной и артерио-артериальной эмболии необходимо проводить мониторинг мозгового кровотока с автоматической эмболодетекцией на до-, интра- и послеоперационном этапах для профилактики и своевременной коррекции неврологических осложнений в послеоперационном периоде. Непрерывный процесс улучшения качества, может позитивно отражаться на комплексе проводимого лечения и его результатах. Для оценки исхода при инсульте должен учитываться начальный уровень тяжести пациента, поэтому рекомендуется использовать шкалу оценки тяжести инсульта, предпочтительно NIHSS. Оценка состояния коллатерального кровообращения может быть важным критерием при выполнении механической тромбэктомии. Коррекция АД, липидного обмена, контроль за уровнем глюкозы в крови, при внутривенном введении альтеплазы необходимо учитывать показатели реологии крови, выявление факторов риска на ранних стадиях заболевания, проведение этиологической и патогенетической терапии пациентам повышенного риска.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шамсиев Ж.А., Имомов Д.О.

Самаркандский государственный медицинский институт

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения является пе-

ринатальная смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургических вмешательств в пери-

оде новорожденности. Диагностика большинства врожденных пороков развития возможна и должна осуществляться в антенатальном периоде.

Цель: Анализ аноректальных мальформаций в структуре антенатального выявления пороков развития плода посредством ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы: Прослежены результаты скринингового обследования 416672 беременных в скрининговом центре Самаркандской области за период 2010-2015 гг. Ультразвуковое обследование беременным женщинам выполняли в сроке гестации 20-22 недель, когда уже детально удастся визуализировать сонографические признаки порока развития.

Результаты: Посредством ультразвуковой диагностики всех беременных женщин различные пороки развития выявлены у 1053 (0,25%) обследованных. Преобладали аномалии развития головного мозга и черепа – 428 (40,6%), сле-

дует отметить, что у 27 (2,6%) выявлены аноректальные мальформации, а в структуре пороков развития желудочно - кишечного тракта они составили 16,6%. Все беременные, выявленные с этим пороками развития, находились под совместным наблюдением акушер - гинеколога, неонатолога и детского хирурга. После планового родоразрешения, эти новорожденные были переведены детский хирургический стационар для дальнейшей коррекции порока. Проведенный анализ результатов ультразвукового обследования показал: чувствительность метода составила 57,1%, специфичность – 98,8% и общая точность – 96,5%.

Заключение

Таким образом, ультразвуковая сонография плода является одним из высокоинформативных методов антенатальной диагностики аноректальных мальформаций.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВНУТРЕННИМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Шамсиев Б.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: установить частоту и характер поражений головного мозга методами нейровизуализации, определяющими транзиторные и необратимые поражения функции ЦНС у новорожденных детей с пороками развития внутренних органов в периоперационном периоде. Наиболее часто поступали в отделение дети с пороками развития почек и мочеполовой системы 269 (43%), на втором месте по частоте - пороки развития ЖКТ— 91 (22%), на третьем месте — пороки развития позвоночника, также врожденные заболевания лица и шеи (по 7 %). Остальные врожденные пороки встречались реже. Около 80% (328) детей требовалась хирургическая коррекция врожденных пороков развития, из них 36% (147) были оперированы в первые 4—8 ч от момента рождения, 22% (90) — к концу 1-х суток жизни. Остальные дети были оперированы в период с 2-х до 18-х суток жизни и позже. В связи с поставленной целью выявления факторов риска перинатального поражения ЦНС в дооперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах всем детям оценивался неврологический статус, проводилось скрининговое нейросонографическое исследование (трехкратно). МРТ-исследование было проведено у 25 (6,2%) из 411 новорожденных с врожденными пороками внутренних органов. В том числе 2 ребенка страдали врожденной диафрагмальной грыжей, по 9 ребенка — гастрошизисом, гидронефрозом, 6 детей со стенозом двенадцатиперстной кишки, множественными врожденными поро-

ками развития, по 8 новорожденных — аденоматозом легкого, бронхогенной кистой, омфалоцеле.

Результаты. По результатам комплексного неврологического и клинко-инструментального обследования детей с врожденными пороками внутренних органов более 42% (172) имели признаки поражения ЦНС. Основными проявлениями перинатального поражения ЦНС были: синдром угнетения — у 135 (33%), изменение мышечного тонуса и двигательные нарушения — у 238 (58%), судорожный синдром — у 24 (6%), что и соответствовало результатам, полученным при использовании методов нейровизуализации. Исследование показывает что, в раннем и позднем постоперационном периодах, а также перед выпиской синдром двигательных нарушений регистрировался у 32 (8—9%) детей. Синдром мышечной дистонии устанавливался чаще всего перед выпиской и наблюдался у 38 детей. Гипертензионно-гидроцефальный синдром был выявлен в постоперационном периоде у 3 детей с врожденной диафрагмальной и спинномозговой грыжей и потребовал дальнейшего целенаправленного лечения. Судорожный синдром до операции наблюдался у 4 (1%) ребенка, после операции — у 6 (1,5%). Наиболее тяжелые неврологические проявления гипоксически-ишемической энцефалопатии имели дети с врожденной диафрагмальной грыжей. Энцефалопатия у этих детей сочеталась с высокой легочной гипертензией, повышенным давлением в системе верхней полой вены, что влияло на церебральную гемодинамику и ее ауторегуляцию. У 50% детей с

признаками поражения ЦНС, по данным нейросонографии, были выявлены различные структурные изменения головного мозга. Из них наиболее часто встречалось расширение наружных и внутренних ликворных пространств, внутрижелудочные кровоизлияния различной степени тяжести и другие нарушения. По данным МРТ, внутрижелудочковые кровоизлияния обнаружены у 13 (3,3%) из 411 пациентов с пороками развития внутренних органов, подбололочные (субдуральные и субарахноидальные) кровоизлияния — у 5 (1,2%), церебральные кисты — у 1 (0,4%), паренхиматозные кровоизлияния — у 2 (0,8%). Расширение наружных и внутренних ликворных пространств в сочетании с внутрижелудочковыми кровоизлияниями различной степени тяжести, расширением субдурального пространства наблюдалось чаще в группе детей с врожденной диафрагмальной грыжей и спинномозговой грыжей — у 15 (20%).

Выводы

В результате комплексного неврологического и клиничко-инструментального обследования детей с врожденными пороками внутренних органов более чем у 40% установлены клинические признаки поражения ЦНС, которые в большинстве случаев — у 55 (54%) детей имели транзиторный характер, а у 22 (22%) — и органическую природу и сочетались со структурными изменениями головного мозга. Наиболее серьезные неврологические нарушения отмечались у детей с врожденной диафрагмальной и спинномозговой грыжей, гастрошизисом, омфалоцеле, множественными врожденными пороками, тяжелыми пороками развития легких в связи с развивающимися гемодинамическими расстройствами, влияющими на мозговой кровоток. Для полноценной оценки факторов риска дети с врожденными пороками нуждаются в амбулаторном наблюдении с оценкой психомоторного развития. Нейросонография и МРТ являются взаимодополняющими методами диагностики врожденных и перинатальных поражений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Шамсиев Ж.А., Шамсиев Б.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение. Эхинококкоз - является одной из распространенных и тяжелых паразитарных заболеваний человека и животных. По данным ВОЗ, ежегодно в мире около 1 млн людей оперируются по поводу эхинококкоза, из них 25% составляют дети. Узбекистан расположен в одном из пяти мировых эндемических очагов эхинококкоза. Ежегодно в Республике выполняются более 4,5 тыс. эхинококкэктомий. Послеоперационная летальность составляет от 3,5 до 16%, осложнения наблюдаются у 18 - 42,6% пациентов, а частота рецидивов достигает от 10 до 24%. Длительность болезни, трудности своевременной диагностики и лечения, высокая частота осложнений, рецидивов и инвалидизации пациентов, значительные экономические затраты на их реабилитацию обуславливают актуальность и социальную значимость данной проблемы.

Цель исследования: Улучшение результатов комплексного лечения эхинококкоза путем совершенствования диагностики и хирургической тактики. Материал и методы. За период с 1998 по 2017 гг. во 2-клинике СамМИ пролечено 941 пациента с эхинококкозом различной локализации в возрасте от 3 до 25 лет. По локализации эхинококковых кист у 515 (54,7%) больных отмечено изолированное поражение печени, у 328 (34,8%) - изолированное поражение легких, у 98 (10,5%) - сочетанное поражение внутренних органов. В

диагностике эхинококкоза, наряду с общеклиническими и лабораторными методами главное место занимает лучевая диагностика — УЗИ, рентгенография, КТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. Особенностью эхинококкоза в детском возрасте является высокая частота осложненных форм. Эхинококковые кисты лёгкого чаще подвержены осложненному течению, по сравнению с печенью. В структуре осложнений эхинококковых кист печени цистобилиарные свищи составили 54%, нагноение кисты - 33,6%, прорыв кисты в брюшную полость - 12,4%. Среди осложнений кист лёгкого прорыв кисты в бронх составил 67,9%, прорыв в плевральную полость - 11,7%, прорыв одновременно в бронх и плевральную полость - 3,7%, нагноение эхинококковой кисты без клиники прорыва - 16,7%. Дооперационное УЗИ позволяет четко определить локализацию, размеры кисты, характер жидкости, оценить состояние окружающих тканей. Пациентам с множественным эхинококкозом печени, а также при диагностических затруднениях в случаях необходимости выполняли интраоперационное УЗИ. КТ и МРТ дают более чёткую оценку структуры легких, печени, наличие очага, их количество, локализацию, размеры, отношение к крупным сосудам и другим органам, а также позволяют четко визуализировать эхинококкоз редких локализаций — мозг, кости и др. органы. Высокоинформативным

современным лабораторными методом ранней серологической диагностики эхинококкоза, который внедрён в нашей клинике являются иммуноферментный анализ (ELISA). В хирургическом лечении эхинококкоза печени и лёгкого широко применяем топические минидоступы, что способствует улучшению функциональных и косметических результатов операции. На основании проведенных исследований нами доказано, что среди наиболее распространенных гермицидов наиболее эффективное и быстрое сколексоцидное воздействие оказывает глицерин, подогретый до 70°C, при воздействии которого 100% протосколексов погибают в течении $1 \pm 0,2$ минуты, а полное истребление ацефалоцист наступает в среднем через $3 \pm 0,5$ мин экспозиции. Важным этапом эхинококкэктомии печени и легких, разработанным и внедренным в клинику, является интраоперационная экспресс-диагностика эффективности антипаразитарной обработки путём видеомикроскопии смыва из остаточных полостей. При этом четко видны живые - вывернутый и не вывернутый протосколексы с сократительными и колебательными движениями. Видеомикроскопия позволяет определить точную оценку жизнеспособности зародышей паразита. Процедура занимает не более 5 мин, что заметно сказывается на общей продолжительности операции. Другим инновационным решением является использование эндоскопической ревизии остаточной полости печени и лёгких, которая позволяет осмотреть труднодоступные для визуализации карманы и складки фиброзной капсулы, выявить и удалить резидуальные зародышевые элементы и фрагменты хитина. В клинике разработан щадящий способ ликвидации остаточной полости при хирургическом лечении эхинококкоза печени путём погружения в остаточную полость свободных краев фиброзной капсулы с прослойкой печеночной ткани. В настоящее время большое внимание уделяется разработке и внедрению малоинвазивных методов хирургического лечения эхинококкоза. Начиная с декабря 2017 г. в клинике выполнено 16 лапароскопических эхинококкэктомий печени и 4 видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого. Данные методы

имеют неоспоримые преимущества перед традиционными: - являются достаточно безопасным и высокоэффективным способом хирургического лечения данной патологии, позволяющий избежать лапаротомии; - позволяет минимизировать операционную травму, особенно в детском возрасте, значительно облегчить течение послеоперационного периода и сократить сроки госпитализации и реабилитации; - уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить функциональные и косметические результаты, значительно ускорить восстановление физической и социальной активности пациента и улучшить качество его жизни. Профилактика "рецидивов" и своевременное лечение резидуального эхинококкоза должны складываться из следующих мероприятий: - во время операции по поводу первичного эхинококкоза следует исключить возможность первично-множественного процесса; - операция должна выполняться со строгим соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности; - при небольших кистах (размером до 30 мм) показано консервативное лечение; - обязательным является проведение послеоперационной химиотерапии альбендазолом по схеме: 10-15мг/кг - курс 28 дней; - оперированные пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 5-8 лет с ежегодным УЗИ и серологическим контролем

Выводы

Таким образом, при эхинококкозе комплексный подход к улучшению результатов хирургического лечения путём применения топических минидоступов, совершенствования техники выполнения хирургического вмешательства, способов антипаразитарной обработки фиброзной капсулы, повышение надежности ушивания остаточных полостей, внедрение эндохирургических технологий, а также проведение послеоперационной химиотерапии способствует снижению частоты послеоперационных осложнений с 18,4% до 1,6%, сокращению сроков стационарного лечения с $21,2 \pm 1,2$ до $10,9 \pm 0,3$ дней и позволяет свести к нулю случаи рецидива.

VERIFICATION OF THE DIAGNOSIS IN ACUTE PAIN IN THE HIP JOINT IN CHILDREN

Shamsiev J.A., Makhmudov Z.M., Igamova S.S.

Самаркандский государственный медицинский институт

Among nosology forms of acute surgical infection severity difficulty of diagnosis and adverse outcomes of a dominant position belongs acute osteomyelitis of the hip joint.

The purpose of our work was to develop objective criteria for the early diagnosis of acute osteomyelitis of the hip joint in children To solve this problem, we carried out a survey of 61 children with osteomyelitis of the hip joint aged 4 to 15 years who were

hospitalized in the department of purulent surgery of the 2-clinic of Samarkand State medical institute for the period from 2004 to 2016. For the differential diagnosis with other inflammatory diseases of the hip, examined 32 patients with acute reactive children coxitis. All patients received complaints of pain and restriction of movement in the hip joint. In carrying out our work into account the following data: Toxicity index of blood. The principle of the method consists

in determining the period of the death of paramesium (Paramesium caudatum), placed in the test serum. Leukocyte index of intoxication. Highest leukocyte index of intoxication observed in patients with osteomyelitis of the hip, a group of patients with reactive coxitis this indicator was the lowest. In the early stages of forty-one patients received complaints of severe pain in the hip, for differential diagnosis used computer tomography. The primary focus of osteomyelitis in 21 children is localized in the bones forming the hip joint, and 20 children osteomyelitis was

excluded and diagnosed reactive coxitis. Introduction to complex clinical and laboratory methods for diagnosis of acute osteomyelitis of the hip bones in children, the toxicity index of blood, leukocyte index of intoxication and the use of computed tomography increases the possibility of differential diagnosis of purulent bone disease of the hip joint in the early stages of the disease. Thus, to choose the right tactics treatment and thereby decrease the terrible orthopedic complications.

VERIFICATION OF THE DIAGNOSIS IN ACUTE PAIN IN THE HIP JOINT IN CHILDREN

Shamsiev J.A., Makhmudov Z.M., Igamova S.S.

Самаркандский государственный медицинский институт

Among nosology forms of acute surgical infection severity difficulty of diagnosis and adverse outcomes of a dominant position belongs acute osteomyelitis of the hip joint.

The purpose of our work was to develop objective criteria for the early diagnosis of acute osteomyelitis of the hip joint in children. To solve this problem, we carried out a survey of 61 children with osteomyelitis of the hip joint aged 4 to 15 years who were hospitalized in the department of purulent surgery of the 2-clinic of Samarkand State medical institute for the period from 2004 to 2016. For the differential diagnosis with other inflammatory diseases of the hip, examined 32 patients with acute reactive children coxitis. All patients received complaints of pain and restriction of movement in the hip joint. In carrying out our work into account the following data: Toxicity index of blood. The principle of the method consists in determining the period of the death of paramesium (Paramesium caudatum), placed in the test serum. Leukocyte index of intoxication. Highest leukocyte

index of intoxication observed in patients with osteomyelitis of the hip, a group of patients with reactive coxitis this indicator was the lowest. In the early stages of forty-one patients received complaints of severe pain in the hip, for differential diagnosis used computer tomography. The primary focus of osteomyelitis in 21 children is localized in the bones forming the hip joint, and 20 children osteomyelitis was excluded and diagnosed reactive coxitis. Introduction to complex clinical and laboratory methods for diagnosis of acute osteomyelitis of the hip bones in children, the toxicity index of blood, leukocyte index of intoxication and the use of computed tomography increases the possibility of differential diagnosis of purulent bone disease of the hip joint in the early stages of the disease. Thus, to choose the right tactics treatment and thereby decrease the terrible orthopedic complications.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЗАРИТА

Шахназаров А.И., Хамидов М.А., Хамидова Х.А., Гасанов Х.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Несмотря на многочисленные клиничко-лабораторные и морфологические исследования не разработаны критерии дифференциации реактивных, адаптивных и компенсаторных изменений в пораженном эхинококковым органе и в системах, регулирующих гомеостаз организма. Можно предположить, что местные и общие изменения в организме будут иметь некоторые особенности в зависимости от биологического состояния гелиминта, способности секретировать активные вещества в процессе жизнедеятельности или же после его гибели и присоединения осложнений. Проведена сравнительная клиничко-морфологическая и гистохимическая оценка печени у больных эхинококкозом в зависимости

от жизнедеятельности паразита и с учетом объема поражения, локализации, механического воздействия на сосудистую и желчевыделительную системы. В зависимости от макроскопического состояния эхинококковой кисты выделены три фазы жизнедеятельности гелиминта: I – живой паразит, в кисте нет дочерних пузырей, жидкость светлая и прозрачная; II – материнский паразит мертвый, имеются дочерние пузыри, жидкость мутная, в фиброзной капсуле могут быть кальцификаты; III – паразит мертвый, киста с осложнениями: петрификатами, нагноением, прорывом в желчные пути и т.д. При этом проводили сравнительный анализ изменений в перикистозной и отдаленной зонах пораженной, а также

в интактных долях печени. У больных с эхинококкозом печени, независимо от фазы жизнедеятельности паразита, наиболее выраженные изменения развиваются в перикистозной зоне. Гистологически они характеризуются реактивными, компенсаторными и адаптивными процессами со стороны всех структур. Однако у больных в I фазе преобладают реактивные изменения со стороны иммунной системы. В печени наблюдаются мозаичного характера изменения ферментного спектра. Активность дегидрогеназ сукцината, лактата, альфаглицерофосфата и НАД-диафораз снижалась в гепатоцитах в непосредственно близкой к капсуле зоне и повышалась в купферовских клетках, фибробластах; распределение активности кислой фосфатазы (КФ) в долях была также неравномерной: более высокой в перипортальных и перипортальных зонах; активность щелочной фосфатазы значительно повышалась во внутридольковых желчных капиллярах с диффузией через цитоплазму гепатоцитов на эндотелий синусоидов. У больных во II и III фазах биологического состояния паразита вокруг стенки кисты более широкой была зона фиброзной трансформации, при сохранении инфильтрации лимфо-плазмогистиоцитами и

нейтрофилами. Кроме того, в III фазе наблюдался диффузный перипортальный хронический гепатит с фибротизацией междольковой стромы, деформацией и расширением просветов вен как ветвей портальной, так и печеночных вен, а также желчных протоков. Одновременно развивалась атрофия паренхимы с формированием островков, напоминающих псевдодолулы. Однако в отличие от цирротических ложных долек в них отсутствовали некробиотические процессы, а дистрофические изменения носили обратимый мелкоочаговый характер. Активность дегидрогеназ и фосфатаз была различной в разных участках печени. В I-II зонах пораженной доли в гепатоцитах СДГ, КФ снижались, повышалась активность ЛДГ, НАД-диафораз; в тоже время в непораженной доле СДГ и КФ повышались, оставалась высокой активность ЛДГ, НАД-диафораз и ЩФ.

Таким образом, при эхинококкозе печени развиваются фазные структурно-метаболические процессы реактивного, компенсаторного и адаптивного характера, направленные на сохранение гомеостаза.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС, КАК ДОМИНИРУЮЩАЯ ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Щерба С.Н.(1,2), Половинкин В.В.(1,2), Бенсман В.М.(1,2), Савченко Ю.П.(1,2), Щерба А.С.(1)

*ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии,
ГБУЗ Научно-Исследовательский Институт –
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского.*

Введение. Послеоперационные гнойные осложнения продолжают оставаться актуальной и до конца не решённой проблемой в современной хирургии. Особую значимость этот вопрос приобретает в колоректальной хирургии, у больных, оперированных по поводу рака толстой кишки и колопроктологических заболеваний неопухолевого этиологии. Послеоперационные интра- и экстраабдоминальные гнойно-септические осложнения у этой категории пациентов достигают 20 - 50%. На этом фоне нередко происходит генерализация инфекционного процесса с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности (ПОН), являющихся одной из основных причин летальности больных.

Цель исследования. Определить частоту и причины послеоперационного абдоминального сепсиса у колопроктологических пациентов, оперированных в НИИ-ККБ №1 г. Краснодар.

Материал и методы исследования. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодар в 2014 - 2018 годах по по-

воду колопроктологических заболеваний. За указанный период накопилась информация о 6453 больном. Согласно критерию включения (радикальные оперативные вмешательства по поводу рака толстой кишки, завершившиеся наложением межкишечного анастомоза) в исследовании участвовали 1198 пациентов. Мужчин было 615 (51,3%) (средний возраст $62 \pm 4,1$), женщин – 583 (48,7%) (средний возраст $68 \pm 7,6$). Все хирургические вмешательства выполнялись в плановом порядке после стандартного обследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки кишечника, тромبو- и антибиотикопрофилактики под эндотрахеальным наркозом через срединный лапаротомный доступ или лапароскопическим способом.

Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде возникло 164 (13,7%) интра- и экстраабдоминальных осложнения. Зафиксировано 15 (1,3%) летальных исходов. Двое (0,16%) больных погибли от ТЭЛА. Ещё двое (0,16%) от неабдоминального сепсиса с ПОН, причиной которого стало тотальное нагноение лапаротомной раны без перитонита. У одиннадцати (0,9%) больных летальный

исход наступил в результате абдоминального сепсиса с ПОН. В десяти случаях абдоминальный сепсис возник на фоне перитонита, вызванного несостоятельностью кишечного анастомоза. А у одного больного – на фоне тотального нагноения лапаротомной раны, с последующим переходом инфекционного процесса на брюшную полость и развитием перитонита.

Выводы

Проведённое исследование продемонстрировало, что абдоминальный сепсис занимает лидирующее место среди причин смерти у колопроктологических больных в раннем послеоперационном периоде.

Формат 30x42 ¹/₄. Бумага офсетная.
Гарнитура "Times New Roman".
Печать ризографная. Тираж 100 экз.
Тиражировано в типографии ИП Гаджиева С.С.
г. Махачкала, ул. Юсупова, 47

RIZO-PRESS

Приложение к журналу

ВЕСТНИК

Дагестанской государственной медицинской
АКАДЕМИИ



2019

2 (31)

Приложение к журналу
“Вестник Дагестанской государственной
медицинской академии”

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ»

*Материалы
выездного Пленума Российского
общества хирургов и
XIX Съезда хирургов Дагестана
г. Махачкала,
6-7 июня 2019 года*