

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 службе 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 26.06.2018 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

ПРИЛОЖЕНИЕ К ВЕСТНИКУ ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ № 2 (27), 2018

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.

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.С. 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. ЮЦУК, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)

СОДЕРЖАНИЕ

К 60-летию профессора Г.Р.Аскерханова	13
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС	
Первый опыт выполнения кардиохирургических операций в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова Аскерханов Г.Р.(1), Махатиллов Г.М. (1), Кандауров А.Э.(1,2), Казакмурзаев М.А. (1), Абдуллаев И.С. (1), Дубаев А.А. (1), Бадышев И.А.(1), Гаджиханов Н.Р. (1), Байрамов Р.А. (1), Рязанова В.Н. (1), Дадашева М.А. (1), Муталипов Х.М. (1).	16
Опыт рентгенэндоваскулярного лечения врожденных пороков сердца в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии: непосредственные результаты 385 операций Махачев О.А. (1,2), Абасов Ф.Х. (1,2), Магомедов А.Г. (1,2), Бадрудинова 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)	17
Опыт диагностики и лечения ишемической болезни сердца в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Махачев О.А.(1,2), Абасов Ф.Х.(1,2), Стафёров А.В.(3), Мамаев А.А.(1), Хаджилаев М.Х. (1), Османов О.А.(1), Гаджиев Н.М.(1,2), Дибирова М.Н.(1,2), Бадрудинова М.Х.(1), Абакаров А.М. (1)	18
Анализ функционирования аортокоронарных шунтов у больных с ишемической болезнью сердца Махачев О.А.(1,2), Абасов Ф.Х.(1,2), Мамаев А.А.(1), Хаджилаев М.Х.(1), Османов О.А.(1), Забитов Н.З.(1), Шахнавазов А.Ш.(1,2), Абакаров А.М.(1)	19
Опыт проведения чреспищеводных электрофизиологических исследований Махачев О.А.(1,2), Магомедов А.Г.(1), Султанов М.Г.(1), Расулов М. М.(1), Исмаилов А. С.(1).....	20
Опыт центра: эндоваскулярная реваскуляризация миокарда у пожилых пациентов с коморбидной патологией при остром коронарном синдроме Аскерханов Г.Р., Дубаев А.А., Бадышев И.А.	21
Эндоваскулярная коррекция критического стеноза дистального анастомоза единственного функционирующего аортокоронарного шунта у больного с нестабильной стенокардией Аскерханов Г.Р., Махатиллов Г.М., Дубаев А.А., Казакмурзаев М.А., Рязанова В.Н.	22
Успешный опыт хирургического лечения тромбозмболии легочной артерии у беременной пациентки Кандауров А.Э.	23
Эндоваскулярная коррекция критического стеноза дистального анастомоза единственного функционирующего аортокоронарного шунта у больного с нестабильной стенокардией Аскерханов Г.Р., Махатиллов Г.М., Дубаев А.А., Казакмурзаев М.А., Рязанова В.Н.	24
Особенности течения острого инфаркта миокарда у женщин Кузуб А.А., Кандауров А.Э.	25
Ударно-волновая терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца: первый опыт Махачев О. А.(1,2), Дибирова М.Н.(1,2), Магомедова П.М.(1), Бадрудинова М.Х.(1), Абасов Ф.Х.(1,2).	26
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	
Эндоваскулярное лечение синдрома хронической абдоминальной ишемии Щеголев А.А., Мутаев М.М., Папоян С.А., Красников А.П., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю.	27
Шунтирование или стентирование при поражении подключичной артерии? Гавриленко А.В., Иванов В.А., Аль-Юсеф Н.Н., Магомедова Г.Ф., Маматкулова З.Х.	28

СОДЕРЖАНИЕ

Гибридные вмешательства в лечении критической ишемии нижних конечностей Мутаев М.М., Папоян С.А., Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Красников А.П., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю., Сыромятников Д.Д., Громов Д.Д.	29
Хирургическое лечение в ранние сроки после ишемического инфаркта головного мозга Щеголев А.А., Мутаев М.М., Папоян С.А., Красников А.П., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю., Сыромятников Д.Д., Громов Д.Д.	30
Результаты эндоваскулярного лечения ишемического инсульта Закарян Н.В., Молохоев Е.Б., Шелеско А.А., Панков А.С., Давтян А.Г., Киракосян В.Р., Апонян А.А.	31
Ультразвуковая ангиография в диагностике осложненных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей Альбицкий А.В.	32
Предикторы реконструктивных операций на сонных артериях при удалении каротидных хемодектом Аскерханов Г.Р.(1,2), Махатилов Г.М.(1,2), Адильханов С.Г.(1), Казакмурзаев М.А.(2)	33
Хирургическое лечение аневризм инфраренального отдела аорты Аскерханов Г.Р.(1,2), Махатилов Г.М.(1,2), Адильханов С. Г.(1), Казакмурзаев М.А.(2)	34
Опыт применения общеподвздошно-общеподвздошного переключения при расщепляющей аневризме аорты 3В типа по Де Бейки-Белову Закарьяев А.Б. (1), Бутаев С.Р. (1), Матусевич С.В. (2), Виноградов Р.А. (1)....	35
Веносохраняющий подход при лечении латеральной формы варикозной болезни вен нижних конечностей Казакмурзаев М.А. (1), Аскерханов Г.Р. (1), Махатилов М.-Г.М. (1), Закариев М.-Р.З (2)	36
Частота встречаемости вертикального рефлюкса по стволу большой подкожной вены в различных клинических классах при первичной форме хронических заболеваний вен Казакмурзаев М.А. (1), Аскерханов Г.Р. (1), Абдуллаев И.С.(1), Закариев М.-Р.З.(2)	37
Опыт хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в ГКБ №1 Алиев М.А., Джанаев М.З.	38
Рентгенэндоваскулярная эмболизация гонадных вен при варикоцеле Махачев О.А. (1,2), Абасов Ф.Х.(1,2), Шелеско А.А.(3), Мамаев А.А.(1), Хаджилаев М.Х. (1), Османов О.А.(1), Муталипов Р.М.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Магомедова З.Г.(1)	39
Опыт хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в ГКБ №1 Алиев М.А., Джанаев М.З.	40
Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей: причины, способы устранения и профилактика Махачев О.А.(1,2), Айдаев С.С.(1,2), Муталипов Р.М.(1), Изиев В.Р.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Шахнавазов А.Ш.(1,2)	41
Хирургическое лечение варикозного расширения вен нижних конечностей: опыт 1800 эндовенозных лазерных облитераций Махачев О.А.(1,2), Айдаев С.С.(1,2), Муталипов Р.М.(1), Изиев В.Р.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Шахнавазов А.Ш.(1,2)	42
Возможности диагностики и миниинвазивного лечения венозных мальформаций нижних конечностей Махачев О.А.(1,2), Айдаев С.С.(1,2), Абасов Ф.Х. (1,2), Муталипов Р.М.(1), Изиев В.Р.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Шахнавазов А.Ш.(1,2)	43
Профилактика тромботических осложнений после реконструктивных операций у больных с трофическими язвами атеросклеротического генеза с целью предотвращения ампутации конечности Кательницкий И.И., Кательницкий Иг.И., Ливадняя Е.С.	44

СОДЕРЖАНИЕ

Наш опыт обеспечения сосудистым доступом для гемодиализа Махачев О.А.(1,2), Нурмагомедов А.Г.(1), Шихмагомедов О.О.(1), Муталипов Р.М.(1)	45
Комплексное лечение и методы ревакуляризации нижних конечностей у больных диабетической стопой Исмаилов С.А.(1,2), Альбориев И.Н.(1), Закариев М-Р. З.(1,2)	46
Использование баллонной ангиопластики при стенотическом поражении артерий нижних конечностей в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы Алиев Магомед А., Сафаров С.Ю., Магомедов М.С., Османов Р.С., Сулейманов Ш.А.	47
Усовершенствованная техника эндовидеохирургической грудной симпатэктомии для лечения болезни Рейно Абдурашидов Г.А., Койчугев Р.А.	49
Наш опыт эндоваскулярного лечения аневризм грудной и брюшной аорты Закарян Н.В., Панков А.С., Давтян А.Г., Шелеско А.А., Киракосян В.Р., Молохоев Е.Б., Баринов В.Е., Игнатенко А.В.	50
Эндоваскулярное лечение больных с дистальной формой поражения артерий нижних конечностей при диабетической макроангиопатии Темрезев Т.Х., Темрезев М.Б.	51
Современный подход к лечению тромбозмболических осложнений Кривошеков Е.П.(1), Мигунов И.А.(2), Романов В.Е. (1)	52
Окислительный стресс при острой ишемии конечностей Сорока В.В., Нохрин С.П., Магамедов И.Д., Арискина О.Б., Рязанов А.Н., Магомедов С.Б., Баширов А.М.	53
Гибридные вмешательства при многоуровневом поражении артерий нижних конечностей Шубин А.А., Фаталиев Г.Б., Зимин В.В., Шагинян А.Р., Магомадов Я.У., Куранов П.И.	54
Предоперационная подготовка к ревакуляризирующей остеотрепанации и послеоперационное ведение больных с критической ишемией нижних конечностей Косаев Д.В., Алиев Э.Р., Ибрагимова Г.Р.	55
CD34, VEGF и Ki67 в условиях эндоваскулярной лазерной терапии у больных с окклюзией артерий нижних конечностей Косаев Д.В.(1), Гасанов И.А.(2).	56
Лечение венозных тромбозмболических осложнений у онкологических больных новыми оральными антикоагулянтами Кательницкая О.В.(2), Кит О.И.(2), Кательницкий Иг.И.(1), Кательницкий И.И. (1), Простов И.И. (1), Иващенко А.В. (1)	57
Возможности профилактики тромбозмболических осложнений при онкологических заболеваниях сигмовидной, прямой кишки и желудка Кательницкий Иг.И.(1), Сокиренко И.А.(1), Буриков М.А. (2), Сказкин И.В. (2), Бликян К.М. (1), Ливадняя Е.С.(1)	58
Современные подходы в лечении острого периферического флеботромбоза Кательницкий И.И., Кательницкий Иг.И, Кательницкая О.В.	59
Консервативное лечение трофических язв венозного генеза нижних конечностей Магомедов А.А, Гаджиев К.И, Магомедова К.А.	60
Инновации в прогнозировании и профилактике венозных тромбозмболических осложнений у пострадавших с политравмой Петров А.Н., Самохвалов И.М.	61
Инновационная технология в лечении миомы матки – эмболизация маточных артерий Аскерханов Г.Р., Аскерханова Э.Р., Дубаев А.А., Гасангусейнова С.М., Гарунова И.Н., Абусуева Н.А.	62
Новые методы в лечении доброкачественных сосудистых опухолей Садьков Р.Р. (1), Каримов М.А. (2), Усмонов У.Д. (2).	63

СОДЕРЖАНИЕ

Возможности лазеротерапии в лечении гемангиом ротовой полости Садыков Р.Р. (1), Каримов М.А. (2), Усмонов У.Д. (2)	64
Снижение тяжести постромботической болезни при лечении тромбоза глубоких вен Кривошеков Е.П. (1), Мигунов И.А. (2), Данченко И.И. (2), Сауткина О.В. (2), Романов В.Е. (1)	65
Лечение тромбофлебита в амбулаторных условиях Закариев М.З., Каспаров А.Э., Гаджиев О.Г., Ахмедова Г.О., Альбориев И.Н., Исмаилов С.А.	66
Применение генно-инженерной стимуляция ангиогенеза в комплексе лечения облитерирующего атеросклероза нижних конечностей Кривошеков Е.П. (1), Ельшин Е.Б. (2), Романов В.Е. (3)	67
Опыт применения каротиной эндартерэктомии из внутренней сонной артерии в условиях отделения сосудистой хирургии Альбориев И.Н., Гаджиев У.А.	68
Трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (операция TIPS/ТИПС) при жизнеугрожающих осложнениях портальной гипертензии у больных циррозом печени Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В.	69
Наш опыт эндоваскулярного лечения портальной гипертензии Закарян Н.В., Панков А.С., Давтян А.Г., Шелеско А.А., Киракосян В.Р., Молохоев Е.Б., Тадевосян К.Г.	70
3. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	
Пероральная эндоскопическая миотомия у пациентов с тяжелой формой ахалазии кардии Гасанов А.М., Даниелян Ш.Н., Тарабрин Е.А., Рабаданов К.М., Квардакова О.В., Кайбышева В.О.	71
Холедохоскопия при билиарных осложнениях эхинококкоза печени с механической желтухой и холангитом Койчуев Р.А., Османов А.О., Абдурашидов Г.А.	72
Анализ эффективности ретроградных вмешательств на БДС и холедохе, при патологии желчевыводящих путей, осложнённых билиарным панкреатитом и механической желтухой Иманалиев М.Р., Хандулаев Ш.М., Ибрагимов З.С.	73
Транспариетальное пункционное лечение очаговых гнойных образований печени под ультразвуковым контролем Койчуев Р.А., Хабибулаева З.Р., Османов А.О.	75
Лапароскопическая TAPP герниопластика в лечении паховых грыж Хамидов М.А., Магомедов М.П., Гусейнов М.М., Магомедов А.М., Муртузалиева А.С.	76
Опыт внедрения лапароскопической герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах с применением имплантов Реперен Попов Ю.П.(1), Иванов Н.А.(1), Попов П.А.(1), Акилин К.А.(1), Харитонов В.В.(1), Герева З.К.(2)	77
Миниинвазивный способ лечения холедохолитиаза Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Скороваров А.С., Султанова Р.С.	79
Сравнительный анализ непосредственных результатов роботических, лапароскопических и открытых резекций прямой кишки Хатьков И.Е., Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А.,	80
Бариатрические операции у пожилых пациентов Аскерханов Р.Г. (1,2), Фейдоров И.Ю. (1,2), Петрова А.Л. (1,2), Мосн С.В. (1,3), Бодунова Н.А. (1)	81
Лапароскопические операции при хроническом панкреатите Израилов Р.Е., Цвирун В.В., Алиханов Р.Б., Андрианов А.В.	82
Модифицированная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия при ахалазии пищевода Алиев С.А., Магомедов С.М.	83

СОДЕРЖАНИЕ

Оценка эффективности выполнения фундопликаций в лечении рефлюкс-эзофагита с использованием роботической системы DaVinci Васнев О.С., Кошкин М.А., Белоусов А.М., Байчоров М.Э.	84
Малоинвазивные технологии в лечении ахалазии кардии 4 степени Кошкин М.А., Васнев О.С., Израилов Р.Е., Шишин К.В., Казакова С.С., Домрачев С.А., Белоусов А.М.	75
Лапароскопическая герниорафия – точки приложения при пупочной грыже Мяконький Р.В.	86
Видеоторакоскопическое лечение диафрагмальных грыж у новорожденных Махачев Б.М., Магомедов А.Д., Патахов С.П., Тихмаев А.Н., Абасов М.Н., Гебекова С.А., Атабиев М.А., Магомедов М.М.-т.	88
Возможности применения эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (e-TEP) при лечении грыж передней брюшной стенки различных локализаций Байчоров Э.Х.(1), Грясов В.И.(1,2), Тамбиев М.Д.(2), Агапов М.А.(2)	89
Опыт малоинвазивного хирургического лечения больных острым холециститом старческого возраста Бомбизо В.А. (2), Цеймах Е.А. (1,2), Рыжих А.Е. (2), Булдаков П.Н. (1,2), Дергунов Д.В. (1)	90
Лапароскопические симультанные операции при калькулезном холецистите Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Войтюк В.Н.	91
Сравнительная характеристика качества препарата после операций по поводу рака ободочной кишки при лапароскопическом и открытом доступах Карачун А.М., Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Петров А.С., Ланков Т.С.	92
Анализ лечения перфоративных гастродуоденальных язв с использованием лапароскопического доступа Праздников Э.Н. (1,2), Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П. (1,2), Налетов В.В. (2), Зинатулин Д.Р. (1,2), Сизова А.Н. (1), Светашов В.С. (1,2), Лазука П.А. (1)	93
Высокотехнологичные вмешательства в лечении эхинококкоза легких Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Омаров М.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А.	94
Паховая эндогерниопластика: «стрелять» или клеить? Поляков А.А., Михин И.В., Косивцов О.А., Рясков Л.А.	95
Сзади наперед: хирургия комбинированных паховых грыж Михин И.В., Поляков А.А., Косивцов О.А., Рясков Л.А.	96
Опыт применения методики видеоасситированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А.	97
Возможности применения методики видеоасситированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А., Стрельцов Ю.А., Саакян Г.Г., Абдулатипова З.М.	98
Анализ непосредственных результатов роботических, лапароскопических и открытых резекций прямой кишки Хатьков И.Е., Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А., Саакян Г.Г., Стрельцов Ю.А., Долгопятов И.А.	99
Оценка качества жизни больных ожирением с использованием трех опросников до и после лапароскопических бариатрических операций Аскерханов Г.Р. (1,2), Садыки М.Н.(1), Аскерханов Р.Г.(2), Абдуллаев И.С.(2), Гарунов Р.М.(2)	100
Новые подходы к обучению мануальным навыкам в эндохирургии Хамидов М.А., Магомедов М.П., Муртузалиева А.С.	102
Включение навыков по электрохирургии при обучении эндоскопической хирургии Муртузалиева А.С., Хамидов М.А., Магомедов М.П.	103

СОДЕРЖАНИЕ

4. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ. РАЗНОЕ

Новые подходы к санации брюшной полости при послеоперационных перитонитах Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А.	104
Влияние стафилококковой бактериемии на развитие послеоперационных осложнений у больных с острым осложненным холециститом и холецистопанкреатитом Умаханов Х.У., Мамаев К.Т., Шарапудинов М.Ш., Омаров М.М.	105
Трансиллюминационный оптический мониторинг в грудной и брюшной хирургии Сигал З.М., Сурнина О.В., Бабушкин Ф.Г., Золотарев К.Е.	106
Способ транспеченочного дренирования эмпиемы плевры, развившейся при прорыве гнояника печени в грудную полость Загидов М.З., Загидова А.М., Шарапудинов М.Ш.	107
Значение выявления мутации BRAF-V600E при узлообразованиях щитовидной Исаев Г.Б., Шукюрова А.И.	108
Высокотехнологичная хирургия в медицинском центре им. Р.П.Аскерханова Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Аскерханов Р.Г., Кандауров А.Э., Омаров И.Ш., Абдуллаев И.С., Дубаев А.А., Аскерханова Э.Р., Гасангусейнова С.М., Гамзатова А.С., Ханов Н.М.	109
Изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей Юсупова З.К., Собиров Э.Ж., Сапаев О.К.	110
Опыт мини-инвазивной пластики пупочных грыж у пациентов с диабетом Кривощёков Е.П., Молчанов М.А.	111
Возможности ультразвукового исследования в установлении показаний к хирургическому вмешательству при колостазе Манафов С.С., Алиева Н.З.	112
К диагностическому значению некоторых клинических, инструментальных и лабораторных показателей у больных с ранним и клинически скрытым раком щитовидной железы Заманов Р.М. (1), Гасанов И.А. (2), Шахсуваров О.М. (1), Исмаилова А.В. (1), Сафарова Л.Ш. (1) . . .	113
Выбор объема операции при узлах пограничной степени злокачественности (C-r in situ; G0) и раннем раке щитовидной железы Заманов Р.М.	114
Чрескожная эхинококкэктомия как метод лечения эхинококкоза печени Мусаев Г.Х., Шарипов Р.Х., Ширяев А.А.	115
Осложнения хирургического лечения рака молочной железы Вагабова И.М., Тагирова А.Г.	116
Повторная трансуретральная резекция мочевого пузыря в стадировании и лечении больных с поверхностным раком мочевого пузыря Гасанов Н.Г. (1), Тагирова А.Г. (2).	117
Определение экономической эффективности и значимости одномоментного применения современных малоинвазивных технологий при хирургическом лечении сочетанных желчнокаменной болезни и заболеваний щитовидной железы Алиев Ю. Д. Мехтизаде С.М.	118
Значение клиничко-анатомических данных в аспекте хирургического лечения больных онкологическими заболеваниями органов гепатобилиарной зоны Жариков Ю.О. (1), Байдарова М.Д. (2), Тупикин К.А. (3), Коваленко Ю.А. (2), Нерестюк Я.И. (4), Николенко В.Н. (1)	119
Папиллосфинктеротомия при осложнённом холедохолитиазе Шаталов А.Д., Хацко В.В., Коссе Д.М., Межаков С.В., Каплун А.И., Литвинова А.С.	120

СОДЕРЖАНИЕ

Способ оптимизации выявления связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками Хацко В.В., Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Пархоменко А.В., Войтюк В.Н., Потапов В.В.	121
Особенности лечения пациентов холедохолитиазом осложненной механической желтухой Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов Х.М.	122
Видеоторакоскопическое лечение посттравматического свернувшегося гемоторакса Колкин Я.Г., Ступаченко О.Н., Вегнер Д.В., Греджев Ф.А., Ступаченко Д.О., Филахтов Д.П.	123
Малоинвазивное лечение острого инфицированного панкреонекроза Зубов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Нестеров Н.А., Крупка А.А.	124
Возможности применения индоцианина зеленого в колоректальной хирургии Атрощенко А.О., Стрельцов Ю.А., Абдулатипова З.М., Данилов М.А., Поздняков С.В., Долгопятов И.А., Саакян Г.Г.	125
Профилактика послеоперационного перитонита Фролкин В.И., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В.	126
Выбор оперативного метода на основе морфо-функционального состояния местных тканей при рецидивах вентральных грыж Новрузов Ш.Р., Новрузов Р.М.	127
Наша тактика при лечении вентральных грыж разной локализации передней стенки живота Новрузов Ш.Р., Новрузов Р.М.	128
Программа «Fast-track» у больных с желчнокаменной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы Гербали О.Ю.	129
Результаты контактной уретеролитотрипсии при уретеролитиазе различного уровня локализации Г.Р. Аскерханов, А.Г. Алиев, Абдуллаев И.С. Газимагомедов Г.П. Бадышев И.А.	130
Опыт применения дистанционной и контактной литотрипсии больным с мочекаменной болезнью Аскерханов Г.Р. Алиев А.Г. Абдуллаев И.С. Гарунов Р.М. Бадышев И.А.	131
Лапароскопическая пиелопластика при стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) Магомедов М.П., Хамидов М.А., Газимагомедов Г.П. Алиев А.Г.	132
Водянка оболочек яичка у детей. Есть ли перспективы улучшения результатов лечения? Асланов Д.А.(2), Аксельров М.А.(1), Мальчевский В.А.(1,3), Хрупа Д.А.(3)	133
К вопросу применения гистероскопии в диагностике и лечении внутриматочной патологии Аскерханов Г.Р., Гасангусейнова С.М., Аскерханова Э.Р., Гарунова И.Н., Абусуева Н.А., Бадышев И.А.	134
Возможности УЗ-диагностики в выявлении непальпируемых образований в молочных железах после эндопротезирования Исаева П. А.	135
Оценка качества жизни больных ожирением с использованием трех опросников до и после лапароскопических бариатрических операций Аскерханов Г.Р. (1,2), Садыки М.Н.(1), Аскерханов Р.Г.(2), Абдуллаев И.С.(2), Гарунов Р.М.(2)	136
Возможности минимального инвазивного диапевтического вмешательства – озono-терапии в лечении жидкостных образований молочных желез различной сложности Шейхмагомедова З.А. Тамаева Ф.А., Муталимова К.Б.	138
Осложнения при торакоабдоминальных огнестрельных ранениях Султанов А.С., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А.	139

СОДЕРЖАНИЕ

Fast-track-реабилитация пациентов с ахалазией кардии при лапароскопических резекциях пищевода Анипченко А.Н.	140
Анализ результатов, лапаротомных и лапароскопических методов в хирургическом лечении ахалазии кардии Рагимов В.А.(1), Агаев Р. (2)	141
Роль диагностической лапароскопии и свободных опухолевых клеток в определении лечебной тактики при местно-распространенном раке желудка Израилов Р.Е., Васнев О.С., Семенов Н.Е., Поморцев Б.А.	142
Выбор метода хирургического лечения Гастро-эзофагальной рефлюксной болезни Загидов М.З, Загидова А.М.	143
Лечение огнестрельных ранений печени Загидов М.З, Загидова А.М.	145
Рецидив паховой грыжи: причины и пути решения проблемы Белоусов А.М., Васнев О.С., Нигматов М.М.	146
Алгоритм действия врача-эндоскописта при локальных изменениях межбронхиальных шпор Штейнер М.Л. (1, 2), Биктагиров Ю.И. (2), Корымасов Е.А. (2), Кривошёрков Е.П. (2), Жестков А.В. (2)	147
Хирургическая тактика при механической желтухе в пожилом и старческом возрасте Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Болтаев Н.Р.	148
Результаты эндоскопических методов диагностики у больных с механической желтухой Хайдаров А.А., Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Бафоев З.П., Саъдиев Э.С., Болтаев Н.Р.	149
Патогенез развития осложнений эхинококка печени Омаров М.М., Канаева А.И., Гаджиев У.А.	150
Повторные торакотомии в хирургической практике Столяров С.И.	151
Согласованность прогноза ультрасонографической подклассификации новообразований молочной железы BI–RADS 4 с патогистологической верификацией, с помощью инвазивной процедуры трепан-биопсии Тамаева Ф.А., Омарова Д.Г., Шейхмагомедова З.А., Муталимова К.Б.	152
Малоинвазивное лечение острого инфицированного панкреонекроза Зубов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Нестеров Н.А., Крупка А.А.	153
Проксимальная резекция поджелудочной железы: пути снижения местных послеоперационных осложнений Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.	154
Вариант завершения билиарной реконструкции после резекции хиллярной холангиокарциномы Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Султанова Р.С., Абдуллаева А.З.	155
Малоинвазивные, пункционные методы диагностики и лечения жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства Омаров К.Х., Магомедов Х.А., Дибирдадаева М.Р.	156
Химическая некрэктомия и её значение в лечении контактных глубоких ожогов у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей неврологической патологией Ахмедов М.Г., Ахмедов Д.М., Агаева А.Р., Гусейнов Т.И.	158
Принцип экспандерной дермотензии в восстановительной хирургии последствий ожогов Ахмедов М.Г., Ахмедов Д.М., Агаева А.Р., Гусейнов Т.И.	159
Наш опыт оперативного лечения низковольтных электроожогов кисти у детей Ахмедов М.Г., Ахмедов Д.М., Агаева А.Р., Гусейнов Т.И.	160
Изменения активности ксантинооксидазы у больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде при магнитно-лазерной терапии Арсютов В.П. (1), Арсютов О.В. (1), Столяров С.И. (2)	161

СОДЕРЖАНИЕ

Сравнительный анализ применения эхонавигационных интервенций в хирургическом лечении очаговой патологии печени Влахов А.К. (1), Голомидов А.Н. (2), Власов Н.В. (2), Стормажов В.А. (2)	162
18-летний опыт 952 пластик пищевода при раке и доброкачественных стриктурах. Пути достижения успеха Алиев С.А., Рохоев Х.Н., Эльдарханова А.З., Курбанов К.А., Магомедов С.М., Закаржаева З.М., Омаров К.Х., Нуриева А.М.	163
Идеология хирургической тактики при синхронном раке левого легкого и пищевода Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Магомедов С.М., Курбанов К.А., Гасанов М.К., Закаржаева З.М.	164
Опыт применения радиочастотной абляции очаговой патологии паренхиматозных органов и мягких тканей Влахов А.К. (1), Сеферов Б.Д. (2), Руденко К.Е. (2)	165
Опыт применения терапии отрицательным давлением для закрытия остаточных полостей после эхинококкэктомии Иванов С.А., Панфилов К.А.	166
Хирургическое лечение рака почки Гасанов Н.Г. (1), Тагирова А.Г. (2)	167
Пути улучшения результатов лечения острого послеоперационного перитонита Зорик В.В., Карипиди Г.К., Овчинников А.В.	168
Ошибки и опасности при лечении больных с закрытой абдоминальной травмой Щеголев А.А.(1,2), Товмасын Р.С.(1,2), Чевокин А.Ю.(1,2), Васильев М.В.(2,1), Мурадян Т.Г.(1), Шейхов Т.Г.(1)	169
Хирургическая тактика при повреждениях трахеи Столяров С.И. (1), Григорьев В.Л. (2)	170
Вакуум-терапия при внутрибрюшных абсцессах после аппендэктомии Бутырский А.Г. (1), Шерендак С.А. (2)	171
Сравнительная характеристика препарата после операций по поводу рака ободочной кишки с лимфодиссекцией в объеме D2 или D3 Карачун А.М., Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Петров А.С., Ланков Т.С.	172
Выбор метода лечения гастро-эзофагальной рефлюксной болезни Загидов М.З., Загидова А.М.	173
Информативность компьютерной томографии для определения сN у больных раком ободочной кишки Карачун А.М., Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Петров А.С., Ланков Т.С.	174
Ошибки и осложнения в хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений Щеголев А.А. (1,2), Аль-Сабунчи О.А. (1), Павлычев А.В. (1), А.Н. Вербовский (2)	175
Лечение огнестрельных ранений печени Загидов М.З., Загидова А.М.	176
Портальная гипертензионная гастропатия, осложненная кровотечением: результаты лечения и возможные осложнения Павлычев А.В. (1), Щеголев А.А. (1,2), Аль-Сабунчи О.А. (1), А.Н. Вербовский (2)	178
Оценка различных методов анестезии при эндопротезировании крупных суставов Ахмедов М.А (1), Мустафаева М.Н (2), Идрисов М.М (2), Абдусаламов Р.М. (1)	179
Высокотехнологичные вмешательства в лечении эхинококкоза легких Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Омаров М.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А.	181

СОДЕРЖАНИЕ

Редкий случай эхинококкоза миокарда Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов А.А., Бабаев М.Р, Рамазанова Б.М.	182
Случай травматического разрыва (перелома) левого главного бронха Магомедов И.У., Халилов А.Х., Магомедов А.А., Рамазанова Б.М, Абдулжалилов М.Р., Масуев М.А.	183
Хирургия рубцовых стриктур трахеи в ГБУ РД РКБ Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов С.З., Ильясов К.М., Рамазанова Б.М.	184
Особенности поздней диагностики ранений диафрагмы слева Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М., Бабаев М.Р., Рамазанова Б.М.	185
Лечение тяжелых форм распространенного гнойного перитонита: опасности и осложнения Щеголев А.А. (1,2), Товмасын Р.С.(1,2), Чевокин А.Ю.(2,1), Варнавин О.А.(2), Плотников В.В.(2).	186
Индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика при механической желтухе Усмонов У.Д., Зияев Ш.А.	187
Предварительная декомпрессия с применением эндобилиарного лаважа при холангите Усмонов У.Д., Зияев Ш.А.	188
Фотодинамическая терапия в лечении гнойных послеоперационных осложнений Садыков Р.Р. (1), Каримов М.А. (2), Усмонов У.Д. (2).	189
Качество жизни пациентов, оперированных по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости Абдулжалилов М.К., Муртузалиева А.С.	190
Основные причины возникновения местных осложнений после ПДР и их профилактика Меджидов Р.Т. (1), Абдурашидов Г.А.(2), Абдуллаева А.З.(1), Гасанов А.Г.(2)	191
Антеградный метод лечения холангиолитиаза, осложненного обтурационной желтухой Праздников Э.Н.(1,2), Зинатулин Д.Р. (1,2), Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П.(1,2), Налетов В.В.(2), Умяров Р.Х.(1,2)	192
Микроволновая абляция в комплексном лечении метастатического поражения печени Праздников Э.Н.(1), Фурсов С.А. (1), Трандофилов М.М.(1,2), Попов А.Ю.(2), Сизова А.Н.(1), Светашов В.С.(1), Зинатулин Д.Р. (1).	193
Способ фиксации имплантанта-сетки при герниопластиках паховых грыж Баранов Г.А. (1,2), Праздников Э.Н. (1,2), Налётов В.В (2).	194
Лучевая диагностика обструкции билиарного тракта при механической желтухе Абдурашидов Г.А.(1), Меджидов Р.Т. (2), Хабибулаева З.Р.(2), Караева А.К.(1)	195
Малоинвазивное лечение непаразитарных кист печени под контролем УЗ-навигацией Гасанов Х.М.(1,2), Меджидов Р.Т.(2), Абдурашидов Г.А.(1), Хабибулаева З.Р.(2).	196
Антеградная декомпрессия билиарного тракта при механической желтухе Абдурашидов Г.А.(1), Меджидов Р.Т.(2), Меджидов Ш.Р.(1)	197
Результаты применения антибактериальной ткани у пациентов с перфоративной язвой Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Саиддибиров Ш.М., Абдулжалилов А.М., Исаев Х.М-Р.	198
Эффективная профилактика ранних послеоперационных осложнений после пахового грыжесечения по Лихтенштейну Абдулжалилов М.К. (1), Иманалиев М.Р. (1), Исаев М.Х. (1), Ахмаев М.М. (2), Исаев Х.М-Р. (2)	200
Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста Мамаев К.Т., Дибиров А.Д., Султанов А.С., Султанов Ш.А.	201
Послеоперационный желчный перитонит у больных пожилого и старческого возраста Мамаев К.Т., Умаханов Х.У., Дибиров А.Д., Шарапудинов М.Ш.	202

СОДЕРЖАНИЕ

Инfiltrационный эндоскопический гемостаз, коллагеновым биоматериалом в комплексном лечении гастродуоденальных кровотечений Попов Ю.П.(1), Макаров В.А.(2), Попов П.А.(2), Гереева З.К.(3,4);	203
Эффективность применения озонированного физиологического раствора при остром гнойном холангите Койчуев Р.А., Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А.	205
Диагностическая и лечебная тактика в отношении полипов толстой кишки Магомедов М.Г., Меджидов Р.Т., Койчуев Р.А.	206
Первый опыт выполнения роботической тиреоидэктомии по методике билатерального аксилло-мамарного доступа (ВАВА) Мосин С.В.(1,3), Тигров М.С. (1), Фейдоров И.Ю. (1,2), Яковлева Л.П. (1), Кропотов М.А. (1)	207
Эффективность непрямой электрохимической детоксикации в комплексном лечении первичного гнойного медиастинита на фоне повреждения пищевода Столяров С.И. (1), Григорьев В.Л. (2).	208
Клинический анализ комплексного хирургического лечения эндофтальмитов Шарипова Д.Н., Ярахмедова И.Б., Гасайниева Н.С., Аджиева А.А.	209
Хирургия тяжелых форм пролиферативной диабетической ретинопатии Шарипова Д.Н., Ярахмедова И.Б., Гасайниева Н.С., Аджиева А.А.	211
Новый опорный симптом при остром аппендиците у взрослых Мяконький Р.В., Иванченко С.В., Иванченко А.Ю., Каплунов К.О.	212
Эхинококкоз перикарда и сердца Магомедов А.Г., Загидов М.З.	213
К вопросу о пластике тазового дна при тотальном пролапсе и ректоцеле 2-3 степени Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.	214
Результаты лечения острой обтурационной непроходимости у больных раком толстой кишки Тотиков З.В., Тотиков В.З., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э.	215
Острая кишечная непроходимость вследствие внутреннего ущемления кишки Алиев М.А., Абдуллаев М.Р.	216
Новые подходы лечения токсического зоба в регионе зубной эндемии Магомедов А.Г.(1), Абдулхаликов А.С.(1,3), Тучалова А.Т. (1,3), Гаджиев К.И. (1,2).	218

К 60-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА Г.Р.АСКЕРХАНОВА



18 июля 2018 года исполняется 60 лет известному хирургу, доктору медицинских наук, профессору Гамиду Рашидовичу Аскерханову.

Гамид Рашидович, родился в городе Махачкале, в семье врача. Отец – Аскерханов Рашид Пашаевич (1920-1987 гг.), член-корреспондент АМН СССР, д.м.н., профессор, заведовал кафедрой факультетской хирургии Дагестанского государственного медицинского института.

В 1981 году Аскерханов Г.Р. с отличием закончил Дагестанский государственный медицинский институт, а затем с 1981 по 1983 г. – клиническую ординатуру по хирургии. В 1983 году поступил в очную аспирантуру по хирургии Ростовского государственного медицинского института, которую досрочно в 1985 году закончил в связи защитой кандидатской диссертации на тему «Тромболитическое и хирургическое лечение илиофemorального тромбофлебита», научный руководитель член-корреспондент АМН СССР, профессор Коваленко П.П. В 1985 году был принят на должность ассистента кафедры хирургических болезней Дагестанского государственного медицинского института, а в 1991 году был избран доцентом кафедры. В 1994 году защитил докторскую диссертацию на тему «Хирургия и тромболитическая терапия острых тромбозов вен нижних конечностей», научный консультант академик РАМН и РАН, профессор Савельев В.С.

В 1995 году он избирается на должность профессора и заведующего кафедрой факультетской хирургии Дагестанской государственной

тетской хирургии Дагестанской государственной медицинской академии, которой успешно руководит по сей день.

Аскерханов Г.Р. является автором и соавтором свыше 400 научных работ по актуальным проблемам хирургии, в том числе 7 монографии, 18 рационализаторских предложений, 22 патента РФ на изобретения, один из которых («Способ мультиспиральной компьютерной флебографии н/конечностей», Патент РФ №2548139) удостоен серебряной медали на Европейском конкурсе изобретений в г.Страсбурге (2015г). Им подготовлено 2 доктора медицинских наук и 13 кандидатов медицинских наук.

Аскерханов Г. Р. неоднократно представлял Российскую медицинскую науку на многочисленных международных научных форумах, посвященным актуальным вопросам флебологии, торакальной и сосудистой хирургии, где выступал с докладами, пропагандируя достижения отечественной хирургии (Канада 1992 г, Бразилия 2005г., Великобритания 1996, 2015, 2016гг., Франция 2003г., Германия 1999г, Италия 2001г., Япония 2007г., Австралия 1998г., Китай 2010г., США 2013,2014,2015,2017).

Профессор Аскерханов Г.Р. – многоплановый хирург, успешно сочетающий научную работу с практической деятельностью, активно оперирующий больных со сложной сосудистой, торакальной и абдоминальной патологией.

Он активно занимался вопросами этиопатогенеза, локального и общего тромбоза острых венозных тромбозов. В 1987 году впервые в республике Дагестан, им выполнена первая венозная тромбэктомия из подвздошно-бедренного сегмента при остром тромбозе с использованием оригинального тромбэкстрактора собственной конструкции. В последующие годы эта операция успешно выполнялась десяткам больных, позволяя сохранить клапанный аппарат глубоких вен и минимизировать проявления венозной недостаточности конечности в дальнейшем.

Им впервые в республике стали успешно выполняться операции по перевязке поверхностной бедренной вены при остром тромбофлебите глубоких вен с локализацией тромботических масс в подколенно-бедренном сегменте и рецидивах тромбоза ветвей легочной артерии.

Кроме того, им разработан и внедрен в клиническую практику метод склерохирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей, позволяющий, в отличие от известных

методов склеротерапии, производить склерооблитерацию ствола большой подкожной вены без предварительного выполнения кроссэктомии, а также без применения общей или перидуральной анестезии. Разработан и внедрен в практику собственный способ экстравазальной коррекции функционально несостоятельных клапанов бедренной вены с использованием подкожной аутовены на «ножке» и модифицирован способ коррекции клапанов циркулярным швом.

Впервые в Дагестане проведены серии успешных операций аорто-бикаротидного и каротидно-брахиального шунтирования без применения элементов вспомогательного кровообращения, пластики сонных артерий при ложных аневризмах, патологических удлинений, атеросклеротических окклюзиях, пластики аорты при ранениях и артериовенозных свищах, торакоскопические операции, в том числе при спонтанном пневмотораксе, эндоскопической диссекции коммуникантных вен нижних конечностей при посттромбофлебитической болезни.

В последние годы им широко проводятся операции на пищеводе при опухолевых и рубцовых поражениях, в том числе операции типа Льюиса, операции по разобщению торако-пищеводных свищей, а также операции по устранению рубцовых сужений трахеи. Гамидом Рашидовичем проводятся реконструктивно-восстановительные плановые и экстренные операции при инфраренальных аневризмах аорты, а также эндоскопические операции на органах брюшной и грудной полости, периферических венах.

При его непосредственном участии внедрены в практическое здравоохранение Республики: коронарография, имплантация временных и постоянных кардиостимуляторов для лечения жизнеугрожающих острых и хронических нарушений ритма сердца, ретроградная илиокаваграфия с имплантацией в нижнюю полую вену временных и постоянных кавафильтров для профилактики и устранения рецидива тромбоэмболии легочной артерии, эндоваскулярная баллонная ангиопластика со стентированием периферических магистральных артерий при хронических окклюзионно-стенозных поражениях, эндоваскулярная окклюзия врожденных артерио-венозных фистул. Впервые в Дагестане выполнены 22 успешные реплантации частично или полностью отсеченных сегментов верхних конечностей с применением прецизионной техники с хорошим функциональным результатом. Внедрены также локальная тром-

болитическая терапия, паравазальные инстилляционные лечебные смеси больным с острым тромбозом поверхностных и глубоких вен, внутриартериальные перфузии перфторана для лечения критической ишемии н/конечностей. Предложен способ диагностики синдрома верхней грудной апертуры (СВГА) с помощью ультразвуковой доплерографии, кроме того предложена оригинальная классификация СВГА, разработан алгоритм диагностики СВГА с применением специальных методов исследования.

Разработка новых, а также внедрение известных современных методов диагностики и лечения в практическое здравоохранение республики значительно улучшили результаты лечения больных с заболеваниями магистральных сосудов, легких, органов брюшной полости, уменьшились среднее пребывание больного на койке, послеоперационные осложнения, летальность.

Знаменательной вехой в биографии Гамида Рашидовича явилось создание им в 2002 году в республике Дагестан открытого акционерного общества «Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова», первого в Южном федеральном округе негосударственного многопрофильного лечебного учреждения.

Строительство центра и его оснащение осуществлялось исключительно за счет собственных средств, полученных из прибыли предприятия. В настоящее время, после завершения строительства, функционирует поликлиника на 350 посещений в смену и стационар на 100 коек.

По оснащенности современным медицинским оборудованием Медицинский центр им.Р.П.Аскерханова по праву входит в число лучших негосударственных лечебных учреждений России. Авторитетная независимая экспертная комиссия «Лига Лучших» (Москва, 2016г.) по данным международного экономического рейтинга за 2013-2016 гг. включила ОАО «Медицинский центр им. Р. П. Аскерханова» в 10 лучших негосударственных частных медицинских клиник России, а в 2016 году швейцарским институтом стандартов качества SIOS присужден международный сертификат качества ISC.

Основным направлением лечебной работы является сердечно-сосудистая, брюшная, торакальная, общая, эндоскопическая и эстетическая хирургия, урология, гинекология, ортопедия и травматология. Несмотря на то, что приоритетным профилем работы является хирургический в центре с успехом обследуются и

лечатся больные кардиологического, неврологического и общетерапевтического профиля.

За 16 лет Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова завоевал авторитет и добрую славу не только в Дагестане. Сюда приезжают на обследование и лечение пациенты со всего Северного Кавказа. За эти годы коллективом центра, возглавляемым профессором Аскерхановым Г.Р. возвращено здоровье более 250000 больных, из них получили стационарное лечение более 20000 больных, из них 5000 успешно прооперированы.

Так, за годы работы в Медицинского центра им. Р.П.Аскерханова профессором Аскерхановым Г.Р. внедрены: лазерная облитерация варикозно-расширенных вен, компьютерная флебография нижних конечностей, коронарография и стентирование коронарных, магистральных и периферических артерий, в том числе при диабетической стопе, эндоваскулярная окклюзия маточных артерий при миомах матки, лапароскопические герниопластика и эзофагофундопликация по Ниссену, эндоскопическое удаление опухоли надпочечника, протезирование тазобедренного сустава, артроскопическое удаление мениска, контактная и дистанционная литотрипсия камней почек, мочеточника и мочевого пузыря, папилосфинктеротомия и эндоскопическое удаление камней холедоха. С успехом внедрены современные методики лечения ожирения: продольная резекция, баллонирование и бандажирования желудка, большой спектр косметических операций.

В июле 2013 года в Медицинском центре им.Р.П.Аскерханова успешно проведены первые операции коронарного шунтирования, как с применением искусственного кровообращения, так и на бьющемся сердце, а также эндоваскулярные операции по реваскуляризации миокарда. Знаменательным является то, что подобные хирургические вмешательства, за редким исключением, выполняются только в государственных лечебных учреждениях страны. Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова является единственным в Республике Дагестан медицинским учреждением, где выполняются операции на открытом сердце при коронарной патологии.

Медицинский центр им Р.П.Аскерханова является высокорентабельным предприятием, не имеющим задолженности по налогам и перед бюджетами всех уровней. В настоящее время у нас трудится уже более 250 человек из них врачей – более 60. Подобный результат медико-экономического развития предприятия достигнут благодаря большому трудолюбию,

организаторскому таланту и авторитету Аскерханова Г.Р.

В 2015 году на базе Медицинского центра им. Р.П.Аскерханова открылась и успешно функционирует скорая медицинская помощь, ведется строительство детского корпуса с вертолетной площадкой.

Гамид Рашидович Аскерханов был избран депутатом Государственной Думы РФ 2 созыва, председателем подкомитета по законодательству в сфере организации медицинской помощи Комитета по охране здоровья. В 2016 году избран депутатом Народного собрания республики Дагестан, где по настоящее время работает членом комитета охраны здоровья.

Как депутат Народного Собрания Республики Дагестан Аскерханов Г.Р. проводит большую работу по улучшению качества медицинской помощи населению Дагестана. Большой вклад вносит профессор Аскерханов Г.Р. и в подготовку квалифицированных кадров для здравоохранения страны. Возглавляя ведущую кафедру хирургии Дагосмедуниверситета, он передает свой уникальный опыт молодому поколению хирургов.

Профессор Аскерханов Г.Р. является членом Всемирного, Европейского и Всероссийского общества флебологов, Всероссийской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, а также председателем Дагестанского регионального отделения Всероссийской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, Почетным членом Панамериканского общества флебологов, членом Всероссийского и первым заместителем Дагестанского общества хирургов.

За большой вклад в развитие здравоохранения и медицинской науки профессору Аскерханову Г. Р. присвоено звание «Заслуженный деятель науки республики Дагестан» (1997). Он награжден медалью «К 850-летию Москвы» (1997), орденом «Дружбы» (1998) из рук Президента РФ, удостоен Почетной грамотой Госсовета РД (1998), в 2005 году удостоен звания «Лауреата Государственной премии республики Дагестан», в 2008 году присвоено звание «Заслуженного изобретателя и рационализатора республики Дагестан», в 2009 году – звание «Заслуженного деятеля науки Российской Федерации», в 2012 году награжден орденом «За заслуги перед республикой Дагестан», благодарность Президента Российской Федерации в 2015 году, а в 2017 году присвоено звание «Заслуженного врача Республики Дагестан».

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Первый опыт выполнения кардиохирургических операций в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова

Аскерханов Г.Р.(1), Махатиллов Г.М. (1), Кандауров А.Э.(1,2), Казакмурзаев М.А. (1), Абдуллаев И.С. (1), Дубаев А.А. (1), Бадышев И.А.(1), Гаджиханов Н.Р. (1), Байрамов Р.А. (1), Рязанова В.Н. (1), Дадашева М.А. (1), Муталипов Х.М. (1).

- 1) ООО «Медицинский центр им. Р. П. Аскерханова», Махачкала
- 2) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗ», Москва

Актуальность

Развитие в нашей стране сети отделений рентгенэндоваскулярной хирургии привело к увеличению количества экстренных ангиографических исследований и лечебных чрескожных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). Раннее ЧКВ позволило снизить частоту летальных исходов и осложнений острого инфаркта миокарда. Однако, у ряда больных с тяжелым многососудистым поражением коронарного русла, выполнение ЧКВ или сопряжено с крайне высоким риском или не приводит к регрессу стенокардии. Данная категория пациентов требует перевода в кардиохирургическое отделение для выполнения прямой реваскуляризации миокарда в экстренном или срочном порядке.

Цель

Оценить первый опыт хирургического лечения ИБС в медицинском центре Аскерханова с анализом ближайших результатов аортокоронарного шунтирования с ИК и на работающем сердце у пациентов со стабильной стенокардией и при остром коронарном синдроме.

Материалы и методы

С июля 2013 г. в Медицинском центре Аскерханова функционирует отделение сердечно-сосудистой хирургии, развернутое на 22 койках. За время работы отделения выполнено 22 операции на сердце. Одним из приоритетных направлений работы отделения является реваскуляризация миокарда при ОКС. При сотрудничестве со стационарами «инфарктной» сети города Махачкалы, нами выполнено 16 операций прямой реваскуляризации миокарда по срочным показаниям у пациентов с ОКС. При наличии пациента с высоким риском кардиальных событий осуществлялась дистанционная консультация кардиохирурга с оценкой результатов КАГ, ЭХОКГ, лабораторных анализов, обсуждение пациента кардиокомандой и перевод в отделение для коронарного шунтирования.

Результаты

Общее количество оперированных составило 22 человека, из них 16 мужчин (72,7%). Возраст больных составил $68,4 \pm 8,3$ лет. 12 пациентов (54,5%) переведены из других стационаров Махачкалы. Нестабильная стенокардия у 19 пациентов (86,4%), инфаркт миокарда без подъема ST у 1 (4,5%), с подъемом – 2 (9,1%). Средний риск по шкале EuroScoreII – $16,3 \pm 6,8$. Оценка тяжести коронарного поражения по шкале SYNTAX Score у всех пациентов составила более 32 баллов. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 21 (95,5%), хроническая обструктивная болезнь легких у 14 (63,6%) (из них 4 пациента принимали бронходилататоры), сахарный диабет у 17 (77,3%, из них 6 на инсулине). 4 пациента (18,2%) с выраженным атеросклеротическим поражением восходящего отдела аорты, у 5 (22,7%) больных выявили поражение брахиоцефальных артерий и у 8 (36,4%) – поражение артерий нижних конечностей. 9 операций (40,9%) выполнено в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиоплегии, 13 операций (59,1%) – на работающем сердце. Среднее время операции составило $213,8 \pm 56,1$ мин, время ИК и пережатия аорты – $93,8 \pm 21,2$ и $42,8 \pm 12,8$ соответственно. Индекс реваскуляризации миокарда составил $3,32 \pm 0,78$. Аутоартериальное шунтирование у 11 больных (19,6%). ВАБК – у 4 больных (7,1%). Среднее время нахождения в отделении реанимации – $3,14 \pm 1,2$ суток. Во всех 16 случаях (72,7%) во время операции использовали аппарат возврата крови, интраоперационное переливание свежезамороженной плазмы и тромбоцитарной массы. Госпитальная летальность составила 4,5% (1 пациент).

Выводы

Коронарное шунтирование у пациентов с ОКС, которым невозможно выполнение ЧКВ, эффективно и может быть выполнено с приемлемыми результатами. Оптимизация результатов хирургического лечения пациентов с ОКС заключается в максимальном сокращении времени на всех этапах лечебно-диагностических мероприятий и эффективной работе кардио-команды.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС**Опыт рентгенэндоваскулярного лечения врожденных пороков сердца в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии: непосредственные результаты 385 операций**

Махачев О.А. (1,2), Абасов Ф.Х. (1,2), Магомедов А.Г. (1,2), Бадрудинова 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)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

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 апрель 2018 г. в ДЦК и ССХ рентгенэндоваскулярное закрытие ВПС было выполнено у 385 пациентов: 278 больных с ОАП (72,2%), 105 пациентов с ДМПП (27,2%), и 2 больных с ИСЛА. Из них 303 пациента были дети и подростки (78,7%) в возрасте от 3 до 16 лет. Медиана возраста больных составила 16 лет (от 3 до 71 года). Масса тела пациентов равнялась в среднем 53.5 ± 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 45 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 от 2 мм и выше, 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 59% случаев, тип A в 33% случаев и тип D в 5% случаев. У 230 пациентов (82,7%) ОАП был закрыт с помощью окклюдера, у 42 больных (27%) проток был эмболизирован спиралью. Диаметр легочного конца составил 3.0 ± 1.4 мм, аортального конца 3.5 ± 0.7 мм. Точные размеры

ДМПП дополнительно определялись интраоперационно с помощью измерительного баллона. Диаметр дефектов, определенный измерительным баллоном, в среднем составил 12.1 ± 1.2 мм), а диаметр окклюдеров – в среднем $13,2 \pm 1.4$ 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 транслюминальная 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 100% больных, в 94% (n=84) 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.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Опыт диагностики и лечения ишемической болезни сердца в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии

Махачев О.А.(1,2), Абасов Ф.Х.(1,2), Стафёров А.В.(3), Мамаев А.А.(1), Хаджилаев М.Х. (1), Османов О.А.(1), Гаджиев Н.М.(1,2), Дибирова М.Н.(1,2), Бадрудинова М.Х.(1), Абакаров А.М. (1)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала
- 3) ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России», Москва

Цель

Представить опыт диагностики и лечения ишемической болезни сердца (ИБС) в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (ДЦК и ССХ).

Материал и методы

За период с апреля 2013 г. по апрель 2018 г. в ДЦК и ССХ было выполнено 8189 коронарографии. Чрескожные коронарные вмешательства выполнены у 1514 больных с ишемической болезнью сердца. У 1209 (79%) пациентов сопутствовала гипертоническая болезнь сердца, у 238 (15%) больных – сахарный диабет, у одного пациента – дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), у одного больного – открытый артериальный проток. Пациентов мужского пола было 1295 (85%). Медиана возраста больных составила 64 года (от 32 до 82 лет). В 96% (n=1475) случаев использован трансрадиальный доступ.

Были выполнены следующие виды ЧКВ: прямое стентирование КА–65,1% (n=986); транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) со стентированием КА–26,2% (n=397); реканализация с ТЛБАП и стентированием КА–8,5% (n=130).

Всего имплантировано 1921 коронарных стентов: 1817 (94.5%) стентов с лекарственным покрытием; 102 (5,3%) голометаллических стента; 12 (0.6%) биоабсорбируемых стента.

Стентирование КА после операции аортокоронарного шунтирования выполнено 46 пациентам. В 10 случаях стентирование выполнено под контролем внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ). Одному 40-летнему пациенту одномоментно выполнено стентирование правой коронарной артерии

и транскатетерное закрытие ДМПП окклюдером, в трех наблюдениях – стентирование правой коронарной артерии у больных с аномальным отхождением обеих венечных артерий от правого коронарного синуса, одному больному с критическим кальцинированным стенозом передней межжелудочковой артерии выполнена была процедура ротабляции.

Результаты

Госпитальная летальность составила 0,1% (2 летальных исхода). Хороший ангиографический и процедурный результат получен в 1483 (98.1%) случаях. В 31 (2 %) случае проводниковая реканализация при тотальной окклюзии коронарных артерий не удалась. ВСУЗИ, выполненное после имплантации стента, выявило неполное раскрытие стента в 6 случаях. В этих наблюдениях произведена постдилатация стентированного сегмента баллонным катетером большего диаметра. Контрольное ВСУЗИ показало полное раскрытие стента.

Заключение

Коронарография является «золотым стандартом» диагностики ИБС. Чрескожные коронарные вмешательства являются эффективным методом лечения больных с ИБС. ДЦК и ССХ имеет самый большой опыт в диагностике и лечении ИБС в РД. Использование внутрисосудистого ультразвукового исследования при выполнении стентирования коронарных артерий позволяет минимизировать риски осложнений и улучшить отдаленные результаты чрескожных коронарных вмешательств. Использование ротаблятора позволяет ликвидировать тяжелые кальцинированные стенозы в коронарных артериях.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС**Анализ функционирования аортокоронарных шунтов у больных с ишемической болезнью сердца**

Махачев О.А.(1,2), Абасов Ф.Х.(1,2), Мамаев А.А.(1), Хаджилаев М.Х.(1), Османов О.А.(1), Забитов Н.З.(1), Шахнавазов А.Ш.(1,2), Абакаров А.М.(1)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Представить непосредственные результаты шунтографий у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материал и методы

С апреля 2013 г. по май 2018 г. в ГБУ РД «НКО «ДЦКиССХ» 370 пациентам послеоперации АКШ была выполнена шунтография. Пациентов мужского пола – 337(91%), женского – 33(9%). Медиана возраста больных составила 57±4года (от 42 до 77 лет).

Максимальное время выполнения шунтографии после операции АКШ составило 16 лет, минимальное – три месяца.

Во время операции 332 пациентам было создано от 1 до 4 шунтов, в среднем 2,4 шунта на 1 пациента. Во время шунтография исследовано 894 шунта: к передней нисходящей артерии (ПНА) (МКШ и АКШ) – 351 (функционируют – 308 (87,7%), стенозированы – 8 (2,2%), окклюзированы – 35 (10%); к диагональной ветви (ДВ) и артерии intermedia – 90 (функционируют – 70 (77,7%), стенозированы – 5 (5,5%), окклюзированы – 15 (16,6%) шунтов); к огибающей артерии (ОА) и ветви тупого края (ВТК) – 206 [функционируют – 150 (72,8%), стенозированы – 7 (3,3%), окклюзированы – 49 (23,7%); к правой коронарной артерии (ПКА) и задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ) – 247 (функционируют – 166(67%), стенозированы – 11 (4,4%), окклюзированы – 70(28,2%).

У 46 пациентов после АКШ с возвратом симптомов ИБС выполнены чрезкожные коронарные вмешательства. В 37 (80,4%) случаях причиной возврата стенокардии была дисфункция шунтов, прогрессирование атеросклероза нативных артерий наблюдалось у 8 (17,3%) пациентов (все не шунтированные артерии), ещё в одном случае причиной рецидива стенокардии являлась окклюзия левой подключичной артерии.

Стентирование 45 нативных артерий выполнено 35 пациентам (ПКА – 20, ОА или ВТК – 13, ПНА – 8, ствол ЛКА – 3, АИМ – 1). Реканализация хронической окклюзии выполнена в четырех 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 в послеоперационном периоде 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 стенокардии могут быть разные факторы; чрезкожные коронарные вмешательства являются эффективным методом лечения больных ишемической болезнью сердца с возвратом клиники стенокардии после операции аортокоронарного шунтирования.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Опыт проведения чреспищеводных электрофизиологических исследований

**Махачев О.А.(1,2), Магомедов А.Г.(1), Султанов М.Г.(1), Расулов М. М.(1),
Исмаилов А. С.(1).**

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Обобщение опыта и анализ результатов чреспищеводных электрофизиологических исследований (ЧПЭФИ) в ДЦК и ССХ

Материал и методы

Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца (ЧПЭС) – неинвазивный диагностический метод для изучения электрофизиологических механизмов нарушений ритма сердца и для купирования пароксизмальных наджелудочковых тахикардий.

За 2017 год в отделении РХА и ЭКС «ДЦ-КиССХ» выполнено 50 чреспищеводных электрофизиологических исследований. Средний возраст пациентов составил 36 лет (от 17 до 63 лет). Мужчин было – 21 пациент (42%), женщин – 29 (58%). 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 β - пути (мс), ЭРП медленного α - пути (мс), ДЦ тахикардии (мс), интервал V-A индуцированной тахикардии (мс). Исследования были выполнены при помощи компьютерной электрофизиологической системы ЭЛКАРТ ЧПС.

Результаты

В 95% случаев ЧПЭФИ проводилось в связи с наличием у пациентов подозрения на тахикардию, у 5% больных с подозрением на брадикардию. В группе тахикардий основную группу составляли суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма: АВ-узловая реципрокная тахикардия – 16 (32%) случаев (в одном из этих наблюдений для выявления аритмии была применена медикаментозная проба с введением 0,1% р-ра атропина), синдром WPW – 7(14%) больных, предсердные эктопические и ригентри тахикардии – 1 (2%) случай. У двух (4%) пациентов выявлено трепетание предсердий. В группе брадикардий было выявлено 2 (4 %) случая синдрома слабости синусового узла (СССУ).

У остальных 22 (44%) пациентов не было выявлено значимой аритмологической патологии.

Выводы

ЧПЭФИ является необходимым и информативным методом обследования пациентов с нарушениями сердечного ритма сердца, позволяющим установить показания к проведению хирургического вмешательства: радиочастотной аблации тахикардии или операции имплантации ЭКС.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС**Опыт центра: эндоваскулярная реваскуляризация миокарда у пожилых пациентов с коморбидной патологией при остром коронарном синдроме****Аскерханов Г.Р., Дубаев А.А., Бадышев И.А.**

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

При коронарной реваскуляризации пожилых пациентов с острым коронарным синдромом получены результаты, которые превосходят консервативную тактику. С улучшением перкутанных коронарных методик с использованием стентов с лекарственным покрытием, метод ангиопластики и стентирования стал привлекательным вариантом лечения у пожилых пациентов.

Цель

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 44 (≥ 75 лет) были выделены в отдельную группу, из них 17 (38,6%) женщин и 23 (52,3%) мужчин с острым коронарным синдромом, которым имплантированы 74 стента с лекарственным покрытием (1,7 стента на пациента). С сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа было 5 (11,3%) больных, с атеросклерозом периферической артериальной системы 12 (27,2%), с постоянной формой фибрилляции предсердий 8 (18,1%), с гипертонической болезнью III-IV, риск ССО 3-4 39 (88,6%), с ранее выполненными операциями реваскуляризации

коронарное стентирование 6 (13,6%), с нестабильной стенокардией 32 (72,7%), с Q инфарктом миокарда 5 (11,3%), с не-Q инфарктом миокарда 7 (15,9%). Шкала риска Syntax Score составила 15,9 (8-32) баллов. Стенотические поражения подвергнутые КС, локализовались: ствол ЛКА – 4 (9%), ПМЖВ – 19 (41,1%), ПКА – 5 (11,3%), ОВ – 6 (13,6%). Другие – 10 (22,7%). Однососудистые поражения 14 (31,8%) – , многососудистые поражения – 30 (68%) . Оценка локализации, верификация и вариант инфаркта оценивались по данным клинической картины, ЭХО-КГ, ЭКГ, тропониновый тест.

Результаты

Непосредственный ангиографический успех КС составил 97,7 %. Большие коронарные осложнения 2,3 % (1 больной), у которого стентирование осложнилось перфорацией коронарной артерии. Отдаленные результаты прослежены от 3 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

Методику коронарного стентирования можно применить у пациентов старше 75 лет с использованием стентов с лекарственным покрытием, что позволяет улучшить клинические исходы ОКС.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Эндоваскулярная коррекция критического стеноза дистального анастомоза единственного функционирующего аортокоронарного шунта у больного с нестабильной стенокардией

Аскерханов Г.Р., Махатилов Г.М., Дубаев А.А., Казакмурзаев М.А., Рязанова В.Н.

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

Повторная реваскуляризация миокарда является одной из сложных и окончательно нерешенных проблем лечения рецидива ишемической болезни сердца после коронарного шунтирования. Приводим клинический случай успешного эндоваскулярного лечения субтотального стеноза дистального анастомоза единственного функционирующего аортокоронарного шунта у больного с нестабильной стенокардией.

Описание случая

В клинику поступил пациент 68 лет, с диагнозом мультифокальный атеросклероз: аорты, коронарных артерий, брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей и ишемической болезнью сердца, которая осложнилась нестабильной стенокардией. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск ССО 4. СД 2 типа, легкого течения, компенсированный. Болеет с 2005 года, когда впервые ощутил загрудинные боли ангинозного характера, купирующиеся нитроглицерином. В октябре 2006 года пациент перенес острый инфаркт миокарда (ОИМ) нижней стенки, после которой наблюдалась ранняя постинфарктная стенокардия, а затем 25.02.2007 года пациент перенес повторный ОИМ нижней стенки, осложненный кардиогенным шоком. Затем 23.05.2007 выполнена операция маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) на переднюю межжелудочковую ветвь (ПМЖВ), аортокоронарное аутовенозное шунтирование (АКШ) на огибающую ветвь (ОВ) и правую коронарную артерию (ПКА) в условиях искусственного кровообращения, фармакологической и холодовой кардиopleгии. С 2004 года появились боли в нижних конечностях, симптомы перемежающейся хромоты, в связи с чем пациенту проведены поэтапные эндоваскулярные коррекции: ангиопластика и стентирование левой подвздошной артерии стентами CID (2012 году, 2014 году и 2015 году) с удовлетворительным ангиографическим и клиническим результатом. Наследственный анамнез отягощенный, курит по одной пачке в день. В 08.10.2016 года больной обратился в поликлинику клиники им. Р.П. Аскерханова с жалобами на давящие боли в грудной клетке слева, одышку при минимальной физической нагрузке и был госпитализирован в экстренном порядке в отделение сердечно-сосудистой хирургии. Больной А., 68 лет, был госпитализирован с диагнозом: ишемическая болезнь сердца (ИБС), нестабильная стенокардия. Проведено обследование, включающее в себя электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), коронароангиографию (КАГ) и шунтографию, рент-

генографию органов грудной клетки. На выполненных ангиограммах КАГ и шунтография: ствол левой коронарной артерии (ЛКА) обычно развит с неровными контурами. Передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии (ПМЖВ ЛКА) с неровностью контуров на всем протяжении, в среднем сегменте после отхождения второй диагональной ветви (ДВ-2) стенозирована до 70%. Огибающая ветвь левой коронарной артерии (ОВ ЛКА) диффузно поражена, на уровне отхождения ветви тупого края (ВТК) стенозирована до 50%, ВТК окклюзирована в средней трети, постокклюзионные отделы контрастируются нитевидно. Правая коронарная артерия (ПКА) диффузно поражена, в средней трети критически стенозирована, в дистальной трети окклюзирована, постокклюзионные отделы задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ) и задней боковой ветви (ЗБВ) контрастируются по аортокоронарному шунту (АКШ) к ПКА. АКШ к ПКА: проксимальный анастомоз состоятелен, дистальный анастомоз субтотально стенозирован, шунт проходим на всем протяжении, по шунту заполняются ЗМЖВ и ЗБВ. АКШ к ВТК закрыт. Маммарно-коронарный шунт (МКШ) к ПМЖВ нитевидный. После анализа КАГ, шунтографии и клинического состояния пациента было принято решение, по экстренным показаниям выполнить прямое стентирование стеноза дистального анастомоза АКШ к ЗМЖВ и ЗБВ с применением стента с лекарственным покрытием. Послеоперационное течение без осложнений. Пациент был обследован через 6 и 12 месяцев после вмешательства с применением эхокардиографии и суточного холтеровского мониторирования. Возврата стенокардии или ухудшения качества жизни не отмечено. Таким образом, в настоящее время, стентирование является предпочтительной процедурой при стенозах венозных шунтов у больных с ОКС но клиническая эффективность ТЛБАП и стентирование аортокоронарных шунтов уступает эффективности аналогичным вмешательствам в коронарном русле у пациентов без предшествующей операции АКШ и сопровождается большей частотой осложнений и рестенозов.

Выводы

Стентирование аутовенозного коронарного шунта с применением стентов с лекарственным покрытием рассматривается как метод выбора лечения пациентов с нестабильной стенокардией. Динамическое наблюдение за данным пациентом позволит оценить отдаленный результат проведенного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС**Успешный опыт хирургического лечения тромбоза легочной артерии у беременной пациентки****Кандауров А.Э.**

Городская клиническая больница имени Юдина С.С. ДЗ, Москва

Представлен первый опыт хирургического лечения острой тромбоза легочной артерии у беременной пациентки.

Цель

Оценить результат хирургического лечения ТЭЛА у беременной пациентки.

Материал и методы

В ГКБ № 79 г. Москвы напрямую в шоковый зал отделения реанимации поступила беременная пациентка (беременность 10-11 недель) 35 лет с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, кашель, эпизод потери сознания. При обследовании по данным КТ-ангиопульмонографии выявлен «тромб-наездник» в бифуркации ствола легочной артерии. Источником ТЭЛА явился тромбоз левой подколенной вены. Учитывая характер и локализацию тромба, невозможность выполнения тромболитика (пациентка изъявила желание сохранить беременность), высокий риск фрагментации тромба с развитием дистальной эмболии легочных артерий, пациентке в ходе консилиума врачей решено выполнить операцию: первым этапом – постановку кава-фильтра в нижнюю полую вену, вторым этапом – тромбэктомия из ствола ЛА в условиях ИК. В условиях рентгеноперационной пациентке по жизненным показаниям выполнена имплантация фильтра OptEase Cordis в нижнюю полую вену, после чего пациентка переведена в кардиохирургическую операционную, где ей выполнена

открытая тромбэктомия из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения (время ИК составило 18 минут). Ранний послеоперационный период протекал в условиях отделения реанимации. Проводилась инфузионная, симптоматическая, антикоагулянтная терапия, антибиотикотерапия. На фоне проводимой терапии отмечена стабилизация состояния, и через 2-е суток пациентка после удаления дренажей из полости перикарда и переднего средостения переведена в профильное отделение для дальнейшего лечения. В послеоперационном периоде на сроке 14-15 недель беременности выполнено УЗИ плода. Данных за пороки развития нет, плод развит пропорционально, соответствует срокам беременности. Пациентка выписана из стационара на 16 день после операции с рекомендациями о парентеральном приеме низкомолекулярных гепаринов и амбулаторном наблюдении в женской консультации при родильном доме ГКБ № 79. При контрольном осмотре на 20-й неделе беременность протекает без патологии, самочувствие удовлетворительное.

Выводы

Хирургическое лечение в условиях искусственного кровообращения у беременных пациенток при наличии показаний возможно и не оказывает негативного влияния на внутриутробное развитие плода, однако требует дальнейшего накопления опыта.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Эндоваскулярная коррекция критического стеноза дистального анастомоза единственного функционирующего аортокоронарного шунта у больного с нестабильной стенокардией

Аскерханов Г.Р., Махатилов Г.М., Дубаев А.А., Казакмурзаев М.А., Рязанова В.Н.

ФЦССХ им.С.Г.Суханова. Пермь.

Нарушения ритма сердца – один из самых актуальных вопросов в современной медицине, которые вносят огромный вклад в структуру инвалидизации и смертности.

Наиболее распространенным нарушением ритма сердца является фибрилляция предсердий, желудочковые тахикардии, наджелудочковые тахикарии и т.д.

В последнее время предложены инновационные методики для диагностики и лечения НР-С, в том числе криобалонная абляция при ФП, использование навигационных систем сверхвысокого разрешения при атипичных трепетаниях предсердий и постинфарктных желудочковых тахикардиях и т.д. Наиболее перспективными методиками для лечения мерцательной аритмии обещают быть навигационные системы для локализации роторов (драйверов) поддержания ФП.

Для лечения брадикардий внедрены ЭКС без электродов (Micra, Nanostim). В какой-то степени революционным является метод кардионейроабляция, суть которой в РЧА воздействием на рефлекторные зоны в сердце (GP) для лечения синкопальных состояний вазовального генеза, а также СССУ, АВ блокад.

Опробована методика эпикардального субстратного РЧ воздействия при жизнеугрожающем синдроме Бругада.

Совершенствуются устройства для лечения и профилактики ВСС, сердечной недостаточности: Кардиовертер- дефибриллятор.

Активно применяется рессинхронизирующая терапия. Внедрена кардиомодулирующая система (Impuls).

Внедрение новейших методик визуализации и лечения позволяет эффективно бороться с самыми сложными нарушениями ритма сердца.

Особенности течения острого инфаркта миокарда у женщин

Кузуб А.А., Кандауров А.Э.

Городская клиническая больница имени С. С. Юдина, Москва

Цель

Выявить особенности развития, клиники, диагностики, лечения и прогноза острого инфаркта миокарда у женщин.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе городской клинической больницы им.С.С. Юдина. Обследовались 50 женщин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 38 до 92 лет (средний возраст – $72,7 \pm 4,9$ года) и 60 мужчин с ОИМ в возрасте от 30 до 88 лет (средний возраст $64,4 \pm 8,2$ года). Женщины составили основную группу обследованных пациентов, а мужчины – группу сравнения. Основная группа пациентов – женщины была разделена на 2 подгруппы: женщины с ОИМ с подъемом сегмента ST (36 пациентов, 72%), женщины с ОИМ без подъема сегмента ST, в последнюю подгруппу также были включены пациенты с нестабильной стенокардией (НС) (14 пациентов, 28%). Оценивались особенности течения заболевания, локализация поражения миокарда, осложнения в острый и подострый период инфаркта миокарда, выявлялись факторы риска и сопутствующие заболевания.

Результаты

При анализе полученных данных были выявлены ведущие факторы риска – артериальная гипертензия, гиперлипидемия, метаболический синдром и сахарный диабет. У женщин молодого и среднего возраста (до 60 лет) также основными факторами риска является курение и отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС).

У женщин молодого и среднего возраста дебютом заболевания был острый ИМ (31 пациент, 62%). У женщин пожилого возраста развитию данного ИМ предшествовала стабильная стенокардия напряжения (10 пациентов, 20%). При оценке контрольной группы и группы сравнения отмечалось более позднее обращение женщин за медицинской помощью, несмотря на развитие клинических проявлений острого коронарного

синдрома. В период госпитализации женщин подгруппы с ОИМ без подъема сегмента ST состояние расценивалось, как проявление другой патологии: дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, бронхит, обострение язвенной болезни, невроз, также продолжалось плановое обследование в рамках ИБС. Первичная ангиопластика/стентирование у женщин с ИМ молодого и среднего возраста выполнялись достоверно чаще по сравнению с женщинами старше 60 лет. Но в сравнении с группой мужчин – коронароангиография, с возможной реваскуляризацией выполнялась реже или в более отсроченный период. По полученным данным коронарографии у женщин старшей возрастной группы отмечалось более тяжелое поражение коронарного русла и многососудистое поражение (56%), тогда как у женщин среднего возраста преобладало однососудистое поражение (68%). Также у женщин с ИМ с подъемом сегмента ST в 6 случаях (3%) не было выявлено поражения коронарного русла, преобладали женщины старческого возраста. При проведении оценки психологического статуса у женщин выявлена распространенность депрессивных расстройств, повышение уровня тревожности, что в свою очередь приводит к более частому развитию ранних осложнений (ранняя постинфарктная стенокардия, сердечная недостаточность). Медикаментозное лечение во всех группах проводилось согласно рекомендациям по лечению инфаркта миокарда и при отсутствии абсолютных противопоказаний всем пациенткам назначались основные группы препаратов: дезагреганты, р-блокаторы, статины, ингибиторы-АПФ.

Выводы

У женщин с инфарктом миокарда выявляется большая, чем у мужчин, распространенность факторов сердечно-сосудистого риска и ассоциированных заболеваний. Отсутствие типичной клинической картины острого коронарного синдрома во многих случаях является причиной поздней обращаемости и госпитализации, а также отсроченного выполнения первичных чрескожных коронарных вмешательств у женщин во всех возрастных группах.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Ударно-волновая терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца: первый опыт

Махачев О. А.(1,2), Дибирова М.Н.(1,2), Магомедова П.М.(1), Бадрудинова М.Х.(1), Абасов Ф.Х.(1,2).

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Представить первые результаты применения ударно-волновой терапии (УВТ) для лечения пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы

С декабря 2015 по май 2018 года в ДЦК и ССХ была проведена УВТ 63 пациентам (43 мужчин и 17 женщин). Процедура выполнялась на аппарате Cardiospec, общее количество сеансов составило 328. Клиническое состояние пациента оценивалось по 5 шкалам с использованием опросника Seattle angina Questionnaire (SAQ). Функциональный класс стенокардии определяли по классификации, предложенной Канадской ассоциацией кардиологов (CCS). Оценка риска выполнения реваскуляризации миокарда по шкале SYNTAXScore. Сеансы УВТ проведены пациентам с многососудистым поражением КА и III-IV классом стенокардии. Двадцать больных были после аортокоронарного шунтирования (среднее количество шунтов – 2,3), девять пациентов после ЧКВ со стентированием КА. Шестнадцать больных с многососудистым поражением и противопоказаниями к оперативному лечению: высокий риск по шкале SYNTAXScore (более 32 баллов) – 5 пациентов, средний риск (23-32 бала) – 9 больных; в 6 случаях имелось слабо развитое дистальное русло КА. У 5 пациентов с клиникой стенокардии напряжения III ФК не было гемодинамически значимых стенозов КА. По количеству проведенных сеансов УВТ боль-

ные были распределены на три группы: первая группа (n-28) – пациенты, получившие более 6 сеансов; вторая группа (n-9) – от 3 до 6 сеансов включительно; третья группа (n-26) – получившие до 3 сеансов.

Результаты

На фоне проведения УВТ функциональный класс стенокардии напряжения у 26 пациентов уменьшился с III ФК до II ФК, у 21 пациента стенокардия соответствовала I ФК, у 5 больных сохранялся III ФК. После первых трех процедур наблюдалось значительное снижение количества приступов стенокардии, снижение потребления нитратов и улучшение качества жизни у 25 пациентов, у 27 больных повысилась толерантность к физической нагрузке. У 18 пациентов по данным опросника SAQ прием нитроглицерина с 1-3 раз в день до УВТ, уменьшился до 1 раза в неделю после первого цикла, у 13 больных с 3 раз в неделю до полной отмены нитроглицерина. Через год одному пациенту проводился повторный курс лечения УВТ. Десять пациентов (38%) из 26 больных III группы, получивших до трех сеансов УВТ, положительной динамики не отмечали.

Заключение

У больных с ИБС и наличием противопоказаний для прямой реваскуляризации миокарда, сочетание УВТ и медикаментозной терапии можно рассматривать, как эффективную лечебную комбинацию.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Эндоваскулярное лечение синдрома хронической абдоминальной ишемии****Щеголев А.А., Мутаев М.М., Папоян С.А., Красников А.П., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю.**ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ ²ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва**Цель**

Оценка результатов эндоваскулярного лечения синдрома хронической абдоминальной ишемии.

Материал и методы

В исследование включены 24 больных, которым проведено эндоваскулярное лечение при хронической абдоминальной ишемии. Средний возраст больных составил 71,2 ±10,2 года. Пациенты по полу распределились в соотношении: 13 (55%) мужчин и 11 (45%) женщин. Ранее 9 (37%) пациентов перенесли ОИМ, у 21 (87,5%) имелась гипертоническая болезнь. Больные ранее переносили следующие операции: 1 (2,4%) коронарное шунтирование, 5 (20,8%) пациентов – каротидные эндартерэктомии, 5 (20,8%) – эндоваскулярные вмешательства на артериях н/к, у 3 (12,5%) – операции на почечных артериях.

Всем пациентам выполнены стандартные общеклинические обследования, а также мультиспиральная компьютерная томография висцеральных ветвей брюшной аорты с контрастированием. При наличии показаний проводилась эндоскопия ЖКТ и/или лапароскопия.

Перед операцией больные за сутки получали клопидогрель 300 мг, затем ежедневно ко-плавикс 100/75 мг.

Эндоваскулярная операция проведена бездренным доступом у 15 (62,5%) а у 9 (37,5%)

плечевым доступом. Ангиография висцеральных ветвей брюшной аорты проводилась в общепринятых проекциях с применением катетеров Cobra, Simmons или Jadcins.

После завершения основного этапа операции проводили контрольную ангиографию для исключения возможных осложнений (отслоение интимы, эмболии, тромбоза, экстравазации) или наличия остаточного стеноза.

Результаты

Балонная ангиопластика и стентирование верхней брыжеечной артерии поведено у 14 (58%) больных, у 10 (42%) – чревного ствола.

Больным имплантированы следующие стенты: 17 – Palmaz – genesis, 7 – Smart-control, 6 – Assurant cobalt. Средняя длина стента составила – 28,7 ± 5,7 мм и средний диаметр – 8,2 ± 0,67 мм.

Осложнений и смертельных исходов не было. Все больные после операции отметили улучшение состояния и прекращение болей в животе.

Выводы

Эндоваскулярные методы лечения показывают высокую эффективность и безопасность в лечении синдрома хронической абдоминальной ишемии.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Шунтирование или стентирование при поражении подключичной артерии?

Гавриленко А.В., Иванов В.А., Аль-Юсеф Н.Н., Магомедова Г.Ф., Маматкулова З.Х.

ФГБНУ «Российский Научный Центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Москва

Цель

Определение оптимального метода лечения (сонно-подключичное шунтирование или эндоваскулярные методы лечения) пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями первого сегмента подключичной артерии.

Материалы и методы

В исследование вошло 150 больных с поражением первого сегмента ПкЛА. В 1 группу вошло 75 больных, которым было выполнено сонно-подключичное шунтирование. Степень стеноза варьировала от 65% до 95%, окклюзия ПкЛА была у 39 (52%) пациентов, постоянный стил-синдром наблюдался у 54 (72%) пациентов. Сопутствующая кардиальная патология наблюдалась у 41 (55%) больного, инсульт в анамнезе у 2 пациентов (3%). 2-ая группа – 75 больных, которым были выполнены эндоваскулярные вмешательства. Степень стеноза от 65% до 95%, окклюзия ПкЛА была у 32 (43%) пациентов. Постоянный стил-синдром наблюдался у 49 (65%) пациентов, Сопутствующая кардиальная патология у 38 (51%) больных, инсульт в анамнезе у 11 пациентов (15%)

Результаты

Длительность операции: 1 группа – $2 \pm 0,54$ часа, 2 группа – 40 ± 12 минут ($P < 0.05$). Число койко-дней: 1 группа – 15 ± 3 , 2 группа – 8. ($P < 0.05$). Осложнения в раннем послеоперационном периоде: в 1 группе – 3 осложнения (ателектаз легкого, 2 случая паралича диафрагмального нерва). Во 2 группе – 3 осложнения (дистальная эмболия и два случая образования ложной аневризмы бедренной артерии). ($P > 0.05$)

Тромбозов шунтов или стентов – 0. Через 6 месяцев после операции: в 1 группе из 73 наблюдаемых пациентов у 3 был выявлен тромбоз шунта. Во 2 группе из 72 пациентов тромбоз стента был выявлен у 12 пациентов, у 11-ти из них исходно была окклюзия подключичной артерии ($P < 0.05$).

Через 2 года после операции: в 1 группе из 49 пациентов у 9 был выявлен тромбоз шунта. Во 2 группе из 47 наблюдаемых тромбоз стента выявлен у 23 пациентов. У 20 из них исходно была окклюзия ПкЛА ($P < 0.05$).

Через 5 лет после операции: в 1 группе из 26 наблюдаемых пациентов тромбоз шунта установлен у 8 пациентов, во 2 группе из 27 наблюдений тромбоз стента выявлен у 14 пациентов ($P < 0.05$).

Более чем через 5 лет: в 1 группе из 15 наблюдаемых пациентов было выявлено 7 тромбозов шунта, во 2 группе из 10 наблюдаемых пациентов тромбоз стента выявлен у 5 пациентов. ($P > 0.05$)

Заключение

В ближайшем послеоперационном периоде оба метода лечения одинаково эффективны. Но, начиная с 6-го месяца наблюдения у больных с исходной окклюзией ПкЛА результаты открытых реконструкций значительно лучше. Поэтому у этой группы больных не рекомендовано использовать эндоваскулярные методы лечения.

При наличии сопутствующей кардиальной патологии, инсульта в анамнезе и нахождении больного в группе риска проведения длительной анестезии предпочтение отдается эндоваскулярным методам лечения.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Гибридные вмешательства в лечении критической ишемии нижних конечностей**

Мутаев М.М., Папоян С.А., Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Красников А.П., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю., Сыромяткниев Д.Д., Громов Д.Д.

- 1) ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ
- 2) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель

Оценить эффективность гибридных вмешательств в лечении критической ишемии нижних конечностей.

Материалы и методы

С 2013 года по настоящее время в региональном сосудистом центре ГКБ им. Ф.И. Иноземцева выполнено 70 операций у 68 больных с критической ишемией нижних конечностей при атеросклерозе аорты и артерий н/к.

В исследуемой группе мужчин составило – 47 (69,1%). Средний возраст больных составил 66 (39-82) лет. По классификации хронической ишемии нижних конечностей Покровского А.В. 3 стадия ишемии была у 49 (72,1%) больных, 4 стадия – 19 (17,9%). У двух больных выполнены операции на обеих н/к.

В исследуемой группе ишемическая болезнь сердца была у 41 (60,2%) больных, острый инфаркт миокарда перенесли 19 (27,9%) больных, артериальная гипертензия имела у 68 (100%) больного, сахарный диабет – 18 (26,4%), стенозы сонных артерий выявлены у 38 (65,5%) больных. Оперативные вмешательства всем больным проводились под регионарной анестезией. У 39 больных выявлено многоуровневое поражение артерий нижних конечностей. Петлевая эндартерэктомия и стентирование подвздошных артерий выполнено 29 больным. У 11 больных выполнена эндартерэктомия петель из подвздошных и бедренных артерий и стентирование подвздошной артерии, у 5 больных выполнено стентирование подвздошных

артерий и/или эндартерэктомия из бедренных артерий или бедренно-подколенное. 21 больному проведено бедренно-подколенное шунтирование или эндартерэктомия петель из ПБА и ангиопластика артерий голени. 4 больным выполнены реконструкции анастомозов БПШ и ангиопластика артерий голени.

Результаты

Хорошие непосредственные результаты получены у всех больных. В госпитальном периоде нижние конечности сохранены у всех больных. В послеоперационном периоде лимфоррея из раны отмечена у 3 (4,2%) больных, гематома в одном случае (1,4%). Один больной умер после операции от острой сердечной недостаточности после перенесенного острого инфаркта миокарда. Средний прирост ЛПИ составил 0,42. Прослежены отдаленные результаты (от 1 года) у 62 больных. Кумулятивная проходимость реканализированных участков артерий через год у 62 больных составила 78%. В течение года удалось сохранить 66 конечностей. Выживаемость пациентов через один год после операции составила 90,8

Выводы

Гибридные вмешательства при критической ишемии нижних конечностей обусловленные многоэтажными поражениями магистральных артерий позволяют достичь хороших результатов при минимальных осложнениях и сохранить нижние конечности в ближайшем и отдаленном результате.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Хирургическое лечение в ранние сроки после ишемического инфаркта головного мозга

Щеголев А.А., Мутаев М.М., Папоян С.А., Красников А.П., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю., Сыромятников Д.Д., Громов Д.Д.

- 1) ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ
- 2) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель

Оптимизация непосредственных результатов хирургического лечения в ранние сроки после перенесенного острого инфаркта головного мозга.

Материал и методы

В отделении сосудистой хирургии в ГКБ им Ф.И. Иноземцева с 2013 года по настоящее время проведено 186 операций на сонных артериях в ранние сроки после перенесенного ишемического инфаркта головного мозга. В исследуемой группе мужчин 127 (68,3%), женщин 59 (31,7 %). Оперированные больные разделены на две группы в зависимости от сроков перенесенного инфаркта головного мозга. В первой группе больных – это 76 (40,9%) больных, которым операция проведена в течение 10 дней после ишемического инсульта, а вторая группа это 110 (59,1%) больных, которым операция проведена через 3 и более недели.

Исследуемые группы по структуре разделены на две подгруппы в зависимости методики операции. В первой подгруппе выполнялось эндоваскулярное лечение ВСА, во второй подгруппе – эндартерэктомия. Таким образом в группах разделение было следующим: 1-я группа 37(48,7%) пациентов – стентирование ВСА, 39(51,3%) – каротидная эверсионная эндартерэктомия. 2я группа 40(36,4%) и 70(63,6%) пациентов соответственно.

Всем больным перед операцией выполнено УЗАС БЦА с ТКДГ, осмотр невролога, для решения вопроса в пользу стентирования в обязательном порядке выполнялась МС КТ в ангиорежиме для морфологии поражения сонных артерий и выявления анатомических особенностей строения ветвей дуги аорты.

Стентирование сонных артерий в обеих группах выполнялось при наличии тяжелой сопутствующей патологии и при высоком риске хирургического и анестезиологического пособия.

Результаты

В обеих группах технический успех был достигнут в 100% случаях. В первой у одного больного после стентирования развилась транзиторная ишемическая атака в вертебробазиллярном бассейне. Во второй группе при контрольной ангиографии после стентирования выявлена диссекция общей сонной артерии, при котором потребовалась имплантация второго стента.

В подгруппах с каротидной эверсионной эндартерэктомией у одной больной после операции развился острый инфаркт миокарда потребовавшей выполнения стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии. Койко-день после операции в исследуемых группах не отличался и составил 2+1,5 дня. Смертельных исходов или повторного инфаркта головного мозга во время операции и раннем послеоперационном периоде в исследуемых группах не наблюдалось.

Выводы

Стентирование сонных артерий и каротидная эндартерэктомия являются эффективными и безопасными методами лечения в ранние сроки после перенесенного острого инфаркта головного мозга по ишемическому типу при дифференцированном подходе к выбору метода лечения с учетом тяжести сопутствующей патологии, хирургического и анестезиологического риска.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Результаты эндоваскулярного лечения ишемического инсульта**

Закарян Н.В., Молохоев Е.Б., Шелеско А.А., Панков А.С., Давтян А.Г., Киракосян В.Р., Апомян А.А.

ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, Москва

Цель

Оценить эффективность выполнения экстренных эндоваскулярных вмешательств при ишемических ОНМК.

Материал и методы

С марта 2014г по апрель 2018г на базе ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ выполнено 38 эндоваскулярных вмешательств при ишемических ОНМК.

Клинический статус пациентов оценивался по шкале NIHSS. 9 (17,9%) пациентов имели 0-9 баллов по NIHSS, 18 (53,6%) пациентов имели 10-20 баллов, 11 (28,5%) пациентов – 20 и более баллов. Локализация окклюзии церебральной артерии наблюдалась в области бифуркации сегмента М1 среднемозговой артерии (СМА) у 15 пациентов (46,5%), в области непосредственного сегмента М1 СМА – у 9 пациентов (21,4%), у 4 пациентов была отмечена окклюзия самой внутренней сонной артерии (ВСА), окклюзия ВСА с СМА у 6 пациентов, у 2-их позвоночная артерия с заднемозговой артерией, и у 2-их М2 сегмент СМА. С целью внутрисосудистой реканализации при ишемических инсультах применялись такие методики, как селективная интраартериальная инфузия тромболитических препаратов, внутрисосудистая тромбэктомия (тромбэкстракция, тромбаспирация), а также их сочетание с вмешательствами на экстракраниальных артериях (реканализация и стентирование внутренней сонной артерии в 6 случаях; реканализация и стентирование позвоночной артерии в 2 случаях).

Результаты

Эффективность выполненных процедур оценивалась по частоте и степени ревазуляризации церебральных артерий и результатам клинических исходов. Из 38 пациентов у 18-ти степень реканализации достигла ТICI 2b (64,3%), у 9-ти пациентов ТICI 3 (32,2%). Хороший (mRs 0-2) клинический результат был отмечен у 12 (42,9%) пациентов, среднетяжелый (mRs >2) клинический результат – в 16 (57,1%) случаях при отсутствии осложнений. Осложнения после эндоваскулярных вмешательств были связаны с геморрагической трансформацией у 4 (66,7%) пациентов и явились основной причиной летальности у 2 пациентов. Наилучшие клинические результаты были получены в группе пациентов, подвергшихся тромбаспирации и тромбэктомии или при их сочетании без применения тромболитической терапии.

Выводы

Церебральная ревазуляризация с использованием современных систем для внутрисосудистой тромбэктомии является эффективным и безопасным вмешательством у пациентов с ишемическими ОНМК. Тромбэкстракция и тромбаспирация без применения тромболитической терапии приводит к наилучшим клиническим результатам.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Ультразвуковая ангиография в диагностике осложненных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей

Альбицкий А.В.

Юсуповская Больница, Москва

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН) одно из наиболее часто встречаемых в повседневной медицинской практике патологических состояний, характеризующихся прогрессирующим и часто осложненным течением.

Дуплексное ангиосканирование в настоящее время рассматривается всеми хирургами в качестве основного метода инструментальной диагностики различных форм ХВН. Оно дает исчерпывающую информацию о состоянии глубоких, поверхностных и коммуникантных вен и позволяет решить вопросы лечебной тактики у абсолютного большинства пациентов. Технические возможности современных ультразвуковых сканеров дают возможность визуализировать практически все русло системы нижней полой вены. Эффективность и диагностическая достоверность ангиосканирования снижаются при лимфатической недостаточности (рассеивание ультразвукового пучка за счет скопления жидкости в подкожной клетчатке), у тучных больных. В этих случаях мы считаем оправданным применение контрастного исследования венозной системы с применением эхоусиливающего препарата «Левовист».

Цель

Разработка контрастной ультразвуковой методики обследования больных с различными формами ХВН нижних конечностей.

Материалы и методы

Предложенный способ контрастного УЗ исследования больных с ХВН осуществлялся на ультразвуковых сканерах с функцией цветово-

го картирования кровотока линейным датчиком частотного диапазона от 6 до 12 МГц.

Препарат вводился в вены тыла стопы, либо в дистальный отдел БПВ в концентрации 200 мг /л – при умеренно выраженных, но недостаточных для получения диагностической информации Доплеровских сигналах, либо 300 мг /л – при слабых Доплеровских сигналах. Усиленный эхо-сигнал, как правило, сохранялся 1 – 2 минуты, поэтому в некоторых случаях возникла необходимость повторного введения «Левовиста». Осложнений после введения контраста мы не наблюдали.

УЗ – ангиографию выполняли в стандартных точках – нижняя и средняя треть голени, подколенная область, нижняя и средняя треть бедра, проекция сафено-фemorального соустья.

Всего обследовано более 100 пациентов с осложненными формами варикозной (ВБ) и посттромбофлебитической болезни (ПТФБ). У всех имелся выраженный лимфатический отек нижних конечностей. Всем пациентам сначала выполнялось УЗДАС по общепринятой методике, а затем – с применением эхо-контрастного препарата.

При УЗ – ангиографии у пациентов с ВБ в стадии трофических расстройств были выявлены перфорантные вены в области бедра и голени, которые при обычном УЗДАС не были обнаружены. У другой группы пациентов с ПТФБ при контрастном исследовании были выявлены бессимптомные тромбозы глубоких вен, и последствия перенесенных тромбозов, о которых пациенты даже не подозревали. На основании полученных данных можно сказать, что УЗ – ангиография показана больным с осложненными формами ХВН. Она значительно улучшает визуализацию перфорантных вен голени и бедра, а также глубоких вен нижних конечностей и «трудных» анатомических областях.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Предикторы реконструктивных операций на сонных артериях при удалении каротидных хемодектом****Аскерханов Г.Р.(1,2), Махатиллов Г.М.(1,2), Адильханов С.Г.(1), Казакмурзаев М.А.(2)**

1) Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

2) ООО «Медицинский центр им.Р.П.Аскерханова», Махачкала

Цель

Оценить возможности МСКТ и МРТ исследований каротидной хемодектомы (КХ) в качестве предиктора реконструктивных операций на сонных артериях при радикальном удалении хемодектомы, посредством ретроспективного анализа результатов обследования и хирургического лечения 17 больных.

Материал и методы

Мы располагаем опытом хирургического лечения 17 больных с КХ. Среди оперированных больных преобладали женщины – 12. Возраст больных составлял от 29 до 62 лет, средний возраст больных – 39,2 года. Обследование включало: УЗИ, МСКТ, МРТ, в отдельных наблюдениях выполнялась трансфеморальная рентгеноконтрастная каротидная ангиография по Сельдингеру. Поражения носили односторонний характер. У 3 (17,6%) пациентов КХ была I типа, у 12 (70,6%) пациентов – II типа, и еще у 2 (11,8%) пациентов III типа (по классификации Shamblin W.R.). Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом.

Результаты

У 15 больных (I,II тип КХ) произведено удаление образования, у 2 больных (III тип КХ) – удаление образования и резекция ВСА с протезированием синтетическим линейным протезом.

При проведении оперативных вмешательств с каротидной реконструкцией временное шунтирование сонных артерий не применялось. У пяти больных, после предварительной гепаринизации, временно пережимали сонные артерии на этапе мобилизации образования. В остальных наблюдениях удалась мобилизация образования без пережатия сонных артерий. КХ носила доброкачественный характер во всех наблюдениях.

В послеоперационном периоде наблюдались транзиторные нарушения – девиация и частичная гипостезия языка у 2 больных, которые полностью регрессировали до выписки больных из стационара. В одном наблюдении наблюдалось кровотечение, потребовавшее повторной операции для достижения гемостаза.

Выводы

Выделение типов Shamblin, на основании дооперационного МСКТ или МРТ исследования, является одним из прогностических критериев необходимости выполнения реконструктивных операций на сонных артериях при радикальном удалении КХ.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Хирургическое лечение аневризм инфраренального отдела аорты

Аскерханов Г.Р.(1,2) , Махатилов Г.М.(1,2), Адильханов С. Г.(1), Казакмурзаев М.А.(2)

1) Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

2) ООО «Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова», Махачкала

Анализируются результаты лечения 54 больных с аневризмами инфраренального отдела аорты, поступивших в отделение сосудистой хирургии РКБ и Медицинского центра им.Р.П.Аскерханова за период с 2008 по 2017 гг. Мужчин было 50, женщин – 4. Возраст больных от 52 до 82 лет. 35 больных с неосложненными аневризмами оперированы – в плановом порядке, 19 больных с осложненными аневризмами: в условиях неполного разрыва, расслоения аневризмы и полного разрыва оперированы в экстренном порядке.

Обследование больных помимо общеклинических методов, включало проведение УЗИ, рентгеноконтрастной аорто-артериографии, мультиспиральной компьютерной томографии. Из 54 больных у 13 больных аневризма не распространялась на подвздошные артерии и локализовалась в пределах брюшного отдела аорты, у 22 больных – дистальный уровень поражения распространялся на общие подвздошные, у 11 – на наружные подвздошные, у 6-ти – на общие бедренные артерии. У 2-х пациентов были отмечены множественные ограниченные аневризматические расширения подвздошных и бедренных артерий.

Больные, поступившие в стационар с неосложненными аневризмами в процессе подготовки к плановой операции, обследованы (амбулаторно) на наличие ИБС. Первым этапом 6 больным была выполнена коронарография с последующей коронарной ангиопластикой и

стентированием 1-2 артерий. Больные с осложненными аневризмами поступали в стационар без предварительного обследования на предмет изучения коронарной патологии.

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом посредством трансперитонеального срединного доступа. Для реконструкции использовались протезы фирмы «Gortex» (США) и «Экофлон» (Санкт-Петербург).

Больным выполнены оперативные вмешательства: резекция аневризмы с протезированием аорты – 11, резекция аневризмы с аорто-подвздошным бифуркационным протезированием – 23, резекция аневризмы с аорто-бедренным бифуркационным шунтированием – 17 и резекция аневризмы с разносторонним аорто-подвздошным и аорто-бедренным шунтированием – 2 пациентам.

В послеоперационном периоде осложнения были отмечены у 12 (22,2%), потребовавшие повторного хирургического вмешательства у 6 больных (2 больных – кровотечения, 4 больных – эвентрация кишечника). Умерло 6 (11,1%) больных, оперированных в экстренном порядке, от острой сердечной недостаточности в 1 сутки послеоперационного периода.

Таким образом, острая сердечная недостаточность была основной причиной летальности пациентов, оперированных по поводу аневризмы инфраренального отдела аорты в экстренном порядке.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Опыт применения общеподвздошно-общеподвздошного переключения при расслаивающей аневризме аорты 3В типа по Де Бейки-Белову****Закеряев А.Б. (1), Бутаев С.Р. (1), Матусевич С.В. (2), Виноградов Р.А. (1).**

1) ГБУЗ Научно-исследовательский институт Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского

2) ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар

Ни через один сосуд человеческого тела не протекает столько крови под высоким давлением, сколько через аорту. И поэтому любое повреждение аорты, такое как расслоение стенки, разрыв или травма, имеет катастрофические последствия. Аневризмой аорты считают ее постоянное локализованное расширение при увеличении диаметра как минимум на 50% по сравнению с нормальным показателем для данного сегмента. Клинические проявления, методы и результаты лечения сильно разнятся в зависимости от причины заболевания и вовлеченного сегмента аорты. Аневризмы аорты постепенно увеличиваются в диаметре; это приводит к серьезным осложнениям, включая разрыв обычно заканчивающийся летально. Отдаленными осложнениями могут стать окклюзия ветвей аорты и, как следствие, ишемическая атака и паралич, ишемия внутренних органов и конечностей.

Цель

Анализ опыта выполнения применения общеподвздошно-общеподвздошного переключения при расслаивающей аневризме 3В типа по Дебейки-Белову.

Материалы и методы

Данная работа основывается на результатах обследования и лечения 36 пациентов. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 15,4$ лет без значимого преобладания лиц одного пола.

Предоперационная визуализация проводилась с использованием КТ-ангиографии, в ред-

ких случаях панаортографии. По результатам исследований определялся вид расслаивающей аневризмы аорты, что позволяло спланировать объем вмешательства. Наблюдение за пациентами проводилось в течение сроков до 48 месяцев.

Результаты и обсуждение

Было произведено 34 оперативных вмешательства, среди которых методы подвздошно-бедренного шунтирования (35,29%) и подмышечно-бедренного шунтирования (26,47%), и общеподвздошно-общеподвздошного переключения (38,23%).

Важным при проведении оперативного вмешательства являлся выбор в пользу забрюшинного доступа и отказ от использования синтетических сосудистых протезов.

Частота послеоперационных инфекционных осложнений была низкой – 5,88%, что может быть объяснено отказом от применения синтетического протеза. Специфические послеоперационные осложнения (тромбозы шунтов, ишемические нарушения) были отмечены у 2,94% пациентов.

Выводы

Исходя из представленных данных, мы полагаем что использование забрюшинного доступа при общеподвздошно-общеподвздошном переключении позволяет снизить вероятность гнойно-септических осложнений, не ухудшая результаты операции.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Веносохраняющий подход при лечении латеральной формы варикозной болезни вен нижних конечностей

Казакмурзаев М.А. (1), Аскерханов Г.Р. (1), Махатилов М.-Г.М. (1), Закариев М.-Р.З (2)

- 1) ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова», Махачкала
- 2) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

Цель

Изучение динамики вертикального рефлюкса по большой подкожной вене и изменения ее диаметра при I типе латеральной формы первичной варикозной болезни после минифлебэктомии или микропенной флебосклеротерапии в сочетании с кроссэктомией и без нее.

Материалы и методы

За период с апреля 2012 г по декабрь 2017 г в Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова пролечено 118 пациентов с I типом латеральной формы первичной варикозной болезни вен нижних конечностей по классификации J.Weber. Мужчин было 49, женщин 69. Возраст пациентов колебался от 21 до 69 лет (средний $36 \pm 9,4$ лет). Всем пациентам выполнялось дуплексное ангиосканирование до и после лечения в вертикальном положении одним специалистом. В исследование включались пациенты с диаметром приустьевого отдела большой подкожной вены (БПВ) и латеральной вены не более 1 см., длиной проксимального сегмента БПВ до места впадения латеральной вены до 10 см., локальным рефлюксом из приустьевого отдела БПВ с дренажом в латеральный приток, состоятельным клапанным аппаратом дистального сегмента ствола. Патологическим считали рефлюкс, длительностью более 0,5 с. Диаметр ствола БПВ определяли на 1 см выше впадения латерального притока. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании и были рандомизировано поделены на две группы. В I группу вошло 58 пациентов, перенесших амбулаторную кроссэктомию БПВ с минифлебэктомией латерального притока. Во II группу вошло 60 пациентов, которым была проведена минифлебэктомия латерального притока (n=30) или микропенная флебосклеротерапия 1-3% раствором фибро-вейна (n=30). Контрольный осмотр проводился в срок 1 и 12 месяцев. Критерием оценки эффективности лечения считалось сохранение, исчезновение

или дальнейшее распространение рефлюкса по стволу БПВ, появление рецидива варикоза в зоне вмешательства, изменение диаметра БПВ.

Результаты

Через 1 месяц осмотрено 56 пациентов из I группы, у 100% из них отсутствовал рефлюкс по стволу БПВ и не было признаков рецидива, диаметр БПВ уменьшился с 7,65 мм (95% доверительный интервал (ДИ) 8,12-7,18) до 5,41 мм (95% ДИ 5,65 – 5,17), $p < 0,05$. Во II группе в этот срок было осмотрено 57 пациентов, из них рефлюкс отсутствовал у 54 (94,7%), у всех не было признаков рецидива, диаметр БПВ уменьшился с 7,61 мм (ДИ 95% 8,05-7,17) до 5,64 мм (95% ДИ 5,9-5,38), $p < 0,05$.

Спустя 12 месяцев на осмотр явилось 42 пациента из I группы, из них у 40 (95,2%) отсутствовал рефлюкс в БПВ, у 2 (4,8%) появились резидуальные вариксы в зоне минифлебэктомии, диаметр БПВ уменьшился с 7,65 (95% ДИ 8,12-7,18) до 5,25 мм (95% ДИ 5,48-5,02), $p < 0,05$. Во II группе осмотрено 45 пациентов, у 42 (93,3%) не определялся рефлюкс в БПВ, диаметр БПВ уменьшился с 7,61 мм (95% ДИ 8,05-17) до 5,47 мм (95% ДИ 5,78-5,16), $p < 0,05$. У 2 (4,4%) пациентов появилась сегментарная реканализация вариксов на бедре после склеротерапии.

Во всех случаях обнаружения рефлюкса он определялся только над остиальным клапаном, не распространяясь дистальнее.

Заключение

Устранение варикозно трансформированных притоков БПВ при I типе латеральной формы первичной варикозной болезни без кроссэктомии не приводит в отдаленном периоде к увеличению частоты рецидива и сопровождается нормализацией функции остиального клапана у 93% пациентов с уменьшением диаметра приустьевого отдела БПВ.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Частота встречаемости вертикального рефлюкса по стволу большой подкожной вены в различных клинических классах при первичной форме хронических заболеваний вен****Казакмурзаев М.А. (1), Аскерханов Г.Р. (1), Абдуллаев И.С.(1), Закариев М.-Р.З.(2)**

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

2) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

Цель

Определить частоту встречаемости несостоятельности большой подкожной вены и ее вовлечённость в патологическую варикозную трансформацию при первичной форме хронических заболеваний вен. Материалы и методы: за период с января 2015 г. по декабрь 2017 г. в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова было обследовано 512 пациентов (838 конечности) с первичной формой хронических заболеваний вен нижних конечностей. Из них 190 мужчин (37,1%) и 322 женщины (62,9%). Возраст пациентов от 16 до 82 лет (средний возраст 38,1 лет).

Всем пациентам было выполнено ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей с цветным дуплексным картированием на аппаратах GE Vivid 3 и Logiq Book XP линейными датчиками с частотой 4-10 МГц. Границу распространения вертикального рефлюкса по большой подкожной вене (БПВ) определяли в вертикальном положении больного с проведением пробы Вальсальва и проксимальной мануальной компрессии.

Результаты

По клиническому разделу классификации CEAP нижние конечности пациентов распределились следующим образом: С1 – 610 (72,8%), С2 – 144 (17,2%), С3 – 39 (4,7%), С4 – 18 (2,1%), С5 – 16 (1,9%), С6 – 11 (1,3%).

При исследовании бассейна БПВ во всех классах протяженность рефлюкса была следующей: отсутствие рефлюкса – 534 (63,7%), сафено-фemorальное соустье – 56 (6,7%), верхняя треть бедра – 43 (5,1%), средняя треть бедра – 22 (2,6%), коленный сустав – 40 (4,8%), средняя треть голени – 16 (1,9%), лодыжка – 127 (15,2%). В классе С1 рефлюкс по БПВ отсутствовал в 84,1% конечностей, в классе С2 – в 22,9% конечностей. В классах С3-С6 вертикальный рефлюкс по БПВ различной степени выявлен у всех пациентов. Варикозная трансформация ствола БПВ или его части в классах С2-С6 обнаружена в 96 (42,1 %) конечностей. При этом варикозная трансформация всего ствола БПВ у пациентов со стволковым рефлюксом была выявлена в 33 (23,1%) конечности.

Выводы

В 304 (36,3%) конечностях с несостоятельной БПВ стволковой рефлюкс выявлен в 47%, сегментарный – в 53% конечностей. Перспектива вероятной реваскуляризации миокарда у части пациентов диктует необходимость полного ультразвукового картирования границы рефлюкса по стволу БПВ и дифференцированного подхода к вопросу об объеме оперативного вмешательства при его варикозной трансформации.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Опыт хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в ГКБ №1

Алиев М.А., Джанаев М.З.

ГБУ РД ГКБ №1, Махачкала

Актуальность

В последние годы в современной медицине в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей получает применение малотравматичных, малоинвазивных, с максимально косметическим эффектом в послеоперационном периоде, методик лечения, с проведением в стационаре минимального количества времени. Вышеказанному что соответствует по нашему мнению, и признана по всему миру – эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК), методика которая получила самое широкое использование.

По данным различных авторов, распространенность варикозной болезни среди населения колеблется от 2 до 50 %. Частота встречаемости ВРВ среди подростков так же возрастает за последние годы, из прооперированных ниже пациентов 6 пациентов в возрасте до 18 лет.

Цель

Выбор методики в лечении ВРВ н/к в сравнении традиционного метода лечения ВРВ и ЭВЛК.

Материалы и методы

В исследование вошли 97 пациента с варикозным расширением вен нижних конечностей (ХВН С2-С6, по СЕАР). При диагностике в дооперационном периоде (ЦДС вен н/к) у всех пациентов был выявлен патологический венозный рефлюкс по стволу БПВ и МПВ II- IV степени. Подбор пациентов для ЭВЛК велся так же с учетом размера варикозно расширенных притоков БПВ и МПВ диаметр которых не превышал более 5мм, так же учитывалось количество варикозно расширенных притоков. Учитывалось на УЗИ вен нижних конечностей прямолинейность хода ствола БПВ и МПВ, возможность ее проведения световода по стволу. Пациенты подходящие под ЭВЛК по диаметру ствола вены, но не подходящие по степени извитости ствола БПВ или МПВ подвергались классическому методу лечения ВБ.

В клинике прооперировано 97 пациента с ВРВ. Хирургическое лечение ВРВ – 47. ЭВЛК – 50

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 – 6-7 дней, у 2-ой группы – 1-2 дня. За время нахождения пациента в стационаре наблюдались послеоперационные осложнения в каждой из групп. Гематома на бедре – 47(100%) случаев у 1-ой группы, 29 (58%) случая у 2 группы. Парестезии и онемение 9(19.4%) у 1-ой группы, 5(10%) у 2-ой группы. Поверхностный тромбофлебит 0 у 1ой группы, 2(4%) у 2ой группы. Лимфорея 1(2,12%) у 1-ой группы, 0 у 2-ой группы. Так же пациентам предлагалось анкетирование по 5-ти бальной шкале, визуального эффекта на 2-е сутки после проведения ЭВЛК. Средний балл по анкете составил – 4,3.

Из представленных данных видно, что косметические результаты комбинированного хирургического лечения с использованием ЭВЛК лучше в сравнении с классической флебэктомией. Наиболее частой причиной негативного отношения к проведенной операции пациентов первой группы было наличие косметического дефекта, так как более 60% пациентов из 1 группы женского пола до 35 лет. Положительное отношение высказало и большинство пациенток, перенесших сопутствующую минифлебэктомию.

Выводы

Таким образом, ЭВЛК магистральных подкожных вен не может быть рекомендована для широкого использования в качестве альтернативы классической флебэктомии. Достоинства методики – малотравматичность, косметичность, так же у 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 мощности на конце световода, способствующих успешному применению этого метода.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Рентгенэндоваскулярная эмболизация гонадных вен при варикоцеле**

Махачев О.А. (1,2), Абасов Ф.Х.(1,2), Шелеско А.А.(3), Мамаев А.А.(1), Хаджилаев М.Х. (1), Османов О.А.(1), Муталипов Р.М.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Магомедова З.Г.(1)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала
- 3) ФБГУ «Клиническая больница №1» (Волынская) Управления делами президента РФ, Москва

Цель

Представить первый опыт эмболизации гонадных вен у больных с варикоцеле.

Материал и методы

С декабря 2015 года по май 2018 года в ДЦК и ССХ обследовано 97 пациентов с диагнозом варикоцеле, у 24 (24,7%) больных был рецидив после открытых операций [19 после операции Иванисевича, 5 (16,6%) случаев после операции Мармара]. Всем пациентам выполнена селективная флеборенотестикулография с инвазивным определением давления в почечной и подвздошных венах. Средний возраст больных составил 28 лет (от 14 до 64 лет). Рефлюкс с расширением гонадных вен обнаружен у 69 (84%) больных. Средний диаметр вен составил 4 ± 1.4 мм. Левостороннее поражение обнаружено у 53 (54,6%) пациентов, двухстороннее – у 11 (11,3%), изолированное правостороннее у 3 (3%) больных.

Гемодинамически значимый градиент давления между нижней полой веной, левой общей подвздошной веной и левой почечной веной при инвазивном измерении выявлен у 3 больных.

Результаты

В 57 случаях выполнена эмболизация гонадных вен с помощью спиралей и склерозиру-

ющего препарата. У 7 пациентов со стволовым типом строения гонадных вен и диаметром более 5 мм выполнена окклюзия с помощью сосудистого окклюдера Amplatzer Vascular Plug II и IV. В 30 (52,6%) случаях операция выполнена через правую внутреннюю яремную вену, в 22 (38,5%) наблюдениях – транскубитальным доступом, в остальных 5 (8,7%) случаях доступ осуществлялся через правую бедренную вену. Для окклюзии гонадных вен использовано 3.1 ± 1.1 эмболизационных спиралей и 2 мл 3% натрия тетрадецилсульфата в виде пены (соотношение с воздухом 1:4). При контрольной флебографии поступление контраста дистальнее спиралей и окклюдеров не отмечалось. Длительность госпитализации пациентов после эмболизации гонадных вен составила 3 койко-дня. Во всех случаях операции прошли без осложнений.

Заключение

Селективная флеборенотестикулография является высокоинформативным методом диагностики варикоцеле. Рентгенэндоваскулярная эмболизация гонадных вен при варикоцеле – является эффективной и малотравматичной. Имплантацию окклюдеров в гонадную вену, впервые выполненную в Российской Федерации, можно рассматривать как альтернативу эмболизационным спиральям.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Опыт хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в ГКБ №1

Алиев М.А., Джанаев М.З.

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала
- 3) ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) Управления делами Президента РФ

Цель

Представить наш опыт по внедрению комбинации хирургического и рентгенэндоваскулярного методов лечения мультифокального варикоза у женщин.

Материал и методы

С 2015 года в ДЦК и ССХ обследовано свыше 7000 больных с заболеваниями вен. Больным выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей. При выявлении вневенозного поражения вен в сочетании с расширением вен промежности пациенткам рекомендовалось выполнить ультразвуковое исследование вен малого таза. При выявлении поражения вен малого таза на УЗИ больным предлагалась флебография с селективной овариографией, МРТ или МКСТ вен малого таза. Выполнено 210 ангиографических исследований, по результатам которых рефлюкс по левой яичниковой вене обнаружен в 165 (78,5%) случаях, у 17 (8%) пациенток выявлено двустороннее поражение и 28 (13,5%) исследований рефлюкса не выявили. Выполнено 30 МРТ и 25 МКСТ вен малого таза, которые в 48 (87%) случаях выявили расширение вен маточного и яичникового сплетений с увеличением диаметра яичниковых вен. У 3 (5,5%) пациенток с расширением вен малого таза, выявлена артериовенозная компрессия, при отсутствии признаков расширения яичниковой вены. Медиана возраста больных составила 40 лет (от 24 до 59 лет). Больные консультированы неврологом и оценены по шкалам интенсивности боли и шкалам выраженности астенического синдрома.

Результаты

Первым этапом 64 пациенткам эмболизирована левая яичниковая вена (в 10 случаях

17% выполнена эмболизация обеих яичниковых вен). На окклюзию использовано от 3 до 6 эмболизационных спиралей и склерозант в виде пены. При диаметре яичниковой вены свыше 9 мм вместо спиралей в 15 (23%) случаях устанавливался окклюдер Amplatzer Vascular Plug II. Повторное тестирование пациентов неврологом выявило регресс боли и снижение уровня тревоги. Вторым этапом выполнены оперативные вмешательства на нижних конечностях. Из 64 пациенток с ранее эмболизированными яичниковыми венами поражение варикозной болезнью обеих нижних конечностей выявлено у 50 (78%) больных. Этим пациенткам были выполнены 100 следующих хирургических вмешательств: ЭВЛО с минифлебэктомией (n=58), минифлебэктомия (n=37) и классическая флебэктомия (n=5). Пациенткам с односторонним поражением вен нижних конечностей были выполнены: классическая флебэктомия (n=2) и минифлебэктомия (n=12). У всех пациенток (n=64) при первичном обследовании была выявлена варикозная трансформация вен промежности: при контрольном осмотре через 3-4 месяца после эмболизации яичниковой вены в зоне промежности только у 21 (33%) женщины сохранился значимый варикоз, который был устранен склеротерапией. В 9 наблюдениях варикоз промежности был частично устранен во время выполнения классической флебэктомии.

Выводы

Решение проблемы мультифокального варикоза возможно и достигается малотравматичными и безопасными методами при минимальных затратах коечного фонда стационара.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей: причины, способы устранения и профилактика**

Махачев О.А.(1,2), Айдаев С.С.(1.2), Муталипов Р.М.(1), Изиев В.Р.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Шахнавазов А.Ш.(1.2)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Представить опыт ГБУ НКО ДЦК и ССХ в диагностике, хирургическом лечении и способах профилактики рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей.

Материал и методы

С 2015 года в ДЦК и ССХ обследовано свыше 7000 больных с заболеваниями вен. В 105 случаях выявлен рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей после хирургических вмешательств, выполненных в сроки от 2 до 25 лет ранее. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) вен нижних конечностей с целью выяснения причины формирования рецидива. В рамках дообследования пациентов применялись следующие методы диагностики: МСКТ и МРТ вен малого таза, флебография вен малого таза с селективной овариографией, флебография вен нижних конечностей. В зависимости от выявленной причины, персонализированно подбирался комплекс лечебных мероприятий для устранения рецидива и его возможной вторичной профилактики. Для устранения рецидива применялись следующие методики: ЭВЛО с минифлебэктомией, минифлебэктомия без ЭВЛО, кроссэктомия, стриппинг ствола БПВ или МПВ, эмболизация яичниковых вен, склеротерапия.

Результаты

На основании выполненных исследований выявлены следующие причины рецидива: варикозное расширение вен малого таза с рефлюксом по яичниковой вене, пельвио-перинеальным рефлюксом и рефлюксом в вены нижних конечностей в 44 (42%) случаях, в 25 (24%) наблюдениях причиной рефлюкса являлась некорректная обработка БПВ в зоне СФС, в 18 (17%) случаях формирование варикоза отмечено в бассейне МПВ при ранее выполненном стриппинге БПВ, у 15 (14%) больных выявлен рефлюкс по несостоятельным перфорантным венам бедра и голени и в 3 (3%) случаях при первичной операции удаление притоков не сопровождалось стриппингом БПВ, что и послужило причиной рецидива. Для устранения рецидива выполнено 90 вмешательств: 40 минифлебэктомий, 24 ЭВЛО с минифлебэктомией, 8 кроссэктомий с минифлебэктомией, 2 коротких стриппинга с минифлебэктомией, 2 эмболизации яичниковых вен и 14 пеносклеротерапий вен промежности и нижних конечностей. Пациенты отметили хороший косметический эффект операции и улучшение качества жизни после патогенетически обоснованного лечения.

Заключение

Выбор оптимального способа устранения рефлюкса по варикозно расширенным венам невозможен без полноценной диагностики и патогенетически обоснованного подхода к лечению.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Хирургическое лечение варикозного расширения вен нижних конечностей: опыт 1800 эндовенозных лазерных облитераций

Махачев О.А.(1,2), Айдаев С.С.(1,2), Муталипов Р.М.(1), Изиев В.Р.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Шахнавазов А.Ш.(1,2)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Представить опыт ДЦК и ССХ по использованию эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) в лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Методы

С 2015 года в ДЦК и ССХ обследовано свыше 7000 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 индивидуально принималось решение о методе его устранения. ЭВЛО признавалась методом выбора при диаметре приустьевого расширения менее 10 мм при неосложненных формах варикозного расширения вен и менее 15 мм при осложненных формах. После устранения рефлюкса, техникой мини-флебэктомии удалялись варикозно расширенные притоки. Также были учтены следующие факторы: непереносимость местных анестетиков, низкий болевой порог, индекс массы тела, количество варикозно расширенных притоков, тромбофилия, возможность активизации пациента в раннем послеоперационном периоде, наличие образований малого таза и брюшной полости, перенесенные ранее тромбозы глубоких или поверхностных вен, особенности хода БПВ или МПВ.

Результаты

На основании выполненных исследований принималось решение о выборе метода хи-

рургического лечения и о последовательности выполнения операций. При выявлении противопоказаний для ЭВЛО пациентам выполнялся короткий или длинный стриппинг. Выполнено 2540 операций на венах нижних конечностей: ЭВЛО (n=1800), комбинированная флебэктомия (n=260), флебэктомия по Варادي (n=480). Длительность госпитализации пациентов после ЭВЛО составила 2-3 койко-дня, в то время как пациенты после комбинированной флебэктомии находились в стационаре 8-9 койко-дней. В 10(0,39%) случаях отмечены послеоперационные осложнения: инфицирование послеоперационной раны у 6 пациентов (0,24%) и отсутствие окклюзии ствола вены после ЭВЛО в 4 (0,15%) случаях, что потребовало повторной процедуры. В 42 случаях наблюдалось заживление трофических язв после ЭВЛО. При осмотре через 1 год после ЭВЛО данных за рецидив заболевания не выявлено. Для достижения максимального косметического эффекта у ранее прооперированных пациентов в 380 случаях применялась пеносклеротерапия в амбулаторном порядке. Пациенты отмечают хороший косметический эффект и улучшение качества жизни.

Заключение

Правильный выбор способа устранения рефлюкса по стволам БПВ или МПВ позволяет избежать таких осложнений как термоиндуцированный тромбоз глубоких вен, снизить количество неудачных облитераций и добиться хорошего косметического эффекта с минимальными затратами коечного фонда стационара.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Возможности диагностики и миниинвазивного лечения венозных мальформаций нижних конечностей**

Махачев О.А.(1,2), Айдаев С.С.(1.2), Абасов Ф.Х. (1,2), Муталипов Р.М.(1), Изиев В.Р.(1), Абдулаев Ю.И.(1), Шахнавазов А.Ш.(1.2)

- 1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
- 2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Представить опыт ДЦК и ССХ в диагностике и миниинвазивном лечении венозных мальформаций нижних конечностей.

Материал и методы

С 2017 года в ДЦК и ССХ обследовано свыше 7000 больных с заболеваниями вен. Всем пациентам выполнено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) вен нижних конечностей. У 3 пациентов, обратившихся по поводу варикозного расширения вен, выявлены венозные мальформации. В одном случае мальформация определялась на уровне мышц голени. Во втором наблюдении мальформация локализовалась в мышцах по латеральной поверхности бедра. В третьем случае венозная мальформация распространялась на мышцы по латеральной поверхности бедра и ягодичную область. Для уточнения локализации и анатомических особенностей в первом случае применялась МСКТ вен голени с контрастированием. Во втором и третьем наблюдениях выполнена флебография вен нижних конечностей и селективная флебография венозной мальформации, осуществленная путем катетеризации под контролем УЗИ.

Результаты

На основании полученных данных о размере, форме и взаимосвязи мальформации с глубокими венами нижней конечности определялась тактика лечения, вероятность успеха и осложнений. В связи с тем, что большая глубина залегания, сложная форма и большие размеры мальформаций не позволяли выполнить ее адекватное иссечение с низким уровнем операционной травмы, было принято решение

о попытке выполнения миниинвазивного лечения. В каждом случае было выполнено по 2 сеанса пеносклеротерапии. В качестве препарата применялся полидоканол 3% в виде густой пены. Введение препарата осуществлялось по установленному под контролем УЗИ катетеру, в зону с максимальным распространением препарата по мальформации и минимальным сбросом его в глубокие вены, что ранее было оценено по данным МСКТ и флебографии. Для профилактики венозного тромбоза применялись низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке за час до процедуры и в течение недели после нее. В обязательном порядке использовался компрессионный трикотаж в течение месяца и ходьба в течение часа после процедуры. На контрольном осмотре через 3 месяца после манипуляции у первого пациента облитерировано 90% вен мальформации, а также облитерирована МПВ до СПС, у второго пациента облитерировано до 80% мальформации и в 3 случае облитерировано 70% вен в структуре мальформации. Данных за тромбоз глубоких вен получено не было. Пациенты отмечают уменьшение объема тканей в зоне мальформации, уменьшение болевого компонента, а также отличный косметический результат. Рекомендован контрольный осмотр через год после процедуры с выбором дальнейшей тактики лечения.

Заключение

Миниинвазивный подход демонстрирует высокую эффективность в лечении венозных мальформаций. Низкий риск осложнений, отличный косметический эффект и быстрое восстановление трудоспособности позволяют считать эту методику целесообразной в лечении венозных мальформаций нижних конечностей.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Профилактика тромботических осложнений после реконструктивных операций у больных с трофическими язвами атеросклеротического генеза с целью предотвращения ампутации конечности

Кательницкий И.И., Кательницкий Иг.И., Ливадняя Е.С.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель

Оценить и улучшить результаты реконструктивных операций на артериях нижних конечностей больных облитерирующим атеросклерозом с критической ишемией путем индивидуального подбора антикоагулянтной терапии в зависимости от коррекции гепаринотерапии на основании данных коагулограммы и теста «Тромбодинамика Т-2».

Материалы и методы

82 пациента с атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей разделены на две группы: первая группа – 48 больных с выполненными реконструктивными операциями на артериях нижних конечностей с подбором дозы антикоагулянтной терапии с помощью показателей коагулограммы, вторая – 34 больных, которым выполнялись реконструктивные операции с подбором антикоагулянтной терапии с помощью комплексного исследования вязкости крови по данным теста «Тромбодинамика Т-2».

Результаты

Из 48 пациентов 1 исследуемой группы хороший эффект у 36 больных (75,00%), у 9 (18,75%) – удовлетворительный, а в 3 наблю-

дениях (6,25%) – неудовлетворительный. Во 2 группе: хорошие результаты – 33 (97,06%) больных, а у 1 (2,94%) пациента – удовлетворительный. Неудовлетворительных результатов не было. Проанализировано количество повторных операций в течение 1 года, выполненных в 1-ой группе, которых статистически достоверно было 2 раза больше, чем во 2-ой. Все повторные операции связаны с развившимися тромботическими осложнениями. При сочетании большинства показателей гемостазиограммы и теста «Тромбодинамика Т-2» проводилась коррекция дозы гепаринотерапии, увеличивая на 2500 ЕД, то есть пациент получал по 7500 ЕД 4 раза в сутки. Если при проведении «Тромбодинамики Т-2» и коагулограммы на 6 сутки после оперативного лечения определялась гиперкоагуляция, то доза гепарина увеличивалась повторно на 2500 ЕД.

Выводы

Таким образом, сочетание выполнения коагулограммы с тестом «Тромбодинамика Т-2» дает возможность достоверно выявить необходимость коррекции гепаринотерапии для предотвращения развития тромбоза в раннем послеоперационном периоде, что позволяет у пациентов с критической ишемией избежать ампутации конечности.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Наш опыт обеспечения сосудистым доступом для гемодиализа****Махачев О.А.(1,2), Нурмагомедов А.Г.(1), Шихмагомедов О.О.(1), Муталипов Р.М.(1)**

1) ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно – сосудистой хирургии»

2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Представить хирургический опыт по созданию сосудистого доступа для гемодиализа (ГД).

Материалы и методы

С 2014 по 2017 гг. в «ДЦК и ССХ» для обеспечения сосудистым доступом для ГД обратились 659 пациентов. Средний возраст больных нуждавшихся в сосудистом доступе составил 62,4 года (от 9 до 83 лет). Из 659 пациентов нативная артериовенозная фистула (АВФ) была создана 404 (60,8%) пациентам, имплантация центрального венозного катетера (ЦВК) 246 (37,3%) пациентам, синтетические протезы (трансплантаты) были имплантированы в 9 (1,9%) случаях. Локализация АВФ была следующей: дистальные радиоцефальные АВФ у 348 (86,1%) пациентов; дистальные ульнобазиллярные АВФ у 2 (0,5%) больных; радиоцефальные АВФ в средней трети предплечья в 27 (6,7%) случаях; проксимальные брахиоцефальные АВФ у 18 (4,5%) пациентов; Gracis АВФ у 5 (1,2%) больных; брахиобрахиальные АВФ с последующей суперфициализацией у 2 (0,5%) пациентов. Всем больным в день госпитализации выполнялось УЗИ исследование сосудов. Синтетические протезы имплантировали при отсутствии сосудистого ресурса.

Результаты

Функционирование АВФ в первые 12 месяцев после операции было подтверждено в 327 (81%) случаях. Спектр осложнений развившихся при создании дистальных АВФ у 98 (24%) пациентов был следующим: ранний тромбоз АВФ у 24 (24,5 %) пациентов, поздний тромбоз

АВФ у 52 (53,1%) больных, аневризма АВФ у 12 (12,1%) пациентов, разрыв аневризмы анастомоза АВФ у 3 (3,1%) больных, синдром венозной гипертензии, потребовавший перевязки фистульной вены после создания АВФ на контролатеральной верхней конечности в 3 (3,1%) случаях, «недозревание» фистульной вены потребовавшее перевязки притоковых вен у 4 (4,1 %) пациентов. Из 18 пациентов с брахиоцефальными АВФ, лимфоцеле развилось у 4. Инфекционное осложнение после имплантации синтетического протеза наблюдалось в 1 (11,1%) случае. Имплантация ЦВК во внутреннюю яремную вену была выполнена у 242 (98,4%) больных, в 4 (1,6%) случаях ЦВК устанавливался в бедренную вену. Осложнения, возникшие в нашей практике при имплантации ЦВК, были следующими: инфекция ЦВК в отдаленные сроки после операции у 3 (1,2%) пациентов, выполнена эксплантация ЦВК с установкой ЦВК на контролатеральной стороне; ятрогенная пункция общей сонной артерии у 3 (1,2%) пациентов, при контрольном УЗИ артериовенозное сообщение отсутствовало; гематома в области лопаточно-ключичного треугольника у 2 (0,8 %) пациентов.

Заключение

Сосудистый доступ является Ахиллесовой пятой гемодиализа; нативная АВФ является СД выбора для этой категории больных; эффективное взаимодействие сосудистых хирургов, формирующих сосудистый доступ и персонала, осуществляющего процедуры гемодиализа, позволяет обеспечить долговременный гемодиализ, улучшить качество и продолжительность жизни пациентов.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Комплексное лечение и методы ревакуляризации нижних конечностей у больных диабетической стопой

Исмаилов С.А.(1,2), Альбориев И.Н.(1), Закариев М-Р. З.(1,2)

- 1) ГБУ «Республиканская клиническая больница», Махачкала
- 2) «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Диабетическая стопа (ДС) – это одно из самых тяжелых осложнений сахарного диабета (СД). При нем развиваются язвенные, гнойно-некротические повреждения и гангрены конечностей. По научным данным первые 2 года от 30% до 50% больных умирают не от выполненных ампутаций, а от осложнений и тяжелой сопутствующей патологии. В основном нейротрофические язвы 60-70%, в 5-10% случаях ишемические, а 20-39% – смешанные. Практика показывает, что неэффективность традиционного метода лечения рано или поздно ставит вопрос об ампутации конечности. Возможности открытых методов ревакуляризации у больных сахарным диабетом резко ограничены, а наличие очага деструкции на стопе создает высокий риск развития послеоперационных гнойных осложнений, поэтому ревакуляризация является жизненно необходимой мерой для сохранения функциональной конечности и обезболивания.

Материал и методы

В нашей клинике за три года проанализированы результаты лечения больных с реканализацией и баллонной ангиопластикой магистральных артерий у 78 больных, проведенных в сосудистом отделении РКБ ГБУ. Возраст больных от 50-72 лет (М – 43, Ж – 35). 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 наблюдение за пациентами осуществляли амбулаторно с оценкой состояния периферического кровообращения конечностей и местное заживление ишемических и нейротрофических язв на стопах у больных с ДС.

Результаты

Баллонная ангиопластика (БАП) артерий нижних конечностей выполнена у 43 пациентов и у 35 эндоваскулярная дилатация магистральных артерий дополнена со стентированием подколенной артерии – 5, стентирование ПБА – 13 и подвздошной артерии – 17. Клинически значимых осложнений во время БАП, потребовавших хирургического лечения, не было. У 28 (36%) 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. 7 (9%) больным выполнена ампутация на уровне бедра, 3 (3,9%) больным выполнена ампутация на уровне в/3 голени после БАП на 2-ые сутки. После успешной ревакуляризации и появления четкой демаркации 16 (20,1%) больным выполнена ампутация стопы по Шарпу, у 24 (31%) 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 17 больным в связи с рецидивом критической ишемии, причем 8 из них первоначально была восстановлена проходимость одной межкостной берцовой артерии, у 5 больных – задней большеберцовой артерии. У 5 больных после стентирования ПБА и подвздошных артерий отмечался тромбоз стента через 6-8 мес. после имплантации без рецидива критической ишемии.

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.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Использование баллонной ангиопластики при стенотическом поражении артерий нижних конечностей в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы****Алиев Магомед А., Сафаров С.Ю., Магомедов М.С., Османов Р.С., Сулейманов Ш.А.**

«Дагестанский государственный медицинский университет», ГКБ №1, Махачкала

Актуальность

В настоящее время проблема лечения больных сахарным диабетом (СД) приобретает все большую актуальность – этим заболеванием страдает около 7% населения развитых стран, увеличиваясь каждые 10-15 лет вдвое. Россия входит в пятерку стран с наибольшей заболеваемостью СД. Результаты лечения гнойно-деструктивных осложнений диабетической стопы и по настоящее время не удовлетворяют хирургов, сохраняется большой процент высоких ампутаций, достигая 30-50%, летальность остается на уровне 3-4%.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 44 больных с критической ишемией стопы, осложненной гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы на фоне СД, находившихся в РОХИ. В основную группу вошли 24, в контрольную 20 больных.

Мужчин было 14 (11 в контрольной группе), женщин 10 (9 в контрольной группе). Возраст больных колебался от 31 до 73 лет. СД тяжелой степени при поступлении обнаружен у 14 (58%) больных в основной и 8 (40%) в контрольной группах. СД средней тяжести выявлен у 6 (25%) больных основной и 6(30%) контрольной группах и легкой степени – у 4(17%) основной и 6(30%) больных контрольной группах. Длительность заболевания в среднем в обеих группах составила 11 лет. Все больные были с инсулин-независимым диабетом.

Консервативное лечение в обеих группах исследования включало в себя:

1. Компенсацию уровня гликемии и обменных процессов переводом больных на лечение простым инсулином.

2. Применение антибиотиков с учетом чувствительности к микрофлоре.

3.с Применение антикоагулянтов и дезагрегантов, средств улучшающих микроциркуляторный кровоток.

4. В случае наличия и белковых нарушений и водно-электролитного обмена, проводили их коррекцию.

Диагностические мероприятия включали ультразвуковую доплерографию и ангиографию сосудов пораженной конечности. Оценивали протяженность сосудистого поражения и характер кровотока.

При УЗДГ стенотическое поражение бедренного сегмента выявлено у 18(29%) больных основной группы и 12(21%) больных контрольной группы, подколенного сегмента у 7(12,5%) больных основной группы и 6(11%) больных контрольной группы, на голени соответственно 11(18%) основной и 9(16%) контрольной группах. Эти данные подтвердили и ангиографией.

Больным в обеих группах для стимуляции регионарного кровообращения и устранения ишемии тканей использовали простагландины (вазапростан, алпростан и др.), препараты, улучшающие реологические свойства крови и антиоксиданты.

В основной группе хирургическое вмешательство состояло из 2-х этапов: На первом этапе для устранения критической ишемии и реваскуляризации всем больным проведена баллонная ангиопластика артерий бедра и голени. На втором этапе, после устранения ишемии выполняли ампутации пораженных пальцев по разработанной методике.

Хирургическое лечение на пальцах стопы в контрольной группе выполняли по общепринятой методике, которая не учитывает анатомо-топографического расположения артерий, осуществляющих кровоснабжение дистальных отделов и пальцев стопы.

Техника оперативного вмешательства в основной группе: известно, что сухожилия длинных разгибателей тесно сближаются друг с другом над линией сустава Лисфранка. В этом

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

месте на тыльной поверхности стопы поперечным разрезом длиной 1-2 см рассекалась кожа с подкожной клетчаткой, фасция. Тупо расслаивали мягкие ткани, обнажали длинные разгибатели пальцев (2-4 пальца) и пересекали сухожилие пораженного пальца острым скальпелем (для профилактики распространения гнойно-некротического процесса по сухожильным влагалищам). Если возникала необходимость удаление длинного разгибателя 1 пальца стопы, то разрез осуществляли на 1,5 см медиальнее вышеописанного разреза, на том же уровне. После пересечения сухожилия приступали к экзартикуляции пораженного пальца. Ампутации пальцев выполнялись также по разработанной нами методике. Хирургическое вмешательство осуществлялось из продольного разреза на тыльной поверхности поражённого пальца и плюснефалангового сочленения. Разрез проходил по костным выступам, строго по средней линии. Рассекались мягкие ткани до кости, а кожные лоскуты отодвигались на лате-

ральную и медиальную стороны и выполняли ампутацию пальца на необходимом уровне. Пересеченные сухожилия удалялись вместе с пальцем и измененными тканями. Тем самым мы сохраняли питающий сосуд соседнего пальца.

Результаты

Использование баллонной ангиопластики в сочетании с разработанным способом ампутации пальцев, позволило сохранить функционально полноценную конечность у 23 (96%) больных основной группы. В контрольной группе из 20 больных функционально полноценная конечность была сохранена у 15 (75%) больных. Высокие ампутации выполнены у 1 (4%) больного в основной группе и 5 (25%) в контрольной.

Летальность в контрольной группе составил 1 больной (5%), тогда как в основной группе летальных случаев не было.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Усовершенствованная техника эндовидеохирургической грудной симпатэктомии для лечения болезни Рейно**Абдурашидов Г.А., Койчурев Р.А.**

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Несмотря на многообразие хирургических способов лечения болезни Рейно (БР), отдаленные результаты остаются неудовлетворительными. Частота возникновения рецидивов достигает 50-90%. Все это делает поиск новых путей лечения БР актуальной проблемой.

Цель

Разработать принципиально новый способ выполнения эндовидеохирургической грудной симпатэктомии (ЭВГСЭ) для лечения пациентов, страдающих БР.

Материалы и методы

Под ЭТН, с односторонней вентиляцией, в положении больного на боку, выполняем эндовидеоскопию грудной полости, далее обнажаем большую симпатическую ветвь, отходящую от латеральной поверхности второго грудного симпатического ганглия, которая отходит от боковой поверхности второго грудного ганглия и идет по первому межреберью на протяжении 5-8 см. Далее производится резекция нижней половины звездчатого и удаление второго грудного симпатического ганглия, далее резецируется его «латеральная ветвь» на протяжении 5-8см, до места, где она прободает грудную

стенку или распадается на «гусиную лапку». Всего было выполнено 34 подобных операций 65 пациентам. Девяти из них была выполнена поэтапная двухсторонняя ЭВГСЭ.

Результаты

При изучении отдаленных результатов в сроки до 5-ти лет, только в одном случае мы наблюдали развитие рецидива заболевания (2,9%), когда ЭВГСЭ выполнить не удалось из-за выраженного спаечного процесса в плевральной полости. Во всех остальных случаях (97,1 %) сохранялся стойкий положительный эффект после ЭВГСЭ.

Выводы

1. ЭВГСЭ, выполняемая по разработанной нами методике, является эффективным методом лечения пациентов, страдающих БР.
2. Эффективность операции достигается резекцией «латеральной ветви» второго грудного симпатического ганглия на протяжении. Выполнение грудной симпатэктомии с видеоэндоскопической поддержкой является эффективным и малотравматичным методом лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Наш опыт эндоваскулярного лечения аневризм грудной и брюшной аорты

Закарян Н.В., Панков А.С., Давтян А.Г., Шелеско А.А., Киракосян В.Р., Молохоев Е.Б., Баринов В.Е., Игнатенко А.В.

ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, Москва

Актуальность

Аневризмы грудной и брюшной аорты встречаются достаточно часто. Их разрыв сопровождается высокой частотой летальных исходов.

Материалы и методы

С 2007 года по май 2018 года в Волынской больнице выполнено 37 эндопротезирований аневризм аорты. Эндопротезирование аневризм грудной аорты проведено у 3 пациентов, брюшной аорты – у 34 пациентов. Возраст пациентов колебался от 43 до 79 лет, в среднем составив 63,5 лет. У всех больных перед операцией выполнялась МСКТ с контрастом. Средний диаметр аневризмы по данным МСКТ составил $5,3 \pm 1,3$ см. Все вмешательства на брюшной аорте были плановыми. При эндопротезировании брюшной аорты у 32 больных применялись стент-графты «Endurant» («Medtronic»), у 1 – «Excluder» («Gore medical»), и еще у 1 – «Aorfix» («Lombard medical»). У 1 пациента с сопутствующей окклюзией левой ОПА выполнено гибридное вмешательство – унилатеральное эндопротезирование аневризмы аорты с переходом на правую ОПА в сочетании в бедренно-бедренным шунтированием. В 1 случае выполнено эндопротезирование брюшной аорты по технике «chimney». Эндопротезирование грудной аорты выполнялись экстренно, по поводу острого разрыва аневризмы, во всех 3-х случаях были имплантированы стент-графты «Valiant Captivia».

Результаты

После выполнения 35 эндоваскулярных вмешательств осложнений в госпитальном периоде отмечено не было. У 1 (3,2%) пациента развилась пульсирующая гематома в области пункции, пролеченная консервативно. 1 (3,2%) пациент с разрывом грудной аорты и гемо-

тораксом скончался на операционном столе вследствие исходной массивной кровопотери. В отдаленном периоде в сроки от 6 до 52 месяцев было обследовано 25 (67,6%) больных. Всем пациентам проводилась контрольная МСКТ с контрастом. У 21 (84%) обследованного пациента по данным МСКТ патологии не было обнаружено. У 1 (4%) больного через 2 года после операции развилась клиника острой ишемии левой нижней конечности. На контрольной МСКТ выявлен тромбоз левой бранши стент-графта, по поводу которого выполнена гибридная операция – открытая тромбэктомия в сочетании со стентированием левой наружной подвздошной артерии с хорошим результатом. У 1 (4%) пациента через 14 месяцев после эндопротезирования выявлен эндолик 1 типа в области проксимальной зоны фиксации стент-графта, по поводу которого выполнялась эмболизация спиралями с хорошим ангиографическим результатом. Еще у 2 (8%) больных через 20 месяцев после эндопротезирования выявлен эндолик 2 типа, не требующий коррекции.

Обсуждение

Эндопротезирование аневризм аорты является малоинвазивной методикой, что имеет значительные преимущества по сравнению с открытыми операциями. По данным многих авторов, эндопротезирование аневризм аорты сопровождается низкой частотой развития осложнений, срок госпитализации значительно сокращается по сравнению с открытыми вмешательствами.

Выводы

Эндопротезирование аневризм грудной и брюшной аорты является эффективным и относительно безопасным вмешательством и может рассматриваться в качестве метода выбора при лечении аневризмы аорты.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Эндоваскулярное лечение больных с дистальной формой поражения артерий нижних конечностей при диабетической макроангиопатии****Темерезов Т.Х., Темерезов М.Б.**

РГБ ЛПУ «КЧРКБ», Региональный сосудистый центр, отделение сердечно-сосудистой хирургии. СК-ГГТА, Кафедра госпитальной хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии, Черкесск

С каждым годом все большее число людей в мире страдает диабетической макроангиопатией, которая может привести к серьезным, влияющим на качество жизни осложнениям.

Стремление уменьшить объем и травматичность хирургического вмешательства у пациентов с высоким риском хирургических операций и одновременно получить полноценную реваскуляризацию ишемизированной конечности продиктовало разработку и внедрение в практику новых технологий, в том числе рентгенэндоваскулярных методов лечения.

Цель

Улучшение результатов лечения больных с дистальной формой поражения артерий нижних конечностей при диабетической макроангиопатии.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 58 пациентов с диабетической макроангиопатией, осложненной различной степени язвенно-некротическими поражениями нижних конечностей. Сухой некроз пальцев стоп отмечался у 19 человек, гангрена стопы в 3 случаях.

Всего по поводу ишемии нижних конечностей при диабетической макроангиопатии выполнено 66 эндоваскулярных вмешательств на 58 конечностях. Эндоваскулярные интервенции только на поверхностной бедренной артерии выполнены 20 пациентам, на подколенной и берцовых артериях в 46 случаях. Баллонная ангиопластика поверхностной бедренной артерии выполнена в 9 случаях, подколенной – 12, берцовых артерий – 21, стентирование поверх-

ностной бедренной артерии – 11, подколенной – 5, берцовых артерий – в 8 случаях.

Сразу после реваскуляризирующей операции пациентам с сухим локальным некрозом пальцев выполнялись некрэктомия или экзартикуляция пальцев. При наличии флегмоны стопы и подозрении на анаэробную инфекцию первым этапом выполняли расширенную некрэктомию с широким дренированием раны с последующей (через 4-5 дней) реваскуляризацией стопы, у 2 пациентов через 30-40 дней после успешной реваскуляризации конечности потребовалась кожная пластика.

Результаты

Первичная проходимость реконструкций и восстановление кровотока в стопе у 55 пациентов (95%), через 30 дней сосудистые реконструкции были состоятельны у 52 больных (90%), через 6 месяцев кровотока по артериям наблюдался у 46 больных (81%), через 12 месяцев у 44 больных (76%).

Общее число ампутаций голени за год 10 (17%), в раннем послеоперационном периоде у 3 пациентов 5%. Умерло в течение госпитального периода – 2 больных (4%) от инфаркта миокарда, в течение 1 года наблюдения от различных причин умерло 4 человек, таким образом общая летальность за год наблюдения у больных с ишемической формой диабетической стопы составила около 7%.

Выводы

Эндоваскулярная реваскуляризация нижних конечностей является приоритетным и эффективным методом хирургического лечения пациентов с диабетической макроангиопатией.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Современный подход к лечению тромбозмембральных осложнений

Кривошеков Е.П.(1), Мигунов И.А.(2), Романов В.Е. (1)

- 1) ФГОУ ВО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
- 2) ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара

Венозные тромбозмембральные осложнения на протяжении многих десятилетий остаются важнейшей клинической проблемой, затрагивающей профессиональную сферу врачей практически всех специальностей. Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ и ТЭЛА. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) либо фондапаринуксом с последующим переходом на антагонисты витамина К или дабигатран. Альтернатива ступенчатой терапии – монотерапия препаратом ривароксабан, то есть использование одного препарата с первого дня заболевания для лечения и вторичной профилактики.

Цель

Оценка эффективности, безопасности и удобства основной терапии венозного тромбоза в сочетании с ТЭЛА пероральным антикоагулянтом ривароксабан, начиная с первых суток лечения.

Материалы и методы

Проведено проспективное сравнительное клиническое исследование. В исследование были включены 124 пациента, поступивших в отделение сосудистой хирургии Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина в 2016-2017 г., с инструментально верифицированными ТГВ и ТЭЛА, не требующих хирургического или тромболитического вмешательства. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 8 суток, в среднем $3,5 \pm 1,5$ суток.

Больные были разделены на 2 группы, однородные по возрасту, полу, уровню ТГВ и степени поражения ТЭЛА. В 1 контрольную группу вошли 78 (63%) больных, во вторую основную группу – 46 (37%) пациентов. Пациентам контрольной группы назначалась основная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в лечебных дозировках с последующим переходом на антагонисты витамина К или дабигатран под контролем МНО. Больные, вошедшие во 2 группу исследования, выбирали альтернативный антикоагулянт самостоятельно на основании осведомленности о достоинствах и недостатках стандартной терапии и наличия доказательной базы по новым препаратам. Начиная с первых суток назначали ривароксабан по 15 мг 2 раза в день на срок до 3 недель от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата.

После окончания стационарного этапа лечения, продолжительность которого составила 7-10 суток (в среднем 8 ± 1 суток), все больные продолжили антикоагулянтную терапию ривароксабаном в амбулаторном режиме, в том числе все пациенты с выявленным онкологическим заболеванием. Далее пациенты наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания.

Результаты

Геморрагические осложнения были разделены на три группы: большие, значимые, малые. Через 3 месяца под наблюдением оставались 56 пациентов контрольной группы и 40 больных основной группы. У 6 больных 1 группы и 3 пациента 2 группы отмечалась одышка при незначительной и умеренной физической нагрузке, им выполнено КТ-ангиография легких, данных за рецидив ТЭЛА не было получено. Клиническая картина соответствовала постэмболической окклюзии легочной артерии. При ангиосканировании нижних конечностей у 2 пациентов 1 группы и 1 больного 2 группы выявлено нарастание тромба, которое не привело к рецидиву ТЭЛА.

Геморрагические осложнения в 1 группе наблюдались у 6 (7,7%) человек, у 2 было значимое кровотечение, потребовалось приостановку антикоагулянтной терапии, у 4 – малые кровотечения. Все эти пациенты не соблюдали режим антикоагулянтной терапии, подразумевающий контроль МНО, при применении антагонистов витамина К. Во 2 группе геморрагические осложнения были у 2 (4,3%) человек – малые кровотечения.

39 пациентов из обеих групп с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии.

Все наблюдаемые нами пациенты принимали ривароксабан по предложенной схеме, не было ни одного пациента, досрочно прекратившего прием препарата.

Полученные нами данные в целом согласуются с результатами рандомизированного исследования EINSTEIN PE, посвященного сравнению эффективности и безопасности терапии венозного тромбоза с подтвержденным ТЭЛА препаратом ривароксабан и эноксапарин+антагонисты витамина К (EINSTEIN Investigators, 2012).

Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения препарата ривароксабан начиная с первого дня терапии венозного тромбоза в сочетании с подтвержденной ТЭЛА, высокую приверженность к терапии препаратом, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Окислительный стресс при острой ишемии конечностей**

Сорока В.В., Нохрин С.П., Магамедов И.Д., Арискина О.Б., Рязанов А.Н., Магомедов С.Б., Баширов А.М.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе. Санкт-Петербург

Цель

Определить взаимосвязь острой ишемии конечности и развитие окислительного стресса.

Материалы и методы

Обследовано 30 больных с острой ишемией нижних конечностей (ОИНК), средний возраст 70 (60;78) лет. Группа сравнения – 15 здоровых волонтеров, средний возраст 65 (62;67). Все больные получали терапию в соответствии с национальными рекомендациями по лечению ОИНК (2013.г.). При поступлении в отделение сосудистой хирургии (до операции), на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки после операции исследовали: оксидантную активность крови по уровню спонтанной и индуцированной хемилюминесценции (ХЛ), общую антиоксидантную активность (ОАА) крови по Арутюнян А.В. с соавт.(2000), В эти же сроки определяли уровень С-реактивного белка (CRP) и креатинкиназы (КК), количество лейкоцитов в крови с подсчетом лейкограммы.

Результаты

У всех пациентов наблюдали развитие системного воспаления. Лейкоцитоз, КК и CRP у выживших сохранялся до 3 суток, лимфоцитопения преодолевалась к этому сроку, нейтрофилёз имел место до 5 суток, у умерших эти нарушения не удалось купировать до 10 суток, CRP к 3 – 5 суткам возрастал, превышая норму в 50 – 60 раз соответственно. Выявлены корреляции между количеством лейкоцитов и исходом ($r=-0.480$, $n=30$, $p<0.01$), между абсолютным количеством гранулоцитов и исходом ($r=-0.527$, $n=30$, $p<0.01$), между КК и числом лейкоцитов ($r=0.370$, $n=30$, $p<0.05$), КК и числом нейтрофилов ($r=0.375$, $n=30$, $p<0.05$), КК и CRP ($r=0.387$, $n=30$, $p<0.05$). Отмечалось одновременное повышение CRP (как при тяжелой инфекции) и КК. Оксидантная активность больных при поступлении превышала норму в 1,5 раза,

прогрессивно увеличиваясь до 5 суток. ОАА умерших больных при поступлении находился в границах нормы, снижаясь в 1,5-2 раза в период реперфузии, у выживших этот показатель оставался скомпенсированным. У пациентов с необратимой ишемией индуцированная ХЛ была ниже спонтанной. У 3 умерших больных подтверждено развитие сепсиса.

Обсуждение

Дискуссии по поводу возможности запуска кровотока в ишемизированную конечность не прекращаются, несмотря на разработанные классификации, которые отражают клиническую картину, но при этом не отражают лабораторных маркеров крови, и при этом эти показатели нередко не отличаются от показателей тяжелой инфекции или системного воспалительного ответа. и индуцируют реакции адаптивного иммунитета с аутоиммунной направленностью. Активация иммунитета характеризуется выработкой АФК и снижением антиоксидантной активности.

Выводы

ОИНК и особенно реперфузионный синдром характеризуются развитием окислительного стресса – нарушение баланса про- и антиоксидантов в пользу первых. Критериями благоприятного исхода является нормализация ХЛ, ОАА, CRP и КК.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Гибридные вмешательства при многоуровневом поражении артерий нижних конечностей

Шубин А.А., Фаталиев Г.Б., Зимин В.В., Шагинян А.Р., Магомадов Я.У., Куранов П.И.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ, Москва

Актуальность

Сочетанное многоуровневое поражение артерий нижних конечностей встречается в 35-78% случаев по данным разных авторов. При этом одномоментные оперативные вмешательства сопровождаются увеличением риска послеоперационных осложнений и летальности.

Цель

Оценка результатов гибридных хирургических вмешательств у пациентов с поражением артерий подвздошного сегмента и нижних конечностей.

Материалы и методы

В период с 2014 по 2017 г. выполнено 94 гибридных вмешательства на артериях нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил 68 лет (49-82). Алгоритм предоперационного обследования включал дуплексное сканирование, рентгенконтрастную ангиографию, у части больных КТ-ангиографию артерий нижних конечностей. Степень ишемии конечности определялась по классификации А.В. Покровского, в 42 случаях (44,7%) имела место хроническая ишемия 2Б степени, в 52 случаях (55,3%) оперативное вмешательство выполнялось по поводу критической ишемии. Все пациенты имели значимое поражение артерий подвздошного сегмента и поражение бедренных артерий (гемодинамически значимый стеноз или окклюзия общей, глубокой и поверхностной бедренной артерий). В большинстве случаев наблюдались различные сочетания поражений бедренных артерий. У 42 пациентов имелась окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 47 – стеноз. Показанием к гибриднему вмешательству являлись стеноз (70% и более) или окклюзия подвздошного сегмента в сочетании со стенозом или окклюзией общей бедренной и/или глубокой бедренной артерий, гемодинамически значимым поражением поверхностной бедренной артерии. С целью коррекции поражения у 93 пациентов с поражением подвздошных сегментов выполнено стентирование в сочетании с различными реконструктивными вмешательствами на бедрен-

ных артериях, 22 пациентам выполнено бедренно-подколенное шунтирование. В 6 случаях выполнялись реконструктивные вмешательства на бедренных артериях в сочетании со стентированием подвздошного сегмента и стентированием поверхностной бедренной артерии.

Результаты

Непосредственный технический успех достигнут в 100% случаях. Интраоперационных осложнений, связанных с проведением рентгенэндоваскулярного этапа не было. В четырех случаях наличие значимой диссекции дистальнее зоны стентирования потребовало имплантации дополнительного стента с фиксацией интимы. В ближайшем послеоперационном периоде у 1 больного отмечен тромбоз бедренно-подколенного шунта, пациент реоперирован. В 2 случаях потребовалось повторное вмешательство по поводу кровотечения из зоны пластики общей бедренной артерии. Изменение клинического статуса по шкале Rutherford у 52 (55,3%) пациентов расценены как +3, у 36 (38,3%) как +2, у 6 (6,4%) пациентов как +1. Купирование болей покоя достигнуто во всех случаях. Летальных исходов на госпитальном этапе не было.

Выводы

Высокие показатели непосредственного технического успеха, малое количество осложнений и хорошие непосредственные клинические результаты лечения позволяют считать гибридные оперативные вмешательства безопасной и эффективной альтернативой многоэтапным традиционным методам хирургического лечения многоэтажных поражений подвздошных артерий и артерий нижних конечностей. Уменьшение операционной травмы и снижение количества послеоперационных осложнений при гибридных вмешательствах является важнейшим фактором для соматически отягощенных пациентов и пациентов пожилой и старческой возрастной группы. Проведение эндоваскулярной коррекции стеноза подвздошных артерий позволяет надежно поддерживать произведенную инфраингвинальную реконструкцию.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Предоперационная подготовка к реваскуляризирующей остеотрепанации и послеоперационное ведение больных с критической ишемией нижних конечностей****Косаев Д.В., Алиев Э.Р., Ибрагимова Г.Р.**

Научный Центр Хирургии им.акад.М.А.Топчубашова, Баку

Актуальность

Хирургическое лечение больных нереконструктабельным поражением дистального сегмента артерий с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) является актуальным и тяжелым проблемами ангиологии. Выраженный статический отек, наличие гнойно-некротической раны на голени и стопе у большинства больных усложняет проведение операции непрямой реваскуляризации на голени. Проведение операции реваскуляризирующей остеотрепанации (РОТ) на фоне отека и инфицированной раны иногда приводит к большей травматизации мягких тканей и усугублению гнойно-некротического процесса в дистальной части конечности, что нередко приводит к большой ампутации конечности.

Цель исследования

Изучить эффективность применения длительной эпидуральной блокады (ДЭБ) и внутривенной лазерной терапии (ВЛТ) в до и послеоперационном периодах комплексного хирургического лечения при нереконструктабельном поражении артерий с КИНК.

Материал и методы исследования

Исследования проводились у 122 больных в возрасте от 34 до 78 лет. Давность заболевания – от полугода до 8 лет, в среднем, при атеросклерозе – $6,7 \pm 0,36$ лет, при тромбангите – $3,76 \pm 0,54$ лет. У всех больных диагностирована III-IV степень хронической ишемии по классификации Фонтейна-Покровского. У всех больных был статический отек конечностей, а у больных с IV степенью ишемии отмечена некротическая рана на стопе и голени. Для мобилизации коллатерального кровотока у 48 больных выполнена поясничная симпатэктомиа (ПСЭ) в сочетании с РОТ (первая группа), у 43 больных – только РОТ бедренной и большеберцовой кости (вторая группа).

В до и послеоперационном периодах у больных первой и второй групп комплексно применялись ДЭБ и ВЛТ в течение 8-10 дней. ДЭБ проводилась катетеризацией эпидурального пространства между L3-L4 или L4-L5 позвонками с введением 2% – 6 мл раствора лидокаина через каждые 6 часов. ВЛТ проводилась аппаратом «Мустанг2000+» (длина волны – 0,63 мкм, мощность излучения в конце кварцевого световода –

5 мВт, экспозиция излучения – 30 мин) в течение 10 дней. В начальных этапах применения РОТ в клинической практике у 31 больного предоперационная подготовка и послеоперационное ведение проводились общеринным методом (контрольная группа). Проводились клинические и параклинические исследования: определение сатурации кожи кислородом, кожная термометрия, мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография, ультразвуковая доплерография, реовазография

Результаты исследования и их обсуждение

Включение ДЭБ и ВЛТ в комплекс предоперационной подготовки в течение 4-5 дней приводило к уменьшению статического отека, стиханию воспалительной реакции, потеплению кожного покрова, нарастанию сатурации кожи кислородом. Результаты реовазографии и доплерографии свидетельствовали о положительной динамике регионарной микроциркуляции до операции РОТ. Создавалось благоприятное условие для проведения операции РОТ на бедре и голени.

Продолжение сочетанного применения ДЭБ и ВЛТ в послеоперационном периоде в течение 4-5 дней по сравнению с больными контрольной группы способствовало к улучшению клинико-гемодинамических показателей после ПСЭ+РОТ и РОТ, к уменьшению послеоперационных осложнений (краевой некроз кожи, нагноение раны, лимфорей, прогрессирование деструкции мягких тканей) и количества больших ампутаций, к ускорению заживления некротической раны, приводило к ранней активации больных и к сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Выводы

Сочетанное применение ДЭБ и ВЛТ в комплексном хирургическом лечении больных с КИНК является патогенетически обоснованным компонентом предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Рекомендации

Сочетанное использование ДЭБ и ВЛТ может быть рекомендовано для подготовки к операции РОТ и послеоперационного ведения у больных дистальным поражением артерий с КИНК.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

CD34, VEGF и Ki67 в условиях эндоваскулярной лазерной терапии у больных с окклюзией артерий нижних конечностей

Косаев Д.В.(1), Гасанов И.А.(2).

- 1) Научный Центр Хирургии им.акад.М.А.Топчубашова, Баку
- 2) Национальный Центр Онкологии МЗ Азербайджана, Баку

Актуальность

Окклюзии артерий нижних конечностей, обладая сложным патоморфогенезом, характеризуются неоднозначным клиническим течением.

При оценке эффективности их терапии, наряду с клинико-инструментальными критериями, может быть использована также иммуногистохимическая экспрессия CD34, VEGF (фактор роста эндотелия сосудов) и Ki67 – важнейших маркеров ангиогенеза – в частности и пролиферативной активности – в целом. Кроме того, остается малоизученным возможное прогностическое значение указанных маркеров при артериальных окклюзиях различного генеза и клинического течения.

Цель

Иммуногистохимическим изучением VEGF, CD34 и Ki67 оценить особенности репарации микроциркуляторного русла и формирования новых микрососудов в пораженной зоне у больных при артериальных окклюзиях атеросклеротического, диабетического, эндартериитического и комбинированного характера без лечения, при общепринятом консервативном лечении в сочетании с эндоваскулярной лазерной терапией (ЭЛТ) и без ЭЛТ.

Материалы и методы

Была изучена VEGF, CD34 и Ki67 – позитивность в малотравматичных tru-cut биоптатах мягких тканей (кожи, подкожной клетчатки, фасцио-апоневрального пласта и мышц) стопы, голени и бедра. В основную клиническую группу было включено 20 больных (общепринятое консервативное лечение + ЭЛТ), а в группу сравнения – 12 (общепринятое консервативное лечение без ЭЛТ). Из них у 9 пациентов – преобладание эндартериита, еще у 9 – атеросклероза и 12 – атеросклероза + сахарного диабета. Перечисленные маркеры были изучены стандартной автоматизированной иммуногистохимической процедурой («Ventana»; «Roche Diagnostics»). Полученные цифровые данные были обработаны методами статистики для непараметрических критериев.

Результаты исследования

До начала лечения у больных обеих клинических групп CD34-позитивность – мозаично-прерывистая, крайне неравномерная, с наличием достаточно обширных негативных тканевых

микрозон ($38,0 \pm 2,8\%$ от всей площади среза). VEGF-позитивность – преимущественно в выстилке посткапиллярных венул и мелких вен, но не – прекапилляров и микроартерий.

Ki67-позитивность – очагово-мозаичного характера, главным образом – по ходу гемокапилляров и мелких вен, с охватом всего 3-9% адвентициальных ($6,5 \pm 0,88\%$) и эндотелиальных клеток ($3,9 \pm 0,38\%$) микрососудов.

К концу лечебного курса у больных в группе сравнения (терапия без ЭЛТ) CD34-позитивность остается мозаично-прерывистой и неравномерной, негативных тканевых микрозон становится заметно меньше ($35,0 \pm 3,0\%$ от площади среза при $p > 0,05$ по сравнению с исходным состоянием).

VEGF-позитивность – без значимых качественных изменений. Ki67-позитивность увеличивается до $8,0 \pm 0,91\%$ адвентициальных и $6,6 \pm 0,82\%$ – эндотелиальных клеток.

К концу лечебного курса у больных основной клинической группы (общепринятое консервативное лечение с ЭЛТ) CD34-позитивность нивелирована, с редкими мозаично-прерывистыми участками, при этом удельная площадь негативных тканевых микрозон уменьшается до $27,0 \pm 2,8\%$ от площади среза (разница с группой сравнения – $p < 0,05$). VEGF-позитивность – с достоверной прогрессией, особенно – у части прекапиллярных микроартерий и гемокапилляров. Ki67-позитивность у больных основной клинической группы к концу лечения составляет уже $10,8 \pm 0,96\%$ в популяции адвентициальных и $8,8 \pm 0,84\%$ – эндотелиальных клеток (в обоих случаях разница с группой сравнения – $p < 0,05$).

Выводы

1) Экспрессия CD34, VEGF и Ki-67 в мягких тканях может послужить дополнительным критерием при оценке адаптационно-компенсаторных ресурсов микрососудистого русла в условиях окклюзий артерий нижних конечностей у больных.

2) Сочетание общепринятых схем консервативного лечения с эндоваскулярной лазерной терапией способствует более эффективной коллатерализации и частичной репарации микроциркуляторного русла у больных с окклюзиями артерий нижних конечностей, что подтверждается статистически достоверным возрастанием количественных показателей экспрессии CD34, VEGF и Ki-67 в мягких тканях пораженных конечностей.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Лечение венозных тромбозмболических осложнений у онкологических больных новыми оральными антикоагулянтами****Кательницкая О.В.(2), Кит О.И.(2), Кательницкий Иг.И.(1), Кательницкий И.И. (1), Простов И.И. (1), Иващенко А.В. (1)**

- 1) Ростовский Государственный медицинский Университет, Ростов-на-Дону
- 2) Ростовский научно-исследовательский онкоинститут, Ростов-на-Дону

Цель

Оценить эффективность терапии новым оральным антикоагулянтом дабигатран встречаемость венозных тромбозмболических осложнений (ВТЭО) у больных с онкопатологией.

Материал и методы

В исследование включены результаты лечения 132 пациентов с острыми венозными тромбозмболическими осложнениями (ВТЭО) и онкологическим заболеванием, которым иницирующая терапия проводилась низкомолекулярными гепаринами в лечебной дозе с последующей продленной терапией дабигатраном 150 мг 2 раза в сутки. В динамике оценивали изменение показателей коагулограммы. Период наблюдения в исследовании составил 36 месяцев. По гендерному признаку достоверных различий не выявлено (мужчины – 69 пациентов, женщины – 63). Средний возраст больных составил 53,9 года.

Результаты

Проведенная антикоагулянтная терапия ВТЭО у онкологических больных новым перо-

ральным антикоагулянтом продемонстрировала низкую частоту рецидивов тромбозов и геморрагических осложнений в течение всего периода наблюдения.

Преимуществом применения дабигатрана в онкологии являются фиксированная доза, независимость эффективности препарата от уровня антитромбина, отсутствие его влияния на тромбоцитарное звено гемостаза и короткий период полувыведения, отсутствие взаимодействия с химиопрепаратами, что в совокупности обеспечивает существенное снижение частоты геморрагических осложнений.

К концу периода наблюдения отмечена удовлетворительная выживаемость онкологических больных, которая составила 73%.

Выводы

Продленная антикоагулянтная терапия венозных тромбозмболических осложнений дабигатраном показывает высокую эффективность и безопасность у онкологических больных.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Возможности профилактики тромбозмболических осложнений при онкологических заболеваниях сигмовидной, прямой кишки и желудка

Кательницкий Иг.И.(1), Сокиренко И.А.(1), Буриков М.А. (2), Сказкин И.В. (2), Бликян К.М. (1), Ливадняя Е.С.(1)

- 1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования, «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону
- 2) Ростовская клиническая больница Федерального государственного бюджетного учреждения «Южный окружной медицинский Центр Федерального медико-биологического агентства», Ростов-на-Дону

Основным залогом проведения успешной терапии является разработка и стандартизация комплексной терапии тромботических осложнений, включающей медикаментозные и неспецифические методы профилактики. Используемая на сегодняшний день профилактика ТЭО считается эффективной, но к сожалению, процент ТЭО остается еще достаточно высоким.

Цель

Улучшение результатов оперативного лечения путем снижения ТЭО у пациентов, оперированных лапароскопически по поводу онкологических заболеваний сигмовидной, прямой кишки, желудка, путем применения разработанного алгоритма подбора дозировки низкомолекулярного гепарина, учитывая индивидуальный подход к каждому пациенту на основе анализа коагулограммы, сопутствующей патологии, объема и вида хирургического лечения.

Материалы и методы

Созданы две сопоставимые группы: первая группа-оперированных лапароскопически по поводу онкологических заболеваний, с применением низкомолекулярного гепарина в стандартной дозе 0,4 мл подкожно, вторая группа пациентов, оперированных лапароскопически по поводу онкологических заболеваний сигмовидной, прямой кишки и желудка с применением низкомолекулярного гепарина, учитывая индивидуальный подход к каждому пациенту, корректируя дозировку в зависимости от особенностей течения болезни.

- 1.Общеклинические методы
- 2.Инструментальные исследования:

- а) СКТ с сосудистым режимом,
- б) рентгенкомпьютерная томография,
- в) УЗИ НПВ и вен нижних конечностей.

- 3.Лабораторные исследования (ОАК, биохимический анализ крови – АлАТ, АсАТ, общий билирубин, креатинин, мочевины, общий белок).
- 4.Гемостезиограмма

Результаты

1. Проведен анализ частоты ТЭО у пациентов, оперированных лапароскопически по поводу злокачественных новообразований сигмовидной, прямой кишки, желудка с применением низкомолекулярного гепарина в стандартной дозе 0,4 мл подкожно

2. Установлено действие низкомолекулярного гепарина в стандартной дозировке на реологические свойства и микроциркуляцию крови у пациентов, после оперативного вмешательства в двух исследуемых группах.

3. Разработана схема применения низкомолекулярного гепарина в до- и послеоперационном периоде, учитывая особенности каждого пациента индивидуально (на основе анализа коагулограммы, сопутствующей патологии, объема и вида хирургического лечения), в зависимости от наличия онкопатологии.

Выводы

Разработанные схемы и алгоритм применения антикоагулянтов у пациентов, оперируемых лапароскопически по поводу онкологических заболеваний сигмовидной, прямой кишки и желудка, позволит определять индивидуальную дозировку низкомолекулярного гепарина, учитывая особенности каждого пациента для профилактики тромбозмболических осложнений.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Современные подходы в лечении острого периферического флеботромбоза****Кательницкий И.И., Кательницкий Иг.И, Кательницкая О.В.**

- 1) Ростовский государственный медицинский университет,
- 2) городской сосудистый центр МЛПУЗ ГП №1, Ростов-на-Дону

Цель

Оценить результаты хирургического и медикаментозного лечения 98 больного с бедренно-подколенными флеботромбозами, которые находились в нашей клинике на лечении за 4 года, из которых 70 были оперированы.

Методы оценки результатов включали: клинические данные, ультразвуковое дуплексное сканирование. При определении показаний учитывали также возраст, прогрессирование тромбоза, длительность процесса, общее состояние пациента.

В результате проведенных исследований выяснили, что абсолютным показанием к операции являлось наличие флотирующего тромба, отмеченные у 44 пациентов.

Флеботомию, при проходимой глубокой вене бедра, выполняли сразу дистальной слияния бедренных вен. После тромбэктомии и ушивания флеботомического отверстия операцию заканчивали пликацией поверхностной бедренной вены. Повторные тромбозы оперированной зоны отмечены в ближайшем периоде у 10 больных, еще у 13 пациентов наступили тромбозы в течение 6 месяцев после операции.

У остальных пациентов вены остаются проходимыми в сроки от 6 до 24 месяцев.

Анализируя полученные наблюдения выяснили, что значительно более быстрый регресс клинических симптомов острой венозной недостаточности отмечался у оперированных больных. В группе пациентов, лечившихся консервативно отек и боли были более стойкими и у большинства пациентов отмечены выраженные проявления ХВН.

Кроме того, следует отметить, что у пациентов с ретромбозами проксимальный уровень тромбов не превышал зоны пликации.

Выводы

1) У большинства больных активная тактика при дистальных флеботромбозах приводит к ликвидации проявлений острой венозной недостаточности и профилактике ХВН

2) Выполнение пликации поверхностной бедренной вены, а не ее перевязку считаем необходимым при лечении больных с острым флеботромбозом.

3) Консервативная тактика ведения таких пациентов заканчивается выраженными проявлениями ХВН.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Консервативное лечение трофических язв венозного генеза нижних конечностей

Магомедов А.А, Гаджиев К.И, Магомедова К.А

ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Диагностика и лечение хронической венозной недоста-точности (ХВН), осложненной трофическими язвами нижних конечностей (ТЯНК), является одной из нерешенных задач современной хирургии и представляет весьма серьезную медико-социальную проблему. Трофические язвы нижних конечностей, как наиболее тяжелая клиническая манифестация ХВН, встречаются у 2–2,5% населения развитых стран.

Цель

Оценка эффективности комплексного лечения хронической венозной недостаточности в стадии трофических язв.

Материал и методы

В работе представлен клинический анализ результатов лечения 28 пациентов с ХВН, осложненной ТЯНК. Возраст пациентов от 38 до 79 лет. Женщин – 19, мужчин – 9. Клиническую характеристику пациентов проводили в соответствии с Международной классификацией хронических заболеваний вен нижних конечностей по системе CEAP. Из 28 пациентов III стадия ХВН была у 10, IV стадия – у 8, V стадия – у 6, VI стадия – у 4. Протокол обследования включал ультразвуковую доплерографию, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование

и лабораторные исследование (биохимический анализ крови, коагулограмма, бактериологическое и цитологическое исследования трофических язв.

Результаты

В комплексе лечения пациентов с ХВН, осложненной ТЯНК, использовали детралекс и антистакс. Длительность лечения составила 1–2 мес. С целью местного лечения ТЯНК использовали повязку раневую липодоколлоидную бактерицидную стерильную неадгезивную на полимерной сетчатой основе с ионами серебра Fibrotul Ag и таблетки ксимедона (1 таб. х 2 раза в течение 10 дней). Для ускорения процесса очищения трофических язв от гнойно-некротических масс применяли покрытие препараты ГелеПран. В фазе пролиферации процесса использовали антиоксиданты – токоферол. Комплексное лечение трофических язв проводили в сочетании с дозированной эластической компрессией нижних конечностей с использованием медицинского трикотажа Sigvaris.

Выводы

Полученные нами результаты показывают, что применение в системе комплексной терапии хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами нижних конечностей позволяет улучшить результаты лечения и качества жизни пациентов.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Инновации в прогнозировании и профилактике венозных тромбозмемболических осложнений у пострадавших с политравмой

Петров А.Н., Самохвалов И.М.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра военно-полевой хирургии, Санкт-Петербург

Венозные тромбозмемболические осложнения (ВТЭО) на последних десятилетиях остаются важнейшей проблемой в хирургии поврежденных у пострадавших, а их частота может достигать 35-55% при политравме.

Цель

Разработка системы прогнозирования и профилактики ВТЭО у пострадавших с политравмой на основании применения шкалы прогноза риска развития тромбозмемболических осложнений «ВПХ-ПТ».

Материал и методы

В исследование включены 288 пострадавших с сочетанной скелетной травмой, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (2008-2015 гг.). Риск развития тромбозмемболических осложнений у пострадавших оценивали по разработанной шкале «ВПХ-ПТ». Наиболее часто нами применялась шкала ВПХ-ПТ в варианте двукратного (35,5%) и трехкратного использования (39,5%); однократно оценка риска ВТЭО производилась в 16,1%, четыре и более раз – в 8,9%.

Большинство (247 пациентов (85,8%)) поступили в тяжелом состоянии: тяжесть повреждения $10,59 \pm 3,2$ баллов, тяжесть состояния $26,27 \pm 4,1$ баллов.

На первом этапе МХЛ, применение антикоагулянтов и компрессионная терапия не производилась. Все пострадавшие при поступлении в ОРИТ оценивались шкалой «ВПХ-ПТ» как пациенты с высоким риском ОВТ. В ходе дальнейшего лечения (3-8 сутки) или при переводе на профильные отделения у 249 пострадавших (86,5%) регистрировался высокий риск ОВТ, у 29 (10,1%) пострадавших риск оценен как средний.

Всем пострадавшим с II этапа МХЛ проводилась профилактика ОВТ с комплексным подходом (нефракционированный или низкомолекулярный гепарин, активизацию, применение компрессионного трикотажа (эластичные бинты) и/или перемежающейся пневматической компрессии конечностей, волновая пневмостимуляция. По мере стабилизации состояния на конечности накладывались эластичные бинты – 45 (15,6%) наблюдений, в 21 (7,3%) случае проводилась

компрессионная аппаратная терапия (индекс тяжести состояния по шкале ВПХ-СГ ≤ 40 баллов, по шкале ВПХ-СС – ≤ 70 баллов). Проводился мониторинг венозной системы для исключения ОВТ по оригинальной схеме. У половины пострадавших (149 (53,6%)) исследование выполнялось повторно, а многократно (три, четыре и более) (129 пациентов – 46,4%). Всего было выявлено 28 венозных тромбозов (9,7%). Частота обнаружения венозных тромбозов в ОРИТ (II этап МХЛ) – 6 пациентов (2,1%), на III этапе МХЛ – 22 пострадавших (7,6%). Диагностика ОВТ привела к задержке оперативных вмешательств в 10 (3,5%) случаях. В 28 наблюдений (9,7%) было отмечено поражение вен нижних конечностей, при этом у 5 пострадавших (17,9 %) – поражение было двухсторонним, у пятерых ОВТ системы НПВ обнаружен уже по факту появления признаков ТЭЛА.

У 50,0 пострадавших были выполнены операции для профилактики ТЭЛА: у пяти (17,9%) – установлены временные каво-фильтры, в трех наблюдениях (10,7%) выполнялось клипирование (2 – общей подвздошной вены и 1 – НПВ) и у двух пострадавших (7,1%) – перевязка поверхностной бедренной вены, у 4 (14,3%) – перевязка большой подкожной вены с удалением тромба-наездника.

Общая летальность составила 7,3%, при этом в 17 случаях причиной смерти явились последствия массивной кровопотери, прогрессирующая полиорганная недостаточность и генерализованные инфекционные осложнения и только в 4 случаях – острая массивная тромбозмемболия легочной артерии.

Выводы

1) Шкала прогноза риска развития венозных тромбозмемболических осложнений «ВПХ-ПТ» позволяет выделить группу пострадавших с политравмой с высоким риском развития ВТЭО во всех периодах травматической болезни,

2) Комплексный подход к профилактике ВТЭО у пострадавших с тяжелой скелетной травмой позволил снизить частоту ОВТ до 4,9%, а летальность от ТЭЛА до 1,4%,

3) Использование УЗДГ сосудов нижних конечностей по оригинальной схеме повышает частоту выявления тромбозов и обеспечивает своевременную хирургическую профилактику тромбозмемболии легочной артерии.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Инновационная технология в лечении миомы матки – эмболизация маточных артерий

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

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

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – высокотехнологичное, малоинвазивное, эндоваскулярное вмешательство, является органосохраняющей операцией, отвечает современным тенденциям в лечении лейомиомы матки.

Цель

Оценить эффективность ЭМА в лечении больных с миомой матки, в том числе среди пациенток высокого хирургического риска.

Материал исследования

Внутрисосудистая окклюзия маточных артерий выполнена 159 больным фибромиомой 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 111 больных с миомой. Симптомы сдавления близлежащих органов отмечены у 123 больных, быстрый рост узлов – у 57 пациенток. Во всех случаях на выбор ЭМА в качестве основного метода лечения повлияло стойкое желание пациенток сохранить орган, а в 57 – 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 63 женщин. Диаметр миом по данным УЗИ составил от 2,5 до 10,4 (в среднем 4,9±2,7 см). Размеры матки соответствовали ее величине при 12 нед. Беременности у 66 больных, величине от 12 до 14 недель – у 54 пациенток, более 15 недель – у 39, в среднем – 13,7 недель. Сопутствующая экстрагенитальная патология была у 45 женщин.

В послеоперационном периоде во всех случаях развивался постэмболизационный синдром у 33 больных легкой степени, у 96 средней степени, у 30 тяжелой. Срок пребывания пациенток

в стационаре в 80% случаев составил 3-4 дня, в 20% – до 7-8 койко-дней.

На основании лечения методом ЭМА у 53 больных с миомой матки установлены характерные симптомы постэмболизационного синдрома. Проведены дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия.

Методы исследования

Билатеральная селективная катетеризация и эмболизация маточных артерий выполнена всем 159 больным. В качестве окклюдированных агентов использованы частицы поливинилового спирта ПВА(Cook) диаметром 300-500 мкм.

Результаты исследования

Клинический эффект был достигнут в 153 случаях в сроке до 1 года (96,2%). В том числе у 21 женщин произошла череззвлагалищная экспульсия некротизированных субмукозных миом в сроке до 6 месяцев после ЭМА. В 15 случаях после операции ЭМА наступила беременность, 12 женщин по желанию прервали беременность в раннем сроке, 3 больных родили живых доношенных детей. Диаметр миом через 3-6 месяцев составил 0,5 до 7 см (в среднем 2,3±1,7 см). Таким образом, сокращение размеров очагов миом, отмечалось в пределах 40-70%.

У 141 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.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Новые методы в лечении доброкачественных сосудистых опухолей****Садыков Р.Р. (1), Каримов М.А. (2), Усмонов У.Д. (2)**

- 1) Ташкентская государственная медицинская академия, Узбекистан, Ташкент,
- 2) Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Цель

Изучить возможности использования лазеров и фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении гемангиом с сочетанным поражением лица и полости рта.

Материал и методы

Пролечено 77 пациентов с гемангиомами. Больным проводили стандартные методы исследования. Доплер УЗИ с определением кровотока, гистологические исследования. Средний возраст больных составил $2 \pm 2,5$ месяцев. Частота мальформаций у девочек составила 70%.

Методика лечения заключалась в лазерной деструкции выступающих над уровнем кожи и слизистых гемангиом с использованием умеренно расфокусированного излучения PDL-лазера. Фотодинамическая терапия проводилась как самостоятельный метод при не выступающих над уровнем кожи и слизистых поражениях, а также в сочетании с лазерной деструкцией гемангиом. ФДТ проводилась аппаратом ФДУ-1 с длиной волны 620-660нм. Проводились фоторегистрация динамики лечения, определение площади и интенсивности окрашивания зоны воздействия.

Результаты

В ходе лечения больных хороший эффект отмечен у 88% больных. Средняя скорость кровотока на момент начала лечения составила 5-9 см/сек, после лечения кровотоков в образовании не определялся. Кратность процедур составила $3 \pm 1,5$ сеанса до полного рассасывания. Во время процедуры ФДТ, которая проводилась без обезболивания, пациенты отмечали легкое жжение, осложнений не было. При лечении так же использовалась комбинация лазерного воздействия с ФДТ. Осложнения в виде формирования атрофического рубца наблюдались у 2% больных. У 12% больных отмечен частичный эффект в виде остаточного розового пятна на коже. Кровоток в зоне гемангиомы не значимый.

Вывод

Фотодинамическая терапия в комплексе с другими методами лечения позволяет достичь хорошего эффекта в лечении гемангиом у детей раннего возраста. У взрослых пациентов эффективность лечения ниже чем ожидаемого.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Возможности лазеротерапии в лечении гемангиом ротовой полости

Садыков Р.Р. (1), Каримов М.А. (2), Усмонов У.Д. (2)

1) Ташкентская государственная медицинская академия, Узбекистан, Ташкент

2) Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Цель

Улучшение результатов лечения гемангиом ротовой полости (ГРП) и предупреждение осложнений путем дозированной лазерной ее деструкции.

Материал и методы

Наш опыт включает 20 пациентов, получивших лечение на базе 1 городской больницы кафедры ВОП хирургии Ташкентской медицинской академии. В диагностике гемангиомы использовались методы визуального, рентгенологического и ультразвуковых методов исследований. Использовалась классификация ISSVA 2009 г, которая учитывает тип и стадию развития гемангиомы основываясь на скорости кровотока. Для хирургического лечения ГРП применялся высокоэнергетический CO₂ лазер и LP NDYAG.

Результаты

По нашим данным ГРП чаще развивается у девочек в соотношении 3/1 к мальчикам. В процессе лечения нами выявлено, что большинство гемангиом являются кавернозными, которые требовали комплексного подхода в лечении. Согласно нашим предыдущим наблюдениям изолированная и однократная глубокая

лазерная деструкция, с попыткой удаления гемангиомы за 1 сеанс, в 70% случаев приводило к образованию грубых рубцов. Хирургическое иссечение гемангиомы чаще носило не радикальный характер и требовало необходимости выполнения многоэтапных операций.

В настоящее время наша тактика комплексного лечения заключается в дозированной и последовательной деструкции ГРП начиная с самого раннего возраста пациентов. Учитывая высокую склонность формирования келлоидных рубцов у детей, нами применялась деструкция использованием устройства LP ND YAG с параметрами: плотность мощности до 7 Дж/см², длительностью до 1 мин на 2см². Лазерное лечение проводилось под местной анестезией. Общее количество сеансов лазерной деструкции составило 6 (4-10 сеансов). Длительность лечения доходит до 10 месяцев, до полного исчезновения гемангиомы, верифицированной данными доплерографии.

Выводы

Внедрение в комплекс лечения ГРП лазерной дозированной деструкции позволило добиться хороших косметических результатов у 95% пациентов, удовлетворительных у 5%. Осложнений не было. Отмечено, что чем раньше начато лечение, тем лучше косметический результат и полнота излечения.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Снижение тяжести посттромботической болезни при лечении тромбоза глубоких вен**

Кривощек Е.П. (1), Мигунов И.А. (2), Данченко И.И. (2), Сауткина О.В. (2), Романов В.Е. (1)

1) ФГОУ ВО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ
2) ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара

Актуальность

Несмотря на широкое использование антикоагулянтной и фибринолитической терапии, у 50-70% больных, перенесших острый тромбоз, в дальнейшем развивается посттромботическая болезнь, составляющая до 28% всех заболеваний венозной системы. Тяжесть течения посттромботической болезни зависит от качества и полноценности проведенной терапии в остром периоде.

Цель

Оценить степень реканализации глубоких вен нижних конечностей в зависимости от выбранной схемы антикоагулянтной терапии у пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен ТГВ.

Материалы и методы

Проведено сравнительное проспективное клиническое исследование. В исследование были включены 124 пациента с инструментально верифицированными ТГВ на уровне подвздошно-бедренного сегмента, не требующих хирургического или тромболитического вмешательства.

Больные были разделены на 2 группы, однородные по возрасту, полу, уровню ТГВ. В 1 контрольную группу вошли 78 (63%) больных, во вторую основную группу – 46 (37%) пациентов. Пациентам контрольной группы основная терапия с первых суток – ривароксабан по 15 мг 2 раза в день на срок до 3 недель от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата. Больным, вошедшим во 2 группу исследования, начиная с 3 недели дополнительно назначали препарат Тромбовазим, обладающий фибринолитическим действием, в дозировке 800ЕД 2 раза в сутки в течение 4-х недель. Далее пациенты наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания.

Результаты

Эффективность лечения оценивали по наличию тромботических осложнений (рецидив ТГВ и/или ТЭЛА) и геморрагических осложнений. Геморрагические осложнения были разделены на три группы: большие, значимые, малые. Степень реканализации оценивали по ультразвуковому ангиосканированию УЗАС. При этом, при определении степени реканализации пользовались классификацией реканализации на многоканальный и одноканальный типы.

Через 6 месяцев под наблюдением оставались 76 пациентов контрольной группы и 46 больных основной группы. У 1 (1,3%) пациента в 1 группе было отмечено нарастание тромба по УЗАС. Других рецидивов ТГВ и/или ТЭЛА не было ни в одной из групп. Геморрагические осложнения в 1 группе наблюдались у 4 (5,2%) человек, у 2 было значимое кровотечение, у 2 – малые кровотечения. Во 2 группе геморрагические осложнения были у 4 (8,6%) человек, у 1 – значимое кровотечение, у 3 – малые кровотечения. Через 6 месяцев после тромбоза полная и хорошая реканализация отмечена у 35,1% больных, получавших только ривароксабан и у 50% больных, получавших Тромбовазим. При этом процент геморрагических осложнений оставался прежним, различия были достоверно незначимы.

Вывод

Полученные данные позволяют сделать вывод, что в группе пациентов, которые помимо основной антикоагулянтной терапии получали Тромбовазим, отмечена более ранняя реканализация тромбированных глубоких вен и степень реканализации была выше, следствием чего является значительное уменьшения риска развития тяжелых форм посттромботической болезни. Для более убедительных доказательств требуется более крупное рандомизированное исследование.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Лечение тромбофлебита в амбулаторных условиях

Закариев М.З., Каспаров А.Э., Гаджиев О.Г., Ахмедова Г.О., Альбориев И.Н., Исмаилов С.А.

ГБУ РКБ РД, Махачкала

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 тромбозов 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 тромболитической смесью Р.П. Аскерханова, включающей гепарин (5 тыс. ед). гидрокортизоном (1 мл).ампициллин (0,5гр), растворенные в 60-80 мл 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 первые 3 дня заболевания обратились 60 больных. Полное рассасывание тромба у них достигнуто после однократной паравазальной инстилляцией (абортивное лечение). 20 больным при продолжительности тромбофлебита 3-5 дней инстилляцией проводилась двукратно с промежутками в 2-3 дня. В поздние сроки (5-10 дней) заболевания 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 операции. Им проводилось иссечение тромбированных сегментов вен, а при варикозе осуществляли радикальное вмешательство. Другие 40 больных в клинике получали курс общей антикоагулянтно-фибринолитической терапии в сочетании с паравазальными инстилляциями тромболитической смеси.

Наши наблюдения показали, что в ранние сроки болезни полное рассасывание тромба при асептическом тромбофлебите, исключая варикоз, удается паравазальной инстилляцией тромболитической 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 и фибринолитическому лечению.

Лечебный эффект паравазальных инстилляций, как показали экспериментальные исследования складывается из совмещенного местного действия ингредиентов смеси, в том числе противовоспалительного, десенсибилизирующего, трофического и тромболитического. Последнее обусловлено как за счет формирования лекарственного депо на месте вливания, так и, главным образом, активации тканевых факторов тромболитического. Успех лечения обеспечивается также значительными позитивными изменениями в микроциркуляторном русле.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Применение генно-инженерной стимуляция ангиогенеза в комплексе лечения облитерирующего атеросклероза нижних конечностей****Кривощев Е.П. (1), Ельшин Е.Б. (2), Романов В.Е. (3)**

- 1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
- 2) ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8»
- 3) Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области, Самара

Ангиогенный фактор роста способствует активации и ускорению формирования коллатеральных кровеносных сосудов. Поэтому его использование считается потенциально эффективным в лечении хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК). Сочетание хирургического лечения и генной инженерии расширило возможности сосудистой хирургии, позволив улучшать артериальный кровоток у пациентов, которым до недавнего времени применяли лишь консервативное лечение с высоким риском последующей прогрессии ишемии и ампутации конечности.

Цель

Оценить отдаленные результаты применения генно-инженерной стимуляции ангиогенеза в составе комбинированного лечения ХИНК.

Материалы и методы

В исследование вошли 26 пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Из них по степени хронической ишемии: IIA ст. – 4(15,4%) больных, IIB ст. – 18(69,2%), III ст. – 4(15,4%). Каждому назначена базисная терапия: пентоксифиллин, алпростадил, аспирин или клопидогрел, розувастатин, ГБО и магнито-терапия. Пациентам с IIB и III ст. выполнено бедренно-берцовое шунтирование. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы. В 1 группе 13(50%) пациентам в качестве превентивной терапии прогрессии ишемии назначен препарат генно-инженерной стимуляции ангиогенеза – Неоваскулоген, который вводился 2-кратно в/м в дозе 1,2 мг. с интервалом 14 дней. Пациенты 2-й группы его не получали – 13 человек.

Результаты

Оценка болевого синдрома по баллам- результаты по группам вначале были сходные, но отличались у больных с разными стадиями ишемии: IIA ст.- 6,34±0,12; IIB ст.- 7,54±0,25; III ст.- 9,36±0,23. В 1 группе через 6, 12 и 36 месяцев после лечения- снижение болей. У пациентов с IIA ст.: 4,24±0,28; 3,4±0,18; 1,6±0,34. При IIB ст.: 4,47±0,31; 2,7±0,28; 1,9±0,36. При III ст. – через 6 месяцев 6,34±0,35.

Далее при III ст. пришлось выполнять повторные операции на сосудах, поэтому они были исключены из дальнейшего исследования- 2.

Во 2 группе через 6, 12 и 36 месяцев боли снизились меньше. При IIA ст.: 4,82±0,22; 4,4±0,16; 2,6±0,33. При IIB ст.: 4,64±0,33; 4,0±0,28; 2,9±0,36. При III ст.: через 6 месяцев 7,34±0,37. Далее при III ст. в результате тромбоза шунта пришлось выполнить ампутацию конечности на уровне бедра – 2.

Длина дистанции безболевого ходьбы (ДББХ) в обеих группах изначально – также одинакова, но отличалась по стадиям ишемии (в метрах): IIA ст.- 200±17,6; IIB ст.- 80±15,4; III ст.- 10±5,6. В 1-й группе через 6, 12 и 36 месяцев – увеличение ДББХ. При IIA ст.: 300±25,2; 350±65,4; 370±54,6. При IIB ст.: 200±22,0; 250±30,6; 300±86,1. При III ст.: через 6 месяцев 40±24,5. Во 2 группе через 6, 12 и 36 месяцев увеличение ДББХ менее выражено. При IIA ст.: 250±24,0; 260±64,3; 260±51,2. При IIB ст.: 150±22,0; 180±32,8; 180±86,1. При III ст.: через 6 месяцев 40±26,7.

Показатели лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) в обеих группах изначально были сходные, но отличались по разным стадиями ишемии: IIA ст.- 0,50±0,05; IIB ст.- 0,40±0,07; III ст.- 0,23±0,08. В 1 группе через 6, 12 и 36 месяцев – увеличение ЛПИ. У пациентов с IIA ст.: 0,57±0,07; 0,60±0,04; 0,62±0,03. При IIB ст.: 0,50±0,06; 0,54±0,02; 0,60±0,04. При III ст.: через 6 месяцев 0,31±0,05. Во 2 группе через 6, 12 и 36 месяцев – увеличение ЛПИ менее выражено. При IIA ст.: 0,52±0,06; 0,54±0,04; 0,54±0,03. При IIB ст.: 0,48±0,06; 0,48±0,02; 0,50±0,04. При III ст.: через 6 месяцев 0,30±0,05.

На КТ по ангиопрограмме или ангиографии в 1-й группе – значительное увеличение артериальных коллатералей в пораженной конечности, в отличие от 2-й группы.

Выводы

Ангиогенный фактор роста активизирует и ускоряет процесс формирования коллатеральных кровеносных сосудов при хронической артериальной недостаточности у пациентов с IIA и IIB ст. Сочетание терапевтического ангиогенеза с оперативным лечением расширяет возможности сохранения конечности. У больных с III ст. генная стимуляция ангиогенеза не убедительна.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Опыт применения каротиной эндартерэктомии из внутренней сонной артерии в условиях отделения сосудистой хирургии

Альбориев И.Н. , Гаджиев У.А.

Республиканская Клиническая больница, Махачкала

Цель

Проанализировать результаты комбинированного применения разных методик эндартерэктомии у пациентов с атеросклеротическим поражением ВСА в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 14 пациентов с атеросклеротическим поражением внутренней сонной артерии за период 2016-2018 гг. Средний возраст больных составил $55,0 \pm 7,5$ лет. Все пациенты в анамнезе имели ИБС, ХСН II, III ФК. Также двое больных, перенесли в анамнезе ишемический инсульт в бассейне ипсилатеральной ВСА, однако при этом клиническое течение болезни имело асимптомный характер поражения ВСА. Предоперационное обследование включало ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС), транскраниальную доплерографию, транскраниальное дуплексное сканирование, магнитно-резонансную томографию (ангиографию), селективная ангиография БЦА.

Показаниями к операции являлись гемодинамически значимые стенозы (более 70%) бифуркации сонных артерий с признаками ишемии мозга и бессимптомные стенозы, как первый этап перед реконструктивными операциями в других артериальных бассейнах. В дооперационном периоде, больным обязательно назначали антиангинальные препараты. Монотерапию нитратами или В-блокаторами, либо антагонистами кальция, получили в основном больные со стенокардией I и II функциональных классов, комбинацию двух препаратов – больные со стенокардией II и III класса.

Материалы и методы

С декабря 2016 по май 2018 гг. в отделении сосудистой хирургии выполнено 14 операций КЭАЭ, в т.ч. 12 по классической методике и 2 по эверсионной. Все оперативные вмешательства выполнены под общей анестезией.

У 1 больного использовалась классическая КЭАЭ с применением техники формирования новой бифуркации сонной артерии, путем Y-образной артериотомии общей сонной артерии, ВСА и НСА. Для предупреждения флотации проксимального отрезка пересеченной в общей сонной артерии атеросклеротической бляшки проводилась ее фиксация П-образными швами.

Временный шунт применялся в двух случаях б: вшивание в артериотомическое отверстие заплаты в одном случае, другом случае критический стеноз ВСА сопровождался окклюзией позвоночной артерии в первом сегменте на стороне поражения ВСА. Перед основным этапом оперативного вмешательства применялась баллонная ангиопластика ипсилатеральной позвоночной артерии с целью улучшения базиллярного кровотока, что дало нам возможность проведения оперативного вмешательства без применения временного шунта. Оценивались результаты каротидной реваскуляризации в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Технический результат операции оценивался с помощью послеоперационного УЗДГ.

Результаты

В одном случае, имело место транзиторной ишемической атаки (ТИА) с явлениями ипсилатерального гемипареза. Осложнений, таких, как смерть, инсульт, инфаркт миокарда, не было.

Выводы

Сделаны выводы, что предварительная разметка каротидной бифуркации с помощью УЗДГ позволяет оптимизировать протяженность доступа при КЭАЭ. Метод формирования новой бифуркации сонной артерии может применяться при пролонгированных стенотических поражениях сонных артерий. Он позволяет избежать применения синтетической заплаты с возможными неблагоприятными последствиями расширить возможности каротидной реваскуляризации. При этом существенно сокращается продолжительность основного этапа реконструкции.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (операция TIPS/ТИПС) при жизнеугрожающих осложнениях портальной гипертензии у больных циррозом печени****Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В.**

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону.

Цель

Улучшить результаты лечения пациентов с жизнеугрожающими осложнениями портальной гипертензии (ПГ) и повысить эффективность операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС)

Материал и методы

Проанализирован опыт применения операции TIPS/ТИПС у 211 больных в хирургической клинике РостГМУ (2007-18 гг.). Возраст $55,6 \pm 1,0$ лет (14-82), соотношение мужчины/женщины 119/92. Показания: угроза рецидива варикозного пищеводно-желудочного кровотечения (ВПЖК) у 156 пациентов (из них у 7 операция выполнена на высоте геморагии) и асцит, рефрактерный к медикаментозным мероприятиям (РА) – у 55 (из них у 20 имели место признаки гепаторенального синдрома 2 типа). Во всех наблюдениях ПГ имела внутрипеченочный тип, обусловленный циррозом печени (ЦП). У большинства больных печеночная недостаточность (ПечН) имела суб- и декомпенсированный характер, соответствующий классам В и С по Чайлд-Пью – у 130 и 77, соответственно, а класс А – лишь у 4. Средний балл по Чайлд-Пью $8,8 \pm 1,0$, по шкале MELD – $14,8 \pm 0,9$. Вмешательство проводили под местной анестезией, дополненной внутривенной аналгоседацией. Прослежено течение раннего послеоперационного периода (срок 6 нед, соответствующий рекомендациям Baveno) у всех оперированных и отдаленные результаты (до 9 лет) почти у 80% выживших к этому сроку пациентов.

Результаты

У всех больных достигнута эффективная портальная декомпрессия и снижение портосистемного градиента давления (ПСГД), клинически проявившиеся в группе ВПЖК редукцией варикозной трансформации и снижением числа рецидивов кровотечений до 7,1% (11 пациентов) в течение года. В группе РА резорбция асцита и снижение доз диуретиков имели место у 39 (70,9%). Ранняя дисфункция шунта (тромбоз) в обеих группах отмечена у 28 (13,3%). 6-недельная летальность составила 1,9% (4 больных), годовичная в группе ВПЖК – 18,8%, в группе РА – 26,2%. Процедура TIPS/ТИПС была дополнена селективной эмболизацией левой и задней желудочных вен (ЛЖВ/ЗЖВ) у 104 (66,7%) из группы ВПЖК. Тромбоз шун-

та на протяжении года отмечен в этой группе у 23 (14,7%). Рецидив геморагии среди дополнительно подвергшихся эмболизации ЛЖВ/ЗЖВ из 11 больных с тромбозом шунта произошел лишь у двоих.

Обсуждение

TIPS/ТИПС способствует снижению портосистемного градиента давления (ПСГД) и эффективно устраняет ПГ – ведущее звено патогенеза ВПЖК и РА. Операция TIPS/ТИПС переносима больными, находящимися в суб- и декомпенсированной стадиях ПечН, что является основанием предпочесть её по сравнению с трансабдоминальными шунтирующими методиками. Улучшению результатов TIPS/ТИПС и показателей выживаемости пациентов способствует применение разработанной адаптирующей медикаментозной портальной декомпрессии (АМПД), заключающейся в назначении на протяжении 4-5 нед перед шунтирующим пособием селективных вазоконстрикторов (терлипрессина, октреотиды), адаптирующая печеночную паренхиму к снижению портальной перфузии. Предсказуемая постшунтовая энцефалопатия (ПШЭ) в раннем послеоперационном периоде в первые годы освоения методики возникла у 29,3%. В 2010-18 гг. данный показатель удалось снизить до 13,2%. Это стало результатом системного применения прогностических и лечебно-профилактических мер, включающих общепринятые мероприятия (диета, препараты лактулозы, рифаксимина и LOLA), дополненных мерами нормализации моторики кишечника серотонина адипинатом для улучшения элиминации продуктов кишечной микрофлоры.

Выводы

- 1) TIPS/ТИПС является эффективным методом хирургической портальной декомпрессии у больных с жизнеугрожающими осложнениями ПГ цирротического генеза;
- 2) благодаря миниинвазивному характеру это вмешательство переносимо пациентами, находящимися в суб- и декомпенсированной стадиях ПечН;
- 3) у больных с ВПЖК процедуру TIPS/ТИПС целесообразно дополнять селективной эмболизацией ЛЖВ/ЗЖВ; 4) медикаментозная профилактика и лечение ПШЭ заключается в применении общепринятых мер (препараты лактулозы, рифаксимина, LOLA), дополненных нормализацией моторики кишечника.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Наш опыт эндоваскулярного лечения портальной гипертензии

Закарян Н.В., Панков А.С., Давтян А.Г., Шелеско А.А., Киракосян В.Р., Молохоев Е.Б., Тадевоян К.Г.

ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, Москва

Актуальность

Одним из грозных осложнений цирроза печени является развитие синдрома портальной гипертензии, характеризующегося повышением давления в системе воротной вены. У 90% больных циррозом печени возникает варикозное расширение вен пищевода, желудка и/или кишечника. В 30% случаев оно осложняется кровотечениями. Несмотря на прогресс в терапии, смертность после первого эпизода кровотечения из варикозных вен пищевода составляет 30-50%.

Материалы и методы

За период с декабря 2012 по май 2018 года в отделении рентгенохирургии Волынской больницы эндоваскулярные вмешательства по поводу портальной гипертензии были выполнены у 51 пациента. Возраст больных колебался от 29 до 67 лет, мужчин было 32 (62,7%), женщин – 19 (37,3%). У 40 (78,4%) пациентов в анамнезе отмечались кровотечения из варикозных вен пищевода (от 1 до 4 эпизодов), еще у 11 (21,6%) вмешательства проводились по поводу асцита, рефрактерного к медикаментозной терапии. При анализе степени печеночной недостаточности по Чайлд-Пью было отмечено, что класс В наблюдался у 37 (72,5%), класс С – у 7 (27,5) больных.

По данным эзофагогастродуоденоскопии, варикозно расширенные вены пищевода и/или желудка встречались у 48 (94,1%) пациентов. Сопутствующая спленомегалия была выявлена у 43 (84,3%) больных. Всего было выполнено 32 операции TIPS (трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования), 14 эмболизаций селезеночных артерий, 3 чрескожные чреспеченочные эмболизации вен пищевода и желудка, а также 2 операции BRTO (баллон-ассистированной ретроградной эмболизации вен желудка).

Результаты

В ближайшем послеоперационном периоде развилось 1 (2%) серьезное осложнение – у пациента через несколько дней после вмешательства развилось повторное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода; на контрольной УЗДГ была зафиксирована окклюзия стента в ре-

зультате подострого тромбоза. Этому больному была выполнена чрескожная чреспеченочная эмболизация варикозно расширенных вен пищевода и желудка с помощью спиралей с хорошим клиническим результатом. Также у 3 (6%) больных отмечалось усиление степени печеночной энцефалопатии (в связи с наличием работающего шунта); данная проблема была успешно корригирована с помощью диеты и лекарственной терапии. В отдаленном периоде в сроки от 6 до 20 месяцев полноценно удалось обследовать 33 (64,7%) пациентов. Умерло 3 пациента (все они умерли от повторных кровотечений, не дождавшись трансплантации печени). У оставшихся 30 больных повторных пищеводных кровотечений отмечено не было. У 2 (6%) больных через год после вмешательства вновь начал нарастать асцит. Всем этим 30 больным проводилась контрольная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) стентированных сегментов. По данным УЗДГ, проходимыми оказались 28 (93%) стентов. В 1 (3,3%) случае был выявлен субтотальный рестеноз стента, который стал причиной повторного нарастания асцита у вышеуказанной пациентки; больной была выполнена баллонная ангиопластика рестеноза с хорошим результатом. Еще в 1 случае стент был окклюзирован, принято решение выполнить чрескожную эмболизацию вен желудка и пищевода. В очереди на трансплантацию печени на момент обследования стояло 19 (63,3%) из 30 указанных пациентов, остальные отказались от пересадки в связи с отсутствием жалоб. Трансплантация печени была проведена только лишь 4 (13,3%) пациентам с хорошим клиническим результатом.

Обсуждение

Развитие эндоваскулярных технологий, а также улучшение ситуации с трансплантологией в России будет способствовать дальнейшему внедрению этой операции в клиническую практику.

Заключение

Операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного стентирования (ТИПС) и различные методики эмболизаций вен пищевода и желудка являются эффективными и относительно безопасными методами лечения портальной гипертензии и ее осложнений.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Пероральная эндоскопическая миотомия у пациентов с тяжелой формой ахалазии кардии****Гасанов А.М., Даниелян Ш.Н., Тарабрин Е.А., Рабаданов К.М., Квардакова О.В., Кайбышева В.О.**

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

Цель

Оценить эффективность пероральной эндоскопической миотомии при тяжелых формах ахалазии кардии.

Материал и методы

С 2016 года по настоящее время в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского выполнено 15 пероральных эндоскопических миотомий (ПОЭМ), по поводу ахалазии кардии, из них 10 мужчин и 4 женщин. Возраст пациентов колебался от 26 до 80 лет, в среднем составил 51 ± 5 лет. Все пациенты были госпитализированы в стационар с жалобами на дисфагию. В экстренном порядке госпитализировано 9 пациентов, в плановом – 5 больных. При госпитализации выполняли рентгенконтрастное исследование пищевода и эзофагогастродуоденоскопию. Для определения тяжести заболевания применяли классификацию ахалазии Б.В.Петровского от 1962 года и Чикагскую классификацию пересмотренную в 2014 году. Операция ПОЭМ всем пациентам выполнялась под эндотрахеальным наркозом.

Результаты

При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании признаки ахалазии кардии 2 стадии установлены 3 пациентам, 3 стадии – 7 больным и в 4 наблюдениях отмечалась S-образная деформация просвета пищевода с истончением стенки и выраженным расширением его просвета. У одного пациента с 4

стадией ахалазии кардии выявлен дивертикул в среднегрудном отделе пищевода. Манометрия высокого разрешения (МВР) выполнена 10 пациентам. Первый тип ахалазии по Чикагской классификации диагностирован у 4 пациентов, 2 тип – у 3, 3 тип в одном наблюдении. В 2 наблюдениях при МВР наблюдали нарушение моторики пищевода с нормальным интегрированным давлением нижнего пищеводного сфинктера. У всех 4 пациентов с ахалазией кардии 4 стадии в анамнезе имелись неоднократные сеансы баллонной дилатации (более 3 раз). Двое пациентов были ранее оперированы по поводу ахалазии кардии различными хирургическими методами без значимого клинического эффекта. Трем пациентам с ахалазией кардии 4 стадии удалось выполнить ПОЭМ без технических сложностей и осложнений в послеоперационном периоде с удовлетворительным клиническим эффектом. В одном наблюдении не удалось сформировать вход в подслизистый слой в связи с выраженным рубцовым процессом в грудном отделе пищевода. Клинический эффект после выполнения ПОЭМ оценивали по шкале Eckardt, средний балл до операции составил $9,6 \pm 0,4$, в раннем послеоперационном периоде $2,9 \pm 0,2$.

Выводы

Эндоскопическая пероральная миотомия является эффективным наименее травматичным методом лечения тяжелых форм ахалазии кардии 4 стадии.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Холедохоскопия при билиарных осложнениях эхинококкоза печени с механической желтухой и холангитом

Койчужев Р.А., Османов А.О., Абдурашидов Г.А.

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

При прорыве эхинококковой кисты в желчные протоки основополагающим постулатом является эндоскопическое освобождение желчных протоков от хитиновой оболочки с последующей эхинококкэктомией. У больных эхинококкозом печени, осложнённом прорывом зародышевых элементов в билиарный тракт, выполнение интраоперационной холедохоскопии с тщательной ревизией и санацией, позволяет предупредить дальнейшие осложнения заболевания, такие как: холангит, стенозирующий папиллит, формирование желчных свищей и т.д.

Эхинококкоз – хронически протекающий гельминтоз, характеризующийся очаговыми поражениями печени, легких и других органов, сопровождающийся аллергизацией организма и развитием тяжелых осложнений, нередко приводящих к инвалидности и летальным исходам. 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 клинике общей хирургии с 1996 года по настоящее время пролечено 1023 больных с эхинококкозом печени. Из них 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, ретроградной холангиографии.

На операции первым этапом выполнялась открытая эхинококкэктомия с наружным дренированием остаточной полости. После эвакуации содержимого эхинококковой кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости, выполняли эндовидеоскопию остаточной полости, для выявления цистобилиарных свищей, их расположения по отношению к сегментарному строению печени. 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 папиллосфинктеротомии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. В остальных случаях, необходимо выполнение интраоперационной холедохоскопии с экстракцией оболочек паразита с дочерними кистами.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Анализ эффективности ретроградных вмешательств на БДС и холедохе, при патологии желчевыводящих путей, осложнённых билиарным панкреатитом и механической желтухой****Иманалиев М.Р., Хандулаев Ш.М., Ибрагимов З.С.**

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

2) ГБУ РД «РКБ-ЦСЭМП», Махачкала

С 2015 года в РКБ ЦСЭМП из эндоскопической службы сформировано эндоскопическое отделение с круглосуточным дежурством врачей-эндоскопистов. С выполнением большого количества разнообразных экстренных и плановых эндоскопических вмешательств.

Актуальность

С каждым годом увеличивается количество больных ЖКБ с холедохолитиазом, и другими патологиями желчевыводящих путей, приводящих к таким осложнениям как механическая желтуха и билиарный панкреатит. В хирургическом стационаре таких пациентов приходилось оперировать в неблагоприятных условиях, что сказывалось на результатах лечения и сроках выздоровления.

Цель

С учётом того, что в крупных хирургических центрах внедрены и широко применяются ретроградные вмешательства на БДС и холедохе с хорошими результатами лечения, в нашей клинике всем больным с ЖКБ, холедохолитиазом с 2015 года по настоящее время стали применять различные ретроградные вмешательства, для улучшения результатов лечения и уменьшения сроков выздоровления.

Материал и методы

С 2015 года больным с ЖКБ осложнённой холедохолитиазом и механической желтухой выполняются ретроградные эндоскопические исследования БДС и желчных протоков, ЭРХГ, папиллосфинктеротомией, литоэкстракцией. За 3 года выполнено 750 ЭПСТ, в том числе 416 ЭРХГ. При этом выполнено 626 литоэкстракций, установлено 26 билиодигестивных протезов при стенозах холедоха, 37 назобили-

арных дренирований по поводу холангитов и механической желтухи тяжёлой степени. В 37 случаях больные поступили после холецистэктомии выполненной от 1-го до 12 месяцев назад. Отдельно надо отметить 84 пациентов с острым билиарным панкреатитом (с амилаземией выше 500, и повышением диастазы мочи выше 512), у которых выявлен при дуоденоскопии вклиненный в устье БДС конкремент, которым выполнена ЭПСТ в течение 1 часа с момента поступления. В 18-х случаях у больных с механической желтухой выявлена злокачественная опухоль БДС, после атипичной ЭПСТ длиной 10 мм, этим пациентам выполнено билиодигестивное протезирование пластиковым стентом.

В 2015 году выполнено 142 ЭПСТ с ревизией холедоха и литоэкстракцией во многих случаях. при этом в 81 случае выполнена ЭРХГ, применены в нескольких случаях временное билиодигестивное протезирование и назобилиарное дренирование. В 2016 году уже 289 ретроградных вмешательств. В 2017 году помимо увеличения ЭПСТ – 319, ЭРХГ – 189, Литоэкстракций – 285, наблюдается рост Билиодигестивного протезирования (стентирования холедоха) – 17 и назобилиарного дренирования – 12.

Результаты

1) Во всех случаях после удачной ЭПСТ отмечено нормализация уровня билирубина крови в течение от 1 до 7 суток.

2) В большинстве случаев билиарного панкреатита отмечено нормализация цифр амилазы крови и диастазы мочи от 1 до 3-х суток.

3) При неполной ЭПСТ от 5 до 7мм, отмечено развитие острого панкреатита с амилаземией до 500 до 2000 ед., после цитостатической и антисекреторной терапии нормализация показателей крови и мочи в течение 3-суток. У остальных больных после полной ЭПСТ 10-

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

15 мм, амилаземия не выше 100 ед, диастаза мочи не выше 512 ед. Всем проводилась цитостатическая, антисекреторная терапия.

4) В 32 случаях после ЭПСТ и ЭРХГ выявленные конкременты более 15мм удалить одномоментно не удаётся, в связи с чем необходимы дополнительные инструментальные методы (баллонная дилатация дистальной части холедоха и применение литотрипторов). Из 32 случаев 17 пациентам удалить крупные конкременты не удалось, им была выполнена или традиционная холецистэктомия, холедохостомия с удалением конкрементов, холедохостомия.

5) Больным с острым калькулёзным холециститом, после ЭПСТ, ЭРХГ, литоэкстракции на 3-5 сутки произведена ЛХЭ. Выздоровление наступало на 3 сутки после операции и на 10-е сутки больные выписывались из стационара.

6) После ЭПСТ на 2-е сутки у 13 пациентов отмечен эпизод кровотечения с падением гемоглобина более 20 г/л. Больным повторно выполнена дуоденоскопия с применением диатермомонокоагуляции сосуда края рассечённого БДС.

Выводы

1) Применение ретроградных вмешательств на БДС в ургентной хирургии показало их эффективность в плане уменьшения сроков выздоровления, уменьшения количества осложнений.

2) Ретроградные вмешательства на БДС и внепечёночных желчных путях является эффективным малоинвазивным вмешательством

при ОХП с холедохолитиазом, резудиальным холедохолитиазом, холангитах, а также при механической желтухе связанной с опухолевой патологией поджелудочной железы и ворот печени.

3) Своевременное ретроградное вмешательство позволяет купировать воспалительный процесс, предупреждает развитие осложнения заболевания, позволяет выполнить оперативное вмешательство в более благоприятных условиях.

4) Выявление причины ОХП с холедохолитиазом, интрапапиллярным дивертикулитом и резудиальным холедохолитиазом, помогает ЭРХГ а эндоскопическая ПСТ с литотрипсией и литоэкстракцией позволяют с минимальной инвазией ликвидировать ее.

5) Отмечено уменьшение количества осложнений по мере накопления опыта и применения методики канюляции с использованием струны-проводника, а также предоперационного и послеоперационного применения (НПВС и цитостатиков)

6) Спектр и частота осложнений эндоскопических вмешательств по поводу холедохолитиаза соответствуют показателям, характерным для эндоскопических ретроградных вмешательств на БДС в целом и по нашим данным отмечено по мере накопления опыта снижение с 4.5 % в 2015 году до 2.1% в 2017 году соответственно. При этом в большинстве случаев коррекция возникших после эндоскопических вмешательств осложнений возможна с помощью применения комплексного эндоскопического и консервативного лечения.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Транспариетальное пункционное лечение очаговых гнойных образований печени под ультразвуковым контролем****Койчужев Р.А., Хабибулаева З.Р., Османов А.О.**

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Хирургическое лечение гнойно-воспалительных заболеваний печени путем применения малоинвазивных и менее травматичных технологий становится все более актуальной проблемой. С 1999 по 2006 гг. под нашим наблюдением находились 182 больных абсцессами печени различной этиологии. Из них у 27 пациентов применены малоинвазивные 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 малоинвазивным вмешательствам выставлялись с учетом топографических особенностей локализации абсцесса, характера гноя, наличия висцеро-париетальных спаек вокруг печени, что значительно облегчает задачу пункционного лечения абсцессов печени под контролем УЗИ. Локализация и расположение абсцесса в ткани печени имеют важное значение при планировании и выборе способа лечения. 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 малоинвазивные транспариетальные вмешательства были выполнены под местной анестезией – под контролем ультразвукографа. В 22 (81,4%) случаях вмешательства проведены по срочным показаниям в течение первых-вторых суток от 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 видеолапароскопическим контролем. В 4 (14,8%) случаях после пункции гнойного очага под контролем УЗИ, выполнено дренирование двухпросветным дренажом. При

чреспеченочной пункции абсцесса печени под контролем ультразвукографа 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 5 мг/л; при амебных абсцессах обработку дополняли использованием раствора метрогила. При эндоскопической операции пункцию абсцесса выполняли с помощью 10-миллиметрового троакара-присоски, исключаящую 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 Huistan калибра 7-8 Fr 6 пациентам; в 3 случаях, когда диаметр гноя 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 массивной 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.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Лапароскопическая TAPP герниопластика в лечении паховых грыж

Хамидов М.А., Магомедов М.П., Гусейнов М.М., Магомедов А.М., Муртузалиева А.С.

- 1) «Дагестанский государственный медицинский университет»
- 2) Медико-санитарная часть МВД РФ по РД, Махачкала

Актуальность

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

Всего в нашей клинике выполнено 52 операции с 2014 года. Из них в 2017г – 23, в 2018 – 23. Возраст: от 18 до 80 лет (средний – 51 год). Мужчин – 43 (82.7%); женщин – 9 (17.3%). Двухсторонние паховые грыжи – 8. Симультианные операции – 6 (ЖКБ-4, варикоцеле-1, киста почки-1). Рецидивные грыжи – 3 (Лихтенштейн-2, Шоулдайс-1). В клиническую практику внедрена классификация Европейского Общества Герниологов (EHS): P – первичная грыжа R – рецидивная грыжа 0 – грыжа не определяется 1 – ≤ 1,5 см (один палец) 2 – 1,5 – 3 см (два пальца) 3 – > 3 см (более двух пальцев) X – исследование не проводилось L – латеральная/косая грыжа M – медиальная/прямая грыжа F – бедренная грыжа Согласно данной классификации всего прооперировано 52 пациента. Первичных 47, из них PL1-39. PL2-4 PL3-1 PM1-3. Рецидивных-5, из них RL1-4 RL2-1.

Оперативное лечение больных заключалось в герниопластике TAPP (трансабдоминальная преперитонеальная пластика паховой грыжи). Средняя продолжительность операции составила 80 мин. Средняя кровопотеря – 15 мл. Койко-дней – 4

Преимущества

Малая травматичность, возможность обзорной лапароскопии органов брюшной полости и выполнения симультианных 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.

Результаты

Для оценки результатов взята классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo. Осложнения I ст. – 3 (серома), и III ст. – 1 (релапароскопия).

Выводы

На наш взгляд, лапароскопическая TAPP герниопластика заслуживает активного внедрения в клиническую практику.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Опыт внедрения лапароскопической герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах с применением имплантов Реперен**

Попов Ю.П.(1), Иванов Н.А.(1), Попов П.А.(1), Акилин К.А.(1), Харитонов В.В.(1), Гереева З.К.(2)

- 1) Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ, Городская клиническая больница №40 ДЗМ, Москва
 2) «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

В настоящее время послеоперационные грыжи брюшной стенки занимают второе место после паховых грыж, составляя от 3 до 20,6% этой патологии. Не смотря на бурное внедрение и развитие лапароскопической хирургии, даже в наиболее развитых странах выполняется большое количество операций лапаротомным доступом, из около 10% рецидивируют. В тоже время, широкое распространение лапароскопических операций влечет за собой появление посттромакарных грыж. Стремления хирургов к малоинвазивным операциям привело к возникновению нового направления – лапароскопической пластики послеоперационных грыж.

С 2016 г. на базе ГКБ №40 г. Москвы внедрена методика лапароскопических герниопластик при малых и средних послеоперационных вентральных грыжах с использованием имплантов российского производства Реперен (Компания АйконЛабГмбх (IconLab). Имплантаты, созданные на основе материала Реперен (пространственно сшитый полиуретанаккрилат) зарегистрированы в России, Европе и США. Реперен®. IPOM представляет собой прозрачный эндопротез для антиспаечных внутрибрюшинных лапароскопических или открытых операций по устранению вентральных, пупочных и паховых грыж. Особенностью имплантата является отсутствие усадки, оптимальная интеграция и высокая биосовместимость.

В нашей работе мы поставили цель сравнить и проанализировать два основных метода аллогерниопластики, применяемые при лечении послеоперационных вентральных грыж: лапароскопическая герниопластика IPOM и открытая аллогерниопластика sub-lay. Нами были проанализированы и сравнены основные параметры, такие как среднее время операции, длительность пребывания пациентов в стационаре, выраженность болевого синдрома после

перенесенной операции, характер осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, а так же частота рецидивов.

За 2016-2018 гг. в нашем исследовании приняли участие 72 пациента, из них 30 выполнена лапароскопическая аллогерниопластика IPOM, 32 пациентам выполнена герниолапаротомия с герниопластикой sub-lay с использованием облегченных полипропиленовых и полиэфировых сеток и 10 пациентам выполнена открытая IPOM аллогерниопластика. Все пациенты были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст 54+/- 4,6 года). В исследовании включены пациенты имеющие медиальные и медиа-латеральные грыжи с разными количествами рецидивов от 0 до 2-х и имеющие размер грыжевого дефекта не превышающие 10 см. в диаметре. Такая верхняя граница размеров грыжевого дефекта обусловлена тем, что в клинике при использовании лапароскопической IPOM пластики применяется bridging методика (M-любое, R-0-2. W-1-2). В работе использовали классификацию EHS (европейского общества герниологов). В таблице приведено количество пациентов оперированных в период исследования 2016-2018 гг.

В клинике применялись методики операций с расположением сетки sub-lay, а так же с интраабдоминальным расположением IPOM. Сетка Реперен имеет две стороны: исключительно гладкую висцеральную (анти-адгезивную, обеспечивает анти-адгезивность в 100% случаев) и париетальную, с микроструктурой для интеграции. Операции проводились под ЭТН с наложением карбоксиперитонеума 10-12 мм.рт.ст. Первый троакар вводился под контролем зрения или с использованием оптического троакара. Количество манипуляторов выбирается индивидуально. Нами использовалось от 2-х до 4-х. троакаров. После рассечения спаек, низведения грыжевого мешка в брюшную полость и выполнения тщательного гемостаза, в

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

брюшную полость вводился и устанавливался имплант. Разметка импланта выполнялась экстраабдоминально с использованием транслюминисценции через переднюю брюшную стенку. На сетку накладывалось от 2-х до 4-х лигатур, использовались сетки с перекрытием грыжевого дефекта не менее 4-х см. с каждой стороны. Сетка фиксировалась сквозными швами через переднюю брюшную стенку, укреплялась герниостеплером или отдельными узловыми швами. Дренирование брюшной полости не проводилось. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартное обезболивание, проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика однократным введением цефалоспоринов 2-го поколения.

Сравнительный анализ длительности операций, среднее время оперативного пособия при IPOM пластики составил 96 минут в сравнении с 124 минутами при установке сетки sub-lay. Следует отметить, что в обеих группах длительность операции в основном колебалась от наличия и тяжести спаечного процесса после ранее перенесенной операции. При отсутствии спаечных сращений среднее время фиксации сетки составило 45 минут, в сравнении с 75 минутами при открытой герниопластике sub-lay.

Среднее время пребывания пациентов в стационаре при лапароскопической герниопластике составило 3,4 койко дня, в сравнении с 6,3 койко-днями при выполнении открытой герниопластике sub-lay.

При анализе болевого синдрома нами использована десятибалльная шкала. Каждые шесть часов оценивали выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде на протяжении 72 часов. Сравнивались так же количество и частота применяемых обезболивающих средств. Пациенты, перенесшие лапароскопическое пособие, в первые сутки оценивали болевой синдром на 3,3 балла, а к вторым на 1,4 балла. Пациенты, перенесшие открытое пособие, оценивали болевой синдром на 4,5 баллов в первые 24 часа и 2,3 балла к концу 2-х суток после операции. Полной отме-

ны обезболивающих средств в группе IPOM удалось достигнуть к концу 2-х суток, тогда как в группе перенесших sub-lay пластику, длительность была вдвое выше.

Наиболее частым осложнением в обеих группах было образование послеоперационных сером. При IPOM пластике наиболее частая локализация скоплений жидкости – это остающаяся часть грыжевого мешка. Эти пациенты были пунктированы под контролем ультразвуковой визуализации.

При исследовании отделенных результатов учитывалась частота рецидивов и наличия или отсутствия хронического болевого синдрома. В группе пациентов, перенесших IPOM пластику был выявлен один (2,4%) рецидив (пациентка оперирована повторно IPOM). При пересмотре интраоперационной видеозаписи установлено, что причиной рецидива явилось неверное расположение импланта, с недостаточным перекрытием за пределами грыжевого дефекта. В группе перенесших sub-lay герниопластику выявлен также один рецидив (3,1%), что связано с несоблюдением пациентом предписанного режима в послеоперационном периоде. У одного пациента после лапароскопической аллогерниопластики отмечался хронический болевой синдром (2,4 %), что обусловлено применением нерассасывающихся клипс. В настоящее время в клинике применяется методика фиксации сетки отдельными узловыми швами. Общее количество поздних послеоперационных осложнений среди исследуемых пациентов 4,2%.

Заключение. Использование лапароскопической IPOM пластики сетками Реперен является альтернативным методом у пациентов с малыми и средними послеоперационными вентральными грыжами. Косметический эффект этого метода бесспорен, уменьшается так же интенсивность болевого синдрома и длительность стационарного лечения. Метод является безопасным, простым в освоении и может быть рекомендован к широкому применению в повседневной клинической практике.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Миниинвазивный способ лечения холедохолитиаза****Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Скороваров А.С., Султанова Р.С.**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Традиционные хирургические методы лечения холедохолитиаза постепенно уходят на задний план, считаясь более сложными и травматичными вмешательствами с высоким риском развития осложнений. Особенно это актуально у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель

Оценить эффективность использования трансбиллярных миниинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза.

Материал и методы

Перкутанные транспеченочные миниинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза нами использованы у 42 пациентов. В 32 (76,1%) наблюдениях холедохолитиаз осложнился механической желтухой и в 12 (28,5%) – холангитом. У 18 (42,6%) пациентов в анамнезе проведенные различные оперативные вмешательства: холецистэктомия в 15 случаях, микрохолецистостомия – в 3 по поводу деструктивного холецистита. У 26 (61,9%) пациентов холедохолитиаз сочетался с калькулезным холециститом, из них острый – 17, хронический – 9. Билиарный панкреатит имелся в 4 (9,5%) случаях. У 14 (33,3%) пациентов пожилого и старческого возраста диагностирован деструктивный холецистит в сочетании с холедохолитиазом и холангитом, им произведена микрохолецистостомия, ЧЧХС под лучевой навигацией, затем после стихания явлений острого холецистита и холангита и снижения билирубина до 50-60 мкмоль/л в 13 случаях произведена антеградная баллонная дилатация большого дуоденального сосочка (БДС) с дислокацией фрагментов камня в двенадцатиперстную кишку (ДПК). На третьем этапе всем пациентам в плановом порядке была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Катетер из билиарного тракта (БТ) удаляли на 6-7 сутки после ЛХЭ. В 17 (40,5%) наблюдени-

ях выполнена ЧЧХС и баллонная дилатация БДС с дислокацией конкрементов в ДПК. В 2 случаях понадобилась лазерная литотрипсия. ЛХЭ произведена в 9 случаях. В наблюдениях с холецистостомой баллонная дилатация БДС и дислокация конкрементов в ДПК выполнены доступом через пузырь и пузырный проток. ЛХЭ в плановом порядке. В 5 (11,9%) случаях разрушение камней с помощью лазера и дислокация фрагментов в ДПК проведена через холедохостомический катетер под лучевой навигацией. Пациентам с холедохолитиазом (3) на почве стриктуры холедоха первым этапом выполнена ЧЧХС, затем лазерная вапоризация стриктуры + литотрипсия + литоэкстракция либо дислокация фрагментов камня в ДПК. Данные вмешательства в 1 случае завершены стентированием БТ, а в 2 – наружно-внутренним дренированием БТ.

Результаты и их обсуждение

Комбинированные антеградные миниинвазивные вмешательства в лечении осложнений желчнокаменной болезни оказались эффективными в 88,8% случаев. Холедохолитиаз был ликвидирован у всех пациентов. Рецидив холангита отмечен у 25,0% пациентов. В 3 (7,1%) наблюдениях отмечено выпадение катетера из БТ. Потребовалось редренирование БТ. В отдаленные сроки в 2 (4,7%) случаях отмечен рецидив холедохолитиаза и у 3 (7,1%) – стеноз БДС. Проблема решена ретроградным доступом. Летальных случаев не было.

Заключение

Комбинированное применение малоинвазивных трансбиллярных вмешательств в антеградном варианте является эффективным способом лечения пациентов с осложненным течением желчнокаменной болезни, особенно, у лиц пожилого и старческого возраста, то есть ликвидация холедохолитиаза и связанных с ним холангита и холестаза через один прокол.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Сравнительный анализ непосредственных результатов роботических, лапароскопических и открытых резекций прямой кишки

Хатьков И.Е., Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А.,

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗ, Москва

Введение

Операции на прямой кишке имеют целый ряд особенностей, обусловленных ограниченностью операционного поля, расположением в непосредственной близости от зоны резекции важных структур вегетативной нервной системы. Появление роботических систем позволило повысить качество визуализации операционного поля, а лишённые интенционного дрожания манипуляторы – увеличить точность при мобилизации прямой кишки и тазовой лимфаденэктомии.

Цель

Изучить результаты использования РП в хирургии ПК.

Материалы и методы

Пилотное одноцентровое нерандомизированное исследование, в которое включено 162 пациента, перенесших резекцию прямой кишки в период с 2014 по 2017 гг. Исследовательскую группу (И) составили 34 пациента, которым выполнена резекция прямой кишки с использованием роботического комплекса DaVinci. Больные оперированные лапароскопическим методом (85) составили группу контроля 1 (К1), а открытым способом (43) – группу контроля 2 (К2). Все пациенты обследованы по стандартной схеме, включая морфологическую верификацию, MPT-DWI малого таза. Оценка операционного риска и функционального состояния проводилась по шкалам ASA и ECOG. Анализ качества мезоректумэктомии выполнен по шкале Philip Quirke; ранние послеоперационные осложнения – по шкале Clavien-Dindo; оценка анальной континенции – по шкале Wexner Score, данным анальной манометрии; мочевыделительная функция – по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score); оценка послеоперационной боли – шкала боли VAS и Brief Pain Inventory

Результаты

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, локализации и распространению опухолево-

го процесса, степени операционного риска. ТМЕ выполнена: в группе И – 23 (67,6%) пациентам; в группе К1 – 48 (54,5%) и в группе К2 – 19 (44,2%). Средняя продолжительность операции (мин) в группах: И – 358; К1 – 318,1; К2 – 233. Средняя кровопотеря (мл): И – 150, К1 – 213, К2 – 257. Гипотония мочевого пузыря выявлена в группе И у 2 (5,9%) пациентов; в группе К1 – у 6 (7,1%); в группе К2 – у 5 (11,6%). Атония мочевого пузыря установлена в группе И у 1 (2,9%) пациента; в группе К1 – 3 (3,5%); в группе К2 – 4 (9,3%). Анализ нарушений мочеиспускания (IPSS): различий между ИГ и группой К1 не выявлено; в сравнении с открытой хирургией отмечено достоверное улучшение показателей. Оценка анальной континенции по шкале Wexner Score не выявила достоверных различий в группах. Оценка боли в послеоперационном периоде показала снижение болевых ощущений и уменьшение использования обезболивающих препаратов в роботической и лапароскопической группах по сравнению с открытой хирургией. Качество лимфаденэктомии Quirke grade 3: И – 27 (80%), К1 – 62 (73%), К2 – 21 (49%); grade 2 – И 7 (20%), К1 23 (27%), К2 20 (47%); grade 1 – И 0, К1 0, К2 – 2 (4%). Среднее количество удалённых лимфатических узлов – 18,5 (12-45). У пациентов с избыточной массой тела (ИМТ <35) роботическая операция позволяет достоверно улучшить качество мезоректумэктомии ($p < 0.05$). Послеоперационные осложнения Clavien Dindo-3B: в И – 2 (5,9%), К1 – 4 (4,7%), К2 – 4 (9,3%). Несостоятельность анастомоза диагностирована у 1 пациента в И и группе К2, в группе К1 – 2; некроз низведенной кишки в ИГ – 1, К1-1; ранняя спаечная непроходимость – в группе К2 – у 1 пациента; нагноение послеоперационной раны – 2 пациента из группы К2. Средняя продолжительность госпитализации составила: ИГ – 7,5; К1 – 7,2; К2 – 11,6 дней.

Выводы

Ультрапрецизионная техника роботических операций позволяет улучшить функциональные результаты после резекций прямой кишки, повысить качество мезоректумэктомии в технически сложных ситуациях (хирургически узкий таз, морбидное ожирение)

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Бариатрические операции у пожилых пациентов**

Аскерханов Р.Г. (1,2), Фейдоров И.Ю. (1,2), Петрова А.Л. (1,2), Мосн С.В. (1,3), Бодунова Н.А. (1)

1. ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы»
2. ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
3. ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва

Актуальность

Заболеваемость ожирением в мире стремительно растет. Этому способствует урбанизация, повышение доли углеводов в потребляемой пище, малоподвижный образ жизни и многие другие факторы. Глобальная оценка Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) показала значительный прирост ожирения в популяции у 39% людей отмечается избыточная масса тела, а у 13% жителей планеты ожирение. В России около 25% населения имеет лишний вес или страдает ожирением. Результаты исследований показали, что Российская федерация находится в четверке стран, экономике которых в значительной мере угрожает медицинская проблема ожирения. В старшей возрастной группе ожирение более всего распространено у россиян. Среди возрастных групп, 27% россиян 55 лет и старше страдают от ожирения.

Материалы и методы

В МКНЦ им. А.С. Логинова с февраля 2013 по май 2017 года выполнено 608 бариатрических операций, среди них 27 (4,5%) пациентам старше 60 лет. Из них 19 женщин (73,4%) и 8 (26,6%) мужчин. Средний возраст и индекс массы тела (ИМТ) пожилых пациентов составил 61,4 года и 47,8 кг/м² соответственно. Были выполнены следующие операции: продольная резекция желудка 15 (55,5%), гастрощунтирование по Ру 11 (40,7%), регулируемое банда-

жирование желудка 1 (3,8%). Все пациенты оперированы лапароскопическим доступом. Послеоперационные осложнения оценивались по шкале Clavien-Dindo. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты

Конверсия доступа в лапаротомию не понадобилась ни в одном из случаев. Средний послеоперационный койко-день составил 4,5 (2-13). Госпитальные осложнения выявлены у 3 (11%) пациентов. По Clavien-Dindo 1 осложнение I-го и 2 II-го класса. Средняя потеря избыточной массы тела через 12 месяцев после операции 48,5% (22,6% – 76,1%). Ремиссия сахарного диабета наступила у 81% пациентов, ремиссия или облегчение течения гипертонической болезни у 71% пациентов. Летальности через 30 дней, 6 и 12 месяцев не было.

Выводы

Бариатрические операции у пациентов старшей возрастной группы являются эффективным методом лечения морбидного ожирения, но сопряжены с высоким уровнем риска. Требуется междисциплинарный подход в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении этой группы пациентов. Данные операции необходимо проводить в специализированных центрах в рамках строгих протоколов. Для формирования окончательной позиции необходимо больше данных

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Лапароскопические операции при хроническом панкреатите

Израилов Р.Е., Цвиркун В.В., Алиханов Р.Б., Андрианов А.В.

«Московский Клинический Научный Центр им. А.С.Логина», Москва

Цель

Продемонстрировать осложнения после лапароскопических вмешательств при хроническом панкреатите.

Материалы и методы

С декабря 2012 г. по май 2017 г. 71 пациенту с хроническим панкреатитом были выполнены лапароскопические операции: 8 цистозентеростомий, 8 продольных панкреатоюностомий, 37 операции Фрея, 2 дистальных резекций и 16 панкреатодуоденальных резекций. Из них 11 операций были дополнены симультанными вмешательствами (холецистэктомия, удаление правого надпочечника с опухолью, фундопликация по Ниссану, внутрибрюшная пластика грыжевого дефекта, холедохоеюностомия, наружное дренирование кисты, дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией). Все операции выполнялись через 5 троакарных доступов.

Результаты

Все операции были выполнены полностью лапароскопически, за исключением трех случа-

ев. Летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения возникли у 18 пациентов, из них по классификации Clavien-Dindo I степени – у 3 пациента, II степени – у 8 пациентов, IIIa степени – у 7 пациентов. Панкреатическая фистула степени В возникла у 5 пациентов. Кровотечение из области панкретиюноанастомоза степени В – у 5 пациентов. В 1 случае после панкреатодуоденальной резекции, послеоперационный период осложнился несостоятельностью билиодигестивного анастомоза, которая была разрешена с помощью интервенционных технологий. Гастростаз, либо осложнения со стороны раны не отмечено ни у одного пациента.

Выводы

Осложнения после лапароскопических вмешательств у пациентов с хроническим панкреатитом, не отличаются от осложнений после вмешательств выполненных традиционным доступом, однако, позволяют избежать явлений гастростаза и септических осложнений со стороны ран

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Модифицированная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия при ахалазии пищевода****Алиев С.А., Магомедов С.М.**

ГБУ РД «НКО «ДЦГХ», Махачкала

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. Ахалазией пищевода заболевают люди преимущественно работоспособного возраста (20-50 лет), что определяет высокую социально-экономическую значимость патологии.

Баллонная пневмо- и гидродилатация кардии, по мнению ряда авторов является методом выбора в лечении ахалазии пищевода I-III стадии, однако суммарная эффективность неоднократных процедур не превышает 60-80%. При IV стадии процесса происходят необратимые изменения в морфологии стенки нижне-грудного отдела пищевода, в связи с чем рекомендуется проведение экстирпации пищевода с одномоментной пластикой желудочным стеблем.

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 по Геллеру с передней фундопликацией по Дору», которая позволила значительно снизить травматичность вмешательства, проводить кардиомиотомию прецизионно и улучшить непосредственные и отдаленные функциональные результаты вмешательства.

В отличие от стандартной процедуры кардиомиотомии, нами предложено сепарационное иссечение мышечно-адвентициального каркаса на протяжении 12-14 см, начиная с левой боковой стенки пищевода, что позволяет избежать рецидива и дальнейшего прогрессирования ахалазии пищевода.

С целью коррекции несостоятельности кардии после эзофагокардиомиотомии модифицирован вариант передней фундопликации по Дору, формированием 180° манжеты, начиная с задней стенки пищевода. В отделении торако-абдоминальной хирургии выполнено 7 операций по предложенной методике. Средний возраст колебался от 32-64 лет. Непосредственных осложнений хирургического вмешательства отмечено не было. В сроки наблюдения до 1 года рецидивов и прогрессирования заболевания не выявлено.

Приводим клиническое наблюдение. Пациент О., 32 года, в течение нескольких лет испытывал затруднение при прохождении плотной и жидкой пищи по пищеводу, чувство комка в загрудинной области после приема пищи, периодическую регургитацию съеденной пищей, потерю в весе. До поступления в стационар проведены 2 процедуры баллонной дилатации пищевода, без стойкого положительного эффекта. Рентгено-эндоскопическими методами исследований подтвержден диагноз ахалазии пищевода II степени. Учитывая неэффективность предшествовавших баллонных дилатаций, принято решение выполнить Модифицированную лапароскопическую эзофагокардиомиотомию по Геллеру с передней фундопликацией по Дору. 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 модифицированной фундопликации по Дору.

Таким образом, раннее выполнение адекватной кардиомиотомии на протяжении 12-14 см с переходом на субкардиальный отдел желудка по предложенной методике при ахалазии пищевода I-III стадии, позволяет избежать прогрессирования заболевания и проведения радикальных органонуносящих операций. Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с передней фундопликацией по Дору должна стать операцией выбора при ахалазии пищевода I-III стадии, которая позволяет улучшить качество жизни пациентов и ускорить социально-трудовую реабилитацию.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Оценка эффективности выполнения фундопликаций в лечении рефлюкс-эзофагита с использованием роботической системы DaVinci

Васнев О.С., Кошкин М.А., Белоусов А.М., Байчоров М.Э.

Московский Клинический Научный Центр, Москва

В настоящее время во всем мире основным лечением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является терапия ингибиторами протонной помпы. При неэффективности консервативной терапии альтернативным методом лечения является хирургический. С развитием малоинвазивных технологий золотым стандартом хирургического лечения признана лапароскопическая фундопликация. На данном этапе развития антирефлюксной хирургии отмечается рост выполнения операция с использованием роботической системы DaVinci.

Цель

Продемонстрировать опыт выполнения роботических антирефлюксных операций по сравнению с лапароскопическими антирефлюксными операциями.

Материалы и методы

За период с января 2017 г. по апрель 2018 г. было пролечено 35 пациентов в возрасте от 35 до 76 лет (средний возраст $57,2 \pm 5,5$), среди них 25 (70%) женщин и 10 (30%) мужчин. ИМТ – $29,4 \pm 2,7$.

Всем больным была выполнена антирефлюксная операция. Пациенты были разделены

на 2 группы: в 1 группе 18 пациентов, которым выполнена операция традиционным лапароскопическим доступом; во 2 группе – 17 пациентов, которым выполнена операция с использованием роботической системы DaVinci В 30 случаях выполнена фундопликация по Черноусову А.Ф, у 4 пациентов фундопликация по Topet, у 1 больного фундопликация по Nissen.

В 1 группе среднее время операции – 125 ± 21 мин; объем кровопотери – минимальный; средний послеоперационный период – $3,3 \pm 0,7$ к/д. Интраоперационных осложнений не было. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было.

Во второй группе среднее время операции – 130 ± 22 мин; объем кровопотери – минимальный; средний послеоперационный период – $3,6 \pm 0,5$ к/д. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было.

Результат

Выполнение антирефлюксных операций с использованием роботической системы DaVinci является безопасным и эффективным методом в лечении рефлюкс-эзофагита. При оценке технических характеристик и ранних послеоперационных результатов, существенных различий в двух группах не было.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Малоинвазивные технологии в лечении ахалазии кардии 4 степени**

Кошкин М.А., Васнев О.С., Израилов Р.Е., Шишин К.В., Казакова С.С., Домрачев С.А., Белоусов А.М.

Московский клинический научный центр, Москва

В настоящее время в России предпочтительным методом лечения ахалазии кардии 4 ст. является эзофагэктомия. С развитием малоинвазивных технологий в хирургии пищевода, отмечается рост операций, таких как лапароскопическая операция Геллера, пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). Существует гипотеза, что эти вмешательства могут быть приоритетными в лечении пациентов с ахалазией кардии 4 ст.

Цель

Представить опыт лечения больных с ахалазией кардии 4 степени (по Петровскому Б.В.)

Материалы и методы

В период с 07.2013 по 02.2018 в МКНЦ было пролечено 12 пациентов с ахалазией кардии 4 ст. (по Петровскому Б.В.) Из них мужчин – 2 (18%), женщин – 10 (82%). Средний возраст больных 54 (от 26 до 81).

Результаты

У 6 пациентов выполнялись пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ), у 3 лапароскопическая кардиомиотомия и у 4 – тора-

колапароскопическая эзофагэктомия. При эзофагэктомии в восстановлении непрерывности ЖКТ использовалась желудочная трубка. Среднее время операции при ПОЭМ – 90,0 мин, при лапароскопической кардиомиотомии – 160,5 мин, при тораколапароскопической эзофагэктомии – 422,5 мин. Кровотеря во всех случаях была минимальной. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила: в группе больных, которым выполнялась ПОЭМ – 2 койко-дня, лапароскопическая кардиомиотомия – 4 койко-дня, тораколапароскопическая эзофагэктомия – 11 койко-дней. Дисфагия в послеоперационном периоде у больных, которым выполнялась лапароскопическая кардиомиотомия и ПОЭМ, оценивалась по шкале Eckardt – 0.

Вывод

При хирургическом лечении ахалазии кардии 4 ст целесообразно отдавать предпочтение миниинвазивным операциям малых объемов, таким как лапароскопическая кардиомиотомия и пероральная эндоскопическая миотомия. При неэффективности данных операций, выполнение эзофагэктомии.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Лапароскопическая герниорафия – точки приложения при пупочной грыже

Мяконький Р.В.

ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3», Волгоград

Актуальность

Первичные грыжи брюшной стенки, такие как пупочные, эпигастральные, грыжи Спигелевой линии встречаются гораздо реже, чем грыжи паховые. Пупочной грыжей по данным разных авторов страдает 2-15% взрослого населения, чаще заболевание встречается у женщин. В области пупка фиброзные волокна образуют кольцевидные закругления, окаймляя пупочное кольцо. В самом пупке в апоневрозе в норме имеется отверстие, несколько миллиметров в диаметре, в котором брюшина напрямую спаяна с кожей. Это слабое место в апоневрозе, поэтому по частоте пупочные грыжи занимают второе место после паховых. При наличии пупочной грыжи диаметром менее 10 мм возможно наблюдение за пациентом, во всех остальных случаях показана операция. Это обстоятельство диктует поиск максимально косметически выгодных вмешательств, что продиктовано требованием современной социальной бьюти-сферы. На сегодняшний день пластика местными тканями при пупочной грыже считается возможной при размерах грыжевых ворот менее 2 см.

Эффективность профессиональной деятельности любого врача определяется уровнем его профессиональной подготовки. Существует некоторая корреляция частоты рецидивов с опытом оперирующего хирурга. В современных условиях, когда технический прогресс в части материального оснащения практического здравоохранения и широкого внедрения малоинвазивных технологий радикального лечения достиг невиданных ранее масштабов безопасное оперирование пациентов, ложится в основу качества оказания медицинской помощи. 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.

В детской хирургии, при пупочной грыже, используются, главным образом, такие мето-

дики как Лексера, Шпиц, Сапезко. С приходом лапароскопических технологий появилась возможность минимизировать операционную травму с одновременным достижением максимального косметического эффекта.

Достаточно широко применяется герниопластика с использованием сетчатых имплантов, при этом их размещение может быть onlay, inlay и sublay. Стоит отметить, что подавляющее большинство клиник отказалось от методик фиксации сетки onlay и inlay, зачастую применяются два варианта размещения сетки – sublay и IPOM.

В настоящее время возможно выполнение операций по устранению грыж, как с использованием имплантатов, так и местных тканей, а также с их сочетанием.

Материалы и методы

Предлагаемый нами способ герниорафии при пупочной грыже, разработан и внедрен в повседневную клиническую практику на базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3». Методика может использоваться как самостоятельный метод при грыжах малых размеров, так и как элемент оперативной техники, улучшающий результат операции, например, при IPOM-пластике, снижая риск развития рецидива грыжи и значительно повышая косметический эффект вмешательства. Кроме того, пупочная герниорафия может рассматриваться с позиции набирающей популярность в России концепции Fast Track хирургии.

Полученные результаты и их обсуждение

В связи с тем, что предлагаемый метод герниорафии разработан в 2016 году и является относительно новым, необходимо подробно описать оснащение и методику выполнения данного вмешательства.

Оснащение: стандартная лапароскопическая стойка; лапароскопические инструменты: троакар диаметром 10 мм (в авторской версии с винтовой фиксацией), троакары диаметром

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

5 мм – 2 шт., электрокоагуляционный крючок и ножницы, зажимы жесткие – 2 шт., шовный инструмент Berci; а также общехирургические инструменты: зажим Бильрота, иглодержатель Гегара, игла хирургическая режущая с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из нерассасывающегося материала 3/0.

Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение пациента на спине. Расположение операционной бригады (в авторской версии): слева от пациента оператор и ассистент, операционная медицинская сестра на противоположной стороне справа. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 10 мм. Через разрез в брюшную полость вводится троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, через который накладывается карбоксиперитонеум и в брюшную полость вводят лапароскоп с косой оптикой, после чего производится ревизия брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта, оценке степени выраженности спаечного процесса и потенциальным местам ввода дополнительных троакаров. Затем так же по среднеключичной линии в левом подреберье и левой подвздошной области производятся разрезы длиной 5 мм, под визуальным контролем в брюшную полость вводят 5 мм троакары. Расположение введенных троакаров и рабочих инструментов представлено на схеме.

Используется бимануальная техника. Грыжевой мешок сохраняется интактным, если это возможно. По ходу вмешательства осуществляется тщательный гемостаз. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон скальпелем на глубину кожи производятся несколько насечек по 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента Berci выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости ассистент фиксирует зажимом. Инструмент Berci удаляется и аналогичным образом прокалывается брюшная стенка в контралатеральной насечке, нить захватывается инструментом Berci и выводится наружу. После наложения 3-4 таких швов, один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого, открыв троакары, производится снятие карбоксиперитонеума для умень-

шения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные (относительно грыжи) П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняется грыжа, при этом пупок гофрируется. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. Ревизия брюшной полости. Удаление углекислого газа из брюшной полости. Ушивание троакарных ран. Наложение асептических повязок. Предлагаемый лапароскопический метод герниорафии может быть использован как способ санации грыженосителей с пупочными грыжами, как простой, экономически выгодный и легко воспроизводимый даже начинающими хирургами, востребованный среди молодых пациенток. Этот метод может рассматриваться как стационар-сберегающая технология в рамках концепции Fast Track. Ближайшие результаты указанной методики представляются весьма обнадеживающими и перспективными для использования, в том числе в детской хирургии.

Выводы

Если рассматривать лапароскопическую герниорафию при пупочной грыже как самостоятельный метод оперативного пособия, то она может быть использована как альтернатива IPOM-пластики, или же, как дополнение IPOM-пластики с целью достижения более выраженного косметического эффекта.

Рекомендации

На наш взгляд необходимо способствовать широкому внедрению предлагаемой пупочной герниорафии в повседневную хирургическую практику, как специализированных герниологических центров, так и общехирургических стационаров. В том числе, в связи с простотой выполнения, методика оправдана при случаях симультанных оперативных вмешательств осложнений при пупочной грыже, не только в абдоминальной хирургии, но и в гинекологии и урологии.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Видеоторакоскопическое лечение диафрагмальных грыж у новорожденных

Махачев Б.М., Магомедов А.Д., Патахов С.П., Тихмаев А.Н., Абасов М.Н., Гебекова С.А., Атабиев М.А., Магомедов М.М-т.

ГБУ РД «ДРКБ им.Н.М.Кураева» ДГМУ кафедра детской хирургии. Махачкала

Актуальность

Врожденная диафрагмальная грыжа – это один из тяжёлых пороков ургентной хирургии периода новорожденности. Частота возникновения диафрагмальных грыж колеблется в больших пределах- от 1 на 2000 до 1 на 4000 новорожденных, включая мертворожденных. Из всех детей с ВДГ 32% рождаются мертвыми. Около 36% умирают до поступления в хирургию новорожденных, 5% с компенсированными или недиагностированными формами выписываются из роддома.

Материал и методы

В детской республиканской клинической больнице с 1995 г по 2017г находились на лечении 83 новорожденных, оперировано 72, умерло 52, из них после операции 45. Летальность составила 62,6%, после операции 86,5%. Клинические проявления при рождении: цианоз и акроцианоз кожных покровов; одышка, тахи- бради-апноэ, участие вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа; асимметричная грудная клетка; ладьевидный (втянутый) живот; снижение или отсутствие дыхания на пораженной стороне; смещение сердца в противоположную сторону; низкая оценка по шкале Апгара.

Основными методами диагностики являются: УЗИ антенатально и постнатально, информативность составляет 96%; Рентгенография органов грудной клетки (информативность 98,-100%), – смещение трахеи, пищевода, сердца в противоположную сторону, на стороне грыжи ячеистость кишечных петель, газовый пузырь желудка, так же сможем оценить состояние легких. Также проводится УЗИ сердца для исключения лёгочной гипертензии и сопутствующей патологии. При сложных случаях МСКТ.

Предоперационная подготовка начинается с момента рождения еще в роддоме, и направ-

лена на обеспечение адекватного газообмена и стабилизацию показателей гемодинамики.

Результаты

Торакоскопическая пластика диафрагмы проведено 7 детям, у одного ребенка был рецидив, оперировали повторно лапаротомия пластика диафрагмы.

Один ребенок умер. Летальность – 14,3%.

Положение ребенка на боку. Устанавливаем 3 троакара, 2 и 3-4 межреберье. Инсуффляция (закись азота) 4-6мм.рт. ст. При ревизии в плевральной полости петли тонкого и толстого кишечника, селезенка, печень. Окончатый зажимом и мягким зажимом органы вправляют в брюшную полость. Дефект ушивают капроном узловыми швами.

В послеоперационном периоде ребенок находится в реанимационном отделении, на ИВЛ с полной синхронизацией. На 2-3 сутки начинаем кормление, проводится коррекция лёгочной гипертензии. Перед выпиской контрольная рентгенография и УЗИ сердца.

Выводы

Преимущество торакоскопии: малая травматичность операционного доступа; лучшая визуализация органов и тканей грудной клетки на всех этапах оперативного вмешательства; минимальная потеря крови во время операции; более гладкое течение раннего послеоперационного периода за счет уменьшения болевого синдрома и ранней активизации больных; уменьшение количества послеоперационных осложнений; сокращение сроков госпитализации больных; уменьшение скелетно-мышечных нарушений в позднем послеоперационном периоде; отличный косметический результат. По предварительным данным отмечается значительное снижение летальности (с 62,6% до 14,3%).

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Возможности применения эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (е-TEP) при лечении грыж передней брюшной стенки различных локализаций.****Байчоров Э.Х.(1), Грясов В.И.(1,2), Тамбиев М.Д.(2), Агапов М.А.(2)**

- 1) «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь
- 2) ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница», Ессентуки

Развитие современной герниологии во многом связано с внедрением эндовидеохирургических способов герниопластики. Среди методик герниопластики способ внебрюшинной, тотальной экстраперитонеальной пластики (TEP), доказал свою высокую эффективность. Однако, широкое применение TEP герниопластика получила лишь при лечении паховых грыж. И опыт использования данного метода пластики при грыжах других локализаций не многочислен.

Цель

Оценить возможности и преимущества применения эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (е-TEP) при лечении грыж передней брюшной стенки различных локализаций.

Материалы и методы

С 27 октября 2017 на базе ГБУЗ СК «Ессентукская КГБ» хирургическое отделение № 1 выполнено 72 операции е-TEP Rives Stoppa и е-TEP TAR. Средний возраст составил 54 года. Индекс массы тела от 20 до 40. У 32(44,4%) пациентов имели место пупочные грыжи (размеры грыжевых ворот составили от 3 до 5 см) в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Во всех наблюдениях диастаз прямых мышц составлял от 4 до 8 см. У 38 (52,7%) больных – вентральные и послеоперационные грыжи M 2,3,4. W1-3. R0-2, у 2-х(2,9%) пациентов боковые грыжи L2, по классификации EHS. Женщин – 38. Мужчин – 34. Стандартное общеклиническое обследование больных дополнялось ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза и УЗИ брюшной стенки. При грыжах W2, W3 по данным УЗИ – выполнялось КТ брюшной стенки.

Результаты

Описание методики е-TEP герниопластики и ее результаты: способ тотального экстраперитонеального доступа предполагает выполнение герниопластики в условиях искусственно созданной полости в ретромулярном и предбрюшинном пространстве. Исходя из этого, в ходе операции можно выделить несколько этапов: вхождение в левое или правое ретромулярное пространство в точке, расположенной на 2 см выше пупка по краю прямой мышцы; создание рабочей пневмопо-

лости; переход в ретромулярное пространство противоположной стороны; выделение грыжевого мешка; диссекция тканей ниже пупка до Рейтцева пространства; ушивание грыжевых ворот, ушивание (без натяжения) дефектов задних листков апоневроза; измерение созданного пространства и установка сетчатого импланта без дополнительной фиксации; дренирование ретромулярного пространства. В случаях, имевшихся в анамнезе у больного верхнесрединной лапаротомии, вмешательство начиналось в предбрюшинном пространстве ниже пупка, с дальнейшим продвижением в созданной полости в краниальном направлении. При боковых грыжах, а так же грыжах W2, W3, в случаях невозможности ушивания грыжевого дефекта без натяжения, выполнялась задняя сепарационная TAR пластика с целью профилактики компартмент-синдрома. Всего было выполнено 57 (79,2%) е-TEP Rives Stoppa и 15 (20,8%) е-TEP TAR пластик по вышеописанной методике. Время операций е-TEP Rives Stoppa составило от 60 до 180 мин. При е-TEP TAR пластике от 160 до 240 мин. Для пластики использовались стандартные полипропиленовые сетчатые импланты длиной 30см, и шириной от 15 до 30см, в зависимости от клинической ситуации. Ультразвуковое исследование проводилось всем пациентам перед удалением дренажа. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6-7 суток. Сроки послеоперационного наблюдения за пациентами от 1 до 6 месяцев. Случаев рецидива заболевания не наблюдалось. Осложнения получены у 2-х больных (2,9%): в одном случае на 4 сутки возникло кровотечение с объемом 1500 мл, во втором – ограниченное нагноение серомы в объеме 30 мл. Оба пациента были повторно оперированы, выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Способ эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (е-TEP), обладая всеми преимуществами миниинвазивных эндовидеохирургических вмешательств, возможен к применению при грыжах передней брюшной стенки любой локализации. Использование е-TEP герниопластики позволяет существенно снизить риск развития рецидива заболевания и послеоперационных осложнений, а так же, доказывает свою экономическую эффективность у пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Опыт малоинвазивного хирургического лечения больных острым холециститом старческого возраста

Бомбизо В.А. (2), Цеймах Е.А. (1,2), Рыжих А.Е. (2), Булдаков П.Н. (1,2), Дергунов Д.В. (1)

1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, Барнаул

2) Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул

Актуальность темы

Несмотря на успехи, достигнутые в профилактике и лечении желчнокаменной болезни, число больных острым холециститом в старческом возрасте, не имеет тенденции к снижению (Баранов Г.А. 2008 г; Беляков Ф.И. 2011 г). Общая летальность, при этом, на протяжении последних лет, находится примерно на одинаковом уровне и колеблется в зависимости от удельного веса деструктивных форм в пределах 5-8%. Летальность при тяжелых формах острого холецистита остается очень высокой и достигает, по данным некоторых авторов, 40-50% (Редькин А.Н. 2012 г; Суздальцев И.В. 2013 г; Фаев А.А. 2014 г). Миниинвазивные вмешательства должны стать методом выбора в лечении пациентов старческого возраста с острым холециститом, однако, до настоящего времени, активно обсуждаются показания, противопоказания, сроки и объем хирургических вмешательств, в частности, пункционно-дренирующих под контролем ультразвукового наведения у больных старческого возраста в условиях полиморбидности с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Цель исследования

Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения у больных острым холециститом старческого возраста в условиях полиморбидности с применением малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы

Анализируются результаты лечения 281 больного острым холециститом (мужчин – 96 (34,2%), женщин – 185 (65,8%)) старше 75 лет, поступивших в клинику с 2015 по 2017 годы, за последние 3 года. С флегмонозным холециститом поступило 215 (76,5%) больных, с гангренозным – 66 (23,5%). У ряда пациентов острый холецистит сочетался: с холедохолитиазом – 85 (30,2%), с холедохолитиазом и механической желтухой – 20 (7,1%) пациентов, с холедохолитиазом и холангитом – 32 (11,4%) пациента. Все больные оперированы по экстренным и срочным показаниям. Все пациенты были разделены 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности и тяжести заболевания. В первой группе сравнения (n=118) выполнены традиционные оперативные вмешательства: лапаротомия с холецистэктомией – 77 (65,3%), холецистэктомией и холедохолитотомией в сочетании с интраоперационной холангиографией или холедохоскопией – 41 (34,7%). А во второй

(основной) группе (n=163) использовались только малоинвазивные операции: лапароскопическая холецистэктомия – 128 (75,5%), лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией и холедохоскопией – 34 (20,9%), чрескожная холецистостомия под ультразвуковым контролем – 13 (8,0%), чрескожная чреспеченочная холангиостомия под ультразвуковым и рентгенотелевизионным контролем – 10 (6,1%), эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией – 69 (42,3%). Ряду больных второй группы применялось последовательное этапное хирургическое лечение.

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность стационарного лечения у больных первой группы составила $16,3 \pm 2,4$ койко-дней, а в группе сравнения – $8,7 \pm 1,5$. Средний койко-день в первой группе был в 1,9 раз больше, чем во второй группе ($p < 0,05$). У больных первой группы, в лечении которых были применены «открытые» вмешательства, зафиксировано 15 летальных исходов. Летальность в первой группе составила 12,7%. В группе больных, в лечении которых использовались малоинвазивные способы лечения, было 5 летальных исходов. Летальность во второй группе составила 3,1%, что оказалось меньше, чем в группе сравнения на 9,6% ($p < 0,01$). Все летальные исходы в обеих группах сопряжены с тяжелой коморбидностью, в сочетании с операционной травмой и высоким риском анестезии. Так, непосредственной причиной летального исхода, у пациентов оперированных с острым холециститом, как в первой группе, так и во второй были: сепсис с полиорганной недостаточностью – 5 (33,3%) пациентов первой группы и 2 (40,0%) пациента второй группы; инфаркт миокарда – 5 (33,3%) случая в первой группе и 2 (40,0%) – во второй; тромбоз брыжеечных сосудов – 4 (26,7%) пациента из первой группы и 1 (20,0%) – из второй; инсульт – у 1 (6,7%) пациента из первой группы.

Выводы

1) Лечение деструктивных форм острого холецистита с использованием малоинвазивных технологий уменьшает летальность на 9,6% и улучшает непосредственные результаты лечения.

2) Опыт лечения деструктивных форм холецистита у пациентов старше 75 лет показал, что применение малоинвазивных вмешательств сокращает сроки госпитализации в 1,9 раз.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Лапароскопические симультанные операции при калькулезном холецистите****Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Войтюк В.Н.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», ДНР, Донецк

Актуальность

Совместные хирургические и гинекологические заболевания составляют от 2,4 до 66% среди всех операций. Сочетанная патология органов брюшной полости встречается у 5 – 15% больных хирургических стационаров. По данным ВОЗ, сочетанными заболеваниями страдают до 30% пациентов хирургического профиля, из них 4 – 7% нуждаются в симультанных операциях. На современном этапе многие аспекты сочетанных заболеваний изучены не до конца. Количество необходимых доступов для троакаров и точки их введения при подобных операциях, по разным источникам, варьирует от 4 до 8.

Материал и методы

В I хирургическом отделении Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) лапароскопические операции выполняются с 1994 года. Лапароскопическая холецистэктомия произведена 6128 больным с калькулезным холециститом. 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 190 (3,1%) пациентов (128 женщин и 62 мужчин в возрасте 24 – 76 лет). Сопутствующими хирургическими заболеваниями были: спаечная болезнь – 42, вентральные грыжи – 29, непаразитарные кисты печени – 27, гемангиомы печени – 20, гинекологические заболевания – 34, хронический аппендицит – 12, другие – 26.

Результаты

Структура проведенных симультанных операций: адгезиолизис – 42, пластика вентральных грыж – 29, фенестрация непаразитарных кист печени – 27, диатермокоагуляция гемангиом печени – 20, гинекологические вмешательства – 34, аппендэктомия – 12, другие – 26. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (5,2%) больных: серома после грыжепластики – у 5, необильное истечение желчи по дренажу – у 3, серома в колотой ране – у 2. Эти осложнения

были связаны с особенностями операций, но не с их симультанным выполнением.

Обсуждение

Симультанные операции выполнялись в тех случаях, когда основная операция была без осложнений, а сопутствующая предположительно характеризовалась невысоким операционным риском. В 27 случаях выполнена фенестрация непаразитарных кист печени, если они располагались подкапсульно и в доступных зонах. Незначительное кровотечение останавливали путем электрокоагуляции или применения ультразвукового скальпеля. Диатермическая деструкция гемангиом печени небольших размеров произведена у 20 пациентов. В 34 случаях ЛХЭ сочетали с гинекологическими вмешательствами: овариоцистэктомией – 15, сальпинголизисом – 11, диатермокоагуляцией яичника при апоплексии – 8. Среди других видеоэндоскопических сочетанных вмешательств (26) следует отметить биопсии различных опухолевидных образований органов брюшной полости и печени при хроническом гепатите или циррозе. По нашим данным, симультанные операции целесообразно выполнять при сочетании хирургических заболеваний, при невысоком операционном риске. Их применение, в условиях краткосрочного пребывания больных в стационаре, не влияет на течение операционного и послеоперационного периодов.

Выводы

При наличии калькулезного холецистита в сочетании с доброкачественной патологией, требующей оперативного лечения, видеоэндоскопическая симультанная операция, при отсутствии противопоказаний, является операцией выбора. Лапароскопический доступ является достаточным для выполнения холецистэктомии, как основной операции, и создает возможности широкой ревизии. Симультанные лапароскопические операции должны выполняться наиболее квалифицированными хирургами, особенно у больных пожилого и старческого возраста, в специализированных гепатологических хирургических отделениях.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Сравнительная характеристика качества препарата после операций по поводу рака ободочной кишки при лапароскопическом и открытом доступах

Карачун А.М., Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Петров А.С., Ланков Т.С.

ФГБУ «НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность

Рак ободочной кишки занимает 5 место (6,3%) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России и 4 место (7,1%) среди женского населения. В течение около 10 лет применение СМЕ (complete mesocolic excision) является необходимым при резекции ободочной кишки. Техника СМЕ, аналогичная являющейся стандартной для резекции прямой кишки технике ТМЕ, заключается в удалении препарата единым блоком с лимфоузлами и параколической клетчаткой с помощью острого разделения между фасциями в эмбриональном бессосудистом слое. Влияние лапароскопического и открытого доступа при операциях по поводу рака ободочной кишки на качество препарата представляет интерес.

Материал и методы

В НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова на отделении абдоминальной онкологии 38 пациентов были отобраны для проведения операции в объеме резекции ободочной кишки и рандомизированы на группы по объему лимфодиссекции D2 или D3. В исследовании проведен анализ проспективно полученных данных о качестве препарата при лапароскопическом и открытом доступе выполнения операций. Для сравнения средних значений использовался U-критерий Манна-Уитни, так как при проверке нормальности распределения при помощи непараметрического критерия Колмагорова-Смирнова выяснилось, что распределения отличны от нормальных.

Полученные результаты

Средняя площадь резецируемой брыжейки составила 20461,7 +/- 11334,7 мм² при лапароскопическом доступе и 30148,7 +/- 15945,7

мм² при открытом (p = 0,319), средняя длина препарата – 28,5 +/- 12,7 см и 42,8 +/- 25,7 см соответственно (p = 0,203). Среднее расстояние до проксимального края резекции – 20,6 +/- 22,4 см у пациентов с лапароскопией, 27,0 +/- 5,2 см у пациентов при открытых операциях (p = 0,105), среднее расстояние до дистального края резекции составило 14,5 +/- 8,5 см и 25,0 +/- 14,5 см соответственно (p = 0,155). Среднее количество удаленных лимфоузлов было 24,2 +/- 10,4 и 28,3 +/- 15,8 соответственно (p = 0,535). Качество выполнения СМЕ при лапароскопическом доступе оценено как хорошее у 25 пациентов (73,5%), как удовлетворительное – у 8 (23,5%), как неудовлетворительное – у 1 (3%). Качество СМЕ при открытом доступе было оценено как хорошее у 4 пациентов (100%).

Обсуждение

По результатам исследования качество препарата, а именно средняя площадь резецируемой брыжейки, средняя длина препарата, среднее расстояние до проксимального края резекции, среднее расстояние до дистального края резекции, среднее количество удаленных лимфоузлов, качество выполнения СМЕ не имеет достоверных различий при лапароскопическом и открытом доступе выполнения резекции ободочной кишки.

Выводы и рекомендации

Техника СМЕ должна быть обязательной при операциях по поводу рака ободочной кишки. Лапароскопический или открытый оперативный доступ не имеют значимого влияния на качество удаляемого препарата. Поэтому предпочтение в выборе должно отдаваться лапароскопическим операциям, так как они имеют более благоприятный послеоперационный период, способствуют ускоренному восстановлению пациентов в рамках протоколов ERAS.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Анализ лечения перфоративных гастродуоденальных язв с использованием лапароскопического доступа**

Праздников Э.Н. (1,2), Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П. (1,2), Налетов В.В. (2), Зинатулин Д.Р. (1,2), Сизова А.Н (1), Светашов В.С. (1,2). Лазука П.А. (1)

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва

2) ГБУЗ «ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗ», Москва

Актуальность

По литературным данным частота осложнений гастродуоденальных язв перфорацией составляет около 3%, чаще данное осложнение наблюдается в весенний период. Резистентность *Helicobacter Pylori* к антибактериальной терапии, частые рецидивирующие и длительно незаживающие язвы, социальный фактор являются основой высоких рисков развития осложнений данной патологии требующих хирургической помощи.

Цель

Определить преимущества лапароскопического доступа при лечении перфоративных гастродуоденальных язв.

Материалы и методы

Проведен анализ лечения 204 больных с гастродуоденальными язвами, осложнившимися перфорацией, находящиеся на лечении в период с 2011 по май 2018 г. Средний возраст составил $51 \pm 18,3$ год, мужчин – 159 (78%), женщин – 45 (22%). По локализации язвенного дефекта больные распределились следующим образом: пилородуоденальные язвы 157(77%) больных, язвы малой кривизны желудка 45 (22%) человек, язвы кардиального отдела 2 (1%) человека. Размер язвенного дефекта составил от 3 до 15 мм, средний – $7,3 \pm 2,2$ мм. Длительность заболевания на догоспитальном этапе от 2 до 24 часов, 82 % больных поступило в стационар в период до 6 часов от момента перфорации. Оперативное вмешательство проводилось по экстренным показаниям, под ЭТН, в качестве оперативного доступа был использован лапароскопический.

Результаты

Продолжительность оперативного вмешательства составила от 35 до 100 минут, средняя продолжительность $53,6 \pm 7,9$ минут ($p \leq 0,05$), интраоперационная кровопотеря составила в среднем 26 ± 8 мл. Средний реанимационный койко-день составил – $1,3 \pm 0,4$ ($p \leq 0,05$), 39 больным госпитализация в реанимационное отделение не потребовалась. Послеоперационный койко-день составил от 2 до 8, средний – $4,6 \pm 2,1$ ($p \leq 0,05$). Осложнений во второй группе – 2,4%, летальность – 0.

Степень выраженности уровня эндогенной интоксикации пациентов оценивалось с помощью двух параметров: лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и концентрацией малонового диальдегида в крови. За первые 24 часа послеоперационного периода значение лейкоцитарного индекса интоксикации в среднем составил – 1,7, уровень малонового диальдегида – 1,4. Через 48 часов – ЛИИ составил в среднем – 1,2, уровень малонового диальдегида – 1,1.

Заключение

Лапароскопический доступ при лечении гастродуоденальных язв, осложнившихся перфорацией имеет ряд преимуществ над лапаротомным доступом прежде всего за счёт уменьшения числа послеоперационных осложнений и летальности. Обладает наименьшей травматизацией тканей, а также снижение уровня эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде, что позволяет уменьшить сроки реабилитации и сроки восстановления трудоспособности больного.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Высокотехнологичные вмешательства в лечении эхинококкоза легких

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Омаров М.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А.

ГБУ РД «РКБ», Отделение торакальной хирургии, Махачкала

Определение тактики лечения эхинококкоза и в XXI веке остается трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Нет единой методики удаления паразита. Достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких является эхинококкэктомии с применением видеоторакоскопии.

За последние 30 лет наблюдались 892 больных с эхинококкозом легких, мужчин – 491, женщин – 401, преимущественно молодого возраста. Неосложненный эхинококкоз – 501, осложненный – 391. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 119 больных, у 78 кисты располагались в одном легком, у 41 – в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени, органов 92 случая.

При эхинококкозе легкого предпочтительна торакотомия. С улучшением технического оснащения приоритетны малые доступы, прецизионная техника и видеоассистированные операции.

Выполнены операции: по Вишневскому – 169, по Дельбе – 285, Боброва-Спасокукоцкого – 48, резекции легкого – 68, комбинированные – 129, ВАТС- 36, по собственной методике (КПВШ) – 32, экстирпация кисты – 11, идеальная эхинококкэктомия – 18, на легком и печени – 58, двусторонняя эхинококкэктомия торакотомно – 19, стернотомией – 11, полузакрытые – 8.

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 (141 случай).

Ликвидация фиброзной полости предпочтительна капитонажем. В последние 10 лет мы

используем собственную методику капитонажа вертикальными перекрестными швами. В 38 случаях выполнена краевая резекция с кистой. У 19 больных с двусторонним эхинококкозом легких операцию выполнили в 2 этапа с перерывом в 1-3 месяца, у 11 больных – одноэтапно трансстернальным доступом, и у 19 больных с билатеральными торакотомиями, в том числе у 4 больных с осложненным эхинококкозом. При поддиафрагмальном расположении, отмечено у 54 наших больных, операция выполнена в один этап, в остальных 4 случаях – в 2 этапа.

С осложненным эхинококкозом у 179 больных был прорыв кисты в бронх, у 68 – в плевральную полость, и у 144 – нагноение.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения: пневмония – 19, ателектаз доли или легкого – 7, подкожная эмфизема – 10, внутриплевральные кровотечения – 4, эмпиема плевры – 13, бронхиальные свищи – 19, нагноение раны – 15, с остаточными полостями выписано 16 больных. Рецидив эхинококкоза у 12 больных, у 8 первая операция была по поводу осложненного эхинококкоза, у 4 – неосложненного. Торакоскопические операции (36 случаев) по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось.

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.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Паховая эндогерниопластика: «стрелять» или клеить?****Поляков А.А., Михин И.В., Косивцов О.А., Рясков Л.А.**

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Паховая грыжа, несмотря на кажущуюся «безобидность», является серьезным хирургическим заболеванием. В последние годы в герниологии произошли большие перемены, активно внедряется патогенетически обоснованная эндовидеохирургическая «задняя» пластика. Наряду с проблемой рецидивов паховых грыж остается до конца нерешенным вопрос хронической паховой боли. Для решения первой проблемы применяются различные фиксирующие устройства и методики, стабилизирующие имплант в исходном положении, а для решения второй – хирурги пошли в сторону увеличения размеров сетчатых протезов и применения непроникающих способов фиксации клеевыми композициями или отказа от фиксации как таковой.

Структуры анатомических «треугольников боли и обреченности» делают проникающую фиксацию опасной, из-за риска повреждения сосудов и нервов. Тем не менее, нефиксированный нижнелатеральный квадрант сетки явно склонен к подворачиванию или смещению. Тут на помощь хирургу приходит медицинский клей, который возможно применять и в «запретных зонах».

В настоящее время мы располагаем опытом эндовидеохирургического лечения 127 пациентов, из них у 34 (26,8%) были двусторонние грыжи, таким образом мы выполнили 161 операцию: TAPP – 129 (80,1%), TEP – 32 (19,9%).

Фиксацию полипропиленовых сеток осуществляли многозарядным герниостеплером в 132(82%), медицинским клеем «Сульфакрилат» в 9 (5,6%), а также безфиксационное вакуум-позиционирование при дефектах до 2,5 см – в 20 (12,4%) случаях.

Считаем обязательной фиксацию имплантов при больших дефектах M3 L3 (EHS), а также при комбинированных, двусторонних и рецидивных грыжах. С хроническим болевым синдромом мы столкнулись у 1 пациента с использованием более 8 клипс для фиксации, что произошло на раннем этапе освоения методики. На фоне проводимой терапии к 3 месяцу боли у пациента значительно уменьшились, к 6 месяцу – боли удалось полностью купировать. В связи с этим мы постепенно перешли на редуцированную фиксацию в 1-3 точках.

Альтернативой инвазивной фиксации имплантов стало применение российского цианакрилатного клея «Сульфакрилат», которым фиксация импланта происходит почти мгновенно, а манипуляция выполнима по всему его периметру без повреждения важных анатомических структур. Эту технику мы применили в 9 случаях: в 8 – при TAPP, дополнив в 3 случаях клеевую фиксацию использованием ненапряжных каркасных проленовых швов на края дефектов, которые превышали 4 см; в 1 – при TEP. В этой группе больных ранних рецидивов и хронического болевого синдрома не было.

Таким образом, развитие эндовидеохирургии паховых грыж идет в сторону обеспечения максимальной безопасности для пациентов.

Одним из перспективных вариантов решения основной проблемы паховой аллогерниопластики – хронического послеоперационного болевого синдрома, является не инвазивная клеевая фиксация, позволяющая увеличить «зону фиксационного покрытия» путём использования клея в уязвимых местах, тем самым предотвратить дислокацию сетчатого импланта.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Сзади наперед: хирургия комбинированных паховых грыж

Михин И.В., Поляков А.А., Косивцов О.А., Рясков Л.А.

«Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград.

Грыжесечение является третьим по частоте выполнения вмешательством, поэтому материальные затраты на операцию должны быть оптимизированы, а восстановление физической активности и возврат к профессиональной деятельности происходить максимально быстро. Эндовидеохирургическая паховая герниопластика в нашей стране находит широкое применение и популярность, открывая новые горизонты развития и совершенствования для хирурга, комфорт и безопасность для пациента.

Эндоскопические вмешательства при паховых грыжах мы выполняем с 2015 года. С 2016 года выполняем экстраперитонеальную пластику (TEP), а с 2017 года – операции по методике «extended view-TEP» (e-TEP). За это время были оперированы 126 пациентов. Из них у 33 (26,2%) имелись двусторонние паховые грыжи: у 15 – двусторонние прямые, у 7 – двусторонние косые, у 5 – двусторонние сочетанные, у 4 – панталонная и косая, у 2 – панталонная и прямая.

Всего мы выполнили 159 эндовидеохирургических операций: 127 (79,9%) – трансабдоминальных преперитонеальных аллогерниопластик (TAPP), 32 (20,1%) – TEP. Из 32 TEP: 20 (62,5%) – по классической и 12 (37,5%) – по методике e-TEP. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 87 лет. Мужчин было 118 (93,7%), женщин 8 (6,3%).

Мы решили обратить внимание на довольно редкую группу больных с комбинированными дефектами пахового региона на одной стороне, которые по-нашему мнению имеют потенциально высокий риск рецидива паховой грыжи.

Из 159 грыжесечений 9 (5,7%) мы выполнили по поводу комбинированных грыж: в 6

случаях по поводу односторонней панталонной грыжи, в 1 – двусторонней панталонной грыжи, в 1 – при сочетании паховой и запирающей грыжи у женщины, в 1 – при сочетании паховой и бедренной грыжи у мужчины. По технологии TAPP выполнили 7, по технологии TEP – 2 операции.

По-нашему мнению, при имплантации сетки необходимо адекватно перекрывать 3 возможных места выхода грыж: паховый, бедренный и запирающий каналы, поэтому мы всегда производим ревизию этих зон в виде адекватной париетализации с иссечением липом семенного канатика и применяем полипропиленовые импланты с минимальным стартовым размером 15x12 см без края. При выявлении комбинированных грыж считаем обязательным фиксацию протеза ввиду «повышенной слабости» брюшной стенки, но используем редуцированную фиксацию в 1-3 точки, увеличивая стартовый размер импланта до 17x13 см, с максимально установленным 20x15 см у пациента 87 лет с гигантской панталонной грыжей с использованием ненатяжных сетчатых проленовых швов, для стабилизации импланта.

Активизацию больных проводили в первые часы после операции, все они были готовы к выписке на следующий день. Летальных исходов, ранних рецидивов, хронического болевого синдрома не было.

Таким образом эндохирургия паховых грыж является комфортным и безопасным для пациента методом лечения, позволяющим легко верифицировать комбинированные формы грыж, трудно диагностируемых при классическом грыжесечении и являющихся причиной рецидивов, хронического болевого синдрома и неудовлетворительных результатов.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Опыт применения методики видеоасситированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона****Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А.**

ГБУЗ «Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логина ДЗ», Москва

Актуальность

Прямокишечные свищи при болезни Крона (БК) встречаются у 30% пациентов с данной патологией и крайне тяжело поддаются лечению. В настоящее время разработано множество методик для хирургического лечения свищей. Самой распространенной операцией являлось иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища. Отдаленные результаты операции, а именно эффективность в 64% случаев, возникновение недержания в 9,4% случаев говорят о необходимости разработки и применения новых методик.

Цель

Оценить результаты видеоасситированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона.

Материалы и методы

Проспективное пилотное исследование, включающее 11 пациентов БК с перианальными осложнениями, которым проведено хирургическое лечение свищей прямой кишки по методике VAAFT в период с ноября 2016 по февраль 2018 г. На первом этапе лечения пациентам выполнена установка резинового дренажа-сета через свищевой ход для дренирования дополнительных затеков и профилактики развития тазового сепсиса на фоне иммуносупрессивной терапии, направленной на достижение ремиссии БК. После достижения клинико-эндоскопической ремиссии, пациентам выполнено хирургическое лечение свищей прямой кишки по методике VAAFT. Предоперационное обследование включало: колоноскопию, фи-

стулографию, трансректальное ультразвуковое исследование; при необходимости – МРТ малого таза. В 8 случаях диагностированы трансфинктерные свищи, в 2 – экстрасфинктерные. Оперативное вмешательство выполнялось при помощи фистулоскопа и заключалось в удалении эпителиальной выстилки стенки свищевых ходов и детрита с помощью щеточки и дальнейшей электрокоагуляции его стенок. Закрытие внутреннего отверстия свищевых ходов в 3 случаях выполнено путем наложения аппаратного шва в 8 – выполнено низведение полнослойного лоскута слизистой прямой кишки.

Результаты

Средняя продолжительность операции составила 50 мин. Ни в одном случае не потребовалось выполнения дополнительных разрезов в перианальной области и рассечения мышечных волокон элементов сфинктерного аппарата прямой кишки. В послеоперационном периоде медикаментозный прием препаратов не потребовался. У 1 больного на 9 сутки после операции выявлено осложнение в виде миграции полнослойного внутреннего лоскута с развитием рецидива свища прямой кишки.

Выводы

Применение методики VAAFT является безопасным и малотравматичным методом в лечении прямокишечных свищей при болезни Крона, который позволяет минимизировать хирургическую травму и избежать повреждения анального сфинктера, что особо важно с учетом характерного прогрессирования заболевания в течении всей жизни пациента и высокого риска повторного возникновения свищей прямой кишки.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Возможности применения методики видеоасситированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона

Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А., Стрельцов Ю.А., Саакян Г.Г., Абдулатипова З.М.

ГБУЗ «Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логинова ДЗ», Москва

Актуальность

Прямокишечные свищи при болезни Крона (БК) встречаются у 30% пациентов с данной патологией и крайне тяжело поддаются лечению. В настоящее время разработано множество методик для хирургического лечения свищей. Самой распространенной операцией являлось иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища. Отдаленные результаты операции, а именно эффективность в 64% случаев, возникновение недержания в 9,4% случаев говорят о необходимости разработки и применения новых методик.

Цель

Оценить результаты видеоасситированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона.

Материалы и методы

Проспективное пилотное исследование, включающее 11 пациентов БК с перианальными осложнениями, которым проведено хирургическое лечение свищей прямой кишки по методике VAAFT в период с ноября 2016 по февраль 2018 г. На первом этапе лечения пациентам выполнена установка резинового дренажа-септона через свищевой ход для дренирования дополнительных затеков и профилактики развития тазового сепсиса на фоне иммуносупрессивной терапии, направленной на достижение ремиссии БК. После достижения клинико-эндоскопической ремиссии, пациентам выполнено хирургическое лечение свищей прямой кишки по методике VAAFT.

Предоперационное обследование включало: колоноскопию, фистулографию, трансрек-

тальное ультразвуковое исследование; при необходимости – МРТ малого таза. В 8 случаях диагностированы трансфинктерные свищи, в 2 – экстрасфинктерные. Оперативное вмешательство выполнялось при помощи фистулоскопа и заключалось в удалении эпителиальной выстилки стенки свищевого хода и детрита с помощью щеточки и дальнейшей электрокоагуляции его стенок. Закрытие внутреннего отверстия свищевого хода в 3 случаях выполнено путем наложения аппаратного шва в 8 – выполнено низведение полнослойного лоскута слизистой прямой кишки.

Результаты

Средняя продолжительность операции составила 50 мин. Ни в одном случае не потребовалось выполнения дополнительных разрезов в перианальной области и рассечения мышечных волокон элементов сфинктерного аппарата прямой кишки. В послеоперационном периоде медикаментозный прием препаратов не потребовался. У 1 больного на 9 сутки после операции выявлено осложнение в виде миграции полнослойного внутреннего лоскута с развитием рецидива свища прямой кишки.

Выводы

Применение методики VAAFT является безопасным и малотравматичным методом в лечении прямокишечных свищей при болезни Крона, который позволяет минимизировать хирургическую травму и избежать повреждения анального сфинктера, что особо важно с учетом характерного прогрессирования заболевания в течении всей жизни пациента и высокого риска повторного возникновения свищей прямой кишки.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Анализ непосредственных результатов роботических, лапароскопических и открытых резекций прямой кишки****Хатьков И.Е., Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А., Саакян Г.Г., Стрельцов Ю.А., Долгопятов И.А.**

ГБУЗ «Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логинова ДЗ», Москва

Введение

Операции на прямой кишке имеют целый ряд особенностей, обусловленных ограниченностью операционного поля, расположением в непосредственной близости от зоны резекции важных структур вегетативной нервной системы. Появление роботических систем позволило повысить качество визуализации операционного поля, а лишённые интентивного дрожания манипуляторы – увеличить точность при мобилизации прямой кишки и тазовой лимфаденэктомии.

Цель исследования

Изучить результаты использования РП в хирургии ПК.

Материалы и методы

Пилотное одноцентровое нерандомизированное исследование, в которое включено 162 пациента, перенесших резекцию прямой кишки в периода с 2014 по 2017 гг. Исследовательскую группу (И) составили 34 пациента, которым выполнена резекция прямой кишки с использованием роботического комплекса DaVinci. Больные оперированные лапароскопическим методом (85) составили группу контроля 1 (К1), а открытым способом (43) – группу контроля 2 (К2). Все пациенты обследованы по стандартной схеме, включая морфологическую верификацию, MPT-DWI малого таза. Оценка операционного риска и функционального состояния проводилась по шкалам ASA и ECOG. Анализ качества мезоректумэктомии выполнен по шкале Philip Quirke; ранние послеоперационные осложнения – по шкале Clavien-Dindo; оценка анальной континенции – по шкале Wexner Score, данным анальной манометрии; мочевыделительная функция – по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score); оценка послеоперационной боли – шкала боли VAS и Brief Pain Inventory.

Результаты

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, локализации и распространению опухолево-

го процесса, степени операционного риска. ТМЕ выполнена: в группе И – 23(67,6%) пациентам; в группе К1 – 48(54,5%) и в группе К2 – 19(44,2%). Средняя продолжительность операции (мин) в группах: И – 358; К1 – 318,1; К2 – 233. Средняя кровопотеря (мл): И – 150, К1 – 213, К2 – 257. Гипотония мочевого пузыря выявлена в группе И у 2(5,9%) пациентов; в группе К1 – у 6(7,1%); в группе К2 – у 5 (11,6%). Атония мочевого пузыря установлена в группе И у 1 (2,9%) пациента; в группе К1 – 3 (3,5%); в группе К2 – 4 (9,3%). Анализ нарушений мочеиспускания (IPSS): различий между ИГ и группой К1 не выявлено; в сравнении с открытой хирургией отмечено достоверное улучшение показателей. Оценка анальной континенции по шкале Wexner Score не выявила достоверных различий в группах. Оценка боли в послеоперационном периоде показала снижение болевых ощущений и уменьшение использования обезболивающих препаратов в роботической и лапароскопической группах по сравнению с открытой хирургией. Качество лимфаденэктомии Quirke grade 3: И – 27 (80%), К1 – 62 (73%), К2 – 21 (49%); grade 2 – И 7(20%), К1 23(27%), К2 20 (47%); grade 1 – И 0, К1 0, К2 – 2 (4%). Среднее количество удаленных лимфатических узлов – 18,5 (12-45). У пациентов с избыточной массой тела (ИМТ <35) роботическая операция позволяет достоверно улучшить качество мезоректумэктомии ($p < 0.05$). Послеоперационные осложнения Clavien Dindo-3B: в И – 2 (5,9%), К1 – 4 (4,7%), К2 – 4 (9,3%). Несостоятельность анастомоза диагностирована у 1 пациента в И и группе К2, в группе К1-2; некроз низведенной кишки в ИГ – 1, К1-1; ранняя спаечная непроходимость – в группе К2 – у 1 пациента; нагноение послеоперационной раны – 2 пациента из группы К2. Средняя продолжительность госпитализации составила: ИГ – 7,5; К1 – 7,2; К2 – 11,6 дней.

Выводы

Ультрапрецизионная техника роботических операций позволяет улучшить функциональные результаты после резекций прямой кишки, повысить качество мезоректумэктомии в технически сложных ситуациях (хирургически узкий таз, морбидное ожирение)

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Оценка качества жизни больных ожирением с использованием трех опросников до и после лапароскопических бариатрических операций

Аскерханов Г.Р. (1,2), Садыки М.Н.(1), Аскерханов Р.Г.(2), Абдуллаев И.С.(2), Гарунов Р.М.(2)

- 1) ФБГОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ,
- 2) ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова», Махачкала

Актуальность

Бариатрическая хирургия является эффективным методом борьбы с ожирением. Наиболее распространенные операции по снижению веса в настоящее время – лапароскопическая продольная (рукавная) резекция желудка (ЛПРЖ) и лапароскопическое гастрощунтирование (ЛГШ). Эффективность бариатрических операций определяется 3 факторами: снижение массы тела, регресс сопутствующих заболеваний и улучшение качества жизни (КЖ).

Цель

Оценить КЖ больных ожирением до и после ЛПРЖ и ЛГШ в сравнительном аспекте.

Материалы и методы

В медицинском центре им. Р.П. Аскерханова и Московском клиническом научном центре с января 2012 г. по июль 2016 г. хирургическому лечению по поводу ожирения было подвергнуто 465 больных. ЛПРЖ выполнена 280 (62,3%) пациентам, из них 215 (76,8%) женщин, 65 (23,2%) мужчин. ЛГШ в качестве первичной бариатрической операции выполнено 97 больным, что составило 20,9%. Среди них 73 (75,3%) женщины и 24 (24,7%) мужчин. Еще 4 (0,8%) пациентам ЛГШ выполнено в качестве второго этапа хирургического лечения ввиду недостаточного бариатрического эффекта после ЛПРЖ.

Критериями включения пациентов в исследование: морбидное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) $\geq 40 \text{ кг/м}^2$, а также ожирение с ИМТ $\geq 35 \text{ кг/м}^2$ при наличии одного или нескольких сопутствующих заболеваний.

Критерии исключения: наличие оперативных вмешательств в анамнезе, беременность, отказ пациента от участия в исследовании. Согласно критериям включения, сформировано 2

группы пациентов в зависимости от вида перенесенной операции:

1. ЛПРЖ – 39 пациентов, средний возраст $42,2 \pm 10,2$ лет (от 25 до 61), средний ИМТ до операции $43,1 \pm 7,9 \text{ кг/м}^2$ (от 35,0 до $63,3 \text{ кг/м}^2$);

2. ЛГШ – 57 пациентов, средний возраст $46,4 \pm 9,8$ лет (от 29 до 65), средний ИМТ до операции $51,0 \pm 8,0 \text{ кг/м}^2$ (от 37,6 до $68,8 \text{ кг/м}^2$).

Для оценки динамики ИТ использовали такие показатели, как индекс массы тела (ИМТ), процент потери избыточной массы тела (%EWL) и процент потери избыточного ИМТ (%EBL). Частоту сопутствующих заболеваний исследовали в %.

КЖ оценивали до операции, через 12 и 24 месяца после операции методом анкетирования с одновременным использованием трех опросников: русскоязычной версии опросника качества жизни Short Form 36 (SF-36); системы оценки КЖ пациентов, перенесших бариатрическую операцию Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS), включающей опросник Moorehead-Ardelt Quality of Life; анкеты для больных гастроинтестинального профиля Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI).

Результаты

В результате анкетирования по опроснику SF-36 исходный уровень физического компонента КЖ в группе больных, перенесших ЛПРЖ, составил $36,44 \pm 7,1$, через 12 мес после операции $45,08 \pm 5,6$, через 24 мес – $50,35 \pm 5,5$. Исходный показатель психологического компонента КЖ составил $37,46 \pm 6,6$, через 12 мес – $41,8 \pm 4,9$, через 24 мес – $45,45 \pm 12,6$. Исходный уровень физического компонента КЖ в группе пациентов, перенесших ЛГШ, составил $33,68 \pm 6,2$, через 12 мес – $48,79 \pm 6,3$, через 24 мес – $51,75 \pm 7,7$. Исходное значение психологического компонента КЖ в этой группе $41,91 \pm 6,7$, через 12 мес – $42,02 \pm 8,8$, через 24 мес – $42,49 \pm 10,6$. По результатам анкетирования с использованием GIQLI

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

и BAROS уровень КЖ после ЛПРЖ и ЛГШ так же был выше по сравнению с исходным.

В группе больных со второй степенью ожирения ЛПРЖ и ЛГШ в равной мере эффективны для снижения массы тела, однако ЛПРЖ является менее травматичной операцией. Средний %EWL через 12 мес после ЛПРЖ $61,5 \pm 11,4\%$, через 24 мес $63,6 \pm 13,2\%$. Средний %EWL через 12 мес после ЛГШ $61,1 \pm 15,4\%$, через 24 мес $64,4 \pm 18,2\%$.

Частота сопутствующих заболеваний до ЛПРЖ: сахарный диабет 2 типа (СД2) 23,3%, апноэ сна 13,3%, артериальная гипертония (АГ) 40%, ГЭРБ 36,7%, боли в спине и суставах 45,7%; через 24 мес после ЛПРЖ: СД 2 – 13,3%, апноэ сна 6,7%, АГ 16,7%, ГЭРБ 20%, боли в спине и суставах 20,7%.

Частота сопутствующих заболеваний до ЛГШ – СД 2 – 33,3%, апноэ сна 26,7%, АГ 43,3%, ГЭРБ 33,3%, боли в спине и суставах 60%; апноэ сна 6,67%, АГ 13,3%, ГЭРБ 16,7%, боли в спине и суставах 23,3%; через 24 мес после ЛПРЖ: СД 2 – 10,7%, апноэ сна 5,4%, АГ 14,5%, ГЭРБ 13,1%, боли в спине и суставах 13,8%.

Послеоперационные осложнения: у 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде развилась несостоятельность швов на желудке после ЛПРЖ, у 2 пациентов – несостоятель-

ность гастроэнтероанастомоза после ЛГШ, у 1 пациента – послеоперационное кровотечение. Все осложнения были устранены при повторной лапароскопической операции.

Выводы

1.) Бариатрическая хирургия является эффективным методом борьбы с ожирением;

2.) Лапароскопические операции обладают преимуществами перед бариатрическими операциями из лапаротомного доступа, которые заключаются в меньшей травматизации, ранней реабилитации после операции, низкой частоте послеоперационных осложнений, косметическим эффектом, сокращении сроков пребывания пациента в стационаре;

3.) Качество жизни пациентов с ожирением II степени (ИМТ от 35,0-39,9 кг/м²) после лапароскопической продольной резекции желудка и лапароскопического гастрешунтирования не имеет статистически значимых различий;

4.) Качество жизни больных морбидным ожирением (ИМТ ≥ 40 кг/м²) после лапароскопического гастрешунтирования выше, чем после лапароскопической продольной резекции желудка.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Новые подходы к обучению мануальным навыкам в эндохирургии

Хамидов М.А., Магомедов М.П., Муртузалиева А.С.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Эндовидеохирургическая техника выполнения операций сегодня более предпочтительна, чем т.н. «открытая» и этот тезис со временем становится все более и более утвердительным.

На кафедре эндоскопической хирургии ФПК и ППС разработано 17 рабочих программ объемом 18 и 36 часов по различным направлениям эндоскопической хирургии для специалистов хирургического профиля.

Впервые в образовательную программу подготовки по эндовидеохирургии введен обучающий симуляционный курс с целью оптимизации и систематизации получения новых знаний и практических навыков. В том числе запущена программа по мануальным навыкам, которая востребована для хирургов различного уровня. Обучение на коробочных тренажерах более доступно и предпочтительно для обучающегося. В рамках такого цикла курсанты овладевают базовыми навыками: навигация лапароскопом, перемещение по штырькам, иссечение круга, клиппирование и пересечение, прошивание, экстра- и интракорпоральный шов, наложение петли Редера.

Считаем что отдельным циклом должен идти курс по отработке владения иглой, умения ориентировки положения иглы и прошивания эластичных тканей, завязывание интра- и экстракорпорального узлов. Коллективный опыт показывает важность соблюдения следующих принципов отбора курсантов из врачей хирургической практики для последующего обучения видеозендоскопической технике: опыт работы не менее 5 лет, устойчивые и регулярно повторяемые навыки экстренных и плановых классических операций, спокойный и уравновешенный характер и хорошая восприимчивость к обучению новому.

На кафедре эндохирургии цикл симуляционного обучения специалистов хирургического профиля назван также как и курс «Основы лапароскопической хирургии» (Fundamentals of Laparoscopic Surgery). Цикл состоит из вводного инструктажа, отработки 5 упражнений и итогового тестирования.

Таким образом, нам удалось создать и унифицировать программу обучающего симуляционного курса, что позволило упорядочить системность получения новых знаний и практических навыков. Реализация ее в течение учебного года 2016-2017 г.г. 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. Мы считаем, что подобная форма обучения позволяет более оптимистично смотреть на образовательный процесс при повышении квалификации хирургов.

Обученные таким образом курсанты достаточно хорошо овладевают теоретическими знаниями и практическими навыками и успешно применяют их в своей практике. Всего за период с 2009 по 2018 годы подготовку по эндохирургии прошли более 200 специалистов из городов и районов республики Дагестан.

Эффективность обучения значительно повысит последующий контроль (в том числе с использованием видеосвязи между учебным центром и операционными городами и районами) над самостоятельной работой врача с возможностью коррекции его навыков и повторные циклы обучения для расширения диапазона выполняемых хирургом операций.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**Включение навыков по электрохирургии при обучении эндоскопической хирургии****Муртузалиева А.С., Хамидов М.А., Магомедов М.П.**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

В настоящее время известно, что стандартным набором мануальных навыков в эндохирургии является FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery) и он служит базовой учебной программой для руководства хирургам различных уровней уже ровно 10 лет.

Существует и курс БЭСТА (базовый эндовидеохирургический симуляционный тренинг и аттестация), рекомендованный Российским обществом симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД). В обеих известных программах нет навыка по электрохирургии. Считаем необходимым включение его в перечень базовых навыков по эндохирургии, так как большинство 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 перечней базовых навыков.

Валидация электрохирургического навыка должна проводиться по таким параметрам, как выставление оптимальных параметров на электрохирургическом генераторе, наличие замкнутой цепи при активации электрода, взаимодействие хирурга с педалью электрогенератора, контроль повреждения изоляции электрохирургического инструмента, правильный захват, натяжение ткани и экспозиция и знание всех видов возможных осложнений.

Нами разработана и реализуется программа обучения по эндохирургии, включающая 3

основных блока и состоящая из теоретической части, тренажерного цикла и работы в операционной. В учебной комнате находится операционная видеостойка для работы на витальных тканях животных, в том числе и отработка навыков работы электрохирургическими инструментами.

Таким образом, нам удалось создать и унифицировать программу обучающего симуляционного курса, что позволило упорядочить системность получения новых знаний и практических навыков. Реализация программы выявила явную заинтересованность в изучении этих разделов хирургии курсантами, желание ими продолжить процесс освоения основных эндохирургических навыков за счет более конкретной самостоятельной работы в рамках проводимого курса. Мы считаем, что подобная форма обучения с использованием методов симуляционной хирургии, как для овладения основных практических навыков в «открытой» хирургии, так и лапароскопической, с включением в нее навыков по электрохирургии, позволяет более оптимистично смотреть на образовательный процесс при повышении квалификации хирургов.

Эффективность обучения значительно повысит последующий контроль (в том числе с использованием видеосвязи между учебным центром и операционными городом и районов) над самостоятельной работой врача с возможностью коррекции его навыков и повторные циклы обучения для расширения диапазона выполняемых хирургом операций.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Новые подходы к санации брюшной полости при послеоперационных перитонитах

Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, МЗ Республики Узбекистан, Ургенч

Цель

Изучение эффективности сочетанного применения ультразвуковой кавитации и многокомпонентных мазей на водорастворимой основе для санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните.

Материалы и методы

В клинической и экспериментальной базах кафедры общей хирургии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии 30 больных подвергались хирургическому лечению по поводу послеоперационного перитонита и 120 белым крысам, весом 200–300 граммов внутрибрюшинно введено по 0,1 мл. водорастворимой мази.

Проведены 4 серии опытов (по 30 крыс в каждой). В 1 серии опытов было апробировано влияние многокомпонентных мазей на органы брюшной полости. В течение трех суток в брюшную полость здоровых крыс ежедневно однократно вводилась мазь диоксиколь, из расчета 0,1 мл. на 100 грамм массы тела, летальных исходов не отмечалось. Через 24 часа после последнего введения мази животные забивались. Внутрибрюшные органы исследованы гистологически, изменений в органах и тканях брюшной полости не отмечено. Во второй серии крысам с 48 часовой моделью калового перитонита производилась лапаротомия и санация брюшной полости (растворами фурациллина, водного хлоргексидина, Декасан) с ушиванием брюшной стенки наглухо и проведением антибактериальной терапии (тиенам, метронидазол, диоксидин). Несмотря на проведенное лечение, летальность составила 78,6 %.

В третьей серии после моделирования калового перитонита проводилась лапаротомия, ультразвуковая санация аппаратом «УЗОР» в течение 10 минут и дренирование брюшной полости с ежедневным введением в брюшную полость через дренажную трубу в течение 3 суток подогретой до 30 ОС мази. Летальность снизилась до 38,8%.

В четвертой серии после моделирования перитонита произведена лапаротомия, ультразвуковая санация брюшной полости, операции заканчивались мазевой санацией и наложением лапаростомы. Послеоперационная рана оставалась открытой, органы брюшной полости закры-

вали мазевыми салфетками, которые фиксировались к краям раны редкими швами. Ежедневная санация брюшной полости. После 3–4 мазевых санаций брюшная полость очищалась. По данным бактериоскопии к 4–5 дню концентрация бактерий снизилась от 10¹⁰–10⁸ до 10²–10¹ и лапаростомная рана была ушита наглухо. Летальность в 4 серии опытов составила 36,8%.

С учетом этих экспериментальных данных, предложенную методику применили 30 больным с разлитым послеоперационным перитонитом. При этом, у всех больных был апробирован вариант с открытым введением живота (лапаростомой), применением интраоперационной ультразвуковой кавитации и мазевых санаций брюшной полости водорастворимыми мазями.

Результаты

Всем больным проводилась релапаротомия с ликвидацией источника перитонита. В послеоперационном периоде ежедневно проводились этапные санации брюшной полости с водорастворимыми мазями левосин, левомеколь, диоксиколь, диоксидин бактериологические анализы в динамике. При проведении очередной санации определяли показания к последующей. По мере улучшения самочувствия больного, клинико-лабораторных анализов, бактериальной обсемененности (достигая 10²–10¹ в/мл) и результатов визуального осмотра брюшной полости ставился вопрос о купировании явлений перитонита и ушивании брюшной полости наглухо.

Количество этапных мазевых санаций на нашем материале колеблется от 2 до 6 санаций. Чаще всего ограничиваемся 3–4 программированными санациями брюшной полости. Летальность у данных больных составила 23,3% (7 больных из 30).

Вывод

Анализ результатов экспериментального и клинического материала дает возможность считать целесообразным применение современных антисептиков водорастворимых многокомпонентных мазей в сочетании с интраоперационной ультразвуковой кавитацией для санации брюшной полости при разлитых послеоперационных перитонитах.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Влияние стафилококковой бактериемии на развитие послеоперационных осложнений у больных с острым осложненным холециститом и холецистопанкреатитом****Умаханов Х.У., Мамаев К.Т., Шарапудинов М.Ш., Омаров М.М.**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Цель

Изучить роль стафилококковой бактериемии в развитии послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных деструктивным холециститом и холецисто-панкреатитом с бактериологическим исследованием крови до и после операции.

Материал и методы

Посевы крови выполнен у 128 больных. Основанием для посева крови служило наличие фебрильной температуры до операции и в раннем послеоперационном периоде, без явных клинических признаков гнойного осложнения.

У больных с деструктивным холециститом, холангитом и холецистопанкреатитом посевы крови выполнялись при выраженной клинической картине заболевания с высокой температурой, пальпируемым воспалительным инфильтратом в правом подреберье, наличием различной степени выраженности перитонеальных симптомов. У 38 больных бактериологическое исследование крови произведено при подозрении на гнойные осложнения.

Результаты

У 128 исследованных больных рост микробной флоры в посевах крови получен у 68, что составляет 52,5%. В основном из крови высеян золотистый стафилококк с патогенными свойствами.

Бактериемия обнаружена при деструктивном холецистите у 40 (31%) больных и холецистопанкреатите у 28 (21%) больных.

Следует отметить, что в очаге воспаления и в крови идентичная микрофлора не обнаружена.

При посевах из очагов воспаления у больных преобладал рост кишечной палочки у 60 (41%), протей у 18 (14%), стафилококк у 10 (9%). В то же время бактериемия во всех случаях была стафилококковая. По видимому, возникновение стафилококковой бактериемии связана с госпитальной инфекцией и крайне низким иммунитетом у этой группы больных.

По нашему мнению, причина развития стафилококковой бактериемии связана с распространением стафилококковой инфекции, устойчивой ко многим антибиотикам.

Обсуждение

Проведенное нами изучение большого числа факторов гуморального иммунитета у этих больных выявило резкое угнетение антиинфекционной реактивности организма (комплемента, бета-лизина, лизоцима, бактерицидности крови). При наличии длительной бактериемии эти показатели были резко снижены, так же определялся дефицит иммуноглобулинов класса G и A, при значительном увеличении иммуноглобулина класса M. определялось так же снижение активности комплемента и переваривающей функции лейкоцитов в периферической крови.

Учитывая все вышеизложенное, развитие стафилококковой бактериемии зависит от следующих причин: высокая степень микробного обсеменения в очаге воспаления ведет к нарушению тканевых барьеров, это приводит к развитию микробной токсемии. Микробная токсемия способствует снижению фагоцитарной активности и нарушению антителогенеза. Нарушение специфической защиты создает условия для прорыва эндогенной инфекции из носоглотки, бронхов, кишечника и других очагов, где частота выделения стафилококковой микрофлоры даже у здоровых людей превышает 60%. Таким образом, развивается стафилококковая бактериемия, которая может протекать без особых отчетливых клинических проявлений и способствовать развитию различных гнойно-воспалительных осложнений или ведет к сепсису.

Заключение

Клиническая картина больных с бактериемией характеризуется развитием таких осложнений, как осумкованные гнойники, холангит, абсцессы печени, нагноение операционной раны, пневмония и септикопиемия. Наиболее часто осложнения возникают у больных с острым деструктивным холециститом.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Трансиллюминационный оптический мониторинг в грудной и брюшной хирургии

Сигал З.М., Сурнина О.В., Бабушкин Ф.Г., Золотарев К.Е.

ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ, Ижевск,

В настоящее время к актуальным вопросам торакальной и абдоминальной хирургии относится преодоление таких осложнений и ошибок, как неправильное определение жизнеспособности сохраняемых органов, ишемические осложнения – несостоятельность швов анастомозов, некрозы, перфорационный перитонит. Профессором Сигалом З.М. разработан концептуальный ряд трансиллюминационных мониторов и индикаторов жизнеспособности органов и тканей. В хирургии использовали пищеводные, желудочные, интестинальные, колоректальные мониторы. Эти приборы служат для экспресс-оценки жизнеспособности органов, коррекции обратимой ишемии, диагностики очаговой и диффузной патологии, экспресс-оценки эффективности лечения и выработки оптимальной хирургической тактики для профилактики органических, функциональных и ятрогенных осложнений. Трансиллюминационный оптический мониторинг основан на регистрации пульсовой и неппульсовой оптической плотности органов и тканей. Использовался прибор, позволяющий снимать и усиливать сигналы с фотодатчика и фотоприемника, в которых использовались инфракрасные диоды. Диагностику пульсовой оптической плотности проводили с помощью оптопары, и регистрировали сигналы на электрокардиографе с усилителем. Неппульсовую оптическую плотность измеряли амперметром. Клинические исследования проводились до операций, во время операций и в послеоперационном периоде у свыше 3000 больных.

Внедрены в клинику новые способы профилактики ишемических осложнений, предложены способы определения жизнеспособности полых органов, диагностики органной патологии брюшной полости и молочных желез. Разработаны новые хирургические инструменты, новые способы лечения хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полости. Процент совпадения гистологического и цитологического исследований с трансиллюминационной пульсооптометрией составил 84,6 и 77

соответственно, а с данными оптической плотности – 92 и 90.

Благодаря оригинальной инновационной технологии трансиллюминационного оптического мониторинга снижены смертность больных и ишемические осложнения в экстренной и плановой хирургии, частота и тяжесть ранних послеоперационных осложнений: гастростаза-с 32% до 8%, демпинг-синдрома-с 8% до 3%, дисфагии-с 10% до 3%, диареи-с 15% до 6%. Ру-стаз синдром и дуоденогастральный рефлюкс при резекции желудка снизились до 3%. При неотложной резекции кишки послеоперационная смертность снижена с 24,8 % до 18,4%, частота несостоятельности межкишечных анастомозов – с 9,3% до 4,1 %.

Проведенные исследования позволили определить наиболее эффективный способ коррекции обратимой ишемии кишечника. Ни охлаждение, ни согревание, ни новокаиновые блокады не приводят при ишемии к восстановлению локальной гемодинамики. Внутривенное введение физ. раствора оказалось эффективным при кишечной непроходимости. Амплитуда интрамурального пульса дискредитированной кишки при обратимой ишемии достоверно увеличилась.

Расширение в последние десятилетия объема оперативных вмешательств во всех отраслях хирургии с применением элементов пластики потребовало поиска универсального аутологического материала. Накопленный опыт показал, что всем требованиям, предъявляемым к такому материалу, отвечает большой сальник. При этом для профилактики осложнений необходимо объективно определять нарушения жизнеспособности органов и тканей. В хирургических отделениях прооперировано 242 больных с использованием сальника на сосудистой ножке при резекциях желудка, тонкой кишки, с наложением билиодигестивных анастомозов, при асептическом панкреонекрозе, пластике вентральных грыж и циррозе печени. Ишемических некрозов, несостоятельных швов, анастомозов, нарушений моторно-эвакуаторной функций у больных не было.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Способ транспеченочного дренирования эмпиемы плевры, развившейся при прорыве гнойника печени в грудную полость****Загидов М.З., Загидова А.М., Шарапудинов М.Ш.**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

В эндемических регионах эхинококк и амёбиаз встречаются часто, соответственно и осложнённые формы. Диагностика и лечение прорвавшихся в грудную полость гнойников печени, обусловленных этой патологией, сложна, а смертность высока.

Материал и методы

Нами разработан одномоментное дренирование гнойника печени и эмпиемы плевры через перфорационное отверстие. Метод признан как изобретение и выдан патент проф. М.З.Загидову. В числе наблюдавшихся нами 506 больных с гнойниками печени у 49 (9,68%) – диагностированы внутригрудные осложнения. Прорывом в грудную полость были осложнены нагноившиеся эхинококковая киста у 29 (39,19%) больных, посттравматические абсцессы печени 26 (20,4): амёбные у 14 (29,57%) – бактериальные у 6 (12,24) больных.

Результаты

1) Спонтанный прорыв, при котором в плевральную полость опорожняется гнойник и развивается тотальная эмпиема плевры (16);

2) Микроперфорация, которая прикрывается диафрагмальной поверхностью легкого, которая завершается гнойно воспалительной деструкцией прилежащего участка легко-

го. Продолжающаяся деструкция последнего приводит к формированию деструкции стенки бронха с формированием печеночно-диафрагмально-плевро-легочно-бронхиального свища (25).

3) Ятрогенный прорыв, при котором формируется сообщение между гнойником печени и плевральной полости после ошибочной пункции гнойника печени занимающее место легкого принимая его за осумкованную базальную эмпиему (8).

Разработанный нами способ применен при лечении 14 больных из 49 наблюдаемых, в их числе была осумкованная эмпиема плевры – у 8, из них у 4 она сообщалась с бронхом, и тотальная – у 6 больных. Все больные операцию перенесли легко, смертельных исходов не было. Состояние больных в ближайшее время улучшалось, т.к. при применении этого способа создается ортоградный свободный отток гноя с плевральной и с полости гнойника печени. Что влияет на больного весьма положительно, т.к. освобождается от гноя две полости (абсцесса и эмпиемы).

Заключение

Разработанный нами способ легко выполняется, эффективен, при этом создается свободный отток содержимого с эмпиемы плевры и гнойника печени, может быть применен в лечебных учреждениях.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Значение выявления мутации BRAF-V600E при узлообразованиях щитовидной

Исаев Г.Б., Шукюрова А.И.

Научный Центр Хирургии им. академика М.А.Топчубашова, Азербайджанская Республика, Баку

Ключевые слова: мутация гена BRAF, узлообразования щитовидной железы.

Актуальность

Как показывают результаты послеоперационных гистологических исследований биоматериалов (удаленные ткани щитовидной железы (ЩЖ)), при узловом зобе частота злокачественного процесса встречается у 8-10% среди оперированных больных. На дооперационном этапе, общепринятый алгоритм обследования лишь в 70-75% наблюдениях способствует выявлению истинного характера патологического процесса в выявленных узлах. Исходя из этого разработка и внедрение в практику предикторов злокачественности патологического процесса в ЩЖ является актуальной проблемой современной медицины.

Цель исследования

Определить частоту и специфичность мутации BRAF V600E гена при злокачественных образованиях щитовидной железы на дооперационном этапе обследования.

Материал и методы

Обследованы 41 больных с узловыми образованиями (диаметр узлов от 1,0 до 1,8 см) щитовидной железы, у которых по данным ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены симптомы их злокачественности. Под контролем УЗИ выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим и генетическим исследованием пунктата. Наличие мутации гена BRAF определена полимеразной цепной реакцией (ПЦР) на амплификаторе «Терцик» (ООО «ДНК-Технология», Москва). В качестве фермента для амплификации ДНК использовалась Hot-Taq полимеразы производ-

ства ЗАО «Силекс». В качестве маркера молекулярного веса использовали ДНК-маркеры 100 Бр (НПО «СибЭнзим», Новосибирск). Все пациенты были оперированы с последующей гистологической и генетической исследованиями.

Результаты

При цитологическом исследовании пунктата у 34 больных установлен папиллярный рак ЩЖ, у 3 – фолликулярный рак и у 4 больных узловой коллоидной зоб. При гистологическом исследовании операционного материала в 37 препаратах был выявлен папиллярный рак, в 1-м препарате – фолликулярный рак, а в 3-х препаратах – доброкачественная аденома.

В классическом варианте папиллярного рака мутация гена BRAF была обнаружена у 24 пациентов из 34, соответственно частота встречаемости BRAF-мутации составила 70,6%. Тогда как при фолликулярном раке данная мутация была выявлена у 1 пациента из 3, что составило 33,3%. По нашим данным чувствительность методики определения мутации BRAF гена составляла 86%, специфичность 100%, а диагностическая точность – 93%.

Выводы

1) Среди азербайджанской популяции мутация гена BRAF V600E при узловых образованиях ЩЖ отмечаются в 65% случаях и указывает на наличие папиллярного рака; данная мутация при классическом варианте ПРЩЖ отмечается в 70,5% случаях и при фолликулярном его варианте – в 46,5%.

2) Между результатами частоты дооперационной цитологических и постоперационной гистологических исследований на наличие мутации гена BRAF V600E различие составляет 13%.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Высокотехнологичная хирургия в медицинском центре им. Р.П.Аскерханова.**

Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Аскерханов Р.Г., Кандауров А.Э., Омаров И.Ш., Абдуллаев И.С., Дубаев А.А., Аскерханова Э.Р., Гасангусейнова С.М., Гамзатова А.С., Ханов Н.М.

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

В руководимом Гамидом Рашидовичем Аскерхановым частном Медицинском Центре, названном в честь его отца, член-корреспондента АМН СССР профессора Рашида Пашаевича Аскерханова, в последние годы выполняется стентирование коронарных артерий, а с 2013 года успешно проводятся операции аорто-коронарного шунтирования. За прошедшие годы под руководством Аскерханова Г.Р. проведены более 40 таких операций.

В Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова (МЦА) созданы условия, объединяющие усилия врача и больного в борьбе с недугом, что в сочетании с высокопрофессиональной работой медиков дает положительный результат. В клинике планируется дальнейшее освоение высокотехнологичных методов диагностики и лечения. За последние 5 лет в клинике возвращено здоровье более 200 тыс. больным, из них на стационарном лечении – 15 тыс., в т.ч. 3,7 тыс. успешно прооперированы. В 2015 году открылась и успешно функционирует скорая медицинская помощь, ведется строительство детского корпуса с вертолетной площадкой.

Открывая новые и все более совершенные возможности методов малоинвазивной диагностики и лечения МЦА оказывает населению высокотехнологичную медицинскую помощь на месте, исключая необходимость выезда из республики в столичные и зарубежные клиники. Использование современной эндоскопической техники открыло возможности по внедрению новых технологий в урологии и ортопедии. Методики контактной и дистанционной литотрипсия мочевого пузыря (более 425 операций) фактически избавили пациентов клиники от традиционных открытых операций, сопровождавшихся большим количеством осложнений. Впервые в республике в МЦА внедрены методы артроскопической менискэктомии и протезирования тазобедренного сустава.

Внедренный впервые в практику в 2009г. метод эндоваскулярной окклюзии маточных артерий перевел проблему лечения миомы матки в разряд амбулаторных процедур, тогда как прежде обычно возникала необходимость открытой лапаротомии и ампутации матки. Из 98 женщин – 6 женщин благополучно родили здоровых детей и только у 6 возникла необходимость в органоуносящей операции.

В республике опухоль надпочечников не оперировалась открытым лапаротомическим доступом. Внедрение в МЦА операций по эндоскопическому удалению опухоли надпочечника, в значительной мере сократило время и травматичность вмешательства. Результаты 25 операций дали прекрасный результат. Послеоперационные осложнения уменьшились на 43,9%, сроки пребывания пациентов сократились на 37,5%.

Впервые на Северном Кавказе в МЦА внедрены методы хирургического лечения ожирения – лапароскопическая продольная резекция желудка, шунтирующие бариатрические операции, баллонирования и бандажирования желудка. Результаты операций впечатляют – все 113 больных перенесли операции с положительным эффектом, 87,0% восстановили нормальный вес, снизив его на 20-70 кг, одновременно избавившись от гипертонии и сахарного диабета.

Проблема оперативного лечения пожилых пациентов является актуальной из-за высокого риска осложнений. Последние 5 лет в клинике успешно выполняется лапароскопическая герниопластика у больных с паховыми грыжами. Результаты 170 операций констатировали уменьшение послеоперационных осложнений с 7,6 до 1,5%, сокращение пребывания в стационаре до 5,5 суток.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей

Юсупова З.К., Собиров Э.Ж., Сапаев О.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, МЗ Республики Узбекистан, Ургенч

Средства, которые применяются при анестезии, могут оказывать влияние на функциональное состояние кровообращения. Несмотря на значительные успехи фармакологии и анестезиологии, все еще отмечаются эпизоды гемодинамических, терморегуляторных и газообменных нарушений, которые особенно тяжело протекают у больных с сопутствующей патологией. В процессе анестезии и оперативного вмешательства оценка показателей гемодинамики играет важную роль в обеспечении адекватности анестезии. Большое значение в практике продолжают иметь наркотические (центральные) анальгетики, вследствие их непревзойденной обособленности к болеутолению, уменьшением восприятия центральной нервной системой болевых импульсов. Постепенно в анестезиологическую практику внедряются новые методы мониторинга, расширяется круг изучаемых показателей.

Цель работы

Изучить изменение показателей центральной гемодинамики при общей анестезии с использованием промедола и оксибутирата натрия.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 12 лет, оперированных по поводу урологической патологии, которые были оперированы в отделении детской хирургии многопрофильной областной больницы Хорезмской области. Для обеспечения анестезиологической защиты были использованы комбинированная анальгезия промедолом в сочетании с оксибутиратом натрия. Дети в возрасте от 3 – 5 лет составляли 28% от общего количества больных, дети от 6 – 9 лет – 36% и дети старшего возраста от 10 до 12 лет составляли 36%. У 69% обследованных нами больных наблюдались врожденный гидронефроз, а у 31% пациентов мочекаменная болезнь. Оценка эффективности комбинированных методов анестезии проводилась на основании клинических данных: наличие двигательных реакций, величина и реакция зрачков. На всех этапах оперативного вмешательства и анестезии осу-

ществлялся мониторинг с оценкой показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации кислорода (SpO₂), частоты дыхания (ЧД). Методом эхокардиографии исследованы показатели центральной и периферической гемодинамики. Результаты и их обсуждение. С целью устранения беспокойства, предотвращения тошноты и рвоты, возможных вагусных влияний была назначена премедикация. На вводном периоде анестезии наблюдалось увеличение ЧСС на 30,28% (P<0,05), УПС на 21,47%, УИ на 9,21% по отношению к исходным своим значениям. В наиболее травматичные этапы операции отмечалось увеличение СИ, ЧСС, УИ соответственно на 34,26%, 40,55% и 13,12% (P<0,05), а по сравнению с предыдущим этапом исследования эти показатели изменялись недостоверно. В конце операции по сравнению с этапом травматичного момента операции показатели центральной и периферической гемодинамики изменялись незначительно, что носили недостоверный характер. Несмотря на это можно утверждать, что гемодинамические показатели оставались в пределах оптимальных величин, и риска развития ишемии внутренних органов, в том числе головного мозга, не возникло. Промедол вызывает выраженную циркуляторную депрессию, обусловленную снижением тонуса сосудов. В эксперименте клинические концентрации промедола не угнетали сократимость, а авторы работы даже наблюдали в клинике рост МОК. Феномен увеличения МОК и падения ОПСС описан как транзиторная начальная реакция на введение препарата, с последующим падением МОК и возвратом ОПСС к исходному. Эффект падения МОК блокируется ионами Ca²⁺.

Выводы

Применение комбинированной анестезии промедолом и оксибутиратом натрия, сопровождалось незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей центральной и периферической гемодинамики, что свидетельствовало об эффективной анестезиологической защите детского организма от операционной травмы. Данный вариант анестезиологического пособия создает оптимальный режим функционирования центральной и периферической гемодинамики.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Опыт мини-инвазивной пластики пупочных грыж у пациентов с диабетом****Кривощёков Е.П., Молчанов М.А.**

СОКБ им. В.Д. Середавина, Самара

Актуальность

Пупочные грыжи составляют 5% среди всех наружных грыж живота. Пациенты с сопутствующим сахарным диабетом требуют особого внимания.

Цель исследования

Оценить и внедрить способ протезирующей интраабдоминальной пластики с применением десквамации и перитонеодеза грыжевого мешка у пациентов с диабетом.

Материал и методы

Пластика пупочных грыж проведена 89 больным, с диабетом – 17. Женщины составили 75(13) (84,3%), мужчины – 14(4) (15,7%). С рецидивными пупочными грыжами – 17(19,1%). Вправимые грыжи определены у 51(57,3%), невправимые – 24(26,9%). Размеры грыжевого дефекта от 4 см² до 48 см². У 2 больных диастаз прямых мышц 10 см. Сахарный диабет определяет высокий риск, но не является противопоказанием к операции. Нужно проводить обследование для снижения периоперационного риска, коррекцию гликемии, степень гидратации, калия и рН. При средних хирургических вмешательствах в условиях стационара, требующих изменения питания, регионарной анестезии или наркоза: накануне операции при исходно хорошей компенсации – если ужинать можно – вечером обычная доза ИКД + ИПД. Если ужинать нельзя – дозу ИПД уменьшают на 20-50 %. В день операции и в послеоперационном периоде, при исходно хорошей компенсации – до и во время операции – инфузия 5-10 % глюкозы, определять гликемию ежечасно. Инсулинотерапия: вариант 1 – перед операцией – 50 % (СД 2 типа) или 80-100 % (СД 1 типа) обычной утренней дозы ИПД, вариант 2 – непрерывная в/в инфузия инсулина, определять гликемию ежечасно. При исходной декомпенсации для периоперационного управления гликемией желательнее применять непрерывную внутривенную инфузию инсулина, которая проводится через отдельный инфузомат с применением раствора ИКД с концентрацией 1 ед/1 мл 0,9 % NaCl. Одновременно с НВИИ – инфузия 5-10 % глюкозы (5 г/час), через разные инфузионные системы. При уровне глюкозы плазмы

> 15 ммоль/л глюкозу не вводят. После операции продолжать НВИИ до начала самостоятельного приема пищи и перевода на подкожную инсулинотерапию. При нормальной функции почек и нормальном К⁺ по 20 мл 4% раствора КCl на 1 литр 5 % раствора глюкозы. Больных с СД 2 типа, ранее компенсированных на диете или ПССП, переводить с инсулина на ПССП/диету до выписки из стационара только при полной уверенности в отсутствии гнойно-воспалительных осложнений. Интраоперационная антибиотикопрофилактика показана при любых операциях. Техника операции. По верхнему контуру пупка выполняется окаймляющий разрез вблизи пупочного углубления. Рассекается верхняя стенка купола грыжевого мешка, освобождаются грыжевые ворота от фиксированных органов. Через апертуру расщепленного грыжевого мешка выполняется вход в брюшную полость. Более глубоко в грыжевых воротах расположен мышечно-апоневротический контур, представленный прямыми мышцами живота, смещенными в стороны от средней линии, который использовался в качестве опоронесущей ткани при фиксации эндопротеза. Полипропиленовый имплантат фиксируется изнутри брюшной полости по периметру глубокого контура грыжевых ворот сквозными П-образными швами с фиксацией узла на стороне апоневроза прямых мышц. Между поверхностью имплантата и петлями кишечника укладывается с фиксацией большой сальник. Полипропиленовая мембрана устанавливается с легким натяжением. По завершении пластического этапа над поверхностью фиксированного имплантата сшиваются листки сохраненного грыжевого мешка. Разработана особая хирургическая техника. Она сформулирована в понятиях «десквамация» и «перитонеодез» грыжевого мешка. Раневые осложнения возникли у 3 (3,3%), рецидив грыжи отмечен у 2 (2,2%).

Выводы

Способ мини-инвазивной внутрибрюшной пластики с созданием эластической декомпрессии по линии фиксации эндопротеза соответствует современной концепции, может быть использован в качестве операции выбора у больных сахарным диабетом.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Возможности ультразвукового исследования в установлении показаний к хирургическому вмешательству при колостазе

Манафов С.С., Алиева Н.З.

Научный центр хирургии им.акад. М.А.Топчибашева. Азербайджан, Баку

Актуальность

Хронические запоры являются наиболее распространенным болезненным состоянием человечества. По сей день в литературе нет объективных критериев для того, чтобы уточнить, когда нужно остановить консервативное лечение у больных с колостазом и перейти к хирургическому лечению. Поэтому такие больные в основном на фоне серьезного уменьшения ресурсов организма берутся на операцию, что в свою очередь не может не отразиться на результатах хирургического вмешательства.

Материал и методы

Исследование проводилось в 2013-2016 годах в НХЦ им. акад. М.А.Топчибашева у 118 больных (основная группа) с хроническим запором по предложенному нами методу ультразвукового обследования, 10 пациентов входили в группу контроля. Средне статистический возрастной предел установлен $40,7 \pm 1,3$ лет. Женщин было – 91 (77,1%) мужчин – 27 (22,9%). Из исследуемых нами 128 пациентов – 118 больных входили в основную группу, из них 14 – нормотоническим; 47 – спастическим; 57 – атоническим был колостаз. Особенностью модификации УЗИ считается проведение исследования после заполнения просвета толстого кишечника 1,5-2,0 л раствором фурацилина (1:5000). Всем пациентам контрольной группы и больным страдающим колостазом проводили модифицированную методику УЗИ, которая позволяла выявить структурные и функциональные изменения во всех отделах толстой кишки. Полученные результаты сравнивали с данными контрольной группы.

Полученные результаты

При спастическом типе колостаз толщина стенки толстой кишки в нисходящем поперечном кишке составлял $5,68 \pm 0,39$ мм, в сигмовидной кишке $5,27 \pm 0,20$ мм; а скорость перемещение каловых частиц соответственно $7,99 \pm 0,57$ см/мин и $7,75 \pm 0,51$ см/мин. При атоническом типе колостаз толщина стенки толстой нижней поперечной кишке нисходящем поперечном кишке в $1,62 \pm 0,09$ мм, сигмовидной кишке $1,40 \pm 0,10$ мм; а скорость перемещение каловых частиц соответственно $1,85 \pm 0,14$ см/мин и $2,04 \pm 0,12$ см/мин составляла.

Обсуждение

Консервативная терапия при колостазе снижает качество жизни больных, а оперативное вмешательство не всегда избавляет больных от запоров, а иногда сопровождается поносами. Причиной тому является неправильная установка показаний к операции. Устранению подобных пробелов может поспособствовать применение УЗИ в нашей модификации.

Выводы

Больным с нормотоническим типом колостаз (14 больных) было назначено консервативное лечение. Были обследованы 47 больных со спастическим колостазом из них 10 больным было назначено консервативное лечение и 6 больным лечение типа колопексии без резекции. Остальным 31 больным проведена операция резекционного типа, 23 больным проведена колэктомия и 8 больным – резекционная операция. Учитывая сонографические параметры 57 больных с атоническим колостазом независимо от стадии ни одному больному не была назначена консервативная терапия. Однако 9 больным проведена колопексия и при повторном обследовании в сонографических параметрах выявлена положительная динамика. 9 больным проведена хирургическая операция резекционного типа и 39 больным (включая больных с аномалией) колэктомического типа.

Если до применения нашей модификации УЗИ в нашем центре 88,6% больным лечившимся хроническим запором было произведено оперативное вмешательство, то после внедрения модифицированной методики УЗИ количество оперированных больных колостазом сократилось до 66,9% .

Рекомендации

При установке показаний к оперативному вмешательству следует учитывать и данные УЗИ исследования в нашей модификации. Эта методика с учетом толщины стенки толстой кишки в нисходящем и сигмовидном ее отделах, а также по степени перемещения каловых масс в тех же отделах позволяет дифференцировать показания к консервативному лечению или оперативному вмешательству.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**К диагностическому значению некоторых клинических, инструментальных и лабораторных показателей у больных с ранним и клинически скрытым раком щитовидной железы**

Заманов Р.М. (1), Гасанов И.А. (2), Шахсуваров О.М. (1), Исмаилова А.В. (1), Сафарова Л.Ш. (1)

- 1) Научный Центр Хирургии им. акад. М.А. Топчубашова
- 2) Национальный Центр Онкологии МЗ Азербайджана, Баку

Актуальность

Диагностика раннего и скрытого (бессимптомного) рака щитовидной железы (ЩЖ) сопряжена со значительными трудностями, что сказывается на выборе оптимального объема операции и послеоперационном прогнозе.

Цель

Учитывая сказанное, а также – отсутствие упорядоченных данных корреляционно-статистического анализа, целью исследования явился комплексный анализ возможного диагностического значения ряда анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных показателей у больных с ранним и скрытым раком щитовидной железы.

Материалы и методы исследования

Клинический контингент состоял из 562-х больных с узловыми разрастаниями ЩЖ, находящихся в лечении и под наблюдением в 1999-2017 гг. 220 больных из них составили группу сравнения (зоб, аденома и тиреоидит). Остальные 342 больных вошли в основную клиническую группу, где 104 – с пограничной степенью малигнизации тиреоидного узла (G0), 218 – ранним раком и 20 – клинически-скрытым раком органа. Кроме пациентов, в качестве базисной референсной группы были использованы показатели еще 48 человек без тиреоидной патологии. Связь отдельных показателей с ранним и скрытым раком ЩЖ определялась путем двухфакторного непараметрического корреляционно-статистического анализа с вычислением коэффициента корреляции (r) и критерия согласия Пирсона (χ^2) при уровне достоверной вероятности $P=0,95$ ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение

Сформулировано мнение о том, что тиреоидная малигнизация с самого начала закладывается как злокачественный процесс и проходит через определенные стадии: доброкачественный рост – пограничная злокачественность (G0) – ранний рак – скрытый (бессимптомный), но уже сложившийся рак органа. Доброкачественные узлы же ЩЖ (зоб, аденома) не обладают способностью к озлокачествлению и в этом плане принципиально отличаются от малигнизированных узлов органа.

Установлено, что на дооперационном этапе нижеследующие показатели не обладают диагностической ценностью у больных с ранними стадиями малигнизации тиреоидных узлов: «длительность процесса», «характер разрастания органа (диффузное, нодулярное или смешанное)»; «пальпаторно определяемая степень увеличения ЩЖ», «количество узлов (солидный или мультинодулярный характер)»; «размеры и расположение узлов»; «ультрасонографическая гомогенность или гетерогенность узлов»; «гипер-, эу- или гипотиреоидное клинико-гормональное состояние больных».

Доказано отсутствие статистически достоверных связей между озлокачествлением тиреоидных узлов и количеством отмеченных узлов. Так, для одиночного узла в паренхиме органа соответствующие статистические показатели составили $p > 0,09$, $r = 0,023$, а для множественных узлов – $p > 0,08$ и $r = 0,017$.

Также определено, что показатели «тиреоидной панели» в сыворотке крови не обладают диагностической ценностью при предоперационной верификации раннего рака ЩЖ.

Вместе с тем, выявлено наводящее (но не абсолютно диагностическое) значение целого ряда таких показателей, как «женский пол», «наличие в роду больных раком ЩЖ», «локальное увеличение одной доли или доли+перешейка органа»; «зона роста или «холодный» узел с нечеткими контурами и хаотично-прерывистой васкуляризацией»; «повышенное содержание свободных липидов и продуктов их перекисного окисления в лейкоцитах», «низкий индекс кислородного насыщения эритроцитов», «выраженный ядерный полиморфизм тироцитов фолликулярных неоплазий категории III по классификации Bethesda при тонкоигольной аспирационной биопсии», «пролиферативная активность свыше 4,0% при пункционной цитологии» «ядерно/цитоплазматическое соотношение $\geq 0,8$ более 50,0% тироцитов».

Заключение

Таким образом, на сегодняшний день ни один из рассмотренных клинических, инструментальных и лабораторных показателей не обладает абсолютной диагностической ценностью на дооперационном этапе ведения больных с ранним и скрытым раком ЩЖ. Лишь комплексное и патогенетически обоснованное рассмотрение ряда параметров с наводящим значением может облегчить задачу предоперационной верификации ранней малигнизации ЩЖ у больных.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Выбор объема операции при узлах пограничной степени злокачественности (C-r in situ; G0) и раннем раке щитовидной железы

Заманов Р.М.

Научный Центр Хирургии им. акад. М.А. Топчубашова. Азербайджан, Баку.

Актуальность

На сегодняшний день единичны и противоречивы сообщения о патогенетически обоснованном, адекватном объеме операции у больных с покоящимся (C-r in situ; G0) и ранним раком щитовидной железы (ЩЖ).

Цель

Определить оптимальный объем операции на щитовидной железе у больных с покоящимся (C-r in situ; G0) и ранним раком органа.

Материалы и методы

При комплексном ретроспективном анализе у 322-х больных обнаружена «малигнизация в ЩЖ». Из них: «покоящийся рак; C-r in situ; G0» – у 104 (32,3%) и «ранний рак; G0@G1» – у 218 больных (67,7%).

Возраст пациентов – от 20 до 83-х лет (в среднем: $45,7 \pm 6,9$). Среди них: женщин – 259 (80,4%), мужчин – 63 (19,6%). По объему хирургического удаления ЩЖ пациенты распределены следующим образом: – частичная резекция с удалением узла (узлов) – у 193 (60,0%); – гемитиреоидэктомия с односторонней регионарной лимфодиссекцией и без таковой – у 87 (27,0%); – субтотальная резекция ЩЖ с регионарной лимфодиссекцией и без таковой – у 28 (8,7%); – тиреоидэктомия с регионарной лимфодиссекцией и без таковой – у 14 больных (4,3%).

С целью уточнения прогностического значения некоторых показателей больных с C-r in situ и ранним раком выполнен двухфакторный корреляционный анализ методами статистики для непараметрических критериев при уровне доверительной вероятности $P=0,95$ ($p \leq 0,05$) с определением коэффициента корреляции (r) и критерия согласия Пирсона (χ^2). Состояние больных оценено спустя 1,0 – 5,0 л. после операции. Выделены следующие: 1) «без ухудшения: без продолжающегося роста, рецидивов и метастазов»; 2) «с ухудшением: с продолжающимся ростом, рецидивами и метастазами».

Результаты и их обсуждение

«Ранняя малигнизация» до операции была верифицирована лишь у 16 (5,0%) из 322-х пациентов. По нашим данным, в группу раннего рака ЩЖ входит, как минимум, также часть пациентов с «микрораковой» органа.

Клинически и лабораторно почти у половины больных в момент обращения в клинику имеет место «эутиреоидное состояние» (162; 50,3%), а также – гипертиреоз (129; 40,1%) и реже – гипотиреоз (31; 9,6%).

В большинстве случаев пациентам выполнена парциальная тирео-резекция в различных модификациях (193; 60,0%). При этом срединно-центральная клетчатка шеи с находившимися там лимфатическими узлами и коллекторами превентивно удалена только у 13 из них (6,7%). Гемитиреоидэктомия, субтотальная резекция, тиреоидэктомия произведены, в целом, у 129 больных (40,1%). При этом лишь примерно у каждого третьего пациента (43; 33,3%) удалены лимфатические узлы центральной клетчатки шеи (33 – одностороннее; 10 – двустороннее).

Проанализирована возможная корреляция между фасциально-футлярным иссечением: 1) боковых и 2) центральной клетчаток шеи у больных с: 1) покоящимся и 2) ранним раком ЩЖ с одной стороны и прогнозом болезни в послеоперационном периоде – с другой. Установлено, что удаление центральной клетчатки шеи с обеих сторон (уровень VI) минимизирует последующую прогрессию (особенно – непрогнозируемое метастазирование) опухоли и, таким образом, представляет собой статистически достоверный положительный прогностический фактор в послеоперационном периоде ($p < 0,04$; $r = 0,72$; $\chi^2 = 38,6$).

У больных ранним раком ЩЖ степень поражения опухолью капсулы органа не влияет на послеоперационный прогноз; разница незначительна: $p > 0,05$; $r = 0,0008$; $\chi^2 = 0,09$ – при прорастании и $p > 0,06$; $r = 0,0006$; $\chi^2 = 0,08$ – без прорастания опухоли в капсулу ЩЖ.

Выводы

1) Верификация покоящегося и раннего рака ЩЖ сложна и пока нет надежных диагностических критериев на дооперационном этапе ведения больных.

2) Оптимизация объема операции на ЩЖ и ее регионарном лимфатическом коллекторе, прежде всего, зависит от надежности дооперационного диагностического этапа ведения больных. При верифицированном покоящемся (C-r in situ; G0) и раннем раке щитовидной железы положительное прогностическое значение имеют превентивное удаление центральной клетчатки шеи с обеих сторон и фасциально-футлярное иссечение боковых клетчаток шеи на II-VI топографических уровнях.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Чрескожная эхинококкэктомия как метод лечения эхинококкоза печени****Мусаев Г.Х., Шарипов Р.Х., Ширяев А.А.**

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Университетская клиническая больница №1, клиника факультетской хирургии. г.Москва

Актуальность

Эхинококкоз является одним из самых распространённых паразитарных заболеваний в ряде регионов Российской Федерации. В последние годы отмечается повсеместный рост в 2,5-3 раза числа больных эхинококкозом с преимущественным поражением печени. Современные тенденции в хирургии ведут к увеличению частоты применения и расширению показаний для миниинвазивных методик лечения эхинококкоза печени. Однако, отсутствие четких показаний и противопоказаний для применения того или иного чрескожного метода, а также отсутствие единого одобренного протокола проведения миниинвазивных вмешательств, является причиной неадекватного лечения пациентов с эхинококкозом печени и развития осложнений и рецидивов, что диктует необходимость оценки причин развития осложнений и рецидивов и разработки алгоритма проведения чрескожных вмешательств при эхинококкозе печени.

Материал и методы

Для исследования были проанализированы 518 стационарных карт пациентов, которым по поводу эхинококкоза печени были выполнены миниинвазивные вмешательства в клинике факультетской хирургии Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова в период с 1983 г. по 2017 г. Одиночная киста была выявлена у 407 пациентов, а множественные кисты у 111, причем у 99 пациентов (19.1%) были выявлены от 2 до 4 кист, а у 12 пациентов (2.3%) 5 и более кист. В 218 наблюдениях были выявлены кисты первой стадии по классификации Гарби, в 196 наблюдениях кисты второй стадии, в 62 наблюдениях кисты третьей стадии и в 42 наблюдениях кисты 4 стадии У 21.7% (112 пациентов) были обнаружены кисты менее 3-х см. У

406 (78.3%) пациентов размер кисты составлял более 3-х см. Подобное деление кист по размеру обусловлено тем, что при кистах менее 3-х см мы выполняли лишь пункцию и противопаразитарную обработку кист, в то время как при большем диаметре выполнялась чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия.

Результаты

При эхинококковых кистах менее 3-х см нет необходимости в полном удалении хитиновой оболочки. При тщательной обработке кисты и достаточной экспозиции гермицида, хитиновая оболочка, оставшаяся в полости кисты, не несет в себе опасности. При кистах более 3-х см. целесообразно применение методики чрескожной чреспеченочной эхинококкэктомии. Средняя продолжительность госпитализации составила 6.1 ± 1.1 дней. В 477 наблюдениях не отмечалось никаких осложнений. Осложнения наблюдались в 7.9% наблюдений. Из них у 39 пациентов (7.5%) развилась преходящая анафилаксия, у 1 пациента (0.2%) кровотечение и у 1 пациента (0.2%) рецидив кисты в мягких тканях в месте стояния дренажа. Летальных исходов не было.

Выводы

Технически правильно выполненная пункция и противопаразитарная обработка эхинококковых кист, уменьшает сроки выздоровления, снижает общую дозу последующей противогельминтной терапии и является методом выбора при размерах кист не более 3-х см. Однако при большем диаметре более эффективна чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия. Противопоказаниями к миниинвазивным методам лечения являются кальцинированная фиброзная капсула, отсутствие безопасного чрескожного доступа, осложненные кисты.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Осложнения хирургического лечения рака молочной железы

Вагабова И.М., Тагирова А.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала,

Введение

Основным методом лечения рака молочной железы является хирургический. Объем оперативного вмешательства зависит от стадии заболевания, локализации опухоли, размера молочной железы, морфологической структуры опухоли, возраста и т.д. Несмотря на имеющуюся тенденцию в последние годы к органосохраняющим операциям при раке молочной железы достаточно высок процент радикальных мастэктомий. Наиболее частыми осложнениями являются кровотечения, инфицирование раны, лимфорея. При этом частота осложнений при радикальных операциях по данным разных авторов составляет: раневые инфекции – 2,8% до 15% , кровотечения в послеоперационном периоде – 1% до 4%, лимфорея – 20 – 61,7%.

Цель

Оценка потерь лимфы после различных операций на молочной железе.

Материал и методы

51 больная с раком молочной железы находившихся на стационарном лечении в онкохирургическом отделении ГКБ № 40 ДЗ г. Москвы. Им выполнены: радикальные резекции – 12, простая мастэктомия – 7, радикальная мастэктомия по Маддену – 24, радикальная мастэктомия по Пейти – 8 пациенткам. У 9 больных проведена предоперационная лучевая терапия 40 Грей, у 21 проведена неoadьювантная химиотерапия. Из сопутствующих заболеваний отмечали гипертоническую болезнь, ожирение, сахарный диабет. Подсчет количества лимфы проводили в послеоперационном периоде по количеству отделяемого по дренажам и количеству эвакуированной лимфы при пункции. После оперативного вмешательства у всех па-

циентов устанавливалась дренажная трубка, которая извлекалась в тот момент, когда лимфорея сокращалась до 100 мл в сутки.

Результаты

Объем и длительность лимфореи зависели от характера выполненного оперативного вмешательства. Максимальные средние потери лимфы отмечались после радикальной мастэктомии по Пейти и Маддену, и составили $2260 \pm 12,5$ мл и $1830 \pm 7,6$ мл соответственно. Относительно ниже показатели потери лимфы после радикальных резекций ($1445 \pm 10,1$ мл) и простой мастэктомии ($890 \pm 9,5$ мл). Наиболее длительная лимфорея так же отмечалась после радикальной мастэктомии по Пейти и Маддену, койко – день составил $23,1 \pm 1,3$ дня. При этом в двух случаях отмечено воспаление послеоперационной раны, что увеличило сроки нахождения в стационаре еще на 3 и 4 дня.

Лимфорея была более выражена у пациенток после предоперационной лучевой терапии, с ожирением II-III ст и/или сахарным диабетом и в среднем превышала на $325 \pm 6,5$ мл, что на $6,6 \pm 0,7$ дней удлиняло пребывание в стационаре.

Выводы

1) Показатели среднего объема выделенной лимфы, как и продолжительность лимфореи у пациенток напрямую зависят от объема оперативного вмешательства, сопутствующей патологии (ожирение и/или сахарный диабет), проведения предоперационной лучевой терапии.

2) Длительная лимфорея влияет на продолжительность стационарного и амбулаторного лечения, а также влияет на сроки проведения адьювантной терапии.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Повторная трансуретральная резекция мочевого пузыря в стадировании и лечении больных с поверхностным раком мочевого пузыря****Гасанов Н.Г. (1), Тагирова А.Г. (2).**

- 1) ГБУ РД «Республиканский онкологический диспансер» МЗ РД;
- 2) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Цель

Изучение частоты нерадикальных трансуретральных резекций (ТУР) при поверхностном раке мочевого пузыря, анализ частоты ошибок в стадировании рака мочевого пузыря.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 32 больных с поверхностным раком мочевого пузыря (pT1) за период с 2016 по 2018гг, ранее перенесших ТУР мочевого пузыря. Соотношение мужчин (27) и женщин (5) составило 5:1, средний возраст составил $6,6 \pm 3,2$ года. Повторный ТУР мочевого пузыря осуществляли у данных пациентов на 3-6 неделе после выполнения первичной ТУР (согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов). Показаниями к повторной ТУР являлись: отсутствие мышечного слоя, установленное при гистологическом исследовании препарата, неуверенность хирурга в радикальности выполнения операции, ранее проведенное ТУР в лечебном учреждении неонкологического профиля, низкая дифференцировка опухоли (G3), множественные опухолевые очаги выявленные при цистоскопии и первичном проведении ТУР.

Результаты

В ходе наблюдения у всех пациентов после первичной ТУР установлена стадия pT1G2-3.

Анализ результатов гистологического исследования показал, что у 12 (37,5%) пациентов после первичной ТУР мышечный слой отсутствовал, у 20 (62,5%) мышечный слой в удаленном препарате описан при плановом гистологическом исследовании.

После проведения повторной ТУР установлено, что у 16 (50,1%) больных – pT1G1-2, у 12 (37,5%) больных – pT1G3 у 3 (9,3%) – pT2G2-3 и у 1 (3,1%) – in situ. После проведения повторной ТУР 3 (9,4%) больным проведена резекция мочевого пузыря и 2 (6,25%) – радикальная цистэктомия.

Через 12-18 месяцев у 5 (15,6%) больных отмечено возникновение рецидива опухоли. Проведены ТУР мочевого пузыря, при этом у 4-х пациентов обнаружен неинвазивный рак, у 1 больного – инвазивный рак мочевого пузыря, которому впоследствии выполнена радикальная цистэктомия с тонкокишечной пластикой мочевого пузыря.

Выводы

Повторную ТУР необходимо выполнять всем пациентам с низкодифференцированными и множественными опухолями мочевого пузыря, так как это позволяет установить истинную стадию заболевания и выработать адекватную тактику введения больных.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Определение экономической эффективности и значимости одномоментного применения современных малоинвазивных технологий при хирургическом лечении сочетанных желчнокаменной болезни и заболеваний щитовидной железы

Алиев Ю. Д. Мехтизаде С.М.

Азербайджанский государственный медицинский университет, Баку

Актуальность

Сочетание хронического калькулезного холецистита и эндокринологических заболеваний встречается относительно редко. Однако, в следствие неполного до госпитального обследования больных, дискоординации взаимодействия хирургов-гепатологов и эндокринологов и боязни расширения объема операции, таким пациентам зачастую приходится переносить двухэтапное хирургическое лечение. Это приводит к повторному операционно-анестезиологическому риску, морально-психологическому стрессу, ухудшению качества жизни, экономическим потерям. Материалы и методы исследования. В Научном центре хирургии им. М.А. Топчибашева на стационарном лечении находились 33 больных желчекаменной болезнью в сочетании с различными формами зоба. Из них 30 женщин и 3 мужчины в возрасте от 17 до 63 лет. Среди пациентов преобладали лица трудоспособного возраста. Все 33 пациента, были разделены на две группы. Основную группу составили 22 больных, которые были оперированы с использованием лапароскопической техники с лигашуром (холецистэктомия в сочетании тиреоидэктомией). Контрольную группу составили 11 пациентов, где были использованы традиционные способы хирургических вмешательств на желчном пузыре в сочетании тиреоидэктомией. Всем больным с различными формами зоба и желчекаменной болезни при поступлении и в динамике: были выполнены следующие клинические лабораторные исследования: Методика исследования включала следующие разделы: 1) клиническое обследование, проводимое при заболеваниях щитовидной железы и желчекаменной болезни, включающее сбор анамнеза и врачебный осмотр; общеклиническое лабораторное обследование; специальные лабораторные и инструментальные методы исследования функции и морфологии щитовидной железы

и желчного пузыря. Общеклиническое обследование включало традиционные методы (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию). Оно позволяло оценить состояние жизненно важных органов и систем, определить наличие сопутствующей патологии, степень компенсации органов, выявлять общесоматические показания к проведению той или иной предоперационной подготовки. Другим важным методом диагностики новообразований щитовидной железы и желчекаменной болезни являются УЗИ и КТ. Морфологическая диагностика включала дооперационную пункционную биопсию под УЗИ-контролем, интраоперационное цитологическое исследование ткани щитовидной железы и плановое гистологическое исследование.

Заключение

Предложенные новые малоинвазивные технологии и инструменты (лигашур) для рассечения тканей при одномоментном выполнении сочетанных операций на желчном пузыре и щитовидной железе в различных ее формах, способствуют уменьшению времени стабилизации гемодинамических параметров, интенсивности болевого синдрома и пребывание больных в стационаре. Использование патогенетически обоснованной рациональной лечебно-диагностической тактики у больных, с одномоментным применением новых малоинвазивных технологий при выполнении сочетанных операций на желчном пузыре и щитовидной железе в различных ее формах улучшают результаты лечения ближайших и отдаленных результатов. Использование одномоментного применения новых малоинвазивных технологий у больных сочетанных желчнокаменной болезни и заболеваний щитовидной железы приводит к ранней реабилитации и восстановления нормального образа жизни и трудоспособности, обеспечивает высокую экономичность лечения и имеет большое социальное значение.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Значение клинико-анатомических данных в аспекте хирургического лечения больных онкологическими заболеваниями органов гепатобилиарной зоны**

Жариков Ю.О. (1), Байдарова М.Д. (2), Тупикин К.А. (3), Коваленко Ю.А. (2), Нерестюк Я.И. (4), Николенко В.Н. (1)

- 1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
- 2) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва
- 3) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва
- 4) Московский НИОИ имени П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Высокий уровень осложнений хирургического лечения больных опухолями печени и внепеченочных желчных протоков требует многогранной оценки каждого из этапов лечения, особенно этапа предоперационной подготовки и обследования больного.

Цель

Оценка значения клинико-анатомических данных больных опухолями органов гепатобилиарной зоны в аспекте ближайших результатов хирургического лечения после резекций печени.

Материалы и методы

Проведен анализ данных 10 пациентов, прошедших лечение по поводу опухолей печени и проксимальных внепеченочных желчных протоков (ВЖП) в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России с 2011 по 2016 г. Средний возраст пациентов составил 52 года (интервал от 23 до 75 лет); включено 5 мужчин и 5 женщин. Адекватной декомпрессии желчных путей и разрешения механической желтухи по клинико-лабораторным данным удалось достичь у 90% больных. Предоперационный уровень билирубинемии составил $24,5 \pm 18,2$ мкмоль/л. Изучены следующие анатомо-конституциональные и клинические параметры пациентов: индекс массы тела (ИМТ), индекс скелетной мускулатуры и подкожной жировой клетчатки (ПЖК), объем висцерального жира (ОВЖ), объем операции, абсолютное количество лимфоцитов, основное заболевание. Тяжесть послеоперационных осложнений оценена согласно классификации Clavien-Dindo. Измерение площади скелетной мускулатуры и ПЖК выполнялось с использованием программного обеспечения Myrian (Intrasense, France) и данных предоперационной компьютерной томографии (аксиальный скан КТ-изображения на уровне L3 поясничного позвонка в нативную фазу исследования). Для выявления факторов риска неблагоприятного течения послеоперационного периода проведен моно- и полифакторный регрессионный анализ Соx. Корреляция между зависимыми переменными определена с помощью индекса корреляции Спирмена. Различия были признаны статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

ИМТ $23,4 \pm 3,71$ кг/м² (медиана 22,5 кг/м²). У 1 (10%) пациента отмечался дефицит массы тела – ИМТ < 20 кг/м², у 1 – ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), у 3 – избыточный вес (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²). Послеоперационные осложнения развились у 80% пациентов с 1 летальным исходом. Индекс скелетной мускулатуры составил $43,06 \pm 10,7$ см²/м². Индекс ПЖК составил $48,67 \pm 19,08$ см²/м²; ОВЖ – $2314,6 \pm 1994$ см³. В 6 случаях было резецировано 4 и менее сегментов печени, расширенные резекции печени выполнены в 4 случаях; у 6 выполнена резекция печени с ВЖП с последующей гепатикоюностомией. У 6 больных диагностирована саркопения, в том числе у всех пациентов с осложнениями IV и V степени тяжести. Обнаружена статистически значимая прямая умеренная корреляционная связь между развитием осложнений и наличием в предоперационном периоде саркопении (0,84; $p < 0,05$). Кроме того, было показано, что ИМТ в большей степени определяется ПЖК и ОВЖ (прямая сильная корреляционная связь), нежели массой скелетной мускулатуры. Индекс ПЖК является независимой переменной ИМТ ($p = 0,023$). Длительность послеоперационного пребывания в стационаре у больных с саркопенией была достоверно больше, чем у больных без саркопении (36,67 против 18,25 дней, $p = 0,047$). Монофакторный регрессионный анализ показал статистически значимое влияние тяжести осложнений на послеоперационный койко-день ($p = 0,033$), также отмечена статистически значимая сильная прямая корреляционная связь между этими переменными (0,74; $p < 0,05$). При полифакторном регрессионном анализе определены факторы риска тяжелых послеоперационных осложнений: наличие саркопении ($p = 0,032$) и заболевание, по поводу которого выполнено оперативное вмешательство ($p = 0,042$).

Заключение

Оценка конституциональных особенностей и метаболического статуса пациентов с онкологическими заболеваниями печени и ВЖП, которым планируется хирургическое лечение, позволит выявить пациентов повышенного риска послеоперационных осложнений с целью принятия наиболее рационального предоперационного лечебного алгоритма. Полученные данные отражают необходимость предоперационной нутриционной терапии и реабилитации с целью улучшения ближайших результатов высокотехнологичной хирургии, такой как обширные резекции печени и ВЖП.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Папиллосфинктеротомия при осложнённом холедохолитиазе

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Коссе Д.М., Межаков С.В., Каплун А.И., Литвинова А.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», ДНР, Донецк

Актуальность

Холедохолитиаз (ХДЛ) наблюдается в 12,1-29,8% случаев и в 46,7-91,2% является причиной обтурационной желтухи. Хирургические вмешательства, выполняемые на фоне желтухи сопровождаются большой частотой осложнений, а летальность достигает 14-32%. В настоящее время всё шире применяются малоинвазивные способы лечения. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) признана оптимальным способом декомпрессии на первом этапе оперативного лечения.

Материал и методы

Проанализированы результаты 758 ЭПСТ, которые выполнены за последние 9 лет в I хирургическом отделении ДоКТМО, что составило 86,4% от всех пациентов с осложнённым ХДЛ. Мужчин было 204 (26,9%), женщин – 554 (73,1%). Средний возраст составил $56,4 \pm 2,1$ лет. Пациентам применяли (в разных сочетаниях): ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию. ЭПСТ выполняли по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINONERX – 201 N; PENTAX – 1000 (Япония) и С-дуги.

Полученные результаты

Причинами нарушения проходимости общего жёлчного протока у больных явились: первичный ХДЛ – в 474 (62,5%) случаях, резидуальный ХДЛ – в 187 (24,7%) случаях, рецидивный ХДЛ – в 97 (12,8%) случаях. Первым этапом всем больным была выполнена ЭПСТ. У 24 больных ЭПСТ не удалось выполнить из-за больших конкрементов в общем жёлчном протоке (17), парапапиллярного дивертикула, стеноза папиллы (7), этим пациентам выполнена лапаротомная операция. На втором этапе выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), за исключением 9 пациентов, которые отказались от дальнейшего

лечения, и 5 пациентов, у которых анестезиологический риск превышал операционный. В 24 случаях успешно применён разработанный нами «Назобилиарный катетер-дренаж» (патент №123095 от 12.02.2018 г.). В целом после ЭПСТ осложнения наблюдались в 113 (15,1%) случаях: острый панкреатит – у 63 с присоединением плевропневмонии у 11 из них и ферментативного перитонита – у 19. Кровотечение из папиллотомной раны было у 9 пациентов: в 1 случае оно остановлено эндоскопически, в 1 – консервативно, а у одной пациентки, в связи с неэффективностью консервативной гемостатической терапии, выполнена лапаротомия, дуоденотомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. Холангит развился у 8 больных. Умерли 3 (0,4%) больных: 1 пациентка 69 лет – после купирования острого панкреатита на 7-е сутки от тромбоэмболии легочной артерии, 2 пациента – от прогрессирующего тяжёлого панкреонекроза.

Обсуждение

Длительность развития холедохолитиаза у пациентов составила от 8 месяцев до 17 лет. Таких пациентов целесообразно оперировать на более раннем этапе. Для профилактики развития панкреатита до и после ЭПСТ вводили сандостатин, антибактериальные препараты, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы протонной помпы. После применения модифицированного «Назобилиарного катетера-дренажа» осложнений не наблюдали.

Выводы и рекомендации

Двухэтапные вмешательства (ЭПСТ + ЛХЭ) целесообразно применять для лечения осложнённых форм ХДЛ, особенно у пожилых лиц с тяжёлой сопутствующей патологией, в специализированных хирургических гепатологических центрах. При первичном выявлении калькулёзного холецистита показана холецистэктомия, чтобы предотвратить появление осложнённых форм ХДЛ.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Способ оптимизации выявления связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками****Хацко В.В., Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Пархоменко А.В., Войтюк В.Н., Потапов В.В.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького». ДНР, Донецк

Актуальность

В последние годы в несколько раз увеличилось количество пациентов с очаговыми образованиями печени (ООП) из-за широкого применения ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Среди всех случаев доброкачественных ООП непаразитарные кисты печени составляют 5,1 – 13,2%. Важное значение имеет обнаружение связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками, так как хирургическая тактика при разных вариантах этой патологии будет различная. Только в редких случаях с помощью фистулохолангиографии, с введением контрастного вещества через дренаж жёлчного пузыря, общего жёлчного протока или дренированной кисты печени, возможно выявление сообщения между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками. Однако такое динамическое лучевой исследование сопровождается повышенной дозой рентгеновского облучения. Всё это обуславливает актуальность данной проблемы.

Материал и методы

В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького» разработан «Способ оптимизации выявления связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками» (патент №123167 от 12.02.2018 г.). Способ включает чрескожное чреспечёночное дренирование кисты печени под контролем ультразвукового исследования, удаление содержимого, введение через дренаж озонированного раствора красителя (например, метиленовой сини) с барботажной концентрацией озона 40 – 60 мг/л. После дренирования образования и удаления содержимого выполняют фиброгастродуоденоскопию. Обнаружение красителя, вытекаемого

из большого дуоденального сосочка, который выявляют с помощью фиброгастродуоденоскопии, свидетельствует о наличии связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками. Раствор метиленовой сини насыщали озоном с помощью аппарата «ОЗОН УМ-80».

Результаты

Способ успешно применён у 14 пациентов с кистозным образованием печени. Выявлено чёткое сообщение между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками. Осложнений после применения этого способа не наблюдали. Оперативное вмешательство заключалось в фенестрации кистозного образования, диатермокоагуляции или прошивания устья сообщения кисты печени с внутрипечёночными жёлчными протоками.

Обсуждение

Ликвидация сообщения между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками во время оперативного вмешательства предупреждает возможные осложнения (нагноение кисты, холангит и др.). При этом обязательно выполняют фенестрацию кисты, деэпителизацию с дренированием остаточной полости. Озон повреждает мембрану микробной клетки путём озонлиза и действия индуцированных окислителей.

Выводы

Таким образом, разработанный способ повышает точность диагностики и способствует усилению бактерицидного, реологического и детоксикационного действия озонированного раствора красителя. Способ целесообразно применять в хирургических отделениях.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Особенности лечения пациентов холедохолитиазом осложненной механической желтухой

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов Х.М.

ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Современная тенденция развития подходов к лечению больных механической желтухой заключается в стремлении более широкого применения малоинвазивных методов, позволяющих добиться оптимального результата при минимальной операционной травме.

Цель

Улучшение результатов лечения больных с осложненным течением желчнокаменной болезни с применением эндоскопической папилосфинктеротомии.

Материалы и методы

Анализированы результаты лечения 188 пациентов холедохолитиазом механической желтухой. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Возраст больных от 27 до 83 лет, при этом преобладали пациенты старше 60 лет (65%), отягощенные различными сопутствующими заболеваниями и высокой степенью операционного риска. Это требовало проведения хирургического вмешательства в два этапа.

Результаты

Из 188 больных у 53 (28,2%) больных эндоскопические операции были выполнены по поводу резидуального или рецидивного холедохолитиаза, у 135 (71,8%) – желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

На первом этапе с целью определения причины и уровня обтурации желчных путей всем больным была выполнена ретроградная холангиопан-креатография с последующей эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ). Из

общего числа (188) наблюдений у 58 (30,8%) пациентов возраста в виду тяжелой сопутствующей патологии ЭПСТ была единственным методом вмешательства. У остальных 130 (69,2%) хирургическое лечение выполняло в два этапа. При этом у 85 пациентов ЭПСТ выполнена типичным канюляционным методом, при котором холедохолитоэкстракция конкрементов производилась с помощью корзины Dormia, у 10 пациентов отмечено самостоятельное отхождение конкрементов в течение 3–5 сут. В 88 (46,8%) случаях имело место сочетание папиллостеноза и холедохолитиаза, у 16 (18,5%) пациентов – вклиненный камень ампулы БДС. В этих случаях ЭПСТ выполнена атипичным способом.

После купирования желтухи и проведения контрольного УЗИ органов брюшной полости, как второй этап, этой группе больных была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия.

Осложнения в виде кровотечения из папиллотомии, острого панкреатита после ЭПСТ наблюдалось у 15 пациентов (7,8%). Умерло 2 больных от развившегося панкреонекроза, что составило 1,1% летальности. После лапароскопической холецистэктомии осложнений не было.

Заключение

Применение эндоскопической папилосфинктеротомии у пациентов холедохолитиазом осложненным механической желтухой, является альтернативным методом решения данной проблемы на современном этапе, особенно у лиц с высокой степенью операционного риска. У пациентов, перенесших ранее операции на желчных путях с резидуальными конкрементами, ЭПСТ позволяет избежать повторных оперативных вмешательств.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Видеоторакоскопическое лечение посттравматического свернувшегося гемоторакса**

Колкин Я.Г., Ступаченко О.Н., Вегнер Д.В., Греджев Ф.А., Ступаченко Д.О., Филахтов Д.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького». ДНР, Донецк

Актуальность

В настоящее время летальность после торакальной травмы находится на втором месте после черепно-мозговой травмы. Методы и сроки лечения при гемотораксе до сих пор дискутируются.

Материал и методы

За последние 8 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького находились на лечении 750 пациентов с тяжелой травмой груди. Мужчин было – 510 (68%), женщин 240 (32%), в возрасте от 15 до 89 лет. Из них у 122 был выявлен посттравматический свернувшийся гемоторакс. Для уточнения диагноза гемоторакса применяли общепринятые методы обследования. Основными из них являлись общеклинические, рентгенография грудной клетки, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование, а также диагностическая плевральная пункция.

Результаты

Видеоторакоскопия (ВТС) оказалась вполне эффективной для удаления свернувшегося гемоторакса у 78 больных. В 44 случаях для удаления свернувшегося гемоторакса применена стандартная торакотомия, в связи с поздним обращением пациентов (более 12 суток) после получения травмы и необходимостью выполнения обширной декорткации лёгкого. Сгустки крови фрагментировали и удаляли с помощью видеоторакоскопических инструментов, введенных в плевральную полость. Во время и после удаления свернувшегося гемоторакса плевральную полость промывали растворами антибиотиков и антисептиков. Для окончательного контроля аэро-, гемостаза перед оконча-

нием операции применяли повторный осмотр плевральной полости, зоны ранений и выполненных вмешательств, мест стояния торакопортов. ВТС завершали санацией плевральной полости, контролем гемостаза и аэростаза, направленным дренированием плевральной полости двумя дренажными трубками (8 мм), которые имели боковые отверстия. Один дренаж направляли к куполу плевры, второй – в диафрагмальный синус. С помощью торакоскопии можно эффективно расположить дренажи, что служит предпосылкой полного и быстрого расправления лёгкого в послеоперационном периоде, снижает вероятность послеоперационных осложнений.

Обсуждение

Наш опыт показал, что наиболее оптимальные сроки для видеоторакоскопического удаления свернувшегося гемоторакса – до 7 суток после травмы. Именно в это время ещё возможны максимальная фрагментация сгустков крови и их полное удаление с последующим полным расправлением лёгкого. Отмечено, что послеоперационный период после ВТС протекает значительно легче, чем после стандартной торакотомии. Количество инфекционных послеоперационных осложнений после стандартной торакотомии было в 2,6 раза выше, чем в группе больных, которым была проведена ВТС.

Выводы

Таким образом, видеоторакоскопия является достаточно эффективным лечебно-диагностическим пособием при свернувшемся гемотораксе, что позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений и летальности, а также сократить сроки лечения. Видеоторакоскопию целесообразно применять в хирургических отделениях при такой патологии.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Малоинвазивное лечение острого инфицированного панкреонекроза

Зубов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Нестеров Н.А., Крупка А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького». ДНР, Донецк

Актуальность

С каждым годом неуклонно увеличивается количество больных с острым панкреатитом (ОП). Наиболее тяжёлой формой ОП является острый инфицированный панкреонекроз (ОИП), который сопровождается высокой летальностью (от 48 до 62%) из-за развития эндотоксикоза, панкреатогенного сепсиса, полиорганной недостаточности. До настоящего времени многие вопросы диагностики и лечения инфицированного панкреонекроза являются дискуссионными.

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и лечения 110 больных с ОИП, которым выполнено малоинвазивное катетерное лечение под ультразвуковым контролем. Среди них – 74 (67%) мужчин и 36 (33%) женщин в возрасте от 24 до 76 лет. В 62 (56,4%) случаях инфицированный панкреонекроз имел алиментарно-алкогольное происхождение, в 48 (43,6%) – явился осложнением жёлчнокаменной болезни (ЖКБ). Различные сопутствующие заболевания выявлены у 81 (73,6%) пациентов.

Панкреонекротический абсцесс обнаружен у 42 (38,4%) больных, панкреонекротическая флегмона – у 68 (61,6%). Для уточнения диагноза пациентам выполнены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Результаты

23 больным с жёлчнокаменной болезнью и стенозом фатерова сосочка выполнили эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию.

108 пациентам выполнена прицельная тонкоигльная пункция под контролем УЗИ. У большинства этих больных в очагах инфицированного панкреонекроза преобладали жидкий гной и мелкие секвестры. При обнаружении гноя пункцию дополняли катетерным дренированием по принципу Сельдингера. Нередко для удаления секвестров использовали катетеры возрастающего диаметра.

После видеозендоскопического дренирования состояние 73 (67,6%) больных улучшилось, что позволило завершить лечение без лапаротомии. В 35 (32,4%) случаях, когда большие секвестры не удавалось удалить через широкие катетеры, выполняли конверсию в лапаротомию. Малоэффективная 8 – 10-суточная малоинвазивная санация являлась показанием к лапаротомному вмешательству.

Обсуждение

Наиболее информативными методами исследования пациентов с ОИП явились ультразвуковая и компьютерная томография с контрастированием. Больные получали комплексное лечение (антибиотики, инфузионную терапию, сандостатин, 5-фторурацил, даларгин, рабелок, мексидол, парантеральное и раннее зондовое питание, плазмаферез, экстракорпоральную детоксикацию). Чтобы предотвратить развитие синдрома системной воспалительной реакции с полиорганной недостаточностью, пациентов оперировали в течение 3 – 4 нед от начала заболевания. После видеозендоскопического малоинвазивного лечения различные осложнения отмечены в 28 (25,5%) случаях. Причинами смерти у 13 (11,8%) чел. явились: септический шок и полиорганная недостаточность – 8, перитонит – 4, кровотечение – 1.

Выводы

Таким образом, малоинвазивное катетерное дренирование под контролем УЗИ может использоваться в качестве способа завершения диагностики и стартового лечения пациентов ОИП при преобладании жидкого гноя в панкреонекротических абсцессах и эпигастральных флегмонах.

Лапаротомия и формирование поперечной оментобурсопанкреатостомии показаны при неэффективности малоинвазивного лечения в течение 8 – 10 суток или наличии больших секвестров. Интенсивное комплексное лечение и срочное начало малоинвазивного хирургического лечения не позднее 3-4-й недели от начала заболевания способствуют снижению количества послеоперационных осложнений и летальности.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Возможности применения индоцианина зеленого в колоректальной хирургии****Атрощенко А.О., Стрельцов Ю.А., Абдулатипова З.М., Данилов М.А., Поздняков С.В., Долгопятов И.А., Саакян Г.Г.**

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логинова ДЗ, Москва

Актуальность

Рак толстой кишки занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности. В России заболеваемость раком толстой кишки у лиц обоих полов составляет 26,03 случаев на 100 000 населения. Несмотря на отсутствие «золотого стандарта» объема лимфаденэктомии, значимость удаления регионарных лимфоузлов при раке ободочной кишки показана в многочисленных международных исследованиях. Выполнение D3 лимфаденэктомии сопряжено с определенными техническими трудностями. Другой нерешенной по сей день проблемой операций на толстой кишке является несостоятельность анастомоза, частота развития которой варьируется от 3 до 28%.

Цель

Оценить результаты применения индоцианина зеленого для интраоперационной визуализации лимфатических узлов и определения адекватности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки.

Материалы и методы

Всего прооперировано 10 человек с установленным диагнозом рак толстой кишки pT2-4aN0-2M0-1 стадии II–IV с нестенозирующими опухолями (просвет кишки в области опухоли позволял ввести эндоскоп проксимальнее опухоли), которым была выполнена резекция толстой кишки с D3 лимфаденэктомией и формированием анастомоза с применением индоцианина зеленого (ИЗ) (интраоперационное паратуморальное введение 0,3 мл 2,5 мг/мл раствора индоцианина зеленого и внутривенное введение 0,2 мг/кг 2,5 мг/мл раствора индоцианина зеленого непосредственно перед оценкой кровоснабжения анастомозируемых участков кишки). Средний возраст пациентов составил 68,2±10,71 лет. Всем пациентам проводилось предоперационное обследование по принятой в клинике методике в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Оперативное вмешательство выполнялось лапароскопическим доступом. На свежем препарате (в условиях полного затемнения с применением инфракрасной камеры) производи-

лась маркировка групп лимфатических узлов (ЛУ) согласно японской классификации. Послеоперационное ведение пациентов осуществлялось по принятой в клинике методике с применением шкалы несостоятельности анастомозов DULK и выполнением проктографии с водорастворимым контрастным препаратом на 7-е сутки послеоперационного периода при формировании колоректальных анастомозов.

Результаты

Среднее количество обнаруженных ЛУ составило 21,7±8,28 (от 12 до 37). Метастатическое поражение ЛУ имело место в 7 случаях, обнаружено от 1 до 18 метастатически пораженных ЛУ. В 4-х случаях было отмечено метастатическое поражение ЛУ третьего порядка, при котором имело место также метастатическое поражение ЛУ 1 и 2 порядков. Успешное паратуморальное введение ИЗ удалось во всех случаях, вне зависимости от качества подготовки кишки к эндоскопическому вмешательству, что обеспечило визуализацию ЛУ 1 и 2 порядка во всех случаях и визуализацию ЛУ 3 порядка в 9 случаях из 10. В одном случае ЛУ третьего порядка не визуализировались ИЗ, однако был обнаружен метастатически пораженный ЛУ. В одном случае после оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишки была изменена запланированная область пересечения кишки. В одном случае развилась клинически незначимая несостоятельность анастомоза после формирования низкого колоректального анастомоза с превентивной двустольной трансверзостомой, выявленная при проведении проктографии. Во всех случаях хирурги позитивно оценивали применение ИЗ при опросе непосредственно после операции. Ни в одном случае не отмечено развитие побочных действий, связанных с введением ИЗ.

Заключение

Результаты нашего наблюдения говорят о том, что применение ИЗ является безопасным и удобным методом в колоректальной хирургии, который в большинстве случаев облегчает выполнение D3 лимфаденэктомии и может быть полезен для снижения частоты развития несостоятельности анастомоза.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Профилактика послеоперационного перитонита

Фролкин В.И., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель

Оценить разные методы защиты толсто-толстокишечного анастомоза при хирургическом лечении в качестве профилактики развития послеоперационного перитонита.

Материал и методы

Изучены истории болезни 74 больных с заболеваниями сигмовидной кишки. У 20 больных использован оригинальный способ защиты толстокишечного анастомоза (патент РФ № 2086188).

Результаты

В I клиническую группу вошли 22 больных, у которых был сформирован классический двухрядный анастомоз, без защиты. Применяли двухрядный узловый шов. Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 10 (45,5%) больных, 8 из них носили гнойно-септический характер. Среди последних перитонит был у 4 (18,0%) больных: у 1 – перитонит явился следствием наступившей физической несостоятельности, у 3 – развился при «держущих швах» анастомоза. Кроме того, абсцесс забрюшинной клетчатки возник у 2 больных и столько же инфильтратов брюшной полости. Из 4 больных, послеоперационный период которых осложнился перитонитом, релапаротомия была выполнена 2, из них 1 умер. У 2 больных перитонит был отграниченным и разрешился формированием калового свища. II клиническую группу составили 32 больных, операции у ко-

торых завершились защитой анастомоза сальниковой муфтой. Послеоперационный период осложнился у 17 больных (53,13%), из них у 10 (31,25%) развились гнойно-септические осложнения. У 2 (6,25%) больных в раннем послеоперационном периоде развилась физическая несостоятельность швов, но разлитой перитонит не возник. У 5 (15,63%) больных отмечена биологическая несостоятельность анастомоза. Воспалительный процесс ограничился пределами сформированной вокруг анастомоза сальниковой сумки. III группа – 20 больных, у которых операции завершились защитой анастомоза брюшинной сумкой, сформированной по оригинальной методике. Техническим отличием этого способа защиты анастомоза от аналогов является выкраивание П-образного лоскута из брыжейки резецированного участка сигмовидной кишки. Данный способ не требует дополнительного этапа, в ходе которого формируется лоскут большого сальника и осуществим вне зависимости от длины и типа кровоснабжения большого сальника. Ранние послеоперационные осложнения были у 7 (35,0%) больных; у 6 они носили гнойно-септический характер.

Выводы

Значительное снижение числа послеоперационных осложнений при ограничении зоны анастомоза от свободной брюшной полости в дренируемую через контрапертуру брюшинную сумку, указывает на ряд очевидных преимуществ фиксированной экстраперитонизации и позволяет рекомендовать её в качестве метода выбора при резекции сигмовидной кишки.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Выбор оперативного метода на основе морфо-функционального состояния местных тканей при рецидивах вентральных грыж****Новрузов Ш.Р. , Новрузов Р.М.**

Клиника Шафкат. Азербайджан, Сумгаит

Исследованы морфо-функциональные изменения местных тканей передней брюшной стенки у части контингентов (47 больных) из 134 больных с вентральными грыжами и их рецидивами, сопровождающиеся дисплазиями соединительной ткани, получивших лечение с 2000 по 2017 годы в хирургическом отделении больницы №4 города Сумгаит, которые составили основную группу. В сравнительную группу вошли больные (25 больных – 100%) без грыжи передней брюшной стенки живота, но с послеоперационными рубцами данной области. Из основной группы у 91 (67,9%) больной были рецидивные вентральные грыжи без «фартукообразного свисания» передней брюшной стенки живота. У 46(34,3%) больных имели места паховых, а у 45 (33,6%) больных рецидивные вентральные грыжи разной локализации передней брюшной стенки живота. Из 43 (32,1%) больных входящих в основную группу, у 31 (23,1%) отмечены вентральные грыжи и их рецидивы в форме «фартука» сопровождающиеся алиментарным ожирением. У 12 (10,0%) больных выявлена другая форма «фартука», абдоминальной спланхноптоз с вентральными грыжами и их повторными рецидивами. У части (47-35,1%) больных из обеих групп взяты

местные тканевые образцы (дерма-гиподерма-апоневроз) для изучения существующего состояния и аномального характера тканевых соединительных структур. У больных с рецидивирующими грыжами из 27 рецидивы повторялись 2-6 раз.

В сравнительной группе не наблюдались серьезные аномальные проявления в морфо-функциональном состоянии тканевых образцов, взятых из дермы и апоневроза. У больных основной группы в тканевых образцах взятых из дермы и апоневроза выявлено ряд морфологических изменений, которые были систематизированы следующим образом: гипоплазия коллагенового каркаса, низкий уровень фибропластической активности, изменение и исчезновение вектора коллагеновых пучков апоневроза, замена «фиброзно- васкулярного» типа васкуляризации апоневроза с «липогенетическим» типом васкуляризации. И так при лечении вентральных грыж и их рецидивов сопровождающихся формами соединительно тканной дисплазии, перед выполнением герниопластики оценено морфо-функциональное состояние местных тканей и учитывая изменение в этих тканях, выбран более надёжный метод герниопластики.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Наша тактика при лечении вентральных грыж разной локализации передней стенки живота

Новрузов Ш.Р., Новрузов Р.М.

Клиника Шафкат. Азербайджан, Сумгаит

Обследованы и оперированы 58 больных с грыжами: из них у 21 больного (36,2%) была паховая грыжа, а у остальных 37(63,8%) больных наблюдались грыжи передней стенки живота с разными локализациями. Из них у 10 больных наблюдались грыжи передней стенки живота с спланхноптозом.

Гернопластика при паховых грыжах выполнялась классическим методом Лихтенштейна, применяя съемные швы при фиксации эксплантатов : первоначально эксплантат фиксируется к паховой связке и к прямой мышце живота двумя узловыми швами. Эти швы предупреждают миграцию эксплантата. Затем эксплантат фиксируется к Пупартовой связке и внутренней косой мышце непрерывными швами, концы которой выводятся на уровень угла ран, на поверхность кожи. Концы швов завязываются, а через неделю их можно снять. При сохранности передней стенки пахового канала нет необходимость применять фиксирующие швы.

При пластике грыж передней стенки живота с разными локализациями эксплантаты также фиксируются с помощью съемных швов. Края эксплантатов фиксируются к апоневрозу узловыми швами, расстояние между которыми 3- 4 см. От первого ряда швов применяются непрерывные съемные швы медиально на 1-2 см, завершая накладывание швов вышеуказанным методом.

При фиксации эксплантатов к апоневрозу, непрерывными съемными швами, местные ткани не подвергаются хронической ишемии, таким образом, сокращается время операции и расходы шовного материала.

В зависимости от гипермобильности апоневроза, после обработки грыжевого мешка часть ниже шовной линии зашивается эксцентрично узловыми швами. Швы второй линии как бы напоминают герниопластику по методу Ру. В итоге первая шовная линия закрывается за счет дубликатуры апоневроза разной плоскости. На самом деле над грыжевыми воротами формируется тройной слой из апоневроза. При большом размере ворот вентральных грыж ($W > 10$ см), сопровождающихся спланхноптозом абдоминальной формы, учитывая гипермобильность апоневроза, ликвидации грыжи выполняется следующим образом: проксимальный край апоневроза зашивается узловыми швами к низу его дистальной части ближе к симфизу. Часть дистального края апоневроза, берущий начало с костей таза, бывает более живым и крепким. Свободная часть дистального края апоневроза зашивается над проксимальным слоем. В результате получается дубликатура, как противоположный вариант классического метода Мейо.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Программа «Fast-track» у больных с желчнокаменной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы****Гербали О.Ю.**

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Актуальность

Проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости давно привлекает внимание специалистов разных областей. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) занимают 1 и 3 места в структуре хирургических заболеваний желудочно-кишечного тракта соответственно. По данным статистических исследований, в Европе и США ЖКБ диагностируют у 10-15 % взрослого населения. Число ежегодно выполняемых в мире холецистэктомий превышает 500 тысяч. Тогда как согласно результатам исследований, проведенных в Западной Европе и США, ГПОД выявляется у 30–40 % населения, причем до 25 % пациентов нуждаются в постоянной медикаментозной терапии, а 15 % – исключительно в хирургическом лечении. На сегодняшний день актуальным направлением является поиск мер, которые позволили бы проводить симультанные операции, сократив при этом количество осложнений и сократить сроки стационарного лечения. Довольно интересным и перспективным направлением в современной малоинвазивной хирургии является изучение роли применения программы «Fast-track» для выполнения симультанных операций.

Цель

Изучить эффективность применения программы «Fast-track» в симультанной хирургии на примере операций по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита и ГПОД. Материалы и методы. Работа выполнена у 37 больных (основная группа) с хроническим калькулезным холециститом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, и сравнительный ретроспективный анализ хирургического лечения 35 больных (группа сравнения) с идентичными нозологическими единицами. Все больные находились на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУЗ РК ГКБ № 7 города Симферополя, в период с 2016 по 2017 гг., и с 2015 по 2016 гг. соответственно. Среди наших пациентов было 28 (38,9 %) женщин и 44 (31,1 %) мужчин. Статистически значимых отличий по полу между группами не было ($p > 0,05$). Возраст пациентов колебался от 21 до 68 лет. Средний возраст в I группе составил $42 \pm 6,1$ лет, во II группе $37 \pm 5,4$ лет (критерий Стьюдента $t = 0,7$, $p = 0,071$). При этом лечение больных основной группы проводилось в соответствии программы «Fast-track». Тогда как лечение больных из группы сравнения проводилось по стандартной общепринятой методике. Интраоперационно была произведена лапароскопическая холецистэктомия и вторым этапом проводилась

лапароскопическая круорография, фундапликация по Ниссену. Результаты и обсуждение. Через 2, 6 и 12 часов, а так же на 2-е сутки послеоперационного периода у 100 % больных из исследуемой группы уровень боли по шкале «ВАШ» не превышал 4 баллов. В первые сутки послеоперационного периода у 13 (37,1 %) пациентов группы сравнения была зарегистрирована рвота. Тогда как в основной группе в первые сутки рвота была зарегистрирована у 4 (10,8 %) больных. Восстановление перистальтики и отхождение газов в основной группе было зарегистрировано у 23 (62,2 %) больных через 24 часов, у 10 (27 %) больных через 28 часов, у 4 больных (10,8 %) через 18 часов послеоперационного периода. Стимуляция кишечника больным из основной группы не проводилась. В группе сравнения были следующие показатели: у 20 (57,1 %) больных начало восстановления перистальтики и отхождение газов отмечалось через 28 часов, у 11 (31,4 %) больных через 32 часов, у 4 (11,4 %) больных через 38 часов послеоперационного периода. 6 (17,1 %) больным из группы сравнения проводилась стимуляция кишечника. Соответственно восстановление перистальтики и отхождение газов в основной группе отмечалось через 18-24 часов (в среднем 22,1 ч), тогда как в группе сравнения через 28-38 часов (в среднем 36,1 ч). Данные полученные в результате анализа электрогастроэнтерографии свидетельствуют о том, что начало восстановления функции желудочно-кишечного тракта в основной группе отмечалось уже через 12-16 часов (в среднем $14 \pm 2,2$ ч), тогда как в группе сравнения через 21-30 часов (в среднем $24,1 \pm 4,7$ ч). У 5 (14,3 %) больных из группы сравнения были зарегистрированы случаи нагноения послеоперационной раны. Тогда как в основной группе случаи нагноения послеоперационной раны были зарегистрированы у 2 (5,4 %) больных. Средняя продолжительность нахождения в стационаре больных из группы сравнения составила 10-12 суток (в среднем $11,1 \pm 1,2$ суток). Тогда как средняя продолжительность нахождения больных из основной группы составила 6-9 суток (в среднем $7,9 \pm 1,2$ суток). Выводы. Применение программы «Fast-track» при симультанных операциях позволило уменьшить уровень болевого компонента в послеоперационном периоде, способствовало более раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника, позволило снизить риск развития послеоперационных осложнений, что существенно снижает сроки нахождения больных в стационаре и ускоряет процесс реабилитации больных в послеоперационном периоде. Это не только повышает качество хирургической помощи, но и имеет положительный социально-экономический эффект.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Результаты контактной уретеролитотрипсии при уретеролитиазе различного уровня локализации

Г.Р. Аскерханов. А.Г. Алиев. Абдуллаев И.С. Газимагомедов Г.П. Бадышев И.А.

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

Цель

Оценить эффективность, продолжительность дренирование верхних мочевых путей и наличие осложнений после контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ), в зависимости от локализации конкремента.

Материал и метод

Перспективному анализу были подвергнуты результаты 152 операций, выполненных в период с января 2014 по март 2018 гг. В зависимости от уровня локализации конкрементов, больные были распределены на две группы. В первой группе больные с камнями проксимального отдела (в\3 и ср\3) мочеточника – 45 (29,6%), во вторую – с конкрементами дистальной локализации (н\3) мочеточника – 107 (70,3%). Размеры конкрементов варьировались от 0,5 до 1,7мм. КУЛТ проводили по стандартной методике с применением ригидного уретероскопа фирмы «Карло-Шторц» 12Шр., с применением пневматического и ультразвукового литотриптера. Результаты оценивали по трем параметрам: 1. – полная фрагментация и удаление конкремента. 2. – послеоперационные осложнения (1 и более по шкале Clavien). 3. – необходимость длительного дренирования почки после операции.

Результаты

В первой группе резидуальные конкременты отмечались у 6 (13,3%) пациентов, у 3 (6,6%) больных отмечены послеоперационные осложнения и 15 пациентам (33%) выполнена установка внутреннего мочеточникового стента более чем на сутки. Во второй группе после операции резидуальные конкременты имелись у 7 (6,5%) пациентов, при этом у 16 (14,9%) больных отмечены осложнения, а длительное дренирование почек потребовалась 22 (20,5%) пациентам.

Выводы

Выявлены различия эффективности методики в зависимости от уровня локализации конкремента в виде большей доли резидуальных конкрементов после операции на проксимальном отделе мочеточника. Показатели послеоперационных осложнений и длительности дренирования в группах практически не отличаются.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Опыт применения дистанционной и контактной литотрипсии больным с мочекаменной болезнью****Аскерханов Г.Р. Алиев А.Г. Абдулаев И.С. Гарунов Р.М. Бадышев И.А.**

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

Цель

Определить эффективность дистанционной и контактной литотрипсии в лечении больных с мочекаменной болезнью.

Материал и метод

В период с января 2014 года по апрель 2018 года в Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова пролечено 251 пациента с мочекаменной болезнью. Среди которых было 141 мужчин и 110 женщин, возраст пациентов варьировал с 25 по 68 лет, в среднем составил 45 лет.

В исследовании вошли пациенты, с камнями почек размером не более 2,0 см, размер камня в мочеточнике не имел значения. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) выполнялась больным с неосложненными камнями почек и мочеточника. Контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) проводилась больным с камнями высокой плотности более 1000HU и размерами более 5мм; протяженные «каменные дорожки» после ДУВЛ; длительно находящиеся в нижней и средней трети (с\3) мочеточника; множественные камни дистального отдела мочеточника; камни нижней трети (н\3) мочеточника с низкой перспективой самопроизвольного отхождения при размере более 5мм; рентгеннегативные камни независимо от размеров и уровня локализации; безуспешная ДУВЛ при камнях верхних отделов мочеточника.

ДУВЛ выполнена 109 и КУЛТ 142 больным. При анализе структуры камня выявлено 71 (28,3%) рентгеннегативных камней, 180 (71,7%) рентгенпозитивных, малые размеры от 0,5 и менее в исследование не включены, средних

размеров от 0,6см – 159 (63%), крупные 1,0 и более – 92 (36,6%). По локализации: в почке – 54 (21,5%), в в\3 мочеточника – 34 (13,5%), с\3 мочеточника – 74 (29,4%), н\3 мочеточника – 89 (35,4%).

Всем пациентам проводился стандартный объем обследования. В 28 (11%) случаях выполнялась мультиспиральная компьютерная томография для определения плотности камня перед сеансом ДУВЛ. Пациентам с лейкоцитурией более 2000 в 1 мл выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты

Эффективность воздействия на конкремент ДУВЛ составила 86 (78%), КУЛТ 135 (95,0%). Распределение КУЛТ по локализации составила в в\3 – 23 (16,1%) с\3 – 30 (21,1%); н\3 – 89 (35,4 %). ДЛТ почки 45 (41%), в\3 28 (25,6%,) с\3 36 (33,0 %). При среднем размере камня эффективность КУЛТ составил 96%, и большом размере 92%. Соответственно эффективность ДУВЛ при средних конкрементах 81%, больших 64%. Клинический успех ДУВЛ составил 78%, КУЛТ 91%. Осложнения при ДЛТ 8%, при КУЛТ 6%, не потребовавшие открытого хирургического вмешательства. Средняя длительность пребывания при КУЛТ 4-5к\д, ДЛТ 6-7 к\д.

Выводы

Контактная и дистанционная литотрипсия является эффективным и безопасным методом лечения больных с мочекаменной болезнью.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лапароскопическая пиелопластика при стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС)

Магомедов М.П., Хамидов М.А., Газимагомедов Г.П. Алиев А.Г.

1) МСЧ МВД РФ по РД

2) Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала.

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 ней сочетаются малая инвазивность и полное удаление рубцово измененных тканей.

Материалы и методы

В период с 2016 по 2018 год, в хирургическом отделении МСЧ МВД по РД, 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 завершились установкой внутреннего стента №бшр., 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 больных 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 выраженным склеротическими изменениями, со скудными элементами мышечных волокон и периваскулярного склероза. В тех случаях, где функция почки была сохраненной, гистологическая картина была представлена только фиброзно-мышечными изменениями и лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией.

Заключение

Результаты лапароскопической пиелопластики по эффективности сопоставимы с обычными открытыми операциями, отсутствием для них характерных серьезных осложнений, минимальная травматичность, существенное сокращение времени пребывания в стационаре и как вследствие, значительно более быстрое выздоровление. Полученная морфологическая картина показывает на необратимость структурных изменений, что обосновывает удаление измененного участка в более ранние сроки. Таким образом лапароскопический метод лечения стриктуры пиелоуретрального сегмента, нужно рассматривать как приоритетный, который имеет неоспоримые преимущества перед открытым методом.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Водянка оболочек яичка у детей. Есть ли перспективы улучшения результатов лечения?****Асланов Д.А.(2), Аксельров М.А.(1), Мальчевский В.А.(1,3), Хрупа Д.А.(3)**

1) ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

2) ГБУ «Курганская областная детская клиническая больница имени Красного Креста», Курган

3) ФГБУН Федеральный исследовательский центр Тюменский научный центр СО РАН, Тюмень.

Введение

Патология вагинального отростка брюшины у детей – одна из наиболее частых патологий в структуре хирургических заболеваний детского возраста. Частота встречаемости этой патологии по данным ряда авторов у доношенных детей составляет 1–2% и достигает 30% у недоношенных. В связи с тем, что вагинальный отросток к 1,5 годам может самостоятельно облитерироваться, в настоящее время рекомендована выжидательная тактика у детей первых двух лет жизни. Единственным радикальным методом лечения водянки оболочек яичка у детей старше 2 лет является хирургическое вмешательство.

Цель

Оценить результаты лечения, осложнения, сроки пребывания в стационаре и интенсивность болевого синдрома у детей оперированных с водянкой оболочек яичек.

Материалы и методы

За период с 09 января по 29 декабря 2017 в хирургическом отделении Курганской областной детской клинической больницы «им. Красного Креста» прооперированы 119 детей с диагнозом водянка оболочек яичка. Возраст детей варьировал от 2 до 8 лет. Все дети поступили

в отделение для выполнения планового оперативного вмешательства. Выполняли операцию Росса.

Результаты

Длительность операции составляло 12-20 мин. В послеоперационном периоде дети получали обезболивание в течение 2 суток после операции. Срок пребывания детей в стационаре от 4 до 7 суток. Критериями выписки являлись купирование болевого синдрома и воспалительных изменений со стороны послеоперационной раны и мошонки. В послеоперационном периоде у 47 (39,5 %) детей наблюдался отек мошонки и паховой области с прооперированной стороны. Отек в среднем сохранялся 3-5 суток. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии. У 1 (0,85%) ребенка был рецидив водянки оболочек яичка.

Выводы

Несмотря на то, что операция Росса используется детскими хирургами и урологами-андрологами уж давно, в послеоперационном периоде в 39,5% отмечается отек мошонки и паховой области, а болевой синдром после этой операции сохраняется от 3 до 5 суток, что должно подтолкнуть хирургов к поиску более оптимальных вариантов лечения этой патологии.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

К вопросу применения гистероскопии в диагностике и лечении внутриматочной патологии.

Аскерханов Г.Р., Гасангусейнова С.М., Аскерханова Э.Р., Гарунова И.Н., Абусуева Н.А., Бадышев И.А.

ООО «Медцентр им.Р.П.Аскерханова», Махачкала

Одним из современных эндоскопических методов диагностики внутриматочной патологии является – гистероскопия.

Цель

Оценить эффективность гистероскопии в диагностике и лечении гинекологических больных с внутриматочной патологией различного генеза и оптимизировать дальнейшую тактику ведения этих пациенток.

Материал и методы

Диагностическая и оперативная гистероскопия была выполнена 119 пациенткам с различной внутриматочной патологией в возрасте от 21 до 76 лет (средний возраст 48 лет). Клиническая симптоматика проявлялась НМЦ по типу меноррагии, приводящей к хронической постгеморрагической анемии, болевым синдромом, бесплодием, не вынашиванием беременности, патологическими выделениями в постменопаузе и др.

Перед операцией проводилось полное клиническое и гинекологическое обследование.

Структура больных, подлежащих гистероскопии была представлена следующим образом: очаговая форма гиперплазии эндометрия – полипы в чистом виде у 34 пациенток, что составило 28%, при сочетании с миомой матки и аденомиозом у 16 пациенток (13%); диффузная форма гиперплазия эндометрия 26 пациенток (22%) с сочетанием с миомой матки и аденомиозом – 16 пациенток (13%); бесплодием как I, так и II в 20 случаях (17%), в том числе у пациенток в программе подготовки к лечению бесплодия методом ЭКО и ИКСИ. У 14 (11,7%) пациенток мы сочетали гистероскопию с лечебно-диагностической лапароскопией для выявления и лечения бесплодия, связанного не только с внутриматочной патологией. При этом аномалия развития женских половых органов выявлено у 3х пациенток. Удаление инородного тела под гистероскопическим контролем произведено 8 пациенткам (7%), из них удалены ВМС и его фрагменты в 4-х случаях; костные фрагменты, после раннего произведенного пре-

рывания беременности у 2 пациенток (1,7%). В 2 случаях удалены лигатуры после операции кесарева сечения. Удаление плацентарного полипа произведено 4 пациенткам. Контрольная гистероскопия для оценки эффективности при проведении гормонотерапии у 4 пациенток. В 5 случаях проведено гистерорезектоскопия при субмукозной миоме.

В МЦА с сентября 2012 года внедрена методика жидкостной гистероскопии, с использованием гистероскопа немецкой компании Карл Шторц. Срок пребывания пациенток в стационаре в 90% случаев составил 1-2 дня, в 10% случаях 3-4 дня. Осложнений связанных с проведением гистероскопии и наркоза не наблюдалось.

Результаты

Гистероскопический диагноз в 95% случаев подтвердился гистологически. Были установлены следующие виды гистологического заключения: железистая, железисто-кистозная, аденоматозная, атипическая форма гиперплазии эндометрия; фиброзные и аденоматозные полипы. После гистологического подтверждения диагноза вторым этапом произведены радикальные хирургические операции 20 пациенткам, органосохраняющая операция – эмболизация маточных артерий 5, гормонотерапия – 48, наблюдение с последующим контролем – 26. Направлены в онкодиспансер-3 пациентки, в центр репродуктивной медицины – 10, в специализированный центр реконструктивно-пластической хирургии-3. У больных в постменопаузе с сопутствующей экстрагенитальной патологией оперативная гистероскопия с прицельным удалением полипов эндометрия дала возможность избежать радикального оперативного вмешательства.

Выводы

Современная гистероскопия среди всех инструментальных методов исследования наиболее информативная для диагностики и эффективная для лечения практически всех видов внутриматочной патологии.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Возможности УЗ-диагностики в выявлении непальпируемых образований в молочных железах после эндопротезирования****Исаева П. А.**

ГБУ РД «Республиканский онкологический диспансер», Махачкала

Введение

В настоящее время наиболее распространенным и безопасным видом увеличивающей маммопластики является эндопротезирование молочных желез силиконовыми имплантатами. При этом возникают трудности в диагностике минимальных форм РМЖ с использованием рентгенологической маммографии в связи с тем, что основной объем молочной железы после эндопротезирования на маммограммах перекрывает интенсивная тень от импланта. МРТ является информативным методом диагностики, но в связи с высокой стоимостью и ограниченным количеством аппаратов может применяться лишь для уточнения изменений, выявленных при УЗИ.

Цель

Раннее выявление путем ультразвукового исследования «малых» форм рака в молочных железах после увеличивающей маммопластики. Чаще пластические хирурги при исследовании молочных желез после пластики используют только клинические методы обследования, что не позволяет в большинстве случаев своевременно диагностировать заболевания молочных желез, включая рак молочной железы.

Материал и методы

На базе Республиканского онкологического диспансера г. Махачкала в 2016-2017 гг. было обследовано 38 женщин после эндопротезирования молочных желез (гладкостенными и текстурированными силиконовыми гелевыми имплантатами). Эндопротезы располагались в ретромаммарном пространстве у 16 женщин и ретромускулярно – у 22 женщин. Возраст пациенток составлял от 28 до 45 лет. УЗИ выполняли по стандартной методике на аппаратах УЗИ: GE VOLUSON EXPERT 730, с использованием

мультичастотных линейных датчиков с частотами от 5,0 до 11,0 МГц. и режимов ЦДК, ЭДК.

Результаты

После ультразвукового исследования молочных желез после аугментационной маммопластики у 3 из них был выявлен рак молочной железы, цитологически подтвержден. При этом в фиброгландулярном слое молочной железы визуализировалось неоднородное гипоэхогенное узловое образование солидной структуры с нечетким, неровным контуром, с вертикальным расположением. По периферии образования определялась зона повышенной эхогенности за счет десмоплазии. В режиме ЦДК регистрировался усиленный кровоток интранодулярного характера. У 7 пациенток была диагностирована фиброаденома, в виде объемного образования в железистом слое, овоидной формы, с ровным, четким контуром. При ЦДК определялись единичные цветочные эхолокусы периферического характера. Была проведена пункционная аспирационная цитобиопсия, диагноз цитологически был подтвержден. У 15 пациенток изменения молочной железы носили диффузный характер и были расценены как диффузная мастопатия. При ЦДК регистрировали диффузный измененный кровоток.

Выводы

УЗИ целесообразно в качестве первого метода визуализации в комплексном клинико-лучевом обследовании молочных желез после маммопластики. Выполнение пункционной аспирационной цитобиопсии под контролем ультразвука позволяет цитологически подтвердить диагноз. УЗИ перспективно для диспансерного наблюдения за состоянием молочных желез и выявления непальпируемых образований после аугментационной маммопластики.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Оценка качества жизни больных ожирением с использованием трех опросников до и после лапароскопических бариатрических операций

Аскерханов Г.Р. (1,2), Садыки М.Н.(1), Аскерханов Р.Г.(2), Абдуллаев И.С.(2), Гарунов Р.М.(2)

1) ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

2) ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова», Махачкала

Актуальность

Бариатрическая хирургия является эффективным методом борьбы с ожирением. Наиболее распространенные операции по снижению веса в настоящее время – лапароскопическая продольная (рукавная) резекция желудка (ЛПРЖ) и лапароскопическое гастрешунтирование (ЛГШ). Эффективность бариатрических операций определяется 3 факторами: снижение массы тела, регресс сопутствующих заболеваний и улучшение качества жизни (КЖ).

Цель

Оценить КЖ больных ожирением до и после ЛПРЖ и ЛГШ в сравнительном аспекте.

Материалы и методы

В медицинском центре им. Р.П. Аскерханова и Московском клиническом научном центре с января 2012 г. по июль 2016 г. хирургическому лечению по поводу ожирения было подвергнуто 465 больных. ЛПРЖ выполнена 280 (62,3%) пациентам, из них 215 (76,8%) женщин, 65 (23,2%) мужчин. ЛГШ в качестве первичной бариатрической операции выполнено 97 больным, что составило 20,9%. Среди них 73 (75,3%) женщины и 24 (24,7%) мужчин. Еще 4 (0,8%) пациентам ЛГШ выполнено в качестве второго этапа хирургического лечения ввиду недостаточного бариатрического эффекта после ЛПРЖ.

Критериями включения пациентов в исследование: морбидное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м², а также ожирение с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии одного или нескольких сопутствующих заболеваний.

Критерии исключения: наличие оперативных вмешательств в анамнезе, беременность, отказ пациента от участия в исследовании. Согласно критериям включения, сформировано 2

группы пациентов в зависимости от вида перенесенной операции:

1. ЛПРЖ – 39 пациентов, средний возраст $42,2 \pm 10,2$ лет (от 25 до 61), средний ИМТ до операции $43,1 \pm 7,9$ кг/м² (от 35,0 до 63,3 кг/м²);

2. ЛГШ – 57 пациентов, средний возраст $46,4 \pm 9,8$ лет (от 29 до 65), средний ИМТ до операции $51,0 \pm 8,0$ кг/м² (от 37,6 до 68,8 кг/м²).

Для оценки динамики ИМТ использовали такие показатели, как индекс массы тела (ИМТ), процент потери избыточной массы тела (%EWL) и процент потери избыточного ИМТ (%EBL). Частоту сопутствующих заболеваний исследовали в %.

КЖ оценивали до операции, через 12 и 24 месяца после операции методом анкетирования с одновременным использованием трех опросников: русскоязычной версии опросника качества жизни Short Form 36 (SF-36); системы оценки КЖ пациентов, перенесших бариатрическую операцию Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS), включающей опросник Moorehead-Ardelt Quality of Life; анкеты для больных гастроинтестинального профиля Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI).

Результаты

В результате анкетирования по опроснику SF-36 исходный уровень физического компонента КЖ в группе больных, перенесших ЛПРЖ, составил $36,44 \pm 7,1$, через 12 мес после операции $45,08 \pm 5,6$, через 24 мес – $50,35 \pm 5,5$. Исходный показатель психологического компонента КЖ составил $37,46 \pm 6,6$, через 12 мес – $41,8 \pm 4,9$, через 24 мес – $45,45 \pm 12,6$. Исходный уровень физического компонента КЖ в группе пациентов, перенесших ЛГШ, составил $33,68 \pm 6,2$, через 12 мес – $48,79 \pm 6,3$, через 24 мес – $51,75 \pm 7,7$. Исходное значение психологического компонента КЖ в этой группе $41,91 \pm 6,7$, через 12 мес – $42,02 \pm 8,8$, через 24 мес – $42,49 \pm 10,6$. По результатам анкетирования с использованием GIQLI

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

и BAROS уровень КЖ после ЛПРЖ и ЛГШ так же был выше по сравнению с исходным.

В группе больных со второй степенью ожирения ЛПРЖ и ЛГШ в равной мере эффективны для снижения массы тела, однако ЛПРЖ является менее травматичной операцией. Средний %EWL через 12 мес после ЛПРЖ $61,5 \pm 11,4\%$, через 24 мес $63,6 \pm 13,2\%$. Средний %EWL через 12 мес после ЛГШ $61,1 \pm 15,4\%$, через 24 мес $64,4 \pm 18,2\%$.

Частота сопутствующих заболеваний до ЛПРЖ: сахарный диабет 2 типа (СД2) 23,3%, апноэ сна 13,3%, артериальная гипертония (АГ) 40%, ГЭРБ 36,7%, боли в спине и суставах 45,7%; через 24 мес после ЛПРЖ: СД 2 – 13,3%, апноэ сна 6,7%, АГ 16,7%, ГЭРБ 20%, боли в спине и суставах 20,7%.

Частота сопутствующих заболеваний до ЛГШ – СД 2 – 33,3%, апноэ сна 26,7%, АГ 43,3%, ГЭРБ 33,3%, боли в спине и суставах 60%; апноэ сна 6,67%, АГ 13,3%, ГЭРБ 16,7%, боли в спине и суставах 23,3%; через 24 мес после ЛПРЖ: СД 2 – 10,7%, апноэ сна 5,4%, АГ 14,5%, ГЭРБ 13,1%, боли в спине и суставах 13,8%.

Послеоперационные осложнения: у 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде развилась несостоятельность швов на желудке после ЛПРЖ, у 2 пациентов – несостоятель-

ность гастроэнтероанастомоза после ЛГШ, у 1 пациента – послеоперационное кровотечение. Все осложнения были устранены при повторной лапароскопической операции.

Выводы

1. Бариатрическая хирургия является эффективным методом борьбы с ожирением;
2. Лапароскопические операции обладают преимуществами перед бариатрическими операциями из лапаротомного доступа, которые заключаются в меньшей травматизации, ранней реабилитации после операции, низкой частоте послеоперационных осложнений, косметическим эффектом, сокращении сроков пребывания пациента в стационаре;
3. Качество жизни пациентов с ожирением II степени (ИМТ от 35,0-39,9 кг/м²) после лапароскопической продольной резекции желудка и лапароскопического гастрешунтирования не имеет статистически значимых различий;
4. Качество жизни больных морбидным ожирением (ИМТ ≥ 40 кг/м²) после лапароскопического гастрешунтирования выше, чем после лапароскопической продольной резекции желудка.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Возможности минимального инвазивного диапневтического вмешательства – озонотерапии в лечении жидкостных образований молочных желез различной сложности

Шейхмагомедова З.А. Тамаева Ф.А. , Муталимова К.Б.

ООО «Маммологический центр Л7», Махачкала

Цель исследования

Повысить качество лечения кистозных образований молочных желез путем облитерации стенок стерильной высоко концентрированной озono – кислородной смесью, исключая риски возможного рецидивирующего наполнения ранее опорожненной полости и оказания целевого лечебного эффекта.

Материалы и методы исследования

За период с 2016 – 2017 г, на базе « Маммологического центра L7» пролечено 86 (100%) женщин с доброкачественными жидкостными образованиями в молочных железах различной сложности. Из них 25 (27%) женщин с осложненными кистами по системе BI-RADS классифицируемые к категории 3 , 3 (4.5%) женщины с галактоцеле BI-RADS 3, 52 (60%) с типичными анэхогенными кистами различного и количества BI-RADS 2, 6 (9%) женщин с кистозными полостями, после перенесенного в анамнезе лактационного мастита BI-RADS 3. Для проведения озонотерапии применялась озонотерапевтическая установка Yota 60.1 с подачей высоко концентрированного озона от 60 до 80 мкг/мл. Дозировка вводимой концентрации озона (С) рассчитывалась от общего объема аспирированной жидкости разделенная (А) на 2. Схема расчета дозы озона $A : 2 = C$.

Результаты

В результате проведенной терапии осложненных кист первым этапом проводилась неполная аспирация полости с проведением цитологического исследования. После получения результатов цитологии и полной уверенности в доброкачественной природе образования, производилась полная аспирация кисты с последующим промыванием полости хлоргексидином до чистого содержимого в шприце. Далее,

после полного опорожнения кисты вводилась озono-кислородная смесь в концентрации 60 – 80 мкг/мл. При проведении озонотерапии полости хронического мастита в комплексной программе, проводилось промывание полости хлоргексидином, далее вторым этапом промывание полости антибактериальным раствором, с последующим окончательным введением озono-кислородной смеси. В двух случаях полностью опорожнить полость кисты не удалось, ввиду чего вводилась озono кислородная смесь, в концентрации 80 мкг/мл в дозировке 2 мл, далее, спустя 1 неделю, проводился второй этап терапии полости кисты, с полным промыванием полости антибактериальным раствором и введением второй порции озono- кислородной смеси, в объеме 80 мкг/мл, в дозировке 2 мл. При контроле через 1 месяц рецидива не наблюдалось.

При лечении галактоцеле проводилась полная аспирация полости с промыванием раствором хлоргексидина в два этапа с интервалом 1 неделю, с последующим, окончательным введением озono-кислородной смеси в концентрации 80 мкг/мл.

Озонотерапия типичных кист проводилась одномоментно, с полной аспирацией полости, промыванием физиологическим раствором и введением озono-кислородной смеси в концентрации 60мкг/мл.

Выводы

Озонотерапия жидкостных образований молочных желез различной сложности является высокоэффективным методом склеротерапии кист применяемой в комплексе лечебных мероприятий направленных на радикальное лечение, и является прогностически значимым методом, во многих случаях помогающим избежать неоправданные оперативные вмешательства.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Осложнения при торакоабдоминальных огнестрельных ранениях****Султанов А.С., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А.**

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Торакоабдоминальные ранения относятся к повреждениям сопровождающимся высокой летальностью (до 20-50%), обусловленная многообразием повреждений органов грудной и брюшной полостей, крупных сосудов, диагностическими трудностями и тактическими ошибками при оказании помощи.

Материал и методы

Анализ историй болезни двух умерших больных. (1) Больной Б, 32 года, за 30 мин. до поступления в больницу получил огнестрельное ранение. Доставлен в ЦРБ в 15ч.55мин. 30.05.2011г. на попутном транспорте. Состояние тяжёлое, клиника гемоторакса и гемоперитонеума. На уровне 8 межреберья по заднеподмышечной линии справа, имеется округлой формы рана с осаднением в диаметре 0,8 см. По среднеключичной линии слева, на 5 см ниже соска определяется рана с неровно-округлой формы и краями диаметром 1 см. По назогастральному зонду пищевые массы. Пункция и дренирование плевральной полости, эвакуировано 400 мл крови. На УЗИ брюшной полости – свободная жидкость. Дан вызов торакальному и абдоминальному хирургам через санавиацию в Махачкалу. В 17ч.00мин. лапароскопия, получена кровь. Сформулирован диагноз: «Сквозное огнестрельное торакоабдоминальное ранение, гемоторакс справа, гемоперитонеум». В 17ч.30мин. лапаротомия, ушивание ран левой доли печени, желудка, нижней полой вены. К концу операции на органах брюшной полости, усилилось кровотечение по дренажу из плевральной полости. При торакотомии повреждений органов грудной клетки не обнаружено, в плевральной полости около 300 мл крови. Из раны места фиксации диафрагмы с печенью сочится кровь. Произведена диафрагмотомия на протяжении 6см. Раневой канал в «сторону» печени дренирован. Дренаж плевральной полости. При повторном осмотре ушитая рана печени кровит. Установлено продольное повреждение передней стенки нижней полой вены в зоне внебрюшинного «участка» печени. Вена с большими техническими трудностями взята на турникет, продольная рана передней стенки (1,5см) ушита на атравматической игле. В это время констатирована остановка деятельности сердца. Констатирована биологиче-

ская смерть в 00ч.30мин. 31.05.2011г. Длительность операции 7ч.20мин. Послеоперационный диагноз: «Сквозное огнестрельное торакоабдоминальное ранение, гемоторакс справа, сквозное ранение печени, нижней полой вены, передней стенки желудка, гемоперитонеум. Геморрагический шок 3-4 ст.». Больной прожил после получения ранения 13 часов.

2. Раненый Ш., 25 лет, доставлен в больницу через 45мин. после травмы. Состояние больного крайне тяжёлое. Операция: «лапаротомия, спленэктомия, ушивание ран стенки 12п. кишки, остановка кровотечения из почечной вены, эпицистостомия, ушивание раны диафрагмы, дренирование плевральной, брюшной полостей и забрюшинного пространства». Длительность операции 10ч.45мин. На 8 день после операции наложена трахеостома. На 10 день по дренажу из брюшной полости выделился густой гной, в последующие дни свежая кровь. По назогастральному зонду кофейная гуща, был чёрный стул, т.е. признаки формирования подпечёночного абсцесса, несостоятельности ушитого дефекта ободочной кишки и желудочно-кишечного кровотечения. 12.02 констатирована несостоятельность швов 12п. кишки, по дренажам подпечёночной области выделилось до 1,5л жидкости типа кофейной гущи. Повторяются эпизоды желудочно-кишечных кровотечений. По тяжести состояния, от оперативного лечения решением консилиума воздержались. На 30 день нахождения на лечении, констатирована биологическая смерть.

Результаты

Значимым в исходе торакоабдоминальных ранений остаётся организация медицинской службы и профессиональные навыки хирурга. Такой слаженной работы при нашем анализе не прослеживается.

Выводы

1) Прогнозировать исход травмы сложно из-за разнообразия повреждений органов грудной и брюшной полостей на фоне геморрагического и травматического шока;

2) В оказании помощи пострадавшим играет роль служба санитарной авиации, их материальной обеспеченности, укомплектованность квалифицированными, мобильными бригадами.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Fast-track-реабилитация пациентов с ахалазией кардии при лапароскопических резекциях пищевода

Анипченко А.Н.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Актуальность

В доступной литературе нами не найдено ни одного клинического исследования, посвященного «Fast-track – реабилитации» при резекции пищевода при запущенных формах ахалазии кардии. Все публикации, как российские, так и зарубежные, затрагивают вопросы резекции пищевода при онкологических заболеваниях. Однако, периоперационное ведение пациентов с ахалазией кардии имеет свои особенности.

Цель

Разработать программу «Fast-Track-реабилитации» при резекциях пищевода у больных с ахалазией кардии III-IV степени.

Материал и методы

Проведен анализ результатов резекционных операций с одномоментной пластикой пищевода при лечении 55 больных с ахалазией кардии 3-4 степени, оперированных в 2004-2017 гг. в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. У 24 из 55 пациентов (43,6%) были выполнены операции видеоэндоскопически: 9 экстирпаций пищевода лапароскопическим трансхиатальным доступом с эзофагогастро-анастомозом на шее; 3 резекции нижнегрудного отдела пищевода лапароскопическим трансхиатальным доступом с эзофагогастро-анастомозом на уровне верхней трети пищевода; 12 эзофагэктомий комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступами справа; 31 (56,4%) экстирпация пищевода лапаротомным

абдомино-медиастинальным доступом с одномоментной эзофаго-гастропластикой на шее. У 6 из 24 пациентов (25%) была применена новая концепция периоперационного ведения.

Полученные результаты, обсуждение

Эффективность применения мультимодальной концепции «Fast-track-реабилитации» оценивалась по трем критериям: продолжительность пребывания пациента после операции в отделении интенсивной терапии, количество койко-дней в стационаре, а также количество осложнений, развившихся в послеоперационном периоде. После пластики пищевода при ахалазии кардии летальность не отмечена. Несостоятельности швов анастомоза не было. Пребывание больных в реанимации сократилось менее чем до одних суток. У 4 пациентов койко-день после операции составил 7 суток. В 2 случаях развились пульмонологические осложнения, поэтому от разработанного алгоритма пришлось отказаться.

Выводы

- 1) Необходимо разрабатывать алгоритм периоперационного ведения больных с ахалазией кардии с целью обеспечить преимущество в лечении на всех этапах.
- 2) Алгоритм должен быть согласован между всеми медицинскими специальностями, которые участвуют в лечении таких пациентов.
- 3) Заведующие отделениями и старшие медицинские сестры должны контролировать выполнение алгоритма, регулярно вносить в него коррективы, основываясь на последних данных доказательной медицины.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Анализ результатов, лапаротомных и лапароскопических методов в хирургическом лечении ахалазии кардии****Рагимов В.А.(1), Агаев Р. (2)**

- 1) Азербайджанский государственный медицинский университет
- 2) Клиника Анкара, Баку

Актуальность

В настоящее время наиболее оптимальным способом лечения ахалазия кардии, признанным во всем мире, следует считать, разработанную E. Heller в 1913 году переднюю вертикальную вне слизистую эзофагокардиомиотомию. Так как данная операция обеспечивает адекватный пассаж пищи в желудок из пищевода. Но небольшому по объему и простому в техническом отношении внутриполостному этапу операции предшествовало травматичное чревосечение (лапаротомия или торакотомия). Исходя из данного обстоятельства, показания к операции Геллера были ограничены. Внедрение эндохирургической технологий оказало, несомненно, революционное влияние на хирургическое лечение ахалазии кардии. Эффективность мини-инвазивных вмешательств не уступает таковым открытым хирургическим операциям – 94 и 84% соответственно, а частота послеоперационных осложнений ниже.

Цель

Провести анализ результатов лапароскопической операции Геллера –Дора и эзофагокардиомиотомии, выполняемой из лапаротомного доступа при ахалазии кардии.

Материал и методы

В период с 2010 по 2018 год под нашим наблюдением находились 21 пациентов с ахалазией кардии II–III стадии. Возраст больных составил от 22 до 64 лет. Мужчин было 8(38,1%), женщин – 13(61,9). Длительность заболевания составила от 3 до 20 лет. Основными симптомами заболевания были дисфагия, отмечавшаяся у 19 (90,5%) пациентов, регургитация – у 17 (80,95%), боль за грудиной при глотании – у 11 (52,4%) пациентов. Диагностику ахалазии проводили с использованием клинических и инструментальных методов (рентгенография, фиброэзофагогастроскопия). После проведения предоперационной подготовки больные были оперированы. Из них 12 больным операцию эзофагокардиомиотомии, выполняли из лапаротомного доступа, а 9 больным проводили лапароскопическую операцию Геллера-Дора.

Результаты

Для определения эффективности лечения всем больным после операции проводилась контрольная рентгеноскопия пищевода с контрастированием

жидким барием и эзофагоманометрия как наиболее объективный метод результативности кардиомиотомии. Летальных исходов не было. Недостатки операции эзофагокардиомиотомии, выполненной из лапаротомного доступа связаны с оставлением незащищенной на большом протяжении (8-10 см x 1 см) слизистой пищевода. Поэтому в местах рассечения мышечной оболочки пищевода могут образовываться дивертикулы и деформирующие кардию рубцы, вызывающих рецидив болезни. В отдаленном послеоперационном периоде были констатированы рецидивы болезни у 1 (8,3%) больного. В ходе лапароскопической операции Геллера-Дора конверсии к лапаротомии не было. После лапароскопической операции не оставляли назогастральный зонд (что значительно облегчает течение послеоперационного периода), а больные принимали жидкую пищу уже на следующий день, с первого дня начинали вставать с постели. После операции на коже живота остаются 3-4 разреза длиной по 5-10 мм. Выписка из стационара приводилась на 1-3 день в зависимости от тяжести заболевания. К работе больные могут приступить через 2-3 недели. Однако, несмотря на малую травматичность доступа, хороший косметический эффект, раннюю реабилитацию больного, имеются специфические осложнения в ходе лапароскопической эзофагокардиомиотомии в виде интраоперационной перфорации слизистой пищевода. В ходе кардиомиотомии у 1 (11,1%) больного произошла перфорация слизистой оболочки пищевода, которая была ушита Z-образным швом и укрыта фундопликационной манжеткой по Дору. У него желудок для декомпрессии дренирован назогастральным зондом. Послеоперационный период протекал благополучно, он был выписан на 5-й день. Как на раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленных сроках после лапароскопического вмешательства рецидивы дисфагии не наблюдались.

Выводы

Лапароскопический доступ даёт лучшую визуализацию, позволяет сократить продолжительность вмешательства, укорачивает постоперационный реабилитационный период и облегчает его течение, а также способствует существенному снижению количества осложнений и даёт хороший косметический эффект. Более ранним определением показаний к оперативному лечению, не дожидаясь развития осложнений и не тратя время на бесполезные консервативные методы лечения, можно ускорит выздоровление больных.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Роль диагностической лапароскопии и свободных опухолевых клеток в определении лечебной тактики при местно-распространенном раке желудка

Израилов Р.Е., Васнев О.С., Семенов Н.Е., Поморцев Б.А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗ», Москва

Актуальность

Диагностическая лапароскопия с перитонеальным смывом позволяет выявить микроскопическую диссеминацию рака желудка, которую невозможно диагностировать при дооперационном инструментальном обследовании (свободные опухолевые клетки – независимый фактор неблагоприятного прогноза с уменьшением общей выживаемости, сопоставимым с канцероматозом и другими отдаленными метастазами).

Пациентам с перитонеальным микроканцероматозом, стандартно проводится паллиативное лечение, однако разработка и применение новых препаратов, методов и алгоритмов комбинированного лечения в концепции мультидисциплинарного подхода может позволить улучшить результаты лечения, качество жизни и увеличить общую выживаемость у данной группы пациентов.

Материалы и методы

На текущий момент в нашем центре проведен ретроспективный обзор, в который вошли пациенты с местно-распространенным раком желудка, которым была выполнена диагностическая лапароскопия с перитонеальными смывами с января 2016 года по январь 2018 года. За этот период выполнено 147 диагностических лапароскопий с перитонеальным смывом.

Пациентам с верифицированными свободными опухолевыми клетками проводилось 3 курса полихимиотерапии с последующей контрольной лапароскопией с целью оценки эффекта.

В случаях отсутствия свободных опухолевых клеток в брюшной полости/других отдаленных метастазов (по данным контрольной лапароскопии) пациентам вторым этапом проводилось хирургическое вмешательство.

Результаты. При сравнении результатов предоперационного обследования и интраоперационных данных повышение стадии было произведено у 78 пациентов (53%). Свободные опухолевые клетки (без каких-либо макроскопических метастазов) были обнаружены у 47 пациентов (32%). Макроскопические признаки канцероматоза были выявлены у 31 пациента (21%).

Среди пациентов прошедших 3 курса системной химиотерапии по поводу свободных опухолевых клеток у 36% пациентов отмечено прогрессирование (из них 9,5% летальных исходов).

36% пациентов продолжают получать химиотерапевтическое лечение. У 38% пациентов (26%) удалось добиться полной регрессии свободных опухолевых клеток, и им было проведено хирургическое лечение, продолжается наблюдение отдаленных результатов.

Обсуждение результатов

Диагностическая лапароскопия с перитонеальным смывом позволяет провести более точное стадирование при местно-распространенном раке желудка. По данным исследования, более чем у половины пациентов клиническая стадия была увеличена (в большинстве случаев из-за выявления макроскопического или скрытого канцероматоза брюшины, не диагностированного при инструментальном обследовании), но не была уменьшена ни в одном случае. Таким образом выполнение диагностической лапароскопии с перитонеальным смывом помогает избежать заведомо нерадикального хирургического вмешательства (в случае выявления диссеминированного опухолевого процесса), достоверно уменьшающего продолжительность жизни пациентов, а также скорректировать дальнейшее системное лечение с учетом интраоперационных данных.

Предварительный анализ общей выживаемости пациентов со свободными опухолевыми клетками демонстрирует сопоставимые показатели у пациентов, оперированных после регрессии свободных опухолевых клеток (на фоне системной химиотерапии) и у пациентов продолживших химиотерапевтическое лечение ввиду отсутствия такового эффекта, однако небольшое число наблюдений не позволяет сделать статистически достоверные выводы.

Выводы

Диагностическая лапароскопия с перитонеальным смывом является необходимым методом для стадирования местно-распространенного рака желудка. Своевременное выявление микроскопической диссеминации потенциально может улучшить качество и увеличить продолжительность жизни, благодаря выбору лечения, соответствующего стадии заболевания. Вопрос о роли системной терапии и хирургического вмешательства в прогнозе таких пациентов будет окончательно разрешен после оценки отдаленных результатов.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Выбор метода хирургического лечения Гастро-эзофагальной рефлюксной болезни****Загидов М.З, Загидова А.М**

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) по высоте принято понимать ретроградный заброс желчного содержимого 12 п.к в желудок, кислого желудка в пищевод, с пищевода в носоглотку и дыхательные пути на почве нарушения нормального пассажа по верхним отделам пищеварительного тракта, с развитием различных патологических процессов под действием рефлюктанта. Она занимает ведущее место в патологии желудочно-кишечной, оторино – ларингологической и дыхательной систем. У значительной части больных он сопровождается аллергическим компонентом. С ее распространенностью среди населения всего мира составляющим в США 5-10%, в странах Азии 40-45%, в России 55-60%, ростом числа больных из года в год (в РФ за 5 лет на 20%) объясняется пристальное внимание к этой патологии. В настоящее время ее считают болезнью XXI века. При этом наблюдаются многочисленные осложнения угрожающие жизни что повышает его актуальность. В связи с этим мы ставили целью изучить причины ГЭРБ и уточнить показания к хирургическим вмешательствам.

Причин ГЭРБ слишком много – несостоятельность сфинктеров пищевода, складки Губарева, отсутствие угла Гиса, опущение желудка компрессия, мезентеральная, мезентеральная Хроническая компрессионная непроходимость 12 п.к., зависящая от формы отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты, высокое расположение дуодено-еюнального перехода, потеря тонуса начальных отделов, пищевода желудка и тонкой кишки.

Чаще и больше поражается желудок, пищевод несмотря на наличие в них защитных механизмов из-за массивности рефлюксантов. В желудке щелочной рефлюксант 12 п. к нейтрализуется кислым ее содержимым, а в пищеводе имеется фермент карбоангидраза катализирующая гидратацию углекислого газа с образованием бикарбоната, который нейтрализует соляную кислоту. Активный насос, перекачивающий бикарбонат во внеклеточное пространство пищевода, где он нейтрализует

рефлюксную соляную кислоту ферментом. В оториноларингологических органах эти защитные механизмы отсутствуют, что приводит к развитию пищевода тяжелых патологий в виде пищевода Баррета склонного к малигнизации, из за недостатка защитных механизмов вышерасположенных органов для нейтрализации патологических компонентов, содержащихся в рефлюктанте. Свидетельством этого является выявление желчи в пищеводе, а кислый рефлюктант желудка выявляется в пищеводе вызывая химическое воспаление и другие процессы в пищеводе. Известны патологические изменения развиваемые при ГЭРБ в пищеводе сочетающиеся с бронхолегочными.

В слизистой гортани у 64% отсутствует фермент карбоангидраза, а у остальных 36% только в незначительном количестве. В связи с этим соляная кислота и пепсин содержащиеся в рефлюктате повреждает слизистую глотки и частично гортани. Также имеются сведения о выявлении рефлюктата в носоглотке у больных хроническим риносинуситом.

Оториноларингологические проявления составляют 15 % среди больных с ГЭРБ, из них хронический фарингит у 100%, гипертрофический тонзиллит у 50 %, аденоидные вегетации 2 степени. У 33%, у этих пациентов изменения метеоусловий с повышенной влажностью вызывает кашель, напоминающий приступ бронхиальной астмы, ощущения першения в горле, трудности прохождения пищи по пищеводу, связанные с нарушением моторной функции его и сопровождающиеся нарушениями психоэмоционального характера, приводящих к напряженному отношению с родителями и в учебном коллективе.

Установлены и общеизвестны следующие анатомо-физиологические причины развития ГЭРБ:

- недостаточность верхнего и нижнего сфинктеров пищевода
- отсутствие угла Гиса и складки Губарева, препятствующие забросу содержимого желудка в пищевод

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

– нарушение тонуса пилоруса, при зиянии последнего содержимое 12 п.к. свободно поступает в желудок

– артерио-мезентериальная непроходимость 12 п.к., связанная с близким расположением к ней место отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты

– высокое расположение дуоденально-юнальной переходной складки, способствующей нефизиологическому выбросу дуоденального содержимого в желудок

– ликвидация или нарушения функции естественных рефлюксных барьеров при выполнении хирургических вмешательств на желудке или травмы нервных структур особенно при ДТП.

Имеются данные доказывающие связь ГЭРБ с нарушением моторики пищевода и желудка и антирефлюксного барьера – нижнего сфинктера пищевода с увеличением его спонтанного расслабления, потерей способности самоочищения от рефлюктата. Это способствует развитию патологии помимо оторинофарингиальных органов, но и дыхательных путей. При ГЭРБ, этому способствует наличие свободного сообщения пищевода с лор органами и дыхательными путями. С целью изучения причин ГЭРБ и оценить результаты мы наблюдали 65 больных, из них 30 лечились в хирургических стационарах, а остальные 35 амбулаторно. Лечение больных с ГЭРБ сложная задача. Консервативное лечение ГЭРБ носит паллиативный характер, необходимо его проводить долго, а иногда пожизненно, обходится дорого. Поэтому предпочтения отдаю хирургическим вмешательствам подлежащих выполнять с учетом анатомо-физиологических причин вызвавших ГЭРБ. Они радикально избавляет больных ГЭРБ.

При патологии кардиального отдела пищевода операцией выбора является создание

муфты вокруг абдоминального отдела пищевода из дна желудка по Ниссену, выполненной нами 15 больным. При опущении желудка 3-больным наложен гастроэнтероанастомоз обеспечивающий свободно, своевременную эвакуацию содержимого из желудка. Трейцотомия выполненная 9 больным в сочетании с холециститэктомии, избавила всех оперированных ГЭРБ от ПХЭС. В случаях диагностики артерио-мезентеральной компрессионный хронической ее непроходимости наложен продольный дуоденоюноанастомоз 2 больным с хорошим результатом. У одного больного с ГЭРБ на почве крупного малигнизированного полипа тощей кишки, вызывающего хроническую высокую кишечную с непроходимость проявлениями ГЭРБ выполнена резекция тощей кишки с наложением анастомоза бок в бок с хорошим ближайшим результатом.

Следовательно, ГЭРБ вторичное патологическое состояние, с тяжелыми последствиями подлежащее хирургическому лечению, с радикальным устранением анатомо-физиологических причин его развития. Консервативное лечение носит паллиативный симптоматический характер обходящийся больному дорого, так как длительно иногда пожизненно приходится применять медикаменты.

Лечения кислотно-зависимых состояний оторинологических с аллергическим компонентом при ГЭРБ является длительной многокомпонентной задачей. С учетом этого мы ограничили оценку результатов хирургических методов и коррекции выявленной патологии желудочно-кишечной патологии. Наши данные свидетельствуют о необходимости применение разных способов с учетом причин развитие ГЭРБ. При таком подходе мы получили хорошие результаты у всех оперированных.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лечение огнестрельных ранений печени

Загидов М.З, Загидова А.М

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Основной причиной смерти больных с огнестрельными ранениями печени, доставленных в клинику, явились не тяжесть раны, а калибр раненных ею трубчатых структур, и сопутствующих повреждений и их последствия, посттравматический гепатит, приводящий к острой печеночной недостаточности. Развитие послеоперационных осложнений в основном связанных с несовершенством хирургических методов или с техническими погрешностями при первичной хирургической обработке ран печени и сопутствующих повреждений органов грудной и брюшной полости.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Рецидив паховой грыжи: причины и пути решения проблемы.

Белоусов А.М., Васнев О.С., Нигматов М.М.

«Московский Клинический Научный Центр им. А. С. Логинова ДЗ», Москва

Актуальность

Паховая грыжа является социально-экономической проблемой во всем мире. Зачастую паховыми грыжами страдают лица трудоспособного возраста. Ежегодные затраты на лечение паховых грыж в РФ составляют около 6-7 млрд. рублей. Несмотря на совершенствование методов лечения, частота рецидива сохраняется на высоком уровне.

Цель

Анализ причин развития рецидива паховой грыжи у пациентов после трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРП) и пластики пахового канала по Лихтенштейну (ППЛ). На основании проведенного анализа сформировать группу высокого риска развития рецидива паховой грыжи и предложить комплекс мер по улучшению подходов к лечению пациентов с данной нозологией.

Материалы и методы

В период с января 2013 года по декабрь 2017 года в МКНЦ им. А. С. Логинова были оперированы 552 пациента с паховыми грыжами, всего выполнено 661 оперативное вмешательство, из них 509 – ТАРП, 152 – пластика по Лихтенштейну. Средний возраст пациентов составил 55,7 3,8 лет. Мужчин было 505, женщин 47. Курящие 313 (56,7%), не курящие 239 (43,3%). Пациентов с двусторонней грыжей – 109 (19,7%), с правосторонней – 239 (43,2%), левосторонней – 204 (37,1%). В зависимости от метода оперативного вмешательства мы выделили две группы. I группа, пациентам выполнялась ТАРП, в нее вошло 430 пациентов, им выполнено 509 вмешательств, средний возраст составил 51,6 3,7 лет, мужчин 399, женщин 3. Также мы оценивали интраоперационно размер грыжевых ворот: <1,5 см – 61, 1,5-3 см – 341, >3

см – 107. Во II группе пациентам выполнялась пластика пахового канала по Лихтенштейну. В нее включили 122 пациента, им выполнено 152 вмешательства, средний возраст составил 59,8 3,9 лет, мужчин 106, женщин 16. Распределение в зависимости от размера грыжевых ворот в этой группе, было следующее: <1,5 см – 12, 1,5-3 см – 92, >3 см – 48.

Результаты

Прослежены результаты лечения 486 пациентов (88% от общего количества пациентов). 463 мужчины, 23 женщины. Средний период наблюдения составил 32,46 5,2 месяца (минимум 3 месяца, максимум 62 месяца). Рецидив диагностирован у 39 пациентов (8% от общего числа прослеженных пациентов). В I группе 24 пациента, во II – 15. При анализе результатов мы выявили 5 наиболее часто встречающихся факторов риска, не связанных с техническими аспектами оперативного лечения: ИМТ > 25 кг/м², прямая паховая грыжа, размер грыжевых ворот > 3 см, курение, наследственная предрасположенность к грыжеобразованию, сопутствующая патология (хронический бронхит или сахарный диабет). При этом сочетание более 3 факторов риска было отмечено у 18 из 24 пациентов с рецидивом паховой грыжи в I группе, во II группе – у 9 из 15.

Выводы

Анализ на дооперационном этапе факторов риска, не связанных с операцией, позволяет отнести пациента к группе высокого риска развития рецидива и предпринять ряд интраоперационных мер по профилактике рецидива: использовать сетку большего размера, сделать выбор в пользу фиксации нерассасывающимися спиралями, использовать «облегченный» сетчатый эндопротез.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Алгоритм действия врача-эндоскописта при локальных изменениях межбронхиальных шпор.**

Штейнер М.Л. (1, 2), Биктагиров Ю.И. (2), Корымасов Е.А. (2), Кривощёков Е.П. (2), Жестков А.В. (2)

- 1) ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №4»
- 2) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Самара

Актуальность

Одной из задач эндоскопической службы является выявление ранних специфических поражений слизистой трахеобронхиального бронхиального дерева, как неопластических, так и туберкулёзных. При этом ранние проявления большинства специфических процессов представлены неспецифическими изменениями. По сути имеет место лишь какие-то локальные неспецифические изменения, отличающиеся от изменений фоновой слизистой соседних отделов трахеобронхиального дерева. В частности, это касается неспецифических локальных изменений межбронхиальных шпор. В этой ситуации на первый план в диагностике выходит использование дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций (ДДЭМ), которые должны выполняться в объёме достаточном, но не избыточном.

Материалы и методы

Общее количество изученных результатов первичных лечебно-диагностических бронхоскопий было равно 6628 (100,00%) за пятилетний период (2013–2017 г.г.). Проанализированы результаты использования разработанного алгоритма применения дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций при выявлении локальных изменений межбронхиальных шпор различной локализации, которые визуальным образом носили неспецифический характер. Подобные изменения выявлены в 38 случаях (0,573%), в том числе в 33 эпизодах (0,498%) отмечалась резкая гиперемия по сравнению с фоновой слизистой; у 5 пациентов (0,076%) локальная гиперемия дополнялась поверхностным эрозивным поражением слизистой с налётом фибрина. Респираторная подвижность во всех случаях наблюдения не была изменена.

Результаты

При неспецифических локальных изменениях межбронхиальных шпор авторами использован следующий алгоритм применения дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций. Из гребня шпоры проводился забор биопсийного материала в рамках щипковой биопсии для последующего гистологического исследования. Предварительно, до погружения биоптатов в 10%-й рас-

твор формалина, делались два мазка-отпечатка, один из которых также направлялся в патологоанатомическое отделение для проведения цитологического анализа, а второй — в общеклиническую лабораторию для выявления кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) с использованием бактериоскопии полученного материала по методу Циля-Нильсена. Кроме того, выполнялись две браш-биопсии (различными цитологическими щётками) в сегментарных бронхах, прилежащих к шпоре с двух сторон. Каждый браш-биоптат также наносился на два стекла для последующего цитологического и микобактериологического исследований. В результате в 6 случаях (0,091%) был выявлен рак лёгкого (в результате 3-х щипковых биопсий, 2-м цитологическим исследованием мазка-отпечатка и в одном случае цитологического анализа браш-биоптата слизистой одного из прилежащих бронхов). В 3-х случаях (0,046%) были обнаружены КУМ (в одном мазке отпечатка и в 2-х браш-биоптатах прилежащих сегментарных бронхов).

Обсуждение

Итак, в 9 случаях из 38 эпизодов неспецифических локальных изменений межбронхиальных шпор, был выявлен специфический генез поражения. Это стало возможным благодаря комплексному применению ДДЭМ в рамках предлагаемого алгоритма

Выводы

Предлагаемый алгоритм представляет собой необходимый минимальный объём ДДЭМ, позволяющий исключить (подтвердить) в данной ситуации туберкулёзный или неопластический генез локальных эндобронхиальных изменений.

Рекомендации

При обнаружении локальных неспецифических изменений межбронхиальных шпор необходимо использовать предлагаемый алгоритм ДДЭМ; при этом в бронхологическом заключении должна быть внесена фраза: «Локальные изменения межбронхиальной шпоры (указать локализацию), требующие морфологической и бактериологической оценки».

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хирургическая тактика при механической желтухе в пожилом и старческом возрасте

Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Болтаев Н.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Узбекистан, Бухара

Актуальность

По данным ВОЗ, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения Земли, причем в пожилом и старческом возрасте желчные конкременты обнаруживаются у 25–30 % пациентов.

Отмечается увеличение абсолютного числа больных ЖКБ, включая пожилой и старческий возраст, сопровождается ростом абсолютного числа ее осложненных форм, одним из которых является холедохолитиаз. Холедохолитиаз остается основной проблемой в лечении больных желчнокаменной болезнью.

Большинство больных с холедохолитиазом находятся в пожилом и старческом возрасте, когда, помимо основного заболевания, нередко имеются сопутствующие. С увеличением возраста, и осложнением основной (механическая желтуха, гнойный холангит и острый панкреатит) и сопутствующей патологии усугубляют тяжесть их общего состояния.

Поэтому поиск миниинвазивных способов лечения холедохолитиаза при ЖКБ не теряет актуальности. Внедрение и использование новых технологий и определенной тактики позволило улучшить решение данной проблемы.

Цель

Изучить эффективность двухэтапной тактики у больных механической желтухи (МЖ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы

За период с 2010 по 2017 года в Бухарском филиале Республиканского центра экстренной медицинской помощи прооперировано 190 больных пожилого и старческого возраста с МЖ неопухолевого генеза. Причиной МЖ были: холедохолитиаз – у 123 больных; синдром Мириizzi (СМ) – у 15; стриктура общего желчного протока (ОЖП) – у 2; острый холангит – 10; стеноз большого дуоденального сосочка – у 18; резидуальный холедохолитиаз – у 22.

Результаты

У 180 больных с уровнем билирубина выше 100-150мкмоль/л, длительностью МЖ более 12 дней проводили двухэтапные оперативные вмешательства. Перед выполнением всех этапов оперативных вмешательств проводилась предоперационная подготовка направленная на профилактику послеоперационной печеночной недостаточности, вводились концентрированные растворы глюкозы, при низком ПТИ и высоком риске кровотечения растворы викасола, аминокaproновой кислоты, свежемороженая плазма. При высоких показателях свертывающей системы крови проводили антикоагулянтную терапию низкомолекулярным гепарином. Диагноз

устанавливается с помощью инструментальных методов исследования УЗИ и МРХПГ, ЭРПХГ. На первом этапе лечения выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) у 176 больных с холедохолитиазом. После ЭПСТ из ОЖП выделялись конкременты различных диаметров до 1 см. При больших размерах конкрементов проводили механическую литотрипсию и литоэкстракцию. Данная методика производилась с помощью механического литотриптора фирмы MTVWESEL (Германия). Данная операция удачно выполнена у 21(11,6%) больных. Неудачи механической литотрипсии было у 9(5%) больных связанные прежде всего с парапапиллярными дивертикулами и невозможностью доступа к БДС, которым произведено оперативное лечение традиционным способом. Операцию завершили дренированием холедоха по Вишневскому – у 1 больного, по Керу – у 8.

Среди осложнений после ЭРПХГ и ЭПСТ отмечалось 5 кровотечений, остановленных консервативно, 2 вклинения корзинчатого зонда Dormia при механической литоэкстракции, потребовавшее оперативного лечения. У 8 (4,5%) больных отмечался послеоперационный панкреатит потребовавший оперативного лечения у 1(0,6%) больной, консервативным методом излечены 7 (4%) больных.

У 18 больных сочетание холедохолитиаза со стенозирующим папиллитом также устранено путем ЭПСТ. При наличии гнойного холангита (10 случаев) на первом этапе проводили ЭПСТ, назобилиарное дренирование и санацию ОЖП. После ликвидации МЖ и явлений гнойного холангита, в среднем через 6-7 дней, проводили лапароскопическую или традиционную холецистэктомию (ЛХЭ).

В послеоперационном периоде ЭПСТ проведено в 7 случаях при рецидуальном холедохолитиазе.

В послеоперационном периоде умерла 4 больных: от нарастающей печеночно-клеточной недостаточности – 2(50%), инфаркт миокарда – 1(25%), панкреонекроз – 1(25%) больная.

Бесспорным преимуществом двухэтапного способа лечения перед одноэтапным является возможность быстрого выполнения малотравматичной декомпрессии билиарных протоков и уменьшение продолжительности наркоза, что особенно актуально у пожилых больных с серьезными сопутствующими заболеваниями.

Выводы

Двухэтапная хирургическая тактика при МЖ в пожилом и старческом возрасте является приоритетной: применение современных миниинвазивных эндоскопических методик (ЭПСТ, литоэкстракция, литотрипсия, назобилиарное дренирование) на фоне соответствующей медикаментозной терапии позволяет улучшить результаты лечения у данного контингента больных.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Результаты эндоскопических методов диагностики у больных с механической желтухой****Хайдаров А.А., Абидов У.У., Хаджаев К.Ш., Бафоев З.П., Саъдиев Э.С., Болтаев Н.Р.**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Узбекистан, Бухара

Актуальность

Проблемы диагностики и лечения синдрома механической желтухи (МЖ) остаются до настоящего времени трудно решаемыми задачами клинической хирургии. В последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных с механической желтухой. Правильная и своевременная диагностика ее причины имеет большое значение, определяя дальнейшую тактику ведения больного и результаты его лечения.

Материалы и методы

За период 2010 по 2017 года в Бухарском филиале РНЦЭМ произведено более 1604 эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий. Из госпитализированных больных были и из близлежащих областей. По результатам ЭРПХГ причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз – у 1286 (в том числе и резидуальный холедохолитиаз), опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) – у 48 больных, опухоль головки поджелудочной железы и стриктуры терминального отдела холедоха – 114 больных, опухоли ворот печени и общего желчного протока – 45 больных, прорвавшейся эхинококковая киста печени в общий желчный проток – 88 больных, гепатикофасциола у – 2 больных, паренхиматозная желтуха выявлена у 21 больных (немеханической природы). По данным биохимического исследования венозной крови, у этих пациентов отмечалась гипербилирубинемия в пределах от 35 до 580,3 мкмоль/л.

Результаты

На основании ЭРПХГ по показаниям произведена 1548 ЭПСТ с извлечением хитиной

вой оболочки у 82 больных (с последующим оперативным лечением), литоэкстракцией у 1212 больных (из них 61 после механической литотрипсии), по различным причинам (парапапиллярные дивертикулы, большие размеры желчных камней и т.д.) у 74 больных произвести не удалось, непроходимость желчного протока ликвидирована открытым (традиционным) путем. В 1 случае сформирован супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу – Виноградову. Больным с опухолью головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха было произведено 123 стентирований холедоха. С 2017 года произведена 5 по ЧЧХГ и ЧЧХС.

Заключение

Обследование больных механической желтухой, поступающих в экстренном порядке в хирургическое отделение, должно быть комплексным, срочным, информативным. С целью определения причины механической желтухи на первом этапе показано УЗИ, при котором диагноз устанавливается у 75% больных. В неясных случаях (до 25%) проводится второй этап исследований, в ходе которого, в зависимости от полученных при УЗИ результатов, выполняются МРХГ или ЭРХПГ, которые позволяют выставить правильный диагноз и определить дальнейшую тактику лечения.

Выводы

1) ЭРПХГ является наиболее информативным методом диагностики причины механической желтухи (при отсутствии МРПХГ).

2) Широкое применение ЭРПХГ с ЭПСТ с устранением причины механической желтухи позволяет производить оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Патогенез развития осложнений эхинококка печени

Омаров М.М. , Канаева А.И. , Гаджиев У.А.

ФГБУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Степень морфологических изменений в печени при эхинококкозе зависит от вида развившихся осложнений в кисте. Интерес представляет изучение последовательности изменений происходящих в кисте в процессе угасания её жизнедеятельности, что и является началом развития различных осложнений. Результаты наших исследований основываются на изучении содержимого кист, гистологии биоптатов тканей в зоне соприкосновения кутикулы с фиброзной капсулой. Полученные результаты позволили пересмотреть некоторые особенности строения паразитарной кисты и патогенез развития осложнений. До настоящего времени считается, что при живой эхинококковой кисте между фиброзной капсулой и кутикулярной оболочкой имеется перипаразитарное пространство заполненное лимфой, здесь происходит диффузия веществ необходимых для жизнедеятельности паразита. Наши исследования, при живой неосложнённой кисте данное пространство не обнаружили. Во всех случаях кутикулярная оболочка плотно соприкасалась с фиброзной капсулой. Факторы, определяющие такое строение следующие. Давление внутри кисты, с момента её развития, выше, чем в окружающих тканях. Это давление кутикулярной оболочки на фиброзную ткань не оставляет пространства для скопления жидкости в этой зоне. Жидкость из перипаразитарного пространства должна быть выдавлена через капилляры в фиброзной капсуле в ткань печени. Кроме того, само давление кутикулы на фиброзную оболочку предупреждает скопление лимфы в этой зоне. На примере строения эхинококковой кисты в лёгком эти данные подтверждаются более наглядно. Известно, что при лёгочной локализации паразита фиброзную капсулу прободает множество бронхов и бронхиол, которые, на протяжении всей жизни

паразита остаются не облитерированными. После удаления кутикулярной оболочки, во время операции, из этих свищей сразу начинает поступать воздух. Следует вывод, что если бы здесь было пространство, то жидкость должна была истечь через эти фистулы. Таким образом, строение кисты в лёгком более убедительно доказывает отсутствие этого пространства. Так же отмечено, что после пункции кисты и аспирации эхинококковой жидкости кутикулярная оболочка остаётся «прилипшей» к фиброзной капсуле. При наличии перипаразитарного пространства этого не происходило бы и после аспирации жидкости, кутикула сразу отделялась от фиброзной капсулы.

Существует ряд факторов обуславливающих отслойку кутикулярной оболочки от фиброзной капсулы. Эхинококк, как и всё живое в природе со временем стареет при этом кутикулярная оболочка и фиброзная капсула претерпевают качественные изменения. В них появляются известковые включения, трещины, снижается внутрипузырное давление, нарушается диффузия питательных веществ. Эти процессы приводят к отслойке кутикулы от окружающей фиброзной ткани. При этом, чем больше площадь отслойки кутикулы от фиброзной капсулы, тем меньше питательных веществ поступает в кисту. Болезни самой печени и её травмы так же могут вызвать отслойку кутикулы и излияние желчи или крови в это пространство.

Таким образом, появление перипаразитарного пространства является начальным этапом омертвения эхинококковой кисты. С этого момента можно говорить о начале процесса её гибели и развития других осложнений, которые могут протекать в условиях асептики или инфицирования.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Повторные торакотомии в хирургической практике****Столяров С.И.**

БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары

Актуальность

Внедрение в хирургическую практику новых методов диагностики позволило в значительной степени увеличить количество оперативных вмешательств на органах грудной полости. Одновременно с ними увеличилось и количество послеоперационных осложнений, требующих выполнения повторных оперативных вмешательств. По литературным данным частота послеоперационных осложнений после торакотомных операций составляет 4-12%. К реторакотомиям относят повторные оперативные вмешательства, проведенные до заживления операционной раны от конца операции до трех недель после возникновения того или иного осложнения.

Цель

Провести ретроспективный анализ осложнений, приведших к проведению ранних реторакотомий в условиях хирургического торакального отделения.

Материал и методы

За период с августа 1984 года по 2017 год в БУ «Республиканская клиническая больница» по поводу различных заболеваний органов грудной полости перенесли торакотомию 1989 пациентов, 46 (2,3%) из них в разные сроки после основного оперативного вмешательства выполнены реторакотомии. Мужчин было 39, женщин – 7. Возраст больных от 22 лет до 71 года, средний возраст – 41,9±1,1 года.

Результаты

Непосредственными причинами, повлекшими за собой реторакотомию, были следующие: внутриплевральное кровотечение – в 21 (45,7%) наблюдении, свернувшийся гемоторакс – в 7 (15,2%), несостоятельность культи бронха и легочной ткани – в 14 (30,4%), прочие – в 4 (8, 7%) наблюдениях. Характер и объем оперативных вмешательств, после которых наблюдались внутриплевральные кровотечения, были следующими: лобэктомии и комбинированные лобэктомии (9), атипичные и сублобарные резекции легкого с плеврэктомией (6), удаление опухолей средостения (3), торакотомия, ушивание раны пищевода при спонтанном разрыве (2), пластика диафрагмы при релаксации (1). Источник кровотечения установлен у 16: ме-

жреберные сосуды (6), бронхиальные артерии (3), грудная аорта (2), дуга непарной вены (1), межсегментарная вена (1), сосуды диафрагмы (1), культя артерии 2-го сегмента (1), линия шва легочной ткани (1). Реторакотомия при больших свернувшихся гемотораксах с целью удаления сгустков крови выполнена у 7 пациентов: после пневмонэктомии – 2, трансторакальной фундопликации по Белси – 1, верхней лобэктомии – 2, атипичной резекции легкого – 2. Первичная несостоятельность культи бронха и негерметичность легочной ткани явились показанием к реторакотомии у 14 пациентов, которым ранее были выполнены следующие оперативные вмешательства: лобэктомии и комбинированные лобэктомии (6), пневмонэктомия (2), атипичные резекции легкого (6). По поводу прочих осложнений реторакотомия выполнена у 4 пациентов. В одном случае удален фрагмент дренажной трубки фиксированный в плевральной полости, в другом – ушко швейной иглы из стенки правого предсердия (до этого пациент был оперирован в ЦРБ, инородное тело не было обнаружено). У одного пациента ушита перфорация острой язвы дна желудка после трансторакальной фундопликации, у другого – удален трансплантат тонкой кишки по поводу некроза. Умерло 4 больных после реторакотомии: в одном случае после удаления гигантской тератомы средостения послеоперационное кровотечение из межреберных сосудов осложнилось ДВС-синдромом, в 2 случаях возникло аррозивное кровотечение из грудной аорты после оперативного вмешательства по поводу спонтанного разрыва пищевода, осложненного острым гнойным медиастинитом, в одном случае имелось кровотечение из межреберных сосудов после удаления злокачественного новообразования пристеночной плевры, которое осложнилось ДВС-синдромом. Общая летальность составила 8,7%.

Выводы

Показания к реторакотомии чаще возникают после обширных и травматических операций, таких как пневмонэктомия, билобэктомия, а также при экстраплевральном пневмолизе легкого или доли. Наиболее частым показанием для проведения ранней реторакотомии служит продолжающееся внутриплевральное кровотечение из сосудов грудной стенки, бронхиальных артерий. В 1/3 случаев во время операции источник кровотечения установить не удастся. Необходимость в повторных операциях также возникает при первичной несостоятельности культи бронха и легочной ткани.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Согласованность прогноза ультрасонографической подклассификации новообразований молочной железы BI-RADS 4 с патогистологической верификацией, с помощью инвазивной процедуры трепан-биопсии

Тамаева Ф.А., Омарова Д.Г., Шейхмагомедова З.А., Муталимова К.Б.

«Маммологический центр Л7», Махачкала

Цель

Оценить состоятельность подклассификации новообразований молочной железы BI-RADS 4 на категории: а b c , и ее соответствие с патогистологической верификацией, с помощью инвазивной процедуры трепан-биопсии.

Материал и методы

На базе Маммологического центра Л7, г. Махачкала, в данное исследование, за год, с февраля 2017г. по февраль 2018г., было включено 83 пациенток, в возрасте от 30 до 70 лет, с узловыми образованиями, оцененные по системе Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), как 4 категория.

Пациенткам после осмотра маммолога проводилось ультразвуковое исследование на сканерах «Mindray» DC-N6, DC-N8 Exp, линейными датчиками (6.6 – 13.5 МГц) по стандартным методикам серошкального, цветового и энергетического картирования (В-режим, ЦДК, ЭДК) и ТАБ под УЗ-контролем. В 31 случае цитологические ответы вызывали сомнения для врача клинициста, так как не соответствовали предварительным диагнозам по системе BI-RADS. В связи с чем, им была выполнена процедура трепан биопсии биопсийным пистолетом BARD MAGNUM (США), под ультразвуковым контролем, с использованием стандартных игл для биопсии диаметром 14 G , 16G.

Результаты

У 14 пациенток, с УЗ-заключением по BI-RADS – 4a – после проведения трепан-биопсии, были получены следующие гистологические варианты: 8 – фиброаденомы (2 из них с признаками пролиферации); 2 – проявления ФКБ; 3-зоны хронического мастита; 1-рак молочной железы.

У 8 пациенток, с УЗ-заключением по BI-RADS – 4в – после проведения трепан-биопсии, были получены следующие гистологические варианты: 4 – фиброаденомы (3 из них с признаками пролиферации); 3-зоны хронического мастита; 1-рак молочной железы.

У 10 пациенток, с УЗ-заключением по BI-RADS- 4с – после проведения трепан-биопсии, были получены следующие гистологические варианты: 2 – фиброаденомы с признаками пролиферации; 3 – зоны хронического мастита; 5 – рак молочной железы.

Выводы

Стандартизация подклассификации новообразований молочной железы BI-RADS 4 на категории: а b c – оправдывает в полной мере предварительные прогнозы и помогает специалисту в плане дальнейшего обследования, а вкупе с патогистологической верификацией и в плане проведения лечения и дальнейших прогнозов.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Малоинвазивное лечение острого инфицированного панкреонекроза****Зубов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Нестеров Н.А., Крупка А.А.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», ДНР, Донецк

Актуальность

С каждым годом неуклонно увеличивается количество больных с острым панкреатитом (ОП). Наиболее тяжёлой формой ОП является острый инфицированный панкреонекроз (ОИП), который сопровождается высокой летальностью (от 48 до 62%) из-за развития эндотоксикоза, панкреатогенного сепсиса, полиорганной недостаточности. До настоящего времени многие вопросы диагностики и лечения инфицированного панкреонекроза являются дискуссионными.

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и лечения 110 больных с ОИП, которым выполнено малоинвазивное катетерное лечение под ультразвуковым контролем. Среди них – 74 (67%) мужчина и 36 (33%) женщин в возрасте от 24 до 76 лет. В 62 (56,4%) случаях инфицированный панкреонекроз имел алиментарно-алкогольное происхождение, в 48 (43,6%) – явился осложнением жёлчнокаменной болезни (ЖКБ). Различные сопутствующие заболевания выявлены у 81 (73,6%) пациента. Панкреонекротический абсцесс обнаружен у 42 (38,4%) больных, панкреонекротическая флегмона – у 68 (61,6%). Для уточнения диагноза пациентам выполнены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Полученные результаты

23 больным с жёлчнокаменной болезнью и стенозом фатерова сосочка выполнили эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию.

108 пациентам выполнена прицельная тонкоигльная пункция под контролем УЗИ. У большинства этих больных в очагах инфицированного панкреонекроза преобладали жидкий гной и мелкие секвестры. При обнаружении гноя пункцию дополняли катетерным дренированием по принципу Сельдингера. Нередко для удаления секвестров использовали катетеры возрастающего диаметра.

После видеоэндоскопического дренирования состояние 73 (67,6%) больных улучшилось, что позволило завершить лечение без лапаротомии. В 35 (32,4%) случаях, когда большие секвестры не удавалось удалить через широкие катетеры, выполняли конверсию в лапаротомию. Малоэффективная 8 – 10-суточная малоинвазивная санация являлась показанием к лапаротомному вмешательству.

Обсуждение

Наиболее информативными методами исследования пациентов с ОИП явились ультразвуковой и компьютерная томография с контрастированием. Больные получали комплексное лечение (антибиотики, инфузионную терапию, сандостатин, 5-фторурацил, далаггин, рабелок, мексидол, парантеральное и раннее зондовое питание, плазмозферез, экстракорпоральную детоксикацию). Чтобы предотвратить развитие синдрома системной воспалительной реакции с полиорганной недостаточностью, пациентов оперировали в течение 3 – 4 нед от начала заболевания. После видеоэндоскопического малоинвазивного лечения различные осложнения отмечены в 28 (25,5%) случаях. Причинами смерти у 13 (11,8%) чел. явились: септический шок и полиорганная недостаточность – 8, перитонит – 4, кровотечение – 1.

Выводы

Малоинвазивное катетерное дренирование под контролем УЗИ может использоваться в качестве способа завершения диагностики и стартового лечения пациентов ОИП при преобладании жидкого гноя в панкреонекротических абсцессах и эпигастральных флегмонах. Лапаротомия и формирование поперечной оментобурсопанкреатостомии показаны при неэффективности малоинвазивного лечения в течение 8 – 10 суток или наличии больших секвестров. Интенсивное комплексное лечение и срочное начало малоинвазивного хирургического лечения не позднее 3-4-й недели от начала заболевания способствуют снижению количества послеоперационных осложнений и летальности.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Проксимальная резекция поджелудочной железы: пути снижения местных послеоперационных осложнений

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

После проксимальной резекции поджелудочной железы (ПЖ) нередко наблюдаются тяжелые местные послеоперационные осложнения, как панкреатит, внутренние кровотечения, несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов. В связи с чем проводится повторные оперативные вмешательства, при которых наблюдается высокая летальность.

Цель

Определить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике местных послеоперационных осложнений после проксимальной резекции ПЖ.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 156 пациентов с патологией ПЖ, которым была выполнена проксимальная резекция ПЖ. Периапулярный рак имелся у 137 (87,7%) пациентов. Кистозные образования ПЖ диагностированы у 6 (3,8%) пациентов: непаразитарные кистозные образования – 5, эхинококковая киста – 1. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – 15 (8,5%).

Все пациенты, в зависимости от характера реконструктивно – восстановительного этапа операции, были распределены на две группы: основная группа (68 пациентов), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на «каркасных» дренажах и контрольная (88 пациентов), которым вышеуказанная методика не была использована.

Результаты

Медиана длительности операции в группах сравнения достоверно не отличалась. Интрао-

перационные осложнения встречались одинаково часто в контрольной и основной группах; послеоперационный панкреатит в контрольной группе развился почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоюноанастомоза – в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки стационарного лечения пациентов в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной ($\chi^2=0,350$; $df=1$; $p=0,551$); общая летальность в основной группе больных – 0; в контрольной – 8,9%. Уменьшение количества фатальных послеоперационных осложнений после проксимальной резекции ПЖ мы объясняем тем, что в изолированной по Ру петле тощей кишки в условиях гастроэнтеростаза (имеет место в более 80% случаев) наблюдается секвестрация желчи, панкреатического сока, то есть формирование «трансцеллюлярного водно-электролитного бассейна». Вероятность просачивания содержимого изолированной петли в свободную брюшную полость через соустья при этом очень высока и это является основной причиной возникновения местных послеоперационных осложнений после проксимальной резекции ПЖ. При формировании билио- и панкреатодигестивных анастомозов на «каркасных» дренажах и выведении желчи и панкреатического сока наружу на период заживления анастомозов указанные осложнения не возникают.

Заключение

Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводит летальность после проксимальной резекции ПЖ до нуля.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Вариант завершения билиарной реконструкции после резекции хиллярной холангиокарциномы****Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Султанова Р.С., Абдуллаева А.З.**

ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, Махачкала

Холангиокарцинома воротной локализации является сложной патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Проведение радикального оперативного вмешательства не всегда возможно и вопросы резекционных технологий ещё до конца не определены.

Цель

Дать оценку эффективности применения различных вариантов реконструкции билиарной системы после резекции желчных протоков с частичной и большой резекцией печени при хиллярной холангиокарциноме (ХХ).

Материал и методы

В данном исследовании представлены результаты лечения 56 пациентов с проксимальной опухолевой обструкцией билиарного тракта (БТ).

Первый тип опухоли отмечен у 6 пациентов; 2-й тип – в 12; 3-й тип «А» – в 7; «Б» – в 9; 4-й тип – в 22 (классификация Bismuth-Corlette). Во всех случаях отмечен синдром механической желтухи (СМЖ), и в 24 (42,8%) наблюдениях клиника холангита средней и тяжелой степени. На диагностическом этапе всем пациентам выполнены: УЗИ, МРТ и МСКТ. В 43 (76,8%) наблюдениях первым этапом выполнена чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС). При этом 26 (60,4%) пациентам проведено наружное дренирование БТ, и в 17 (39,6%) – наружно-внутреннее.

Резекция желчных протоков в изолированном варианте выполнено в 14 (53,8%) случаях (1-й и 2-й тип опухоли), в 10 (38,4%) наблюдениях резекция желчных протоков сопровождалась частичной резекцией ткани печени в области ворот (1-й, 2-й и 3-й «А» типы опухоли). Двум пациентам (7,8%) наблюдениях проведена левосторонняя гемигепатэктомия (3-й тип опухоли). В 30 (53,6%) случаях (3 «Б» и 4-й тип опухоли) с местно распространенным опухолевым процессом оперативные вмешательства не проведены в виду вовлечения в патологический процесс крупных сосудов ворот печени. В 8 (23,3%) наблюдениях установлен билиарный стент. Остальным 22 (76,7%) пациентам стентирование БТ не проведено из-за отсутствия условий для его выполнения и они выписаны с наружно-внутренним либо наружным дренированием БТ.

После резекции конfluence желчных протоков, протоков со смежной паренхимой обнажились 3 желчных протока в 8 наблюдениях, 4 – в 5. Этим пациентам реконструкция билиарной системы проведена по разработанной нами методике (патент РФ). В 2-х наблюдениях проведена гепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки, а в 11 случаях бигепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки.

Результаты

Результаты данных лучевых методов диагностики показали, что условия для проведения радикальных операций имеются у 28 (50,0%) пациентов, а при интраоперационной ревизии – у 26 (46,4%). Интраоперационные осложнения среди оперированных пациентов отмечены в 6,4% случаях, послеоперационные осложнения – 15,3%, клиника холангита – 36,4%. Послеоперационная летальность составила 3,9%. Обструкция билиодигестивного анастомоза отмечена в 21,6% наблюдениях. Повторная реконструкция БТ проведена 1 пациенту, в 5 случаях – ЧЧХС. Рецидив заболевания до одного года отмечен у 23,0% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 30,6%.

В последние годы широко обсуждается вопрос выбора объема резекции печени при ХХ. Достаточно много данных, говорящих за хорошие результаты при частичных (щадящих) резекциях печени. При этом часто обнажается 3 и более желчных протока, с которыми следует выполнить билиодигестивные анастомозы, и риск развития осложнений при этом высокий. Наш вариант реконструкции билиарной системы более надежный.

Заключение

Холангиокарцинома воротной локализации является тяжелым опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны. В подавляющем большинстве случаев пациенты нуждаются в двухэтапном лечении. Выбор варианта реконструкции БТ после использования резекционных технологий имеет важное значение для профилактики местных послеоперационных осложнений и предлагаемый нами вариант является оптимальным.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Малоинвазивные, пункционные методы диагностики и лечения жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства

Омаров К.Х., Магомедов Х.А., Дибирдадаева М.Р.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

В силу сложившейся тенденции в хирургии к переходу на малоинвазивные варианты вмешательств с интра-операционным использованием современного диагностического оборудования, в том числе ультразвукового исследования (УЗИ), в последнее время в хирургии чаще используются щадящие методы диагностики и лечения пациентов с жидкостными образованиями различной локализации.

Однако при проведении пункции жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства имеется большой риск повреждения внутренних органов. Проведение пункции под контролем УЗИ дает возможность значительно снизить выше указанный риск, а так же удается оптимизировать расположение иглы или катетера в полости образования.

Изучен материал проведенных лечебно-диагностических пункций брюшной полости и забрюшинного пространства проведенных в приемно-диагностическом отделении ГБУ РД РКБ г Махачкала с 2012 по 2017г всего произведено 114 данных манипуляций, осложнений не наблюдалось.

Имели место сложные случаи (36) расположения образований, когда доступ для иглы был затруднен расположением над образованием внутренних органов, и имелся риск повреждения органа.

При проведении пункции использовались иглы различного диаметра и длины, в том числе применялись иглы-катетеры для пункции периферических вен, а так же гибкие катетеры для центральных вен. Для пункции под контролем УЗИ использовались различные градуированные иглы длиной 10-20 см и диаметром 16-29G, что соответствует 1-1,4 мм внутреннего диаметра иглы.

Выбор калибра иглы и длины определялся при проведении УЗИ, с уточнением глубины расположения образования и характера жидкостного содержимого.

Пункция проводилась в условиях перевязочного кабинета с использованием стационарного аппарата УЗИ «TOSHIBA NEMIO XG SSA-

580A» или переносного аппарата УЗИ «GE logiq book XP».

Черезкожная пункция выполнялась с соблюдением всех правил асептики и антисептики с учетом аллергического анамнеза пациента. После предварительного проведения УЗИ определялся оптимальный доступ к образованию, маркировалась кожа в месте предполагаемого прокола, затем после обработки проводилось местное обезболивание р-ром новокаина 0,5% кожи и далее под контролем УЗИ игла проводилась с введением обезболивающего препарата в толщу всей брюшной стенки. Далее подбирались игла необходимого калибра и длины с учетом глубины расположения образования и плотности содержимой жидкости. Игла градуированная, вводилась постепенно с определением расположения конца иглы датчиком УЗИ.

При возникновении опасности повреждения органа выбирался другой путь введения иглы. Постепенно вводился раствор новокаина, проникновение раствора можно определить УЗИ. Как только игла проникала на достаточную глубину в полость образования, эвакуировалось определенное количество жидкости из полости, что подтверждало правильное расположение иглы, через просвет иглы вводился проводник, извлекалась игла и устанавливался мягкий катетер. Содержимое аспирировалось из полости образования и определенное количество направлялось на лабораторное исследование.

При установке гибкого катетера в кожу, катетер фиксировался одним швом и лейкопластырем.

В 43 случаях в полости образований выявлена инфицированная жидкость, т.е. полость расценена как абсцесс, в 47 случаях жидкость оказалась не инфицированной в виде экссудата. В 22 случаях в полости выявлена гемолизированная кровь. В 2 случаях из полости получена прозрачная жидкость, при исследовании которой выявлен эхинококкоз брюшной полости.

После этого дренажный катетер в полости сохранялся при наличии инфицирования

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

в течение 3-9 суток для дальнейшей санации полости и аспирации содержимого, так же под контролем УЗИ, через катетер в полость с осторожностью вводились антисептические растворы, без чрезмерного нагнетания, т.е. создавалось давление в пределах 50-100мм водного столба (для исключения попадания раствора за пределы образования). 2 пациента с эхинококковой кистой после обработки полости гипертоническим солевым раствором оперированы, произведена лапаротомия с удалением содержимого полости и дренированием.

У 29 пациента наблюдалось повторное скопление жидкости в полости кисты, после наблюдения в динамике этим пациентам произведена повторная пункция и дренирование полости под контролем УЗИ. У 8 пациентов пришлось пунктировать полости в третий раз.

В 3-х случаях наблюдалась миграция катетера из полости, в 6 случаях катетер был поврежден и возникла необходимость в повторной установке или замене.

После проведения пункции и катетеризации пациенты находились под наблюдением в приемно-диагностическом отделении в течение 2-4 часов, затем после необходимых рекомендаций пациенты отпускались домой, с услови-

ем, что при появлении каких либо симптомов необходимо обратиться в отделение для контрольного обследования. Последующее обследование и лечение проводилось в каждом случае индивидуально, сроки определялись по полученным данным при контрольном УЗИ.

Во всех случаях проведения пункции или дренирования результат был благоприятный, осложнений не наблюдалось.

Выводы

1) Проведение пункции является малоинвазивным и малотравматичным методом, и позволяет достичь значимого результата в лечении и имеет большой экономический эффект.

2) Проведение пункции и аспирации содержимого из жидкостных полостей под контролем УЗИ возможно практически при любом расположении образований в брюшной полости и забрюшинном пространстве, при наличии определенных навыков у хирурга, знаний по УЗИ, а так же при наличии иглы и катетеров соответствующего диаметра и длины.

3) Пункционные методы лечения сокращают сроки лечения пациентов, минимизируют расходы на лечение.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Химическая некрэктомия и её значение в лечении контактных глубоких ожогов у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей неврологической патологией

Ахмедов М.Г., Ахмедов Д.М., Агаева А.Р., Гусейнов Т.И.

ГБУ РД РКБ Ожоговый центр, Махачкала

Актуальность

Локальные глубокие ожоги у пострадавших пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) или эпилепсией протекает значительно тяжелее, чем у лиц без сопутствующей патологии. Неудовлетворительные результаты у них наступают чаще, что обусловлено тяжелыми сопутствующими заболеваниями и развитием множества осложнений. Структура и морфология ожоговой раны у этих больных при глубоких ожогах такова, что формирование демаркационного вала и ограничение некроза завершается только к концу 6 недели. Лишь с этого времени и начинается спонтанное отторжение некроза. Проведение первичной хирургической некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой ограничено, из-за общего преморбидного фона и формирующегося дефекта мягких тканей.

Материал и методы

Опыт лечения более 110 больных с локальными глубокими ожогами с сопутствующей патологией ОНМК или эпилепсией в специализированном отделении термических поражений позволяет отметить, что на сроки отторжения некротических струпов наряду с глубиной поражения кожного покрова оказывает влияние и возраст пострадавших. Длительное существование некротических струпов,

особенно с переходом их во влажное состояние, резко ухудшает состояние пострадавших, в связи, с чем поиски путей более быстрого их отторжения и закрытия ран путем кожно-пластических операций у лиц пожилого и старческого возраста имеют чрезвычайно важное значение. Наиболее простым и удобным в клинической практике для отторжения некротических тканей является использование химических средств, обладающих некролитическими свойствами. Нами использовалась некрехимическая мазь, содержащая 40% салициловую кислоту. Некрехимическая мазь накладывалась тонким слоем (до 3 мм) на некротические ткани на площади не более 500 см² с последующим закрытием целлофаном и сухой асептической повязкой. Под действием некрехимической мази струп отходит на второй, третий день от начала её применения.

Выводы

Использование некрехимической мази у больных пожилого и старческого возраста с локальными глубокими ожогами до 15% поверхности тела позволяет уменьшить сроки предоперационной подготовки ран до 2 – 2,5 недели с момента получения ожога, позволяет сократить пребывание больных в стационаре, тем самым избежать развития ряда осложнений и получить лучшие функциональные результаты лечения.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Принцип экспандерной дермотензии в восстановительной хирургии последствий ожогов****Ахмедов М.Г., Ахмедов Д.М., Агаева А.Р., Гусейнов Т.И.**

ГБУ РД РКБ, Ожоговый центр, Махачкала

Актуальность

Экспандерная дермотензия – это операция, позволяющая «вырастить» дополнительную кожу на теле для восстановления почти любой его части. Полый силиконовый шар (экспандер) внедряется под кожу около восстанавливаемой области, постепенно заполняется физиологическим раствором, растягивая кожу. При этом кожа не просто растягивается, а растет, увеличивает свою площадь. Экспандерная дермотензия чаще всего используется для реконструкции груди. Однако метод также применяется для восстановления кожи при врожденных дефектах, после несчастного случая, при устранении рубцов, алопеции и других реконструктивных и эстетических операциях.

Материал и методы

Наш опыт – применения метода экспандерной дермотензии у 62 пациентов (25 мужчин и 37 женщин), возраст пациентов от 4 до 65 лет. У всех пациентов для дермотензии мы использовали высокопрофильные экспандеры фирмы Латекс со встроенным и выносным портом объемом 45см² –450см².

Этиологическими факторами, послужившими к применению данной методики, были: послеожоговые и посттравматические дефекты у 29 (? %) пациентов; алопеция различной этиологии у 33 (0 %) пациентов; У 33 пациентов (? %) дефект локализовался в области головы, у 3 пациенток (? %) в области молочных желез, 9 пациентов (? %) с дефектами в области верхней конечности: тыльная поверхность кисти, подмышечная область, у 7 пациентов (? %) по передней поверхности бедра, средней трети голени. Площадь дефектов составляла от 45 см² до 450 см².

Результаты

В результате проведенного лечения у 61 (? %) пациента достигнут хороший и отличный результат, особенно при применении метода на голове с целью устранения алопеций. У 1 (? %) пациента в результате лечения мы наблюдали осложнение в виде краевого некроза кожи с последующей протрузией экспандера.

Обсуждение

Как и любая операция, экспандерная дермотензия имеет свои осложнения и риски. Самое частое осложнение – это потеря герметичности экспандера. Вводимый раствор может просачиваться в ткани. В то время как все экспандеры протестированы, несостоятельности действительно встречаются. Физиологический раствор, поступающий из экспандера абсолютно безвреден для организма, однако такая ситуация требует замены экспандера. Следующее осложнение – это инфекция. Чаще всего развивается в течение нескольких недель после операции. В таких случаях экспандер удаляется до очищения полости. А также, как отмечалось выше, при нарушении техники введения раствора в эндоэкспандер, наблюдается некроз кожи.

Выводы

Таким образом, с нашей точки зрения, метод экспандерной дермотензии является оправданным и востребованным при местных пластических операциях, так как обладает надежностью, эффективностью, прогнозируемостью, тем самым открывает новые возможности в восстановительной хирургии последствий ожогов и травм.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Наш опыт оперативного лечения низковольтных электроожогов кисти у детей

Ахмедов М.Г., Ахмедов Д.М., Агаева А.Р., Гусейнов Т.И.

ГБУ РД РКБ, Ожоговый центр, Махачкала

Актуальность

Пластическое закрытие кожного изъяна при низковольтных электроожогах, если нет к тому противопоказаний, представляет собой весьма эффективное мероприятие. Пластика не только существенно ускоряет заживление, но, что особенно важно, предупреждает ряд осложнений, связанных с длительным рубцеванием или развитием контрактур.

При выборе способа кожной пластики всегда следует отдать предпочтение наиболее простому. В этом отношении на первое место следует поставить местную пластику, а на второе – свободную пересадку. Однако, подлежащие ткани не всегда могут оказаться способными к быстрому развитию необходимых сосудистых связей, обеспечивающих приживление свободного трансплантата. Если при этом вблизи раны отсутствуют достаточные ресурсы кожи, то отпадает и возможность применения местной пластики. В случае обнажения на дне раны связок, сухожилий – пластика лоскутом на питающей ножке является основным методом закрытия ран кисти при низковольтных электроожогах.

Материал и методы

В Республиканском ожоговом центре Дагестана за последние 6 лет проведено лечение 147 пострадавшим с электроожогами. Из них у 63 пострадавших были низковольтные электроожоги, что составило 42,8 %. Всего под наблюдением находилось 94 кистей, т.е. у 32 больных страдала 1 кисть, у 31 – две кисти. Самой маленькой пациентке было 8 месяцев, а самому большому – 16 лет. В большинстве случаев были поражены 2-е и 3-е пальцы одного или обеих кистей. 51 пострадавшему произведена операция лоскутом на питающей ножке, из них 37 пострадавшим – Итальянская пластика, 12 больным была произведена свободная кожная пластика, а пострадавшим с поражением 2-х кистей с уточнением глубины и локализации поражения на одной кисти была произведена свободная кожная пластика, а на другой пластика лоскутом на питающей ножке.

Полученные результаты и обсуждение. При контактных электроожогах с поражением сустав-

ной поверхности пальцев кисти, независимо от возраста, в течение первых суток выполняли некрэктомию с последующим закрытием раны лоскутом на питающей ножке.

Тактика лечения сводилась к точной диагностике глубины и локализации поражения, планирования операции: выборе наиболее удобного и легко переносимого больным сближения раны и части тела, на котором выкраивается лоскут; правильного расположения лоскута; установления размеров лоскута, его формы и толщины; надежной иммобилизации сближенных частей тела, гарантирующей целостность развивающихся сосудистых связей; своевременного и правильного пересечения ножки лоскута (второй этап операции).

После раннего оперативного лечения 51 больного с низковольтными электроожогами послеоперационные осложнения, ставшие причиной удлинения сроков госпитализации и приведшие к ухудшению результатов лечения, отмечены у 7 детей, что составило 13,7 %. Основными причинами осложнений были: неправильный подбор донорского участка, не соблюдение требований к размеру лоскута, его форме и толщине и неправильная фиксация в послеоперационном периоде, приведшая к смещению, натяжению или перегибу ножки лоскута.

Метод кожной пластики лоскутом на питающей ножке всегда представлял собой индивидуальную задачу, поскольку форма, локализация и размеры раны, как правило, различны. Отсюда и рациональное решение задачи сводилось к тому, чтобы в каждом случае наилучшим образом реализовать основные технические требования метода.

Выводы

Применение раннего оперативного лечения с использованием кожного лоскута на питающей ножке при низковольтных электроожогах кисти позволило: а) сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5 – 7 дней; б) в 1,5 раза сократить частоту последующих госпитализаций; в) улучшить результаты первичного лечения (2,5 раза сократить количество рубцовых деформаций пальцев кисти).

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Изменения активности ксантиноксидазы у больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде при магнитно-лазерной терапии****Арсютов В.П. (1), Арсютов О.В. (1), Столяров С.И. (2)**

- 1) ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
 2) БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары

Актуальность

В образовании молочной кислоты, конечно-го продукта обмена пуринов, активное участие принимает сложный фермент ксантиноксидаза – флавопротеид, катализирующий одновременно окисление гипоксантина в ксантин и ксантина в мочевую кислоту. «Агрессивная» О-форма фермента в качестве кофактора использует кислород, который в ходе реакции расщепляется на две части. Один атом кислорода используется на окисление субстрата, другой, акцептируя лишний электрон, восстанавливается до крайне токсического соединения – супероксиданиона. Основной мишенью свободнорадикальных форм кислорода являются ненасыщенные жирные кислоты, входящие в состав липидов. Взаимодействие свободных радикалов с ними приводит к цепным реакциям, известным как перекисное окисление липидов, что лежит в основе патогенеза многих заболеваний. Цель исследования. Изучить изменения активности ксантиноксидазы (КО) у пациентов с прободной язвой желудка и 12 перстной кишки в послеоперационном периоде при традиционной терапии и использовании магнитно-лазерной терапии.

Материал и методы

В момент поступления у 207 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в стационар активность ксантиноксидазы колебалась в пределах от 0,95 до 2,16 условных единиц (УЕ), составляя в среднем $1,22 \pm 0,04$ УЕ. Исследуемую группу (ИГ) составили 73 пациента, которым сразу после операции и ежедневно в течение 7 суток послеоперационного периода проводили магнитно-лазерную терапию, используя магнитно-лазерный аппарат «Млада». Сравнимую группу (СГ) составили 134 пациента. В послеоперационном периоде им проводилась лишь традиционная терапия.

Результаты и обсуждение

Активность КО при поступлении в хирургическое отделение достоверно превышала норму, составляя $1,22 \pm 0,05$ УЕ ($p < 0,05$). С первых суток

послеоперационного периода у обеих групп больных отмечалось увеличение активности изучаемого показателя, который достигал максимальных значений к 3 суткам после хирургического вмешательства, составляя соответственно $1,34 \pm 0,07$ УЕ ($p < 0,05$) и $1,37 \pm 0,04$ УЕ ($p < 0,05$). Если у больных исследуемой группы активность КО уже с 5 суток послеоперационного периода не отличалась от нормы, составляя на этих сроках исследования $1,18 \pm 0,03$ УЕ ($p > 0,05$), то у больных сравнимой группы этот показатель приближался к норме лишь к 7 суткам после операции.

Из 134 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки сравнимой группы послеоперационные осложнения установлены у 11 (8,2%). У 2 больных развилась несостоятельность швов ушитого прободного отверстия, по поводу чего была выполнена релапаротомия, один из которых умер на 3 сутки после повторного хирургического вмешательства. У одного пациента релапаротомия выполнена по поводу развившейся на 5 сутки после операции ранней спаечной кишечной непроходимости. Гнойные осложнения послеоперационной раны обнаружены у 8 больных. Средняя длительность пребывания сравнимой группы больных в стационаре после ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составила $15,6 \pm 0,46$ койко-дней.

У 73 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки после 7 сеансов магнитно-лазерного воздействия каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не выявлено. Средняя длительность пребывания этой группы больных в стационаре после хирургического вмешательства составила $12,73 \pm 0,28$ койко-дней.

Выводы

Полученные результаты клинических исследований убедительно доказывают необходимость применения метода магнитно-лазерной терапии в послеоперационном периоде у больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки с целью улучшения результатов лечения и профилактики послеоперационных осложнений.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сравнительный анализ применения эхонавигационных интервенций в хирургическом лечении очаговой патологии печени

Влахов А.К. (1), Голомидов А.Н. (2), Власов Н.В. (2), Стормажов В.А. (2)

1) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского
2) ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи № 6», Симферополь

Актуальность

В настоящее время отмечается стойкая тенденция к минимальной степени хирургической агрессии при выборе способа хирургического лечения очаговой патологии печени.

Материал и методы

Проанализированы сравнительные результаты хирургического лечения очаговой патологии печени у 212 больных при применении чрескожных эхоконтролируемых вмешательств (ЧЭВ) – основная группа, традиционных (1 контрольная группа) и лапароскопических операций (2 контрольная группа) в хирургическом стационаре ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи № 6»

Полученные результаты

При лечении пиогенных абсцессов печени открытым доступом в послеоперационном периоде в 29% случаев имело место развитие осложнений. Средняя продолжительность операции при лапаротомии достигала 239 ± 69 мин, при эхонавигационных интервенциях была прогнозируема значительно короче в 7-9 раз. Объем интраоперационной кровопотери, в среднем, составил: при ЧЭВ – 0; при открытых операциях – 445 ± 88 мл. Летальность при оперативном лечении составила 3,2% и не имела места при применении ЧЭВ. Результаты анкетирования в группах пациентов после традиционного оперативного лечения и ЧЭВ показали, что качество жизни в группе с применением ЧЭВ значительно выше группы с традиционным лечением. При открытых операциях отмечено снижение всех показателей шкал опросника по отношению к норме популяции: физического функционирования – на 14,6%, ролевого физического функционирования – на 53%, ролевого эмоционального функционирования – на 50,6%, общего здоровья – на 13,8% и интенсивности боли – на 11,2%. И, наоборот, в группе больных с ЧЭВ эти показатели были близки к норме популяции.

ЧЭВ (пункции и дренирование) в лечении кист печени по своей эффективности не уступали

результатам традиционных и лапароскопических операций, а по ряду показателей превосходили их. Продолжительность операции при лапароскопических вмешательствах была в 2 раза меньше, чем при использовании лапаротомного доступа, но в 2 раза превышала продолжительность ЧЭВ. Объем интраоперационной кровопотери, в среднем, составил: при ЧЭВ – 0; при лапароскопических вмешательствах 76 мл; при открытых операциях – 360 мл. После лапароскопических вмешательств частота развития осложнений (8,3%) превышала в 2 раза таковую при применении ЧЭВ (4,4%), но была значительно ниже частоты осложнений при открытой операции (38,5%). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре при лапароскопическом лечении составила $6,6 \pm 1,5$ койко-дней. Койко-день при ЧЭВ: $9,0 \pm 1,1$ – при дренировании; $9,9 \pm 1,6$ – при пункционном курсе. При лапаротомном доступе сроки госпитализации составляли $20,0 \pm 9,2$ койко-дней. Рецидивы кистозных образований имели место только после применения лапароскопических (3,4%) и открытых операций (5,1%).

Наличие болевого синдрома во всех случаях открытых операций и у ряда больных после лапароскопических вмешательств, за исключением эхонавигационных инвазий, требовало парентерального применения ненаркотической и наркотической анальгезии. Результаты анкетирования в группах больных показали, что качество жизни у пациентов основной группы значительно выше таковой у пациентов в обеих контрольных группах и близка к популяционной норме.

Выводы

Результаты сравнительного изучения применения ЧЭВ, лапароскопических и традиционных оперативных вмешательств в хирургическом лечении очаговой патологии печени показали существенное и неоспоримое преимущество чрескожных эхонавигационных интервенций по всем показателям: более короткие сроки госпитализации и реабилитации, отсутствие существенных осложнений и летальности при той же конечной результативности, высокое качество жизни в отдаленные сроки после лечения.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**18-летний опыт 952 пластик пищевода при раке и доброкачественных стриктурах. Пути достижения успеха**

Алиев С.А., Рохоев Х.Н., Эльдарханова А.З., Курбанов К.А., Магомедов С.М., Закаржаева З.М., Омаров К.Х., Нуриева А.М.

ГБУ РД «НКО «ДЦГХ», Махачкала

В основу работы положены результаты хирургического лечения 952 пациентов, 759 из которых оперированы по поводу рака пищевода и кардии, а 193 – доброкачественных стриктур пищевода в период с 2000-2017 гг.

Агрессивной стратегии оперативного лечения при раке пищевода с лимфодиссекцией 2S, 2F, 3F придерживаются онкологи ведущих центров мира. При этом непосредственные результаты операции являются вполне удовлетворительными, в то время как функциональные результаты и 5-летняя выживаемость неутешительны. В свете вышеизложенного приоритетными остаются задачи с совершенствованием органосохраняющих: вагус, сплено, пилоросохраняющие операции, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака кардии, проксимального отдела желудка.

Целью исследования является повышение эффективности и качества хирургического лечения при раке пищевода и кардии.

В работе излагаются стратегические принципы и методы формирования пищеводного анастомоза, после субтотальной резекции пищевода, экстирпации желудка, пищевода, резекции кардиоэзофагеального перехода, симультанных, полиорганных операций.

Материалы и методы. В клинический материал включены 952 пациентов, которые разделены на 3 группы. Возраст больных варьировал от 19 до 86 лет, из которых мужчин – 510, женщин – 249.

В первую 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%.

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.

Во вторую группу вошли 446 больных. Они распределены по стадиям: I, II стадия-11%, III стадия-62%, III-IV стадия – 27%.

Им выполнены операции: гастрэктомию, 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 гастрэтомии 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 «блезней 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 метакронным 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%).

Таким образом, обозначены пути улучшения непосредственных результатов при эзофагопластике. Эффективным методом профилактики при высоком индексе риска плеврорегочных, сердечно-сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции более широким внедрением в клиническую практику экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову из абдомино-заднемедиастинального доступа.

Выводы

1) Расширение показаний к выполнению эзофагопластики по методике И.М. Давыдова, обеспечивают решение задачи со снижением уровня инфекционных осложнений, связанных как с несостоятельностью швов анастомоза.

Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде при радикальных операциях на пищеводе и кардии являются плеврорегочные, сердечнососудистые осложнения.

2) Эффективным методом профилактики плевро-легочных, сердечнососудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции путем более широкого внедрения стрипинг операций.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Идеология хирургической тактики при синхронном раке левого легкого и пищевода

Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Магомедов С.М., Курбанов К.А., Гасанов М.К., Закаржаева З.М.

ГБУ РД «НКО «ДЦГХ», Махачкала

Высокий риск и техническая сложность одномоментных комбинированных, расширенных мультиорганных операций при синхронных, метакронных опухолевых заболеваниях определяет идеологию хирургической тактики.

Цель

Показать возможность успешного «одномоментно-отсроченного» хирургического лечения при тяжелой конкурирующей по прогнозу опухолевой патологии, при синхронном раке пищевода и легкого.

Материалы и методы

«Пищеводная группа» ДЦГХ за последние 18 лет выполнила 759 радикальную операцию с эзофагопластикой с послеоперационной летальностью (3,4%). Одномоментные комбинированные расширенные мультиорганные операции выполнены – 17 пациентам. (2,3 %).

Приводим клиническое наблюдение с выполнением успешной «одномоментно-отсроченной» операции у пациентки с первично-множественным синхронным раком средне- грудного отдела пищевода и центральным раком левого главного бронха.

Пациентка Г. 40 лет обратилась в клинику 04.07.2016г. ист. бол. № 593 с жалобами на затруднённое глотание, полутвердой и полужидкой пищи (дисфагия III степени), потерю массы тела до 9 кг, на общую слабость. Пациентка считает себя больной 1,5 года, когда появились симптомы дисфагии.

По данным комплексного обследования в ниже-, средне- грудном отделах пищевода выявлена опухоль протяженностью до 9 см с признаками инвазии в параэзофагеальную клетчатку. В корне левого лёгкого выявлена опухоль главного бронха с окклюзией на 2/3 просвета. При бронхоскопии, эзофагоскопии взяты биопсии с заключениями – плоскоклеточный ороговевающий рак: грудного отдела пищевода и левого главного бронха.

Был сформулирован клинический диагноз – первично-множественные синхронные злокаче-

ственные новообразования: местнораспространенный рак пищевода III ст. (T3N1M0) и левого лёгкого III а. ст. (T3N2M0)

Стратегия и тактика при синхронном раке левого легкого и пищевода, является предметом дискуссий.

В нашем клиническом наблюдении, с учетом доминирующей клинической картины заболевания предпринята этапная операция типа Льюиса, которая выполнена 12.07.2016 г.

Ранний п/о период протекал гладко. За день до выписки определился стридорозный синдром, связанный с прогрессированием опухолевого заболевания левого легкого

По срочным показаниям ввиду стридорозного дыхания с учетом перенесенной операции типа Льюиса с интервалом в 3 недели, выполнена комбинированная расширенная левая пневмонэктомии. Левосторонняя торакотомия в IV межреберье. Легкое ателектазировано с проявлениями пневмонита, экссудативным плевритом до 300 мл.

Выполнена трансперикардальная медиастинотомия с иссечением перикарда и обработкой левых сосудов.

Высоко обработан левый главный бронх аппаратным швом (Auto-suture) с лимфодиссекцией трахеобронхиальных и средостенных лимфоузлов, связанных с опухолью левого главного бронха. Препарат удален единым блоком. Контроль не гемоаэрозтаз. Операция закончена дренированием плевральной полости П/о диагноз: первично множественный синхронный рак двойной локализации: грудного отдела пищевода III стадия (T3-4N2M0); центральный рак левого главного бронха IIIб стадия (T3N2M0) с ателектазом легкого и экссудативным плевритом.

Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность успешного «одномоментно-отсроченного» хирургического лечения при тяжелой конкурирующей по прогнозу опухолевой патологии, при синхронном раке пищевода и легкого.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Опыт применения радиочастотной абляции очаговой патологии паренхиматозных органов и мягких тканей****Влахов А.К. (1), Сеферов Б.Д. (2), Руденко К.Е. (2).**

- 1) Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И.Вернадского.
- 2) Центр клинической диагностики «Генезис». Симферополь

Актуальность

Операции по поводу метастатических образований паренхиматозных органов (ПО) сопровождаются кровопотерей, высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности, ухудшением качества жизни (КЖ). После хирургического лечения в 60–70% диагностируются новые метастазы. В оптимизации комбинированного лечения вторичных новообразований большое значение приобретают методы локальной деструкции, одним из предпочтительных является радиочастотная абляция (РЧА). Прицельное аблятивное разрушение опухолевой ткани приводит к увеличению продолжительности и повышению КЖ. В аспекте создания и развития стационарозамещающих хирургических технологий (стационары одного дня; центры амбулаторно-поликлинической хирургической помощи) РЧА представляется весьма актуальным и перспективным методом.

Цель

Изучить эффективность использования чрескожной РЧА в комплексном лечении больных с нерезектабельными очаговыми образованиями печени, почек и мягких тканей в стационаре краткосрочного пребывания.

Материал и методы

Произведено 127 процедур РЧА у 73 пациентов со средним возрастом 42,6±4,2 года. Женщин – 42 (57,5%), мужчин – 31 (42,5%). 65 (89%) имели метастазы ранее оперированного колоректального рака, 5 (6,8%) – рака почки, 2 (2,7%) – мягких тканей, 1 (1,4%) – культы влагалища. Всем больным проведена компьютерная томография с болюсным контрастированием, дооперационная гистологическая верификация путем пункционной трепан-биопсии. Диаметр опухоли варьировал в пределах 1-7 см. Использовали аппарат Celon ProSurge с комплектом охлаждаемых электродов. Навигацию чрескожной установки электродов и выполнения РЧА проводили ультразвуковыми сканерами с мультисекторными датчиками 3,5-7,5 МГц в режиме реального времени. Процедуры выполняли под эндотрахеальным наркозом с воз-

можностью смены положения на операционном столе для оптимального доступа. В последующие сутки и по требованию проводили ультразвуковой мониторинг с целью выявления осложнений. Контрольные осмотры осуществляли каждые 3 месяца после первой процедуры.

Результаты и их обсуждение

За один сеанс подвергали абляции до 4 очагов с установкой до 3 электродов в очаг из разных точек. В позиционировании электрода применяли технику «свободной руки», добивались максимальной гомоцентричности зоны РЧА в неопластическом очаге. Для эффективности абластики и гемостаза (холе-, уростаза) электрод извлекали в режиме максимальной мощности генератора. Полной деструкции достигали в опухолях III, V, VI, VII сегментах печени и периферических опухолях почек. Сложности возникали при РЧА интратенальных очагов и I, II, VIII сегментов печени. Постманипуляционных осложнений, требующих конверсии, и летальных исходов не было. Все пациенты были выписаны из стационара на 2-е сутки для амбулаторного наблюдения онколога. В постабляционном периоде в течение первых суток наблюдали: болевой синдром в месте абляции – 46 (63%), субфебрилитет – 42 (57,5%), транзиторная гиперферментемия – 26 (35,6%). У 1 (1,4%) пациента в отдаленном периоде образовался наружный желчный свищ. Критерием полной РЧА считали тотальное замещение опухоли зоной коагуляционного некроза, затем – фиброза, по данным томографии. Наилучшие результаты РЧА получены при диаметре очагов до 3 см. Рецидив и прогрессирование опухолевого роста отмечено у 18 (24,7%) пациентов, которым проведены повторные сеансы РЧА.

Выводы

РЧА, как современная методика локальной деструкции, может быть применена к контингенту больных с нерезектабельными опухолями ПО и мягких тканей в условиях стационара краткосрочного пребывания. По результатам воздействия РЧА может конкурировать с резекционными методами.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Опыт применения терапии отрицательным давлением для закрытия остаточных полостей после эхинококкэктомии

Иванов С.А., Панфилов К.А.

ФГБОУ ВО Самарский Государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара

Актуальность

Хирургическое лечение гидатидозного эхинококкоза печени не перестает быть актуальной проблемой хирургии. По литературным данным, основным методом лечения большинства пациентов является хирургическая операция, однако результаты вмешательств оставляют желать лучшего: остается высокой частота послеоперационных осложнений – у каждого второго больного после операций по поводу эхинококкоза формируются непаразитарные кисты (остаточные полости), которые в 12-24% нагнаиваются. Это требует повторных госпитализаций, дополнительных диагностических и лечебных манипуляций, а в некоторых наблюдениях – повторных оперативных вмешательств, начиная от миниинвазивных, до традиционной лапаротомии.

Цель

Улучшение результатов оперативного лечения больных эхинококкозом печени путем ликвидации или уменьшения объема остаточной полости печени с помощью терапии отрицательным давлением.

Материалы и методы

Нами изучены результаты лечения 110 больных, находившихся на лечении по поводу неосложненного эхинококкоза печени в клинике хирургии ИПО СамГМУ за период 2003-2018 год. Возраст пациентов составил от 15 до 76 лет, мужчин было 47, женщин 63. Все больные были оперированы, 82 больным выполнена открытая эхинококкэктомия традиционным и 28 лапароскопическим способом.

В зависимости от способа ведения остаточных полостей печени после эхинококкэктомии все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 42 пациента с наружным дренированием остаточной полости без вакуумной аспирации (контроль), у 68 больных второй группы (основной) применен метод терапии отрицательным давлением, который заключался в управляемом вакуумном дренировании остаточных полостей с помощью дренажных систем «UnoVac» и модифицированных нами клапанных дренажных систем типа «гармошка». При этом в остаточной полости в первые трое суток созда-

валось отрицательное давление – 20 мм рт.ст, в дальнейшем от – 60 до – 80 мм рт. ст. Основным условием выполнения вакуумной терапии считали отсутствие доступа атмосферного воздуха и аспирированной жидкости из дренажной системы в остаточную полость. Контроль состояния остаточной полости проводили с помощью УЗИ и чрездренажной фистулографии в случае наличия в аспирируемой жидкости более 100 мл желчи в сутки. Средние сроки дренирования остаточных полостей в контрольной группе составили $26 \pm 4,5$ суток, в основной группе $21 \pm 2,2$ суток. Осложнения в виде нагноения остаточных полостей в основной группе наблюдалось у 5 больных, в контрольной группе у 7 пациентов, что потребовало повторной госпитализации и дренирования гнойных полостей под УЗИ контролем, а у 3 пациентов контрольной группы потребовалась повторная лапаротомия.

Качественные изменения клеточного состава аспирированной жидкости в основной группе показали, что к концу 12 суток после операции воспалительные явления в остаточной полости проходят пик активности, что заключается в повышении количества нейтрофилов в отделяемом по дренажу. Это является критичным при наличии недренируемой жидкости в остаточной полости что в конечном итоге приводит к ее нагноению. По мере уменьшения объема остаточных полостей (по данным УЗИ и фистулографии) отмечалась положительная клиническая динамика у наблюдаемых больных, уменьшалась гипертермия, улучшались показатели крови. Постепенно, не снимая отрицательного давления, проводилась тракция дренажей. Полностью дренажные системы удаляли при наличии не более 30 мл отделяемого в сутки.

Выводы

Управляемая терапия отрицательным давлением может быть рекомендована в качестве метода уменьшения остаточных полостей при неосложненном эхинококкозе печени. Сложность удаления фиброзной капсулы интрапаренхиматозных эхинококковых кист с центральным расположением в печени делает вакуумную терапию остаточных полостей методом выбора.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Хирургическое лечение рака почки****Гасанов Н.Г. (1), Тагирова А.Г. (2).**

1. ГБУ РД «Республиканский онкологический диспансер» МЗ РД.
2. ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Актуальность.

Рак почки является одним из наиболее распространенных онкоурологических заболеваний. Основным методом лечения является хирургический. До недавнего времени стандартом хирургического лечения рака почки считалась радикальная нефрэктомия. В последние годы все прочные позиции стали занимать малоинвазивные и нефрсберегающие операции.

Материал и методы

54 больных с раком почки находившихся на стационарном лечении в III хирургическом отделении РОД с 2016 по 2018 г. Среди них 36 (66,6%) мужчин и 18 (33,4%) женщин. Средний возраст больных составил $55,4 \pm 2,8$ лет. I II стадии установлены у 42 больных и III стадия – у 12 больных. В одном случае установлен тромб в почечной вене.

Результаты

Радикальная нефрэктомия выполнена 42 больным, резекция почки с опухолью в пределах здоровых тканей – 2 пациентам. Из 42 больных в 1 случае проведена нефрэктомия в сочетании с тромбэктомией, 3 больным – радикальная нефрэктомия с расширенной парааортальной лимфаденэктомией. Опухолевый тромб был ограничен почечной веной, в связи с чем осуществлено краевое отжатие нижней полой вены с последующим выполнением ее пристеночной резекции.

В последнее время мы стали широко применять лапароскопические операции – нефрэктомии – 9, резекция почек – 3 пациентов, лапароскопически ассистированные нефрэктомии – 8.

Средняя продолжительность операций была следующая: при открытых – 120 мин (90-220 мин), лапароскопические – 135 мин (110-205 мин). Средние показатели кровопотери составили при операциях открытым доступом 186,8мл, при лапароскопических – 116,4мл.

В послеоперационном периоде летальность не отмечена. В раннем послеоперационном периоде из осложнений в 1 случае отмечено вторичное кровотечение с образованием забрюшинной гематомы, которое потребовало релапаротомии. Других осложнений не было.

Средний койко-день при лапаротомических операциях составил 15,6 дня, при лапароскопических – 8,4 дня. После проведения лапароскопических вмешательств у больных отмечена меньшая продолжительность болей в послеоперационном периоде и ранняя активизация.

Выводы

Лапароскопические операции являются альтернативным методом лечения больных с опухолями почек. По результативности ничем не уступают открытой операции, а по качеству жизни даже превосходит ее. Выполнение резекции почки способствует излечению пациента от опухоли при сохранении органа, что так же улучшает качество жизни пациентов.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Пути улучшения результатов лечения острого послеоперационного перитонита****Зорик В.В., Карипиди Г.К., Овчинников А.В.**

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Целью нашего исследования было улучшение результатов лечения острого послеоперационного перитонита с помощью улучшения комплекса лечебных мероприятий. В настоящей работе представлены результаты лечения 125 больных с острым послеоперационным перитонитом, находившихся на лечении с 2014г. по 2018г. в КГК БСМП г.Краснодара. Мужчин было 70 (56%), женщин – 55 (44%). Возраст колебался от 18 до 85 лет, составляя в среднем $54,7 \pm 2,3$ года. Распространенный перитонит отмечен у 108 (86,4%) больных, местный ограниченный перитонит (абсцессы брюшной полости) – у 17 (13,6%). Для анализов результатов лечения все больные с острым послеоперационным перитонитом были разделены на 2 группы: 1) контрольная группа больных – 72 человека, получавших обычное хирургическое лечение; 2) основная (исследуемая) группа – 53 больных, которым проводилось комплексное лечение послеоперационного перитонита. Анализ хирургического лечения 72 больных контрольной группы показал, что тяжесть течения острого послеоперационного перитонита обусловлена прогрессирующей эндогенной интоксикацией вследствие сохранявшегося в послеоперационном периоде инфекционно-токсического процесса в виде вторичных локальных или генерализованных гнойно-септических осложнений. Этому способствовал выраженный слипчивый процесс фибринозного воспаления, с последующим разграничением брюшной полости на множественные зоны скопления экссудата, исключающий возможность их адекватного дренирования при использовании пассивных дренажных систем. Кроме того, инфекционный процесс в ряде случаев поддерживался неполного устранения его источника. Анализ результатов хирургического лечения больных контрольной группы показал, что решение о проведении релапаротомии у 48 (66,6%) больных было принято после 72 часов. В таких условиях попытка герметизации участка несостоятельности путем повторного наложения швов вела к прорезыванию нитей и увеличению размеров дефекта. У 15 пациентов контрольной группы развитие несформированных и высоких

кишечных свищей привело к быстрой летальности от свищевого истощения, невосполнимых нарушений водно-электролитного, белкового и ферментного балансов. В контрольной группе общая летальность составила 33 (45,8%) наблюдений, из них 18 (25%) случаях обусловлена прогрессирующим перитонитом, 15 (20,8%) – пищевым истощением. В основной группе оптимальным временем выполнения релапаротомии по поводу послеоперационных осложнений был определен период не позднее 24-48 часов. Это позволяло обеспечивать меньшую травматичность выполняемых операций. У 26 (49,1%) больных устранение участка несостоятельности анастомоза производилась при помощи его резекции и формированием нового анастомоза. Активное дренирование брюшной полости с созданием в ней «пульсирующих полостей» по методу В.И. Шапошникова на срок 24-48 часов после операции было применено при лечении 25 (47,2%) больного основной группы с наиболее тяжелым течением перитонита. Использование данного метода у больных основной группы позволило избежать образования внутрибрюшных абсцессов, в то время как в контрольной группе данная патология имела место в 13 (18,1%) наблюдениях. Применение комплекса лечебных мероприятий позволило добиться разрешения послеоперационного перитонита у 41 (77,4%) больных основной группы. Общая летальность составила 12 (22,6%) человек, при этом смертность от перитонита составила 7 (13,2%) наблюдений. В других 5 (9,4%) случаях летальный исход был обусловлен другими патологиями: в 3 (5,7%) – острой сердечной недостаточностью, 2 (3,7%) – тромбоэмболией легочной артерии. Таким образом, предложенный комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя раннюю релапаротомию, максимальное устранение его источника и активное дренирование брюшной полости с созданием в ней «пульсирующих полостей», оказался эффективным способом лечения острого послеоперационного перитонита. Он позволил снизить общую летальность на 23,2% и может быть рекомендован для использования в общехирургических стационарах.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Ошибки и опасности при лечении больных с закрытой абдоминальной травмой**

**Щеголев А.А.(1,2), Товмасян Р.С.(1,2), Чевокин А.Ю.(1,2), Васильев М.В.(2,1),
Мурадян Т.Г.(1), Шейхов Т.Г.(1)**

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Актуальность.

В последние годы отчетливо сформировался устойчивый принцип маршрутизации больных с закрытой абдоминальной травмой (ЗАТ), основанный на скрининге больных по FAST протоколу и оценке стабильности гемодинамики. Данный диагностический подход также позволяет эффективно стратифицировать FAST+ больных на основании МСКТ брюшной полости, особенно в режиме КТ-ангиографии. При выполнении МСКТ с болюсным контрастированием с высокой точностью можно установить как сам факт повреждения внутренних органов и ее степень, так и оптимально подобрать тактику лечения. При нестабильной гемодинамике выполнить КТ не представляется возможным, и у этой категории больных лечебная тактика определяется на основании УЗИ по принципу: лапаротомия +/-.

Однако, в настоящее время наиболее проблемной становится маршрутизация и стратификация той группы больных, у которых есть минимальное или умеренное количество жидкости по данным УЗИ и отсутствуют повреждения висцеральных органов по данным КТ-ангиографии.

Материал и методы

В работе проанализированы результаты лечения 15 больных с ЗАТ, у которых по данным УЗИ регистрировалось незначительное или умеренное количество жидкости в брюшной полости по оригинальной методике (Щеголев А.А. и др. 2016). Критериями исключения были повреждения паренхиматозных органов по данным КТ-ангиографии, переломы костей таза типов В, С, наличие забрюшинной гематомы и нестабильность гемодинамики. Всем больным после УЗИ проводилось МСКТ брюшной полости в режиме болюсного контрастирования.

У 4 больных по данным МСКТ выявлен свободный газ в брюшной полости, что явилось основанием для лапаротомии. Необходимо отметить, что у всех этих больных свободный газ был выявлен уже в нативной фазе МСКТ. У 1 больного свободного газа и повреждений висцеральных органов по данным МСКТ не выявлено и выбрана консервативная тактика лечения, однако по истечении первых суток у больного нарасла перитонеальная симптоматика, в связи с чем была выполнена лапароскопия, на которой диагностирована травма тонкой кишки II степени и распространенный гнойный перитонит, выполнена конверсия.

У 3 больных выполнялось консервативное лечение с полным выздоровлением.

Лапароскопия выполнена 7 больным, причем у 4 пациентов диагностированы разрывы брыжейки тонкой и толстой кишки, что только в 1 случае потребовало выполнения конверсии – выполнен гемостаз сосудов брыжейки, резекция кишечника не производилась. У 1 больного диагностирован сквозной разрыв диафрагмы, выполнена конверсия – разрыв ушит, выздоровление. У 2 больных источников кровотечения не было выявлено: у 1 больного впоследствии в раннем послеоперационном периоде диагностирована травма поджелудочной железы II степени (верифицирована по данным МСКТ и МР-холангиографии); у другого больного каких-либо травм висцеральных органов не обнаружено.

Важно отметить, что у 3 из 4 больных с разрывами брыжейки и у 1 больного с травмой тонкой кишки при первичном УЗИ констатировано наличие свободной жидкости межпетельно.

Результаты

Летальных исходов в исследовании не отмечено. Чувствительность МСКТ в отношении повреждения полых органов в исследовании составила 80%, ложноположительных результатов не зарегистрировано. Эффективность консервативного лечения в исследованной когорте больных составила 75%. В группе больных, у которых выполнена лапароскопия, чувствительность к повреждениям составила 71,4%. Наконец ретроспективно определена доля больных, которых в этой группе потенциально можно было лечить консервативно – 53,3%.

Обсуждение

Анализ результатов исследования выявил следующие актуальные тенденции в диагностике висцеральных повреждений при ЗАТ:

1. Улучшение диагностики травмы полых органов по данным МСКТ;
2. Сужение и детализация показаний к диагностической лапароскопии.

Выводы и рекомендации

Результаты исследования позволяют рекомендовать МСКТ с болюсным контрастированием для диагностики травм полых органов и диагностическую лапароскопию при наличии свободной жидкости по данным УЗИ межпетельно у больных с ЗАТ.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хирургическая тактика при повреждениях трахеи

Столяров С.И. (1), Григорьев В.Л. (2)

- 1) БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары
- 2) ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары

Актуальность

Открытые и закрытые повреждения трахеи (ПТ) представляют реальную опасность для жизни из-за возможного развития асфиксии. Ранняя диагностика и адекватно проведенное лечение влияют на результаты выздоровления пострадавших. При поздней диагностике и неправильно выбранной тактике могут развиваться гнойно-септические осложнения: флегмона шеи, медиастинит, сепсис, эмпиема плевры, трахеопищеводные свищи. Возможно формирование рубцовых стенозов трахеи. По данным литературы повреждения дыхательных путей составляют 0,5-1% от всех травм. ПТ могут явиться следствием открытых и закрытых повреждений груди, шеи или несут ятрогенный характер. Часто ПТ сочетаются с травмой крупных бронхов. Наиболее тяжелые трахеобронхиальные травмы возникают при дорожно-транспортных происшествиях и падениях с высоты. По литературным данным госпитальная летальность при закрытых трахеобронхиальных травмах составляет 13-21%, при сочетанной трахеопищеводной травме – 21%, при огнестрельных ранениях дыхательных путей – 36,4%, при постинтубационных разрывах трахеи доходит до 42%.

Цель

Провести ретроспективный анализ лечения пациентов с открытыми и закрытыми повреждениями трахеи.

Материал и методы

С 1985 по 2017 год в торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» находились на лечении 20 пациентов с открытыми и закрытыми повреждениями трахеи в возрасте от 18 до 62 лет. Средний возраст – 38,6±1,2 лет. Мужчин было 10 (50%), женщин – 10 (50%).

Результаты и обсуждение. По механизму возникновения повреждения трахеи распределялись следующим образом: колото-резаные ранения трахеи – 5 (у 2 сочеталось с ранением пищевода); разрыв шейного отдела трахеи при ДТП – 1; повреждение мембранозной части внутригрудного отдела при экстирпации рубцово-из-

менного пищевода – 1; разрыв мембранозной части внутригрудного отдела при падении с высоты – 3 (у двоих с переходом на правый главный бронх); повреждения при интубации трахеи – 10 (у 2 с переходом на правый главный бронх). Виды проведенных операций: коллотомия, ушивание раны трахеи – 5 (у 2 сочеталось с ушиванием раны пищевода); торакотомия справа, ушивание мембранозной части трахеи – 5 (у троих с ушиванием мембранозной части правого главного бронха); циркулярная резекция шейного отдела трахеи при травматическом раздавливании – 1; чресшейная медиастинотомия – 2; дренирование плевральной полости – 2. 8 пациентам с ПТ при интубации выполнена фиброоптическая интубация в течение 5-7 суток (повреждения зажили при консервативной терапии). Всем пострадавшим в послеоперационном периоде неоднократно проводились санационные бронхоскопии. Медикаментозное лечение включало рациональную антибактериальную, иммуностимулирующую, симптоматическую терапию. В послеоперационном периоде умер 1 больной. Причина летального исхода по данным судебно-медицинского исследования: закрытая травма грудной клетки, разрыв мембранозной части грудного отдела трахеи, состояние после торакотомии справа, ушивания дефекта трахеи, двусторонняя сливная пневмония. Летальность составила 5%.

Выводы

Таким образом, при закрытых и открытых повреждениях трахеи показана активная хирургическая тактика. Консервативное лечение возможно при непротяженных постинтубационных повреждениях трахеи с изоляцией зоны повреждения интубационной трубкой под контролем фибротрахеоскопии (фиброоптическая интубация трахеи) в течение 5-7 суток. Оперативное лечение постинтубационных повреждений трахеи показано только в тех случаях, когда позиционирование интубационной трубки под контролем эндоскопии не позволяет купировать газовый синдром, эндотрахеальное кровотечение или предотвратить развитие гнойных осложнений.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Вакуум-терапия при внутрибрюшных абсцессах после аппендэктомии****Бутырский А.Г. (1), Шерендак С.А. (2)**

- 1) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского
- 2) ГБУЗ РК КБ №6 СМП, Симферополь

Актуальность

Внутрибрюшные абсцессы, по данным литературы, после аппендэктомии встречаются в 0,04-0,5% случаев острого аппендицита. Они возникают чаще у больных с деструктивными формами острого аппендицита при оставлении в брюшной полости инфицированного экссудата.

Материалы и методы

Мы провели ретроспективно-проспективное исследование за 2010-2016, при котором выделили 2 группы пациентов: I – проспективная, 20 человек, у которых применялась NPWT, II – ретроспективная, 15 человек, у которых лечение после вскрытия проводилось традиционным методом лечения гнойных ран под повязкой. Режим вакуум-терапии предполагал использование аппарата Suprasorb CNP P-1 (производство Lohmann & Rauscher) в режиме переменного отрицательного давления от 0 до – 80 мм.рт.ст, начиная со 2-го дня после вскрытия абсцесса. Контроль проводился рутинными методами: термометрия, определение лейкоцитемии и содержания палочкоядерных нейтрофилов (ПЯН) (в день операции, через 3, 5, 7 дней после операции), время появления грануляций, время полного закрытия раны (госпитальный койко-день). Данные обработаны методом вариационной статистики (p_1 – разница между группами, p_2 – разница между соседними измерениями в группе).

Результаты

В отделении неотложной хирургии ГБУЗ РК «КБ СМП №6» ежегодно выполняется 263±12 аппендэктомий через косой переменный доступ, при этом в отделение гнойной хирургии ежегодно переводится/поступает 6-7 человек с абсцессами брюшной полости после выполненных аппендэктомий. Т.о., частота этого осложнения составляет ~2,3%. Показатели термометрии (градусы С) были следующими: в день операции в группе I – 38,3±0,2,

в группе II – 38,4±0,1, через сутки – 38,1±0,2 ($p_2>0,05$) и 38,0±0,2 ($p_1>0,05$; $p_2>0,05$), через 3 суток после операции – 37,2±0,1 ($p_2<0,05$) и 38,1±0,2 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$), через 5 суток после операции – 36,7±0,1 ($p_2<0,05$) и 37,6±0,1 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$), через 7 суток после операции – 36,5±0,2 ($p_2>0,05$) и 37,2±0,3 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$) соответственно. Данные лейкоцитемии ($\times 10^9/\text{л}-1$) составили в день операции в группе I – 12,3±0,3, в группе II – 13,4±0,4, через сутки – 12,0±0,4 ($p_2>0,05$) и 12,9±0,2 ($p_1>0,05$; $p_2>0,05$), через 3 суток после операции – 9,6±0,3 ($p_2<0,05$) и 11,1±0,2 ($p_1>0,05$; $p_2>0,05$), через 5 суток после операции – 7,4±0,3 ($p_2<0,05$) и 9,2±0,3 ($p_1<0,05$; $p_2<0,05$), через 7 суток после операции – 7,1±0,3 ($p_2>0,05$) и 9,2±0,4 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$) соответственно. Измерение количества ПЯН (%) показало в день операции в группе I – 14,1±0,2, в группе II – 14,8±0,2, через сутки – 13,2±0,3 ($p_2>0,05$) и 12,5±0,2 ($p_1>0,05$; $p_2>0,05$), через 3 суток после операции – 9,6±0,2 ($p_2<0,05$) и 12,1±0,1 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$), через 5 суток после операции – 7,3±0,1 ($p_2<0,05$) и 11,0±0,2 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$), через 7 суток после операции – 7,1±0,2 ($p_2>0,05$) и 10,1±0,1 ($p_1<0,05$; $p_2>0,05$) соответственно.

Средний срок появления грануляций составил в I группе 3,4±0,6 дней, во II группе – 5,8±0,8 дней ($p<0,05$). Средний госпитальный койко-день составил в I группе 8,9±0,7 дней, во II группе – 12,8±1,1 ($p<0,05$).

Выводы

Внутрибрюшные абсцессы продолжают оставаться частым осложнением аппендэктомии, и тенденция к снижению их частоты отсутствует. NPWT проявляет клиническую эффективность при лечении гнойных ран, в частности, при лечении внутрибрюшных абсцессов после аппендэктомии. Считаем экономически эффективным использование метода NPWT в режиме переменного отрицательного давления от 0 до – 80 мм.рт.ст, начиная со 2-го дня после вскрытия абсцесса, что позволяет длительно использовать одноразовые вакуумные системы.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сравнительная характеристика препарата после операций по поводу рака ободочной кишки с лимфодиссекцией в объеме D2 или D3

Карачун А.М., Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Петров А.С., Ланков Т.С.

ФГБУ «НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность

Рак ободочной кишки занимает 4 место (6,7%) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России. Основным методом лечения при раке данной локализации – хирургический. Выбор объема лимфодиссекции при резекции ободочной кишки остается предметом дискуссии. В настоящее время не так много исследований, затрагивающих данную тему. Имеются исследования, сравнивающие CME (complete mesocolic excision) и лимфодиссекцию D3. Однако данные понятия не должны сопоставляться, так как они описывают составные части одной операции: удаление препарата единым блоком вместе с лимфоузлами и параколической клетчаткой вдоль фасции согласно принципам эмбрионально-ориентированной хирургии и расширенный объем лимфодиссекции. Сравнение же объема лимфодиссекции D2 и D3 остается предметом дискуссии.

Материал и методы

В рамках проспективного многоцентрового рандомизированного исследования проведен анализ данных о 38 пациентах, которые проходили лечение на отделении абдоминальной онкологии НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова в период с 2017 по 2018 гг. по поводу рака ободочной кишки. Пациенты были рандомизированы для проведения оперативного лечения в объеме резекции ободочной кишки с выполнением лимфодиссекции D2 или D3. После операции производилась маркировка групп лимфатических узлов и дальнейшее патоморфологическое исследование.

Результаты

Средняя площадь удаленной брыжейки составила 21213,3 +/- 7773,9 мм² и 21263,4 +/- 13450,8 мм² в группах D2 и D3 соответственно ($p = 0,991$). Средняя длина препарата – 28,3 +/- 18,4 см и 32,1 +/- 13,1 см соответственно ($p = 0,520$). Качество CME было определено как хорошее в 11 и 18 случаях соответственно в группах D2 и D3 ($p = 0,456$), как удовлетворительное – в 2 и 6 случаях соответственно ($p = 0,689$), как неудовлетворительное – в 0 и 1 случае соответственно ($p = 0,657$).

Обсуждение

При анализе полученных данных в группах D2 и D3 лимфодиссекции средняя площадь удаленной брыжейки, средняя длина препарата значительно не различаются. Тот факт, что после выполнения D2 – лимфодиссекции и D3 – лимфодиссекции не было обнаружено достоверных различий в качестве CME ($p = 0,456$) говорит об онкологической безопасности и адекватности использования расширенной лимфодиссекции.

Выводы и рекомендации

Выполнение лимфодиссекции в объеме D3 является безопасным для пациента и перспективным методом лечения. Характеристики препарата, качество выполнения complete mesocolic excision в группе D3 значительно не различаются с группой D2. В дальнейшем будут оцениваться отдаленные результаты, в частности общая выживаемость, для достижения основной цели исследования – определения наличия превосходства расширенных лимфодиссекций D3 над D2.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Выбор метода лечения гастро-эзофагальной рефлюксной болезни****Загидов М.З., Загидова А.М.**

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность

Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) занимает ведущее место в патологии желудочно-кишечной, оторино – ларингологической и дыхательной систем. У части больных сопровождается аллергическим компонентом. С ее распространенностью среди населения всего мира составляющим в США 5-10%, в странах Азии 40-45%, в России 55-60%, ростом числа больных из года в год (в РФ за 5 лет на 20%) множеством осложнений различных органов и систем, часть из которых угрожает жизни. Причин ГЭРБ слишком много – несостоятельность сфинктеров пищевода, складки Губарева, отсутствие угла Гиса, опущение желудка компрессия, мезентеральная хроническая компрессионная непроходимость 12 п.кишки, зависящая от формы отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты, высокое расположение дуодено-еюнального перехода, потеря тонуса начальных отделов, пищевода желудка и тонкой кишки. Чаще и больше поражается желудок, пищевод несмотря на наличие в них защитных механизмов из за массивности рефлюксантов.

Цель

Изучить причины ГЭРБ и уточнить показания к разным методам лечения (терапевтическим и хирургическим).

Материал и методы

Под нашим наблюдением находился 201 больной с установленным эндоскопическим, рентгенологическим методом ГЭРБ и характерными клиническими проявлениями, из которых 151 лечились в амбулаторных условиях в основном терапевтами. Все они получали гевискон, ренин, часть больных фосфолюгель и церукал. Из них 50 больных были оперированы. Метод операции выбирали с учетом причины ГЭРБ.

При патологии кардиального отдела пищевода операцией выбора является создание муфты вокруг абдоминального отдела пищевода из дна желудка по Ниссену, выполненной нами 14 больным. При опущении желудка 7 больным наложен гастроэнтероанастомоз, обеспечивающий свободную, своевременную эвакуацию содержимого из желудка. Трейкотомия выполненная 21 больным в основном при сочетании ГЭРБ с холециститэктомией, что избавила всех оперированных от ГЭРБ и ПХЭС. В случаях диагностики артерио – мезентеральной компрессионной хронической непроходимости 12п/кишки наложен продольный дуоденоеюноанастомоз 5 больным в начальном отделе горизонтальной части 12п/кишки с хорошим результатом. У трёх больных с ГЭРБ на почве крупного малигнизированного полипа тощей кишки, вызывающего хроническую высокую кишечную непроходимость выполнена резекция тощей кишки с наложением анастомоза бок в бок с хорошим ближайшим результатом.

Результаты и обсуждение

Следовательно, ГЭРБ – вторичное патологическое состояние, с тяжелыми последствиями подлежащее хирургическому лечению, с радикальным устранением анатомо-физиологических причин его развития. Консервативное лечение носит паллиативный симптоматический характер, обходящийся больному дорого, так как лечение длительное и пожизненное. Больным приходится применять медикаменты ежедневно.

Заключение

Консервативное лечение ГЭРБ малоэффективно, только временно избавляет больных от проявлений болезни, лечение продолжительное. Хирургические вмешательства выполняемые по строгим показаниям эффективны и радикально избавляет больных от мучительных изжоги и является профилактикой рака пищевода.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Информативность компьютерной томографии для определения cN у больных раком ободочной кишки

Карачун А.М., Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Петров А.С., Ланков Т.С.

ФГБУ «НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность

За последнее десятилетие вырос показатель заболеваемости раком ободочной кишки среди мужчин и женщин. В 2016 году в России абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза «рак ободочной кишки» составило 17099 среди мужчин и 23125 среди женщин. Продолжается поиск оптимальных методов диагностики и лечения, увеличивающих 5-летнюю выживаемость больных. Для определения cN перед операцией используется компьютерная томография, после патологоанатомического исследования препарата после операции pN может быть отличным от cN. По результатам категории pN делается заключение о наличии показаний к проведению адъювантной химиотерапии. Поэтому качество проведенной операции, количество удаляемых лимфоузлов может влиять на дальнейшее лечение пациентов.

Материал и методы

На отделении абдоминальной онкологии НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова были отобраны пациенты с подтвержденным гистологически диагнозом рак ободочной кишки для проведения хирургического лечения. Перед операцией по результатам компьютерной томографии была определена клиническая категория cN, после операции и патологоанатомического исследования определялась патологоанатомическая категория pN.

Результаты

По результатам предоперационной КТ категория cN составляла: cN0 у 6 пациентов, cN+

у 30 пациентов. После проведения операции и патологоанатомического исследования препарата в группе с cN0: pN0 было определено у 2 пациентов, ложноотрицательный результат pN+ был поставлен у 4 пациентов. В группе с cN+: pN+ выявлено у 11 пациентов, ложноположительный результат pN0 оказался у 19 пациентов.

Обсуждение

При оценке статистических показателей эффективности метода чувствительность составила 73%, специфичность – 10%, точность – 35,35%. Прогностичность положительного результата – 36,7%, прогностичность отрицательного результата – 33,3%. Данные результаты свидетельствуют о недостаточной информативности КТ в качестве определения категории pN.

Выводы и рекомендации

Определение клинической категории cN по результатам компьютерной томографии не является в полной мере информативным. Поэтому качественное патологоанатомическое исследование препарата и патологоанатомическая категория pN является важным и необходимым критерием для определения наличия показаний к послеоперационной адъювантной химиотерапии. Для N-диагноза согласно стандартам должно удаляться как минимум 12 лимфоузлов. Представляет интерес дальнейшее исследование препаратов при расширенных лимфодиссекциях, так как возможно удаление большего количества лимфоузлов при D3 лимфодиссекциях, что способствует более точному стадированию заболевания.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Ошибки и осложнения в хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений****Щеголев А.А. (1,2), Аль-Сабунчи О.А. (1), Павлычев А.В. (1), А.Н. Вербовский (2)**

1) Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова

2) Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Актуальность

Осложненные формы язвенной болезни непременно ассоциируются с высоким риском смертельного исхода и бесспорно занимают лидирующие позиции в структуре летальности при этой нозологии. Исход лечения находится напрямую зависит от наличия ошибок на этапе диагностики и реализации тактического подхода, а также осложнений, возникающих в ходе лечения кровотечений, источником которых являются хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

Фундаментом для данного исследования были принципы и стандарты, сформулированные в Национальных клинических рекомендациях по язвенным гастродуоденальным кровотечениям (г. Воронеж, 2014 г). Ретроспективно исследованы результаты лечения 1530 больных. У всех включенных в исследование пациентов источником кровотечения были хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При поступлении всем пациентам выполнялась экстренная ЭГДС в течение 3 часов. Для остановки продолжающегося кровотечения (Forrest IA и B), а также профилактики рецидива кровотечения (Forrest 2A и B), согласно НКР, применяли комбинацию инъекционного гемостаза с бесконтактным методом (аргоноплазменная коагуляция), в отдельных случаях, при наличии видимого сосуда – эндоклипирование. В качестве медикаментозного гемостаза пациенты получали Омепразол по схеме: 160 мг в виде внутривенного болюса, с дальнейшим введением на инфузомате по 8 мг/ч. на протяжении трех суток, далее фракционно. Эрадикация *Helicobacter Pylori* проводилась средствами первого ряда (Амоксициллин и Кларитромицин). Контрольная ЭГДС выполнялась в течение первых суток, при условии неустойчивого эндоскопического гемостаза, при неадекватном первичном осмотре или возникновении рецидива кровотечения. Всем пациентам с рецидивом кровотечения в стационаре предпринималась попытка повторного эндогемостаза, в случае

неэффективности – эндоваскулярный гемостаз или экстренная операция. В данном случае оптимальный способ остановки кровотечения определялся индивидуально.

Результаты

Общая летальность составила 1.9%, послеоперационная – 15.4%. В случае консервативного лечения летальность составила – 1.5%. Хирургическая активность – 3.4%. У 108 (7.1%) пациентов в первые сутки стационарного лечения развился рецидив кровотечения. Вероятной причиной возникновения рецидива у большинства больных было неточное следование программе НКР. Повторный эндоскопический гемостаз с целью остановки рецидивной геморрагии был эффективен у 82 больных (76%), однако потребовал применения дополнительных методов (диатермокоагуляция, Endo Clot). У остальных 26 пациентов возник повторный рецидив кровотечения; стойкий эндоскопический гемостаз был выполнен в 18 случаях, в 3 случаях проведена транс-артериальная эмболизация. В связи с неэффективностью эндоскопического и медикаментозного гемостаза, было оперировано 17 пациентов, при этом послеоперационная летальность составила 29.4%. Общая летальность у пациентов с рецидивным язвенным кровотечением была на уровне 11.1% (12 пациентов умерло).

Выводы

Основываясь на результатах исследования, можно сделать вывод, что следование НКР существенно сокращает вероятность развития повторного рецидива кровотечения в стационаре. Применение эндоскопического и эндоваскулярного методов гемостаза позволяет избежать операции у 84% пациентов, при впервые возникшем рецидивном язвенном кровотечении. Повторный рецидив кровотечения является грозным осложнением и требует индивидуального тактического подхода, при этом не терпит промедления с выполнением хирургического лечения.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лечение огнестрельных ранений печени

Загидов М.З., Загидова А.М.

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Повреждения печени, особенно огнестрельные ранения по тяжести, сложное для лечения, частоте осложнений и летальности, занимает одно из первых мест среди травм органов брюшной полости, что повышает его актуальность часто он сочетается с ранениями полых, органов брюшной полости.

Цель

Улучшить результат лечения, снизить количество осложнений при ранениях печени.

Материал и методы

Из наблюдавшихся нами 47 больных с огнестрельными ранениями печени умерло 3 от кровопотери на месте происшествия, на пути следования в клинику. По характеру тяжести раны и степени кровопотери пострадавшие были выделены в следующие группы.

В 1 группу включены 15 больных с глубокими ранениями печени с повреждениями начальных частей сегментарных артерий, вен и желчных протоков.

2 группа – состояла из 16 больных с ранением магистральных сегментарных трубчатых структур с шоком 2-3 стадии.

3 группа – 8 больных с краевыми повреждениями печени. 4 группа – агонирующие больные с ранением магистральных, трубчатых структур печени, нуждающихся в реанимационной помощи.

Огнестрельные ранения печени сочетались с ранением желудка – у 8 больных, ободочной кишки – у 8, тощей и подвздошной – у 10, двенадцатиперстной кишки – у 1, поджелудочной железы – у 3, желчного пузыря – у 2, нижней доли правого легкого – у 5, диафрагмы – у 3 больных. У 16 больных было сопутствующее повреждение 2 и более органов. Ранения эти сочетались с ранениями конечностей, и только у 6 было изолированное ранение печени.

Нами разработаны задачи лечения ран печени: выведение больного из шока, гемостаза, первичная хирургическая обработка раны печени и сочетанных повреждений, предохранение брюшной полости от продолжающегося инфицирования на почве подтекания раневого отделяемого мимо дренажей, выполнение адекватного хирургического вмешательства по поводу сочетанных повреждений органов брюшной и грудной полостей.

Для выведения из шока, восстановления функции сердечно-сосудистой системы струйно внутривенно перелили кровь, растворы, провели реинфузию, ревизовали рану печени, гемостаз печени. Термолазерной электрокоагуляции. От грубых компрессионных швов мы отказались, т.к. под их действием происходит нарушение анатомо-физиологического состояния 100 г левой доли и 200 г правой доли. При сквозных ранах выполняли тампонаду раневого канала сальником с сохранением кровоснабжения. У части больных раневые каналы дренировали. А у 2 больных первой группы, у 2 и 3 группы и в 6-ти случаях, когда была извлечена пуля, находившаяся глубоко в тканях печени ограничили дренированием, т.к. не было условий для ревизии раны. Во всех случаях дренирования раны, сохранялась опасность инфицирования брюшной полости на почве затекания раневого отделяемого мимо дренажей. В подобных случаях был использован разработанный нами способ трансстуннельного дренирования (А.С. №1326254 выданное Загидову М.З).

По поводу сопутствующих повреждений выполнено: ушивание ран желудка – 8, тонкой и подвздошной кишок – у 10, двенадцатиперстной кишки – у 3, из них у 2 – с выключением последнего из акта пищеварения наложением гастроэнтероанастомоза – верхнего полюса правой почки – у 4, диафрагмы – у 2, нижней доли правого легкого – у 4, спленэктомия – у 3, холецистэктомия – у 1, ушивание раны поджелудочной железы – у 3 больных. Параллельно с этими вмешательствами выполнена первичная

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

хирургическая обработка ран конечностей у 6 больных.

Результаты

После операции умерло 4(10,25%) больных. Причиной смерти явились: в 2-х случаях несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, в 1 продолжающийся некроз восходящей части ободочной кишки и у 1 больного посттравматический гепатит, осложненный печеночной недостаточностью.

Кроме того, у 4 больных сформировались посттравматические абсцессы печени, на 19-27 дни после тампонады марлей раны печени, без ее дренирования и у 1 больного – эмпиема плевры, развившаяся в результате огнестрельного ранения печени и легких. Умерло 5 (9,25) причина: у 2 несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, у 2 – посттравматический гепатит, у 1 – продолжающийся некроз восходящей кишки. Разработанный способ применения всего 17 больным. Из них, 2 – второй, 3 – третьей группы и в 6 случаях после удаления пули, находившиеся глубоко не могли ревизовать

рану. Посттравматический гепатит диагностирован у 15(33,9%), у 2-х – межпечельный абсцесс. Все эти 6 больных оперированы повторно с применением разработанного нами транстунельного способа.

Заключение

Огнестрельные ранения печени, у большей части пострадавших сочетаются с повреждением органов брюшной и грудной полостей, сопровождаются развитием геморрагического и травматического шока, а в последующем развитием посттравматического гепатита. Исходы лечения ранений печени значительной степени зависят от выбранной хирургической тактики. Важнейшими составляющими их лечения являются противошоковые мероприятия, полноценная хирургическая обработка ран печени, тщательный гемостаз, дренирование раневого канала с предохранением брюшной полости от инфицирования применением разработанного нами способа транстунельного дренирования раневого канала.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Портальная гипертензионная гастропатия, осложненная кровотечением: результаты лечения и возможные осложнения.

Павлычев А.В. (1), Щеголев А.А. (1,2), Аль-Сабунчи О.А. (1), А.Н. Вербовский (2)

1) Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова
2) Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Актуальность

Осложнения цирроза печени остаются одной из наиболее распространенных причин летального исхода в РФ. Наибольший вклад в структуру летальности по данной нозологии вносят кровотечения, источником которых являются варикозно расширенные вены пищевода, желудка на фоне синдрома портальной гипертензии, а также кровотечения, сопровождающие портальную гипертензионную гастропатию.

Цель

Анализ эффективности комбинации синтетических аналогов соматостатина и методов эндоскопического гемостаза у пациентов с состоявшейся геморрагией при портальной гипертензивной гастропатии.

Материалы и методы

В исследовании было включено 76 больных, рандомизированных по полу и возрасту. Все пациенты проходили стационарное лечение в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева по поводу цирроза печени, синдрома портальной гипертензии, осложненного состоявшимся кровотечением. Источником кровотечения во всех случаях были патологические изменения слизистой, характерные для портальной гипертензионной гастропатии различной тяжести. В рамках исследования были выделены две группы пациентов. В первую группу было включено 47 пациентов с состоявшимся кровотечением, у которых для профилактики рецидива геморрагии применяли комбинацию аргоноплазменной

коагуляции и/или EndoClot, в сочетании с введением синтетических аналогов соматостатина (Октреотид) тотчас после гемостаза. Во второй группе (контрольной) было 29 пациентов, которым проводилась монотерапия синтетическими аналогами соматостатина (Октреотид). Схема введения Октреотида подразумевала внутривенный болюс (100 мкг) сразу после окончания ЭГДС с переходом на внутривенное капельное введение в дозировке 25 мкг в час в течение трех суток. С 4х суток Октреотид вводился подкожно в дозе 600 мкг в сутки в течение еще трех суток.

Результаты

Во всех наблюдениях не отмечено побочных реакций на введение Октреотида. В основной группе не возникло рецидивов кровотечения, летальных исходов не было. У двух пациентов контрольной группы развился рецидив кровотечения (6.89%), при этом смерть в обоих случаях наступила на фоне прогрессирования явлений печеночно-клеточной недостаточности. По данным контрольной ЭГДС у пациентов обеих групп улучшилось состояние слизистой желудка, уменьшилась тяжесть портальной гастропатии.

Выводы

Таким образом, комбинация современных методов эндоскопического гемостаза, в т.ч. EndoClot с применением синтетических аналогов соматостатина позволяет существенно сократить риск развития рецидивного кровотечения и общую летальность, а также уменьшить проявления портальной гипертензионной гастропатии.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Оценка различных методов анестезии при эндопротезировании крупных суставов****Ахмедов М.А (1)., Мустафаева М.Н (2)., Идрисов М.М (2)., Абдусаламов Р.М. (1)**

1) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

2) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

С развитием ортопедической службы, а именно эндопротезирования крупных суставов в РКБ, для анестезиологов стал актуальным выбор оптимального метода анестезии, ориентированного на специфику этих операций. За почти три с половиной года работы ортопедов в стационаре проведено более 1500 эндопротезирований тазобедренного, коленного и плечевого суставов. Очевидны специфические проблемы этих операций – это кровопотеря во время и после операции, развитие синдрома имплантации костного цемента, тромбозов глубоких вен нижних конечностей с риском тромбозэмболии легочных артерий, выраженный длительный болевой синдром, проблемы ранней активизации и реабилитации.

Вышеперечисленные особенности, способные не только осложнить течение периоперационного периода, но и нести прямую угрозу жизни больного, а также влиять на результаты лечения и сроки госпитализации, требуют соответствующего выбора метода анестезии.

Цель

Сравнительный анализ влияния методов анестезии на некоторые жизненно важные функции организма больного во время эндопротезирования крупных суставов.

Материалы и методы

Исследование базируется на анализе течения 1103 анестезии у 1062 больных, лечившихся в РКБ, которым на протяжении последних лет выполнено эндопротезирование крупных суставов. Среди них мужчин было 628, женщин – 434. Возраст пациентов колебался в пределах от 19 до 93 лет (средний возраст составил 57+8 лет). Физическое состояние у 13 % больных соответствовало I, у 31% – II, у 53 % – III и у 3% больных – IV классу по классификации

ASA. В зависимости от метода анестезии больные были разделены на 4 группы:

– первая группа (контрольная): общая анестезия (ОА) : пропофол в сочетании с препаратами для нейролептанальгезии (НЛА) + искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – 91 больной;

– вторая группа: эпидуральная анестезия (ЭА) на фоне самостоятельного дыхания – 82 больных;

– третья группа: субарахноидальная анестезия (САА) изобарическим раствором маркаина – 689 больных;

– четвертая группа: субарахноидальная анестезия (САА) изобарическим раствором маркаина в сочетании с периферической регионарной (проводниковой) анестезией – 200 пациентов. Для обезболивания нижней конечности проводили блокаду бедренного и седалищного нерва. У 68 пациентов проводниковая анестезия выполнялась с использованием электростимулятора «Stimuplex». Данный способ включает поиск с помощью нейростимулятора нервных стволов и сплетений путем закрепления кожного электрода дистальнее места проведения блокады, введения иглы-электрода с присоединенным шприцем в нужную точку с подачей на нее электрических импульсов частотой 1-2 Гц и продвижения иглы по направлению к нерву до появления видимых сокращений мышц в иннервируемой области, уменьшение силы тока нейростимулятора до прекращения мышечных сокращений и введение анестетика.

Продолжительность хирургического вмешательства колебалась от 100 до 184 мин, в среднем 138+12,9 мин.

В ходе обследования пациентов отмечали их возраст, вес, рост, индекс массы тела, уровень гемоглобина до операции, функциональный статус по ASA, вид хирургического вмешательства и обезболивания, потребность в вазопрессорах, ваголитиках, трансфузии компонентов крови, продолжительность операции, объем инфузионной терапии, диуреза. Уровень

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

боли в области послеоперационной раны в состоянии покоя и при пассивных движениях в оперированном суставе (сгибание на 30°) измеряли в баллах по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) от 0 (нет никаких болевых ощущений) до 10 (самая сильная боль, которую можно представить). Адекватность используемых методов обезболивания во время операции оценивали по общепризнанным клиническим признакам: насыщению гемоглобина кислородом, показателям гемодинамики, содержанию электролитов, глюкозы в плазме крови, скорости и объему диуреза. Эффективность обезболивания используемых методов сравнивали путем анализа уровня боли по ЦРШ и потребности в дополнительном введении наркотических анальгетиков после операции. Безопасность больного при применении различных методов обезболивания оценивали путем анализа количества неудач и осложнений, связанных с той или иной методикой.

Результаты

Некоторое снижение АД наблюдалось как при общей анестезии, так и при РА, независимо от возраста больных. Снижение АД у больных контрольной группы происходило на фоне действия препаратов общего действия (дроперидол, фентанил, гипнотический агент) и ИВЛ. У больных этой группы брадикардию отмечали редко, она была невыраженной и холинолитик по ходу оперативного вмешательства вводили в единичных случаях. Под влиянием ЭА у больных 2-й группы сдвиги гемодинамики наступали постепенно, однако на основном этапе на фоне многофакторного влияния (кровопотеря, эффекта использованного цемента, изменение положения больного на операционном столе) АД достоверно снижалось по сравнению с исходными значениями. Готовность к немедленному ускорению темпа внутривенной инфузии, придания больному на операционном столе положения Тренделенбурга, применения холинолитика, своевременная инфузия вазоактивных веществ (норадреналин) – обязательные мероприятия при возникновении выраженных гемодинамических расстройств. У больных 3-й и 4-й групп на фоне действия МА, введенного в субарахноидальное пространство отмечена тенденция к брадикардии, коррекцию которой проводили введением 0.5 мг атропина сульфата.

При эпидуральной анестезии дробное введение местного анестетика через эпидураль-

ный катетер позволяет постепенно достичь необходимого уровня блока, что дает возможность сохранить компенсаторные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы, избежать резкой перестройки гемодинамики и выраженной гипотензии. В то же время дробное введение местного анестетика требует значительного времени для развития блока достаточного уровня. Поэтому при эндопротезировании мы отдаем предпочтение более простой, быстрой и эффективной методике спинальной анестезии. Для профилактики возможной гипотензии оптимальным вариантом нам представлялась инфузионная терапия, т. к. большинство больных, особенно в старших возрастных группах, имеют ту или иную исходную степень гиповолемии, которую следует устранить. Применение вазопрессоров, особенно у пожилых больных, не всегда безопасно [1] и, по нашему убеждению, оправдано при возникновении показаний к ним по ходу оперативного вмешательства. Мы не наблюдали отрицательного эффекта от внутривенной инфузии 7-10 мл/кг (сочетание коллоидов и кристаллоидов), предшествующей введению в субарахноидальное или эпидуральное пространство местного анестетика. Тошнота отмечена у 4% больных, а рвота – у 0,8% больных II, III, IV групп. Мы убедились, что во всех случаях причиной их возникновения является артериальная гипотензия, брадикардия – мероприятия по увеличению венозного возврата, повышению работы сердца, перечисленные ранее, оказались эффективными во всех случаях.

Продленная проводниковая анестезия при эндопротезировании суставов нижних конечностей продемонстрировала высокую эффективность обезболивания. Применение Stimuplex обеспечивает точную идентификацию периневрального пространства, уменьшая вероятность травматизации нервных столбов и сплетений.

Выводы

На наш взгляд, методом выбора при эндопротезировании крупных суставов является спинальная анестезия с эффективной интраоперационной поверхностной седацией и с использованием нейроаксиальных блокад. Широкое внедрение Stimuplex делает регионарную анестезию более комфортной как для пациента, так и для анестезиолога.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Высокотехнологичные вмешательства в лечении эхинококкоза легких****Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Омаров М.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А.**

ГБУ РД «РКБ», отделение торакальной хирургии, Махачкала

Определение тактики лечения эхинококкоза и в XXI веке остается трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Нет единой методики удаления паразита. Достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких является эхинококкэктомии с применением видеоторакоскопии.

За последние 30 лет наблюдались 892 больных с эхинококкозом легких, мужчин – 491, женщин – 401, преимущественно молодого возраста. Неосложненный эхинококкоз 501, осложненный 391. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 119 больных, у 78 кисты располагались в одном легком, у 41 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени, органов 92 случая.

При эхинококкозе легкого предпочтительна торакотомия. С улучшением технического оснащения приоритетны малые доступы, прецизионная техника и видеоассистированные операции.

Выполнены операции: по Вишневскому – 169, по Дельбе – 285, Боброва-Спасокукоцкого – 48, резекции легкого – 68, комбинированные – 129, VATC – 36, по собственной методике (КПВШ) – 32, экстирпация кисты – 11, идеальная эхинококкэктомия – 18, на легком и печени – 58, двусторонняя эхинококкэктомия торакотомно – 19, стернотомией – 11, полузакрытые – 8.

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 (141 случай).

Ликвидация фиброзной полости предпочтительна капитонажем. В последние 10 лет мы используем собственную методику капитонажа вертикальными перекрестными швами. В 38 случаях выполнена краевая резекция с кистой. У 19 больных с двусторонним эхинококкозом легкого операцию выполнили в 2 этапа с перерывом в 1-3 месяца, у 11 больных – одноэтапно трансстернальным доступом, и у 19 больных с билатеральными торакотомиями, в том числе у 4 больных с осложненным эхинококкозом. При поддиафрагмальном расположении, отмечено у 54 наших больных, операция выполнена в один этап, в остальных 4 случаях – в 2 этапа.

С осложненным эхинококкозом у 179 больных был прорыв кисты в бронх, у 68 – в плевральную полость, и у 144 – нагноение.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения: пневмония – 19, ателектаз доли или легкого – 7, подкожная эмфизема – 10, внутриплевральные кровотечения – 4, эмпиема плевры – 13, бронхиальные свищи – 19, нагноение раны – 15, с остаточными полостями выписано 16 больных. Рецидив эхинококкоза у 12 больных, у 8 первая операция была по поводу осложненного эхинококкоза, у 4 – неосложненного. Торакоскопические операции (36 случаев) по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось.

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.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Редкий случай эхинококкоза миокарда

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов А.А., Бабаев М.Р, Рамазанова Б.М.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

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. В настоящее время единственным радикальным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 15 способов направленных на ликвидацию остаточных фиброзных полостей в легких. Это указывает на отсутствие единой методики удаления паразита, обработки остаточных полостей, сохраняются разночтения в показаниях 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 наблюдались 892 больных с эхинококкозом легких, мужчин – 491, женщин – 401, преимущественно молодого возраста. Неосложненный эхинококкоз 501, осложненный 391. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 119 больных, у 78 кисты располагались в одном легком, у 41 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени, органов 92 случая. И у 1 пациента наблюдался сочетанный множественный эхинококкоз правого легкого и солитарный эхинококкоз миокарда.

Особый научный интерес представляет случай сочетанного множественного, осложненного прорывом в бронх, эхинококкоза нижней доли правого и неосложненного солитарного эхинококкоза миокарда левого предсердия.

Пациент Н.А, 1968 г.р., обратился в сентябре 2016 г к участковому врачу в г.Дербент по поводу высокой температуры, при ФЛГ выявлены кистозные образования в нижней доле правого легкого, пациент поступил в отделение торакальной хирургии, после проведения МСКТ органов грудной клетки с диагнозом сочетанный множественный, осложненный прорывом в бронх, эхинококкоз нижней доли правого и неосложненный солитарный эхинококкоз перикарда слева 30.09.16 г выполнена закрытая эхинококкэктомия правого легкого, послеоперационный период протекал без осложнений, выписался в удовлетворительном состоянии, рекомендовано проведение курсов химиотерапии альбендазолом и плановое оперативное лечение эхинококкоза перикарда. Пациент длительное время воздерживался от предложенной операции. При повторном обращении к торакальному хирургу госпитализирован, проведены УЗИ сердца, МСКТ ОГК с контрастированием, МРТ головного мозга, выявлен небольшой рост кисты в динамике. 04.05.17 г выполнена видеоторакоскопия слева, эхинококкэктомия миокарда левого предсердия. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при сочетанных и множественных поражениях эхинококкозом, считаем обоснованным комплексная диагностика, включающее проведение МСКТ органов грудной клетки (при необходимости с контрастированием), УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, КТ или МРТ головного мозга (при наличии малых признаков поражения этих органов).

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Случай травматического разрыва (перелома) левого главного бронха**

**Магомедов И.У., Халилов А.Х., Магомедов А.А., Рамазанова Б.М,
Абдулжалилов М.Р., Масуев М.А**

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

Повреждения трахеи и крупных бронхов при травмах груди составляют от 1 до 5%. При этом повреждение крупного бронха может не сопровождаться повреждением легкого или бронхов малого диаметра. Этот парадокс не находит достаточно однозначного объяснения. Считается, что определенную роль могут сыграть такие факторы, как повышение давления в воздухоносных путях, растяжение бифуркации трахеи при быстром увеличении размеров грудной клетки во фронтальном направлении вследствие внезапного сагиттального ее сжатия, а также механическое раздавливание крупных бронхов между сближающимися грудиной и позвоночником. В современном мире одной из причин, которые могут привести к подобному сочетанию травмирующих агентов, является удар водителя грудью о рулевую колонку при ДТП. Пациент Дж-в Г.С., 1982 года рождения, 24.02.18 г. получил травму во время аварии, ударившись грудью о рулевую колонку. С места аварии доставлен в горбольницу с диагнозом «Тупая травма груди с повреждением левого легкого, пневмотораксом слева». Произведена рентгенография органов грудной клетки, выявлено наличие переломов I-V ребер, пневмоторакс слева. Выполнено дренирование левой плевральной полости. При контрольном рентгеновском исследовании левое легочное поле уменьшено в размерах с явлениями гиповентиляции, в нижне-диафрагмальном отделе негомогенное затемнение, диафрагма приподнята, четко не контурируется. Левое легкое расправлено, дренаж удален, выписан домой.

В связи с прогрессированием одышки больной госпитализирован 24.04.18 г с диагнозом посттравматический разрыв левого купола диафрагмы. 25.04.18 г при КТ ОГК левое легкое ателектазировано, диафрагма приподнята, контуры диафрагмы нечеткие. Бронхоскопически слева главный бронх на расстоянии 3 см от карины рубцово изменен с циркулярным сужением. Клинический диагноз посттравматический перелом хрящей дистальной трети левого главного бронха с рубцовой стриктурой IIIст и ателектазом левого легкого, посттравматический разрыв левого купола диафрагмы. Паци-

ент оперирован 27.04.18 г. Произведена задне-боковая торакотомия в VI межреберье слева. В плевральной полости 150 мл серозной жидкости, левое легкое в ателектазе, грыжа левого купола диафрагмы кпереди от сухожильного центра около 3 см в диаметре с фрагментом сальника, спайки плевральной полости, рубцовая стриктура дистальной 1/3 левого главного бронха. Выполнена пластика диафрагмы, главный бронх мобилизован после установления уровня рубцовой стриктуры выполнена циркулярная резекция главного бронха с иссечением фрагмента рубцово-измененного участка, протяженностью 1,5 см. Пациент переведен на однолегочный наркоз.

Бронхиальное дерево правого легкого заполнено слизистым секретом. Произведена санация бронхиального дерева. Наложена межбронхиальный циркулярный анастомоз нитью vicryl 3-0 по общепринятой методике. Интубационная трубка подтянута в трахею, выполнена санационная бронхоскопия, анастомоз достаточно широкий, бронхиальное дерево очищено от слизисто-гнойной мокроты, левое легкое расправилось полностью. Через 6,5 ч после операции пациент переведен на самостоятельное дыхание. Послеоперационный период протекал без осложнений, дыхательная функция восстановилась полностью, на контрольной рентгенограмме через 6 дней после операции (03.05.18 г) видимой патологии со стороны легких не выявляется, при бронхоскопии 10.05.18 г перед выпиской бронхи проходимы, зона резекции состоятельна, участок с фибрином занимающий 1/4 часть линии шва.

Заключение

При подозрении на разрыв крупного бронха пациент должен быть оперирован по экстренным показаниям для осуществления восстановления целостности воздухоносных путей. Согласно экспериментальным и клиническим данным восстановление функции легкого при этом происходит в полном объеме даже через несколько лет после травмы.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хирургия рубцовых стриктур трахеи в ГБУ РД РКБ

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

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

Рубцовый стеноз трахеи с резким сужением её просвета является неотложным состоянием и опасен для жизни пациента. Рубцовый стеноз трахеи возникает в результате замещения нормальных структур ее стенки грубой соединительной тканью и появления участков трахеомалации.

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.

С 2004 по 2017 гг. наблюдался 121 больной с рубцовыми, рубцовогрануляционными стенозами шейного, шейно-верхнегрудного отдела трахеи, мужчин – 89, женщин – 32, возрасте 16 – 68 лет.

Этиологические факторы: длительная интубация 31, трахеостомия 80, травма шейного отдела трахеи 10 (6 – от удара, 1-механическое сдавление, 3 – ранение). Более чем в 90 % случаях стеноз имел ятрогенную этиологию. 52 пациента поступили со стридором, потребовались экстренные лечебные мероприятия, в основном эндоскопические иссечения грануляций и бужирования, реже ретрахеостомия.

Поражение трахеогортанной области у 29 больных, у 14 больных при ранее проведенной трахеостомии поврежден перстневидный хрящ с грубыми изменениями в области подскладочного пространства и голосовых связок, у 92 больных стеноз на разных уровнях.

В обследовании больных ведущая роль принадлежит эндоскопическому исследованию с КТ.

Основным радикальным методом лечения рубцового стеноза трахеи является циркулярная резекция трахеи.

Нами выполнено 6 циркулярных резекций шейно-верхнегрудного отдела трахеи, 1 циркулярная трахеогортанная резекция с отличными послеоперационными результатами в 6 случаях, с частичной несостоятельностью анастомоза в раннем послеоперационном периоде у 1 больной после АКШ, процесс разрешился консервативно. Причиной рубцовой стриктуры в 3 случаях длительная интубация, трахеостомия, в 4 случаях – ранее проведенные интубации от 3 до 6 суток. Нами выполнены: этапная трахеопластика в 98 случаях, стентирование трахеи – 16, в том числе эндоскопическое стентирование в 7 случаях, открытое стентирование с иссечением рубцов, грануляций в 9, летальных исходов не наблюдалось.

Выводы

Для профилактики стенозов трахеи следует придерживаться следующих правил:

- 1) выполнять полноценную трахеостомию;
- 2) трахеостомия должна быть только нижней;
- 3) не производить деканюляции без эндоскопии;
- 4) отказаться от трахеостомий по типу Бьерка;
- 5) использовать конические термопластичные канюли.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Особенности поздней диагностики ранений диафрагмы слева****Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М., Бабаев М.Р., Рамазанова Б.М.**

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала

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 сообщением двух полостей с разными давлениями, перемещением органов брюшной полости в грудную полость с тяжелыми последствиями.

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 18 лет находились 122 пациента с ранениями левой половины диафрагмы, у 20 (16,4 %) из которых ранения выявлены в сроки от 7-10 дней до 10 лет после получения травмы. Всем больным (мужчин – 16, женщины – 4) при обращении в стационар были выполнены обзорные рентгенографии органов грудной клетки, у 7 выявлен малый гемоторакс слева, который разрешился консервативно.

Причины травмы: ножевые ранения – 5, огнестрельное ранение – 1, травма грудной клетки – 5, автоавария – 9. У 1 больной, явления дыхательной недостаточности появились на 7-8 сутки после травмы, был диагностирован разрыв левого купола диафрагмы. 8 больных были отпущены домой после обследования, оказания первой медицинской помощи, обработки, ревизии ран, 4 больных, обратились через 2, 3, 5 и 10 лет соответственно, 4 находились на лечении в стационаре после травмы, выписаны, повторное обращение в сроки от 3 до 8 месяцев, 1 больной доставлен в РКБ в крайне тяжелом состоянии, 2 больных после лечения в ЦРБ после травмы обратились через 6 и 8 месяцев.

При повторном обращении состояние 9 больных 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, пластика диафрагмы, проксимальная резекция желудка – 3, с эмпиемплеврэктомией – 2;

2. Лапаротомия, ушивание раны диафрагмы, проксимальная резекция желудка с наложением гастростомы и дренированием пищевода – 1, в РКБ на фоне продолжающихся кровотечений из культи пищевода наложен эзофагогастроанастомоз (операция вынужденная, исход хороший);

3. Тораколапаротомия слева с пересечением реберной дуги, пластика диафрагмы, ушивание ран легкого, дренирование обеих полостей – 3;

4. Торакотомия, пластика диафрагмы, частичная декорткация легкого – 13, со спленэктомией – 1;

После проведенных операций летальный исход у 1 больной на фоне несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. Состояние других больных при последующих наблюдениях хорошее – у 14, удовлетворительное – у 5.

Большие повреждения левого купола диафрагмы обычно диагностируются 100% рентгенологически.

Имеющиеся затруднения в ранней диагностике ранений левого купола диафрагмы обусловлены неполным повреждением диафрагмы, малыми размерами дефекта, которые проявляются в последующем разностью давления в брюшной и плевральных полостях, воспалительными изменениями в области дефекта, внешними воздействиями.

Рентгенологически ранения левого купола диафрагмы можно выявить дачей сульфата бария в положении Тренделенбурга.

При ранениях левой половины грудной клетки считаем необходимым:

1. при наличии соответствующей техники всем больным в диагностическом плане провести лапаро и торакоскопию;

2. провести рентгенографию органов грудной клетки, рентгеноскопию с дачей бариевой взвеси в положении Тренделенбурга;

3. всем больным провести компьютерную томографию органов грудной клетки;

4. при отсутствии данных за разрыв диафрагмы вести динамичное наблюдение, рентгенологические исследования через 3-4 недели.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лечение тяжелых форм распространенного гнойного перитонита: опасности и осложнения

Щеголев А.А. (1,2), Товмасян Р.С.(1,2), Чевокин А.Ю.(2,1), Варнавин О.А.(2), Плотников В.В.(2)

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2. ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ, Москва

Актуальность

Несмотря на современные успехи антибактериальной и интенсивной терапии, оперативное вмешательство, по-прежнему, остается главным определяющим компонентом в лечении больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП). При этом, наиболее обсуждаемой темой в литературе является сравнение эффективности релапаротомий «по программе» и «по требованию». В этой же плоскости обсуждается проблема «открытого» и «закрытого» живота при лечении РГП. Бесспорными преимуществами «открытого» живота являются лучшая аэрация и санация брюшной полости и хорошая перфузия тканей в условиях низкого внутрибрюшного давления.

С другой стороны, внедрение в повседневную практику метода вакуум-ассистированной лапаротомии (ВАЛС) и стратификация больных в рамках концепции Сепсис-3, позволяют по-новому взглянуть на проблему хирургического лечения РГП.

Материал и методы

Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 18 больных РГП, у которых по истечении 72 часов после первого вмешательства перитонит не разрешился. Всем больным в качестве первичного вмешательства выполнялась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формирование лапаротомы и последующие релапаротомии «по программе». При последующих санациях брюшной полости дополнительных источников перитонита не отмечено. Это послужило основанием справедливо считать, что у всех больных, включенных в исследование, по истечении 72 часов после первого вмешательства имел место третичный перитонит. Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП>29), критериев q-SOFA и Сепсис-3 (у всех больных констатирован абдоминальный сепсис) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. Результаты лечения больных оценивались по следующим показателям: летальность, средний койко-день и динамика органной недостаточности по шкале SOFA. Все больные были рандомизированы по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Далее в когорте исследуемых больных были выделены следующие группы. Группа I – 5 больных, у которых по истечении 72 часов от момента первого вмешательства переходили на методику ВАЛС в различных испол-

нениях (Ab-Thera (KCI), ABRA («якорные») системы). Группа II – 13 больных, у которых использовались «полузакрытые» и «полуоткрытые» типы традиционных лапаротомий с пассивным дренированием экссудата из брюшной полости. В этой группе были также выделены 2 подгруппы: IIa – 5 больных с «полуоткрытым» методом лапаротомии, и IIб – 8 больных с «полузакрытым» методом.

Результаты

Общая летальность в исследовании составила 44,4% (8 больных). Летальность в группе I составила 20% (1 больной), летальность в группе II составила 53,9% (7 больных). Причем, в подгруппе IIa («полуоткрытый» метод) летальность составила 40% (2 больных), а в подгруппе IIб («полузакрытый» метод) летальность составила 62,5% (5 больных). 3 умершим больным подгруппы IIб вообще не удалось закрыть лапаротому, а плановые релапаротомии спустя 72 часа после первого вмешательства у этих больных уже не выявляли существенной динамики в течение перитонита.

Разница результатов лечения в группах по совокупности трех показателей в группах оказалась достоверной (U-критерий Вилкоксона-Уитни-Мана).

Обсуждение

Анализ результатов исследования показал преимущество ВАЛС и метода «открытого живота» («open abdomen»), как такового, при лечении наиболее тяжелой формы РГП – третичного перитонита. Очевидно, что эволюция хирургического лечения РГП в свете современной теории абдоминального сепсиса заключается в поиске методов, которые сочетают в себе возможность максимально эффективной аспирации экссудата из брюшной полости и ее санации, с другой стороны, позволяют минимизировать частоту и объем хирургического вмешательства при РГП.

Выводы

При тяжелых формах РГП, сопровождающихся сепсисом и септическим шоком целесообразно прекращение программных санаций брюшной полости в классическом виде и раннее применение «открытого» лечения перитонита с вакуумной аспирацией.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика при механической желтухе****Усмонов У.Д., Зияев Ш.А.**

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Цель

Улучшить результаты хирургического лечения больных с механической желтухой (МЖ) неопухолевого генеза путём разработки и применения индивидуализированной этапной миниинвазивной хирургической тактики.

Материал и методы

Анализируются результаты обследования и хирургического лечения 68 больных с МЖ неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Основную группу составили 37 (54,4%) больных. Из них 25 (67,5%) женщин и 12 (32,5%) мужчин. Средний возраст больных – $49,8 \pm 3,4$ года. В этой группе использована индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированном подходе к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения МЖ и холангита.

В контрольной группе (31 больной – 45,6%) использована традиционная хирургическая тактика лечения больных.

Результаты

Анализ результатов проводимой комплексной терапии показал, что у больных основной группы уже на 2-3 сутки после операции уровень общего билирубина достоверно снизился на 70,1% относительно исходных данных. Уровень щелочной фосфатазы нормализовался в этой группе на 4-5 сутки после оперативных вмешательств. Уровень АсТ/АлТ у больных основной группы к этому сроку достоверно снизился на 35,9%/32,6% соответственно, а уровень креатинина снизился на 36,7%.

В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась на 2 сутки после операции на

29,6% относительно исходных данных. Динамика уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показывает, что использование ЭБЛ и мини-доступа за счет положительного воздействия на эндогенной интоксикации, значительно повысило эффективность детоксикационной терапии.

Уровень тяжести полиорганной недостаточности (ПОН) по шкале SOFA у исследуемых групп больных при поступлении был повышен до $6,1 \pm 0,3$ балла, что соответствовало вероятности летального исхода от 27% до 38%. В результате проведенной комплексной терапии уровень тяжести ПОН в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшился на 22,3% относительно исходных данных. На 7-сутки после операции эта разница составила 71,5%, что в 4,4 раза меньше чем при поступлении, и в 1,9 раза, чем при традиционном лечении.

Общее количество осложнений в контрольной группе составило 16,1% больных, а летальность – 6,4% (2 больных). Применение индивидуализированной этапной хирургической тактики с предварительной декомпрессией использования ЭБЛ существенно повысило эффективность лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Летальных исходов в основной группе не было.

Выводы

Разработанная индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика с использованием метода ЭБЛ и минилапаротомного доступа при МЖ неопухолевого генеза является патогенетически обоснованным, так как она приводит к более раннему купированию клинико-лабораторных проявлений холангита и эндогенной интоксикации, ускоряет купирование ПОН, способствует уменьшению послеоперационных осложнений на 8%, сокращению сроков пребывания больных в стационаре на 4,3 суток и снижению летальности на 6,4%.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Предварительная декомпрессия с применением эндобилиарного лаважа при холангите

Усмонов У.Д., Зияев Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Цель

Улучшить результаты хирургического лечения больных с холедохолитиазом осложненной желтухой и холангитом.

Материал и методы

Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 61 больного с холедохолитиазом осложненной желтухой и холангитом, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Комплексное обследование больных показало, что патологический процесс локализовался не только в желчном пузыре, но и часто осложнялся вместе холедохолитиазом с катаральным (25%), фибринозным (23,5%) и гнойным холангитом (27,9%), а также билиарным панкреатитом (13,2%), парапузырным инфильтратом и абсцессом (7,4%), местным перитонитом (3,0%).

У 32 (52,4%) больных применяли предварительную декомпрессию желчевыводящих путей с эндобилиарным лаважем (ЭБЛ), а также на втором этапе хирургического лечения использовали минилапаротомный доступ по методике клиники. А у 29 больных (47,6%) использована традиционная хирургическая тактика лечения.

Результаты

У всех 32 больных на первом этапе выполнили эндоскопические операции с диагно-

стическими вмешательствами: ЭПСТ, ЭРПХГ с эндоскопической литоэкстракцией и НБД – у 14 (43,7%) больных; эндоскопическая папиллотомия, ЭРПХГ с эндоскопической литоэкстракцией и НБД – у 12 (37,5%) больных; эндоскопическая механическая литотрипсия с литоэкстракцией и НБД – у 6 (18,5%) больных.

Второй этап лечебной тактики нами удалось выполнить у всех больных основной группы: минилапаротомия, холецистэктомия у 31 (96,9%) больных, а с применением открытого лапаротомного метода (верхне-срединная лапаротомия) оперирован 1 (3,1%) больной.

Способ эндобилиарного лаважа

Всем 32 больным основной группы после оперативных вмешательств проводили ЭБЛ с применением 0,02% антисептика Декасана в комплексе лечения. ЭБЛ проводили через установленные наружные дренажи холедоха или назобилиарные дренажи капельным методом по 100 мл 3 раза в сутки. Перед использованием препарата подогревали до температуры тела и добавляли 0,5 % раствор новокаина. Соотношение раствора новокаина и Декасана – 1:3. Курс лечения составлял в среднем 5-7 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения, увеличение частоты лаважа проводилось по показаниям, обосновывалось течением болезни, по данным бактериологических исследований желчи, срокам устранения холангита и желтухи.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Фотодинамическая терапия в лечении гнойных послеоперационных осложнений****Садыков Р.Р. (1), Каримов М.А. (2), Усмонов У.Д. (2)**

1) Ташкентская государственная медицинская академия, Ташкент

2) Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель

Изучить возможности фотодинамической терапии (ФДТ) в профилактике гнойных раневых осложнений.

Материал и методы

Изучен опыт выполнения оперативных вмешательств с использованием высокоэнергетических лазеров на мягких тканях у 86 пациентов, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в хирургическом отделении 1 городской больницы. ФДТ заключалась в нанесении фотосенсибилизированной мази на поверхность операционной раны и в последующем, через 3-12 часов темновой фазы, облучении специальным источником красного излучения аппаратом Фодус-1. Длительность облучения до 20 минут с плотностью мощности 200 Дж/см². Критериями оценки эффективности ФДТ служили сроки заживления раны, состояние раны, характер отделяемого, бактериологический контроль раны. Оценка результатов проводили на 3, 7, 14 сутки после операции. Методика и стандартные растворы разработаны по Гранту АТСС 31-8. Для ФДТ использовались низкоэнергетические лазеры и аппарат ФДУ-1.

Результаты

В контрольной группе больных сроки заживления ран доходили до 18-20 суток. В качестве антисептиков использовались мази, дезинфицирующие растворы. Нагноение раны наблюдалось в 12% случаев, в виде удлинения сроков заживления, появления отделяемого из раны в виде сукровицы

Сроки заживления ран у больных основной группы в среднем составили 12±2 дней (96%).

Более длительный срок заживления раны был связан с глубиной лазерной деструкции. Заживление раны проходила под струпом, без признаков воспаления. Рана велась открыто, без наложения повязок.

Выводы

ФДТ представляется новым и эффективным методом лечения и профилактики гнойной инфекции. ФДТ одинаково эффективен в отношении антибиотикорезистентных штаммов бактерий.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Качество жизни пациентов, оперированных по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости

Абдулжалилов М.К., Муртузалиева А.С.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Проанализированы результаты лечения 63 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТКН). В основной группе было 33 пациента, в контрольной – 30. У пациентов основной группы операцию дополняли трансмезентериальной временной интестинопликацией (Патент № 2449743). Уровень качества жизни пациентов в послеоперационном периоде в сроки 1-3 года оценивали по опроснику SF-36.

В сроки от 1 до 3 лет по шкалам «физическое функционирование» и «ролевое функционирование» показатели пациентов основной и контрольной групп существенно не различались ($p > 0,05$).

Также не имело существенной разницы между показателями пациентов основной и контрольной групп по шкалам «физическое функционирование» и «физическое функционирование» во всех сроках наблюдения.

По шкале «боль» показатели основной группы были более предпочтительными по сравнению с аналогичными показателями пациентов контрольной группы.

Анализ шкалы «боль» показал, что через год после операции боли в животе отмечали лишь 2,4% пациентов основной и 6,5% контрольной группы. Через 2 года после операции боли в животе отмечали 7,1% пациентов основной и 18,0% контрольной группы, что в 2,5 раза выше показателя основной. Результаты проведенного исследования, показали, что на 3-й год после операции болевой синдром отмечали 4,3% основной и 21,0% контрольной группы, что свидетельствует о том, что удельный вес пациентов с болью в животе в отдаленные сроки после операции в контрольной группе имеют тенденцию к росту, тогда как в основной – к снижению.

Анализ шкалы «общее здоровье» опросника SF-36 пациентов обеих групп показал, во всех сроках наблюдения показатели пациентов основной группы, характеризующих «общее здоровье» были существенно выше показателя пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

Через год после операции показатель шкалы опросника SF-36 «общее здоровье» пациентов основной группы было снижено на 28,1% против 41,4% – контрольной. Через 2 года показатели обеих групп имеют тенденцию к снижению. Через 3 года после операции показатели «общее здоровье» обеих групп имеют тенденцию к росту, более выраженная у пациентов основной группы.

Такую же динамику имеют показатели шкалы «жизнеспособность».

Показатели шкалы «социальное функционирование» у пациентов при использовании в комплексном лечении ОСТКН временной трансмезентериальной интестинопликации во всех сроках наблюдения были значительно выше чем к контрольной.

Вместе с тем, показатели психического компонента здоровья у пациентов основной группы были не только значительно выше аналогичных показателей пациентов контрольной группы во всех сроках наблюдения, но на 2 и 3-й год наблюдения после операции и статистически достоверными ($p < 0,05$).

Вывод: использование в комплексном лечении пациентов ОСТКН разработанного нами способа временной интестинопликации позволяет не только сократить сроки реабилитации этих пациентов после операции, но и обеспечивает более лучшие отдаленные результаты.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Основные причины возникновения местных осложнений после ПДР и их профилактика****Меджидов Р.Т. (1), Абдурашидов Г.А.(2), Абдуллаева А.З.(1), Гасанов А.Г.(2)**

1) Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

2) Республиканская клиническая больница МЗ РД, Махачкала

Наиболее грозными местными осложнениями ПДР являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов, при которых нередко приходится выполнять повторные оперативные вмешательства. Летальность при повторных операциях более высокая и часто формируются панкреатические либо билиарные свищи.

Цель

Выяснить основные причины возникновения местных осложнений после ПДР и определить пути их профилактики.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 156 пациентов с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся в 137 (87,7%) наблюдениях: периапулярный рак – 126 (92,0%), рак тела ПЖ – 6 (4,3%), рак хвоста ПЖ – 5 (3,7%). Кистозные образования ПЖ отмечены в 9 (5,9%) случаях. Кистозные образования непаразитарного характера имелись у 6 пациентов, эхинококковая киста – у 3. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ отмечен в 10 (6,4%) наблюдениях. ПДР выполнена 143 (91,6%) пациентам, центральная резекция ПЖ – 6 (3,8%), дистальная резекция ПЖ – 7 (4,6%). В зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа были сформированы две группы пациентов: основная группа (68 пациентов), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были наложены на «каркасных» дренажах и контрольная (88 пациентов), которым вышеуказанная методика не была использована.

Результаты

Длительность проведения операции ПДР в группах сравнения достоверно не отличалась.

Разница в ранних интраоперационных осложнениях в сравниваемых группах пациентов была не существенная. Послеоперационный панкреатит в контрольной группе пациентов развился почти в 5 раз чаще, чем в основной, несостоятельность панкреатоюноанастомоза – в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной ($\chi^2=0,350$; $df=1$; $p=0,551$); общая летальность в основной группе больных – 0; в контрольной – 8,9%. Основными причинами развития фатальных послеоперационных осложнений после ПДР мы считаем тот факт, что после ПДР и формирования трех анастомозов на изолированной по Ру петле тощей кишки в условиях гастроэнтеростаза (имеет место в более 80 % случаев) наблюдается секвестрация желчи и панкреатического сока в изолированной петле, то есть происходит формирование «трансцеллюлярного водно-электролитного бассейна». Вероятность просачивания содержимого изолированной петли в свободную брюшную полость при этом очень высока и это является основной причиной возникновения местных послеоперационных осложнений после ПДР. Имеет так же значение состояние желчного и панкреатического протоков и ткани поджелудочной железы, то есть «благоприятные» и «неблагоприятные» условия для формирования анастомозов. При формировании билио- и панкреатодигестивных анастомозов на «каркасных» дренажах и выведении желчи и панкреатического сока наружу на период заживления анастомозов указанные осложнения не возникают.

Заключение

При формировании билио – и панкреатодигестивных анастомозов на упаравляемых «каркасных» дренажах «трансцеллюлярный бассейн» не возникает и это предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводит летальность после ПДР к нулю.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Антеградный метод лечения холангиолитиаза, осложненного обтурационной желтухой.

Праздников Э.Н.(1,2), Зинатулин Д.Р. (1,2), Баранов Г.А. (1,2), Шевченко В.П.(1,2), Налетов В.В.(2), Умяров Р.Х.(1,2)

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. Евдокимова А.И. МЗ РФ, Москва
- 2) ГБУЗ ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗ, Москва

Актуальность

Холангиолитиаз, осложненный обтурационной желтухой, наиболее частое осложнение желчнокаменной болезни. Частота встречаемости желчнокаменной болезни в мире достигает 20 % и имеет тенденцию к неуклонному росту заболеваемости. Стандартом лечения холангиолитиаза является ретроградный эндоскопический метод. При невозможности выполнения эндоскопического метода, выполняется лечение в объеме холедохолитомии и литоэкстракции лапаротомным или лапароскопическим доступом. Частота осложнений, при данном методе лечения, на высоте желтухи достигает 35 %, а летальность – 15-27 %. Сложившаяся ситуация делает актуальной задачу поиска альтернативных миниинвазивных методов лечения холангиолитиаза.

Цель

Оценить возможности антеградного метода лечения холангиолитиаза, осложненного обтурационной желтухой.

Материал и методы

В исследование были включены 192 больных с холангиолитиазом и обтурационной желтухой. В возрасте от 23 до 92 лет, средний – $66,5 \pm 14,5$ лет. Все больные были разделены на 3 клинические группы.

В первую включены 30 больных, которым выполнялся антеградный метод лечения. Возраст составил от 29 до 87 лет, средний – $64,0 \pm 12,3$ лет, уровень билирубина от 21,7 до 439,5 мкмоль/л, средний – 110,0 мкмоль/л.

Во вторую – 136 больных, которым выполнялся ретроградный метод лечения. Возраст от 23 до 92 лет, средний – $66,3 \pm 13,6$ лет, уровень билирубина от 21,3 до 401,3 мкмоль/л, средний – 131,0 мкмоль/л.

В третью – 26 больных, которым выполнялась холедохолитомия. Возраст – от 55 до 88 лет, средний – $68,3 \pm 11,2$ лет, уровень билирубина от 22,6 до 378,6 мкмоль/л, средний уровень – 102,0 мкмоль/л.

Результаты

Длительность операции в первой группе – составила от 30 минут до 165 минут, средняя длительность операции – 82,9 мин. Интраоперационная

кровопотеря была минимальной, средняя кровопотеря составила 16 мл. Койко-день: послеоперационный от 6 до 30 суток, средний – 13 суток, реанимационный от 1 до 6 суток, средний – 1,1 суток. Наблюдалось 4 осложнения: острый панкреатит – 2 больных, гематома подпеченочного пространства – 1, панкреонекроз – 1. 1 – летальный исход. Процент осложнений в данной группе составил 10 %, летальность – 3 %.

Во второй клинической группе длительность – от 15 минут до 125 минут, средняя длительность операции – 45,7 мин, кровопотеря – минимальная. Койко-день: послеоперационный от 2 до 31 суток, средний – 10,8 суток, реанимационный от 1 до 4 суток, средний – 1,8 суток. У 18 больных наблюдались осложнения: острый панкреатит – 12 больных, кровотечение из зоны ЭПСТ – 5, вклинение корзинки Dormia – 1. Процент осложнений составил 13 %, летальность – 2 %.

У больных третьей группы – от 75 минут до 250 минут, средняя – 159 минут, кровопотеря от 50 мл до 400 мл, средняя – 118 мл. Койко-день: послеоперационный от 2 до 71 суток, средний – 20 суток, реанимационный от 1 до 10 суток, средний – 3 суток. Наблюдалось 5 осложнений. Нарастание печеночно-почечной с явлениями полиорганной недостаточности в послеоперационном периоде – 2 больных, нагноение послеоперационной раны – 2 больных, эвентрация – у 1 больного. Процент осложнений – 19 %, летальность – 12%.

Заключение

Антеградный рентгенинтервенционный метод хирургического лечения холангиолитиаза с синдромом механической желтухи является технически выполнимым, эффективным и достаточно безопасным методом хирургического лечения больных с данной патологией, показав относительно невысокие показатели осложнений и летальности. Метод является альтернативой традиционным методам хирургического лечения больных с холангиолитиазом и механической желтухой, которым выполнить ретроградное эндоскопическое вмешательство невозможно, либо сопряжено с высоким риском, методика обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств, что позволяет выполнять хирургическое лечение как больным с неотягощенным анамнезом, так и больным с тяжелой сопутствующей патологией, для которых холедохотомические вмешательства из лапаротомного доступа связаны с высоким операционно-анестезиологическим риском.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Микроволновая абляция в комплексном лечении метастатического поражения печени.**

Праздников Э.Н.(1), Фурсов С.А. (1), Трандофилов М.М.(1,2), Попов А.Ю.(2), Сизова А.Н.(1), Светашов В.С.(1), Зинатулин Д.Р. (1)

1) ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И.Евдокимова МЗ России, Москва

2) ГБУЗ «ГКБ имени Д.Д.Плетнёва ДЗ», Москва

90% злокачественного поражения печени составляет метастатическое поражение. К моменту выявления нерезектабельность составляет более 70-80%, из-за билобарного поражения, отягощенности соматического состояния, невозможность оставления достаточного минимального функционального объема печени (>30%). В настоящее время ведутся поиски новых малоинвазивных интервенционных методов локального воздействия на опухоли печени, а также оценка эффективности применения уже существующих. Известным методом и широко используемым является радиочастотная абляция, альтернативой которому становится микроволновая абляция.

Цель

Улучшение лечения больных с метастатическим поражением печени.

Материалы и методы

Проведен анализ использования МВА при лечении больных с метастатическим поражением печени, 104 больных, средний возраст которых составил 63±9,2 года, мужчин 43(42%), женщин 61(58%), средний размер опухолевого узла составил 28,4 ± 4,6 мм, количество очагов от 1-4. Поражение правой доли наблюдалось у 74 (71%) больных, левой – 21(20%), билобарное – 9(9%). Источниками метастазирования в печень в 61(59%) случае был КРР, в 32(31%) – рак молочной железы, в 9 (9%) – рак желудка, в 2(1%) – меланомы кожи. Всем больным ранее проводилось комплексное лечение в объеме удаления первичного очага в объеме R0 и лимфодиссекция D1, D2 и полихимиотерапия. По классификации Gennari I стадия наблюдалась у 34 (33%) больных, вторая – 48 (46%), третья – 22 (21%). По классификации mTNM для метастазов КРР I стадия 26%, II стадия 30%, III стадия 17%, IVA стадия 27%. Контроль эффективности воздействия осуществлялся УЗИ, КТ и МРТ в динамике.

Для микроволновой абляции метастатических узлов в печени был использован аппарат AveCureMWG881(производство США) и набор пункционных антенн. Методика выполнялась с использованием чрескожно чреспеченочного доступа под контролем ультразвуковой навигации.

Результаты

Средняя продолжительность проведения операции составила 34±7,3 мин, кровопотеря 4±0,5мл. Средний койко-день составил 4,1±1,2.

В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: умеренное кровотечение из места вкола антенны у 1 больного, остаточная полость сформировалась в 1 случае, внутривенечная гематома в 1 случае, ожог кожи в месте введения антенны в 2 случаях, подкапсульная гематома в 1 случае. По классификации Clavien-Dindo осложнения не превышали 1 и 2 степени. Летальных случаев не было. При морфологическом исследовании очагов деструкции через 6; 8 мес с момента проведения абляции, вследствие прогрессирования онкологического процесса, было выявлено формирование ложной капсулы, IV степени лечебного потоморфоза по Лушникову Е.Ф. Общая выживаемость больных составила: однолетняя – 79,3 %, двухлетняя – 64,3 %, трехлетняя – 55,3%. Медиана выживания при метастатическом поражении печени КРР составила 31 месяц, раке молочной железы 29 месяцев, раке желудка 23 месяцев, меланоме 12 месяцев. Локальное безрецидивное течение наблюдалось от 4 до 29 месяцев.

Заключение

Чрескожно чреспеченочное применение микроволновой абляции сокращает время оперативного вмешательства, уменьшает операционно-анестезиологические риски, количество послеоперационных осложнений, количество койко-дней пребывания больных в стационаре за счет миниинвазивности и малотравматичности, а также повышает их выживаемость.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Способ фиксации имплантанта-сетки при герниопластиках паховых грыж

Баранов Г.А. (1,2), Праздников Э.Н. (1,2), Налётов В.В (2).

1) МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва

2) ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗ», Москва

Современные способы хирургического лечения грыж брюшной стенки реализуются в основном использованием для пластики биологически инертных имплантантов разных конструкций. Возможная миграция имплантов побуждает искать надёжные способы фиксации их к подлежащим тканям. Использование степлеров со скобами и винтообразными фиксаторами имеет высокую стоимость. Самофиксирующиеся конструкции также являются дорогостоящими и не всегда абсолютно надёжны. Подшивание сеток интракорпоральными швами требует большего времени и терпения, чем применение степлера. При этом техника интракорпорального шва должна быть совершенной.

Внедрена технология быстрого пришивания сетчатого имплантанта при лапароскопических герниопластиках V-образным швом чрескожно.

Материал и методы

При выполнении 28 лапароскопических герниопластик применили разработанную технологию фиксации имплантанта. После отделения брюшины на освобождённый участок размещали герниопротез. Для фиксации бралась монофиламентная полипропиленовая нить с коротким сроком рассасывания. Средством доставки нити и прошивания брюшной стенки выбрали иглу Verci с наружным диаметром иглы 2,6 мм производства K.Stortz. Наиболее удобной для фиксации оказался имплантант – сетка 3D MAX Mesh (производство Bard). Этот

самораскрывающийся герниопротез анатомической формы имеет рёбра жёсткости по краю сетки, а размер ячеек плетения составляет 6,2 кв. мм. После раскрытия и установки сетки на коже брюшной стенки остроконечным скальпелем делались насечки длиной до 5 мм в месте планируемого подшивания имплантанта. Через насечку брюшная стенка прокалывалась иглой Verci, заряженной нитью. Игла проводилась в ячейку сетки; нить освобождали от зажатия в иглу. Повторный вкол иглы через ту же кожную насечку проходил в смежную ячейку сетки, конец нити зажимался в иглу и выводился на кожу. Затем V-образный шов затягивали без усилия и срезали под кожей. Достаточно 3-х таких швов для надёжной фиксации имплантанта.

Из оперированных 28 пациентов миграции сетки ни у кого не отмечено. Случаев болевого синдрома из-за сдавления нервных подкожных окончаний не было. Осложнений в виде гематом в зоне кожных насечек и проколов брюшной стенки не было. Брюшную стенку перед прокалыванием иглой всегда подсвечивали со стороны брюшной полости лапароскопом во избежание повреждения сосудов.

Выводы

Способ фиксации резорбируемыми нитями через проколы брюшной стенки тонкой иглой относительно безопасен и легко выполним. Игла Verci – удобный инструмент для фиксации крупноячеистых сеток. При использовании такого способа фиксации сокращается время операции и снижается её стоимость за счёт отказа от применения герниостеплера.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Лучевая диагностика обструкции билиарного тракта при механической желтухе****Абдурашидов Г.А.(1), Меджидов Р.Т. (2), Хабибулаева З.Р.(2), Караева А.К.(1)**

1) ГБУ «Республиканская клиническая больница» МЗ РД, Махачкала

2) ФГБОУ ВО « Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Махачкала

Введение

Определение уровня обструкции билиарного тракта (БТ), при синдроме механической желтухи (СМЖ), имеет большое значение в выборе хирургической тактики. В решении данной задачи наиболее чувствительными и специфичными являются лучевые методы диагностики.

Цель

Оценить возможности методов лучевой диагностики в уточнении уровня обструкции БТ и определении хирургической тактики при СМЖ.

Материалы и методы

Проксимальная обструкция БТ по данным УЗИ отмечена в 156 (14,2%) наблюдениях, центральная обструкция БТ – у 311 (27,3%), дистальная обструкция БТ – у 629 (57,3%) пациентов. В 247 (32,5%) наблюдениях имелся сопутствующий холецистолитиаз. При анализе МР томограмм проксимальная обструкция БТ была выявлена у 132 (16,3%) пациентов. Из них у 24 (18,1%) пациентов доброкачественная стриктура желчных протоков, а у 108 (81,9%) – опухолевая обструкция БТ. Согласно классификации Bismuth-Corlette 1-й тип выявлен у 16 (14,8%) пациентов, 2-й тип – у 18 (16,6%) больных, 3-й тип у 27 (25%) больных и 4-й тип у 38 (43,6%) пациентов. В наблюдениях с рубцовой стриктурой БТ вариант «+1» по Э.Г.Гальперину отмечен у 10 (41,6%) пациентов, «0» – у 11 (46,0%), «-1» – у 3 (12,4%) больных.

МскТ в данной группе пациентов проведен в 38 (24,5%) случаях. При этом инвазия сосудов гилсонных ворот печени отмечена в 12 (31,6%) наблюдениях. Из 108 пациентов проксимальной опухолевой обструкцией БТ радикально оперировано 23 (21,2%). В остальных 85 (78,7%) наблюдениях проведена ЧЧХС. Во всех случаях доброкачественной обструкции БТ проведены реконструктивно – восстановительные операции, направленные на внутрен-

нее отведение желчи, путем формирования билиодигестивных анастомозов.

Чувствительность УЗИ в определении проксимальной обструкции БТ составила 95,1%, МРТ – 98,6%. Полученные при МскТ данные по инвазии сосудов совпали с интраоперационными данными в 86,6% наблюдениях.

Центральная обструкция БТ по данным лучевых методов диагностики отмечена в 272 (36,1%) наблюдениях. Доброкачественная стриктура БТ имелась в 18 (6,6%). Показания к радикальной операции, при опухолевых поражениях, были определены в 41 (16,2%) наблюдениях. В 103 (40,5%) случаях проведено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование БТ, в 92 (36,2%) – наружно-внутреннее, а 18 (7,1%) пациентов выписаны как incurable больных на симптоматическое лечение.

Дистальная обструкция БТ была определена в 629 (57,3%) наблюдениях. Из них стриктура доброкачественного генеза имелась в 98 (14%) случаях, в 531 (86%) наблюдениях имелись периапулярные опухоли. Резектабельность периапулярной опухоли была определена в 137 (25,8%) случаях. При доброкачественной обструкции БТ выполнены билиодигестивные анастомозы, в 139 наблюдениях опухолевой обструкции БТ-ПДР, в 355 – паллиативные оперативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи, в 9-ЧЧХС, в 28 наблюдениях – холецистостомия. Чувствительность лучевых методов диагностики для определения уровня и характера окклюзий и степени распространенности опухолевого процесса в группе с дистальной обструкцией БТ составила 97,4 %.

Заключение

Наиболее информативными методами диагностики уровня окклюзий БТ являются лучевые методы диагностики. Из них наиболее чувствительным и точным является МРТ.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Малоинвазивное лечение непаразитарных кист печени под контролем УЗ-навигацией

Гасанов Х.М.(1,2), Меджидов Р.Т.(2), Абдурашидов Г.А.(1), Хабибулаева З.Р.(2)

1) ГБУ «Республиканская клиническая больница» МЗ РД, Махачкала

2) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Введение

Непаразитарные кисты печени выявляются у 1 % населения. Основным методом диагностики кист печени является УЗИ. Киста может быть солитарной и нередко встречается поликистоз печени. При них могут быть и осложнения, такие как: нагноение, кровотечение в полость кисты, либо в свободную брюшную полость вследствие ее разрыва, механическая желтуха, печеночная недостаточность. Наличие кистозных образований в печенистораживают пациента и он требует у хирурга решения вопроса.

Цель

Оценить возможность и эффективность лечения непаразитарных кистозных образований печени перкутанной пункцией и склеротерапией под УЗ-навигацией.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения 86 пациентов с непаразитарными кистами печени. Солитарные кисты отмечены в 60 (72,0%) наблюдениях, множественные – в 26 (28,0%).

В 55 (64,3%) случаях диаметр кист не превышал 5,0 см; в 22 (25,3%) наблюдениях ди-

аметр кисты находился в пределах от 5,0 см до 10,0 см; в 7 (8,1%)-от 10,0 до 20,0 см и в 2 (2,3%) случаях диаметр превышал более 20,0 см. Для пункции кисты использовали троакарный стилет (диаметр-0,38 дюйм) и доставочная канюля. В качестве склерозанта использован 96 о этанол.

Результаты

Реализовать пункционно-склерозирующий метод лечения удалось у 52 (60,1%) пациентов. Интраоперационные осложнения были отмечены в 2 случаях(3,8%), послеоперационные осложнения возникли в 2 случаях (3,8%). Рецидив кисты после проведенной склеротеропии отмечено у 5 (9,6%) пациентов. Общее осложнение связанное с действием склерозанта на организм в виде повышения температуры тела и активации печеночных трансаминаз имелись у 1 (1,9%) пациентов.

Заключение

Пункционно-склерозирующий способ лечения непаразитарных кист печени под УЗ-навигацией является наиболее щадящим, эффективным и малозатратным методом. Кроме того он имеет хороший косметический эффект.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Антеградная декомпрессия билиарного тракта при механической желтухе****Абдурашидов Г.А.(1), Меджидов Р.Т.(2), Меджидов Ш.Р.(1)**

1) ГБУ «Республиканская клиническая больница» МЗ РД, Махачкала

2) ФГБОУВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Введение

Ежегодно отмечается рост количества пациентов с механической желтухой, особенно опухолевого генеза. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение двухэтапной тактике лечения, то есть декомпрессия билиарного тракта (БТ) на первом этапе, радикальная либо паллиативная операция на втором.

Цель

Оценить эффективность антеградной декомпрессии при механической желтухе.

Материал и методы

За последние 5 лет в гепатозендоскопическом отделении республиканской клинической больницы прошли обследование и лечение 813 пациентов с механической желтухой. Из них в 409 (49,0%) наблюдениях была произведена двухэтапная тактика лечения и антеградная декомпрессия БТ произведена 285 (69,6%) случаях. Наружное дренирование выполнено в 239 (84,0%) наблюдениях, наружно-внутреннее – 42 (14,6%), стентирование БТ – 4 (1,4%). Для проведения антеградной декомпрессии БТ использованы такие технические средства, как : УЗ-аппарат, рентгенустановка С-дуга, комплект для проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) фирмы «СООК», билиарный стент.

Результаты

Неудачная попытка проведения ЧЧХС отмечена в 8 (2,8%). Гемобилия, которая потребовала проведения лечебных мероприятий имела в 15 (5,2%) случаях, дислокация катетера отмечена в 8 (2,8%), антеградная декомпрессия оказалась неэффективной в 7 (2,5%) наблюдениях.

Второй этап оперативного лечения проведен в 231 (81,0%) наблюдениях, из них радикальная операция выполнена в 89 (38,5%) случаях, паллиативная-142 (61,5%). Наружное либо наружно-внутреннее дренирование БТ явились окончательными лечебными мероприятиями у 52 (18,2%) пациентов. Постдекомпрессионные синдромы развились у 16 (5,6%) пациентов. После антеградной декомпрессии БТ умерло 2 (0,7%) пациента, причина – печеночная недостаточность.

Заключение

Антеградная декомпрессия БТ является универсальным способом разрешения холестаза на первом этапе лечения пациентов с механической желтухой и можно использовать при всех формах обструкции БТ. При наружно-внутренней декомпрессии реже встречаются постдекомпрессионные синдромы. Наиболее удобными для антеградной декомпрессии БТ являются устройства фирмы «СООК».

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Результаты применения антибактериальной ткани у пациентов с перфоративной язвой

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Саиддибиров Ш.М., Абдулжалилов А.М., Исаев Х.М-Р.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Консервативное лечение язвенной болезни желудка и 12п. кишки продвинулось далеко вперед в связи с наличием современных фармакологических препаратов для полного ее излечения. Вместе с тем, снижение числа пациентов с язвенной болезнью не имеет тенденцию к снижению, в том числе и ее осложненных форм. По числу пациентов гастродуоденальные кровотечения занимают третье место среди пациентов с экстренной хирургической патологией, а перфоративная язва – седьмое. Хирургам известно, что перфоративную язву лечить консервативным способом не представляется возможным. Но для сохранения престижа хирургического метода лечения перфоративной язвы, широкое применение получили органосохраняющие операции – различные способы ее ушивания: открытые и лапароскопические. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы пока не получило широкого распространения в связи с отсутствием оборудования и специалистов в большинстве городов и во всех районах республики. Оно налажено лишь в четырех городах. В связи с этим наибольшее распространение получила открытая операция, которая не лишена недостатков. Несмотря на это, открытое ушивание перфоративной язвы позволяет надежно закрыть дефект стенки органа, выполнить операцию под спинномозговой анестезией, а лапароскопическая операция малотравматична, легко переносится пациентами, но технически сложна для выполнения. В связи с этим, в последние годы получают широкое распространения гибридные технологии в хирургическом лечении перфоративной язвы. Вначале выполняют диагностическую лапароскопию, затем мини-доступом в проекции перфорации дефект надежно ушивают одним из известных способов. Затем мини-доступ ушивают и операцию завершают лапароскопическим лаважом и дренирование брюшной полости. Слабым местом всех способов хирурги-

ческого лечения перфоративной язвы остается надежность наложенных швов, их физическая герметичность, высокая вероятность несостоятельности у пациентов с общим гнойным перитонитом, с низкими репаративными способностями тканей, пожилого и старческого возраст с большой коморбидностью. Одной из ведущих причин летального исхода в данной группе пациентов в раннем послеоперационном периоде остается несостоятельность швов и продолжающийся перитонит, что и определяют актуальность данной проблемы.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 166 пациентов с перфоративной язвой 12п. кишки. Доля пациентов с перфоративной язвой в числе пациентов с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости составила 1,4% и 19,5% от числа пациентов с экстренными осложнениями язвенной болезни желудка и 12 п. кишки. Большая часть пациентов с перфоративной язвой была доставлена бригадой скорой помощи. Возраст пациентов колебался от 18 до 77 лет. Послеоперационная летальность среди оперированных до суток после начала заболевания колебалась с 1,0 до 4,8%, а позже суток – от 11,1 до 50,0%, т.е. рост послеоперационной летальности более 10 раз. Основной причиной послеоперационной летальности среди оперированных до суток после начала заболевания послужил эндооксический шок, а среди оперированных позже суток – несостоятельность швов и прогрессирующий перитонит. Санационная релапаротомия оказалась не эффективной у всех оперированных. В связи с этим возникла необходимость в разработке мероприятий по повышению надежности швов при ушивании перфоративной язвы. Нами после получения результатов экспериментальных исследований разработан способ и устройство для защиты шовной линии, позволяющие создать оптимальные условия для заживле-

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ния кишечного шва (патент на изобретение № 2581709). Способ заключается в наружной и внутрисветной аппликационной защите шовной линии после ушивания перфоративной язвы гемостатической тканью суржисел ну книт. Последняя обладает гемостатической и антибактериальной активностью. Со стороны просвета 12 п.кишки шовную линию прикрывали гемостатической тканью при помощи разработанного нами назоинтестинального зонда с дуоденальным баллоном путем ее раздувания и компрессии им сурдисел ну книт к поверхности шовной линии. Снаружи шовную линию укрывали гемостатической тканью путем фиксирования ткани к серозной оболочке перфорированного органа. Данное лечение проведено 29 пациентам с перфоративной язвой. Послеоперационный период протекал без осложнений даже у пациентов с тяжелой коморбидностью. Умер пациент от дыхательной недостаточности в результате прогрессирования тяжелой сопут-

ствующей врожденной неврологической патологии.

Выводы

1) Число пациентов с перфоративной язвой, частота несостоятельности швов среди оперированных позже суток после начала заболевания, прогрессирующий перитонит, послеоперационная летальность, связанная с ней, не имеют тенденцию к снижению.

2) Наружная и внутрисветная аппликации шовной линии после ушивания перфоративной язвы гемостатической тканью суржисел ну книт позволяют обеспечить ее защиту от экссудата в брюшной полости и со стороны просвета ушитого органа, а также местную антибактериальную защиту, которые вместе с декомпрессией создают оптимальные условия для заживления раны.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Эффективная профилактика ранних послеоперационных осложнений после пахового грыжесечения по Лихтенштейну

Абдулжалилов М.К. (1), Иманалиев М.Р. (1), Исаев М.Х. (1), Ахмаев М.М. (2), Исаев Х.М.Р. (2)

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала
2) ГБУ РД «РКБ-ЦСЭМП», Махачкала

Актуальность

Операцию Лихтенштейна считают «золотым стандартом» при паховом грыжесечении. Несмотря на это, при этой операции, как и при других вмешательствах наблюдаются послеоперационные осложнения. Исследователи, занимающиеся данной проблемой, к ранним послеоперационным осложнениям относят серому, гематому, геморрагическую инфильтрацию краев, нагноение операционной раны, орхит и эпидидимит, боли и парестезии в паховой области. Серому послеоперационной раны считают следствием естественной реакции тканей на имплантацию синтетического инородного материала, гематому – результатом неадекватного гемостаза. Геморрагический инфильтрат краев раны развивается после травматичной операции и антикоагулянтной терапии, орхит и эпидидимит – вследствие нарушения проходимости семявыносящего протока. Боли и парестезии – исход повреждения или сдавления нервных стволов, проходящих в паховом канале. Нагноение раны наблюдается при нерациональной антибактериальной терапии. Частота ранних послеоперационных осложнений после пахового грыжесечения по данным Черепанина А.И. с соавт. (2014) достигает до 21,4%, что и обуславливает актуальность данной проблемы.

Материал и методы

В работе представлен анализ хирургического лечения 75 мужчин с паховой грыжей по способу Лихтенштейна. Из них 12 были оперированы в экстренном порядке, 63 – в плановом. Средний возраст составил 54,5 лет. По классификации Nyhus пациенты с паховой грыжей распределились следующим образом: тип I – 7(9,3%), тип II – 29 (30,7%), тип IIIa – 22 (29,3%), тип IIIb – 17(22,7%). В качестве алломатериала для пластики задней стенки пахового канала применили полипропиленовую сетку фирмы «Линтекс». Пациентов разделили на 2 группы: контрольную 45 пациентов, основную – 30. Пациентам контрольной группы под местной анестезией 0,5% раствором новокаина выполняли операцию Лихтенштейна. С целью профилактики местных раневых гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции всем пациентам контрольной группы вводили внутримышечно 600 мг линкомицина. Пациентам основной группы также выполняли операцию Лихтенштейна, но при этом полипропиленовую сетку по всей поверхности укрывали полипропиленовую сетку прочной рассасывающейся гемостатической тканью особо плотного плетения «surgicel nu-knit», обладающей местной гемостатической активностью и бактерицидным эффектом против MRSA, VRE, PRSP и MPSE. В раннем послеоперационном пе-

риоде все пациенты для обезболивания получали наркотические анальгетики. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, наличию сопутствующей патологии, срокам грыженосительства. Страдали паховой грыжей в течение одного года 41,0% пациентов, 2 года – 22,7%, 4 года – 9,1%, 5 лет – 4,5%, 8 лет – 4,5%, 10 лет – 9,1%, 20 лет – 4,6%.

Результаты

Полученные результаты оценивали путем ретроспективного изучения медицинских карт стационарного больного. В контрольной группе пациентов в раннем послеоперационном периоде серома операционной раны была диагностирована у 2(4,4%) пациентов, гематома мошонки – у 3(6,7%), отек мошонки – 5(11,1%), геморрагическую инфильтрацию краев послеоперационной раны – у 8 (17,7%), нагноение раны – у 1 (2,2%), орхит – у 1 (2,2%), выраженный болевой синдром у 3 (6,7%). Длительность стационарного лечения составил 9,6+ 0,9 койко-дней. Анализ медицинских карт пациентов основной группы показал, что геморрагическую инфильтрацию краев операционной раны диагностирован лишь у 1(3,3%) пациента, отек мошонки – также у 1 (3,3%) пациента. У пациентов основной группы после пахового грыжесечения другие послеоперационные осложнения не наблюдались. Длительность стационарного лечения составили 7,2+0,7 койко-дня ($p < 0,05$). Статистически значимая разница в показателях длительности стационарного лечения пациентов контрольной и основной групп связано с высокой частотой послеоперационных осложнений, связанных не только с применением алломатериала для пластики задней стенки пахового канала.

Выводы

1) С целью снижения частоты послеоперационных осложнений после пахового грыжесечения по Лихтенштейну необходимо минимизировать травматичность вмешательства, что зависит от опыта хирурга, продолжительности вмешательства и хирургической техники.

2) Применение хирургической гемостатической ткани «surgicel nu-knit» с антимикробным эффектом при паховом грыжесечении по Лихтенштейну позволяет уменьшить частоту как гнойно-воспалительных раневых осложнений, так и связанных с местным гемостазом в операционной ране в раннем послеоперационном периоде.

3) Снижение длительности стационарного лечения пациентов с паховой грыжей позволяет повысить экономическую эффективность оперативного вмешательства.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста****Мамаев К.Т., Дибиров А.Д., Султанов А.С., Султанов Ш.А.**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Актуальность

Несмотря на современные достижения медицины, проблема лечения пациентов пожилого и старческого возраста с прободными ГДЯ остаётся актуальной. Частота осложнений составляет 20-50% с летальностью 3-40%.

Цель

Оптимизация патогенетической терапии и улучшение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Изучены ближайшие результаты хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста в клиниках госпитальной хирургии №2 и хирургической клиники ФПК и ППС ДГМУ г. Махачкала. Больных в возрасте от 60 до 79 лет было 114, старше 34. Мужчин было 122 (82,4%), женщин – 26 (17,6%). У 106 (71,6%) больных язва располагалась в ДПК, у 42(30,4%) – в желудке.

У части больных были каллёзные язвы, у 23 больных в сочетании с пенетрацией язвы, у 11 с пилородуоденостенозом и у 8 больных в сочетании с кровотечением. Причем пенетрация язвы в поджелудочную железу была у 12 больных, в печёчно-дуоденальную связку – у 6 и у 5 больных – в большой сальник.

Наибольшее число прободений язв у наших больных отмечено в весенние месяцы, меньше в осенние месяцы.

В сроки до 6 часов с момента прободения язвы поступило 75,3% больных, от 6 до 24 часов – 20,4%, свыше 24 часов – 4,3% больных.

Оперировано в первые 2 часа с момента поступления в клинику 78,5% больных, в сроки 2-4 часа – 15,2%, более 4 часов – 6,3% больных. Задержки с оперативным вмешательством были обусловлены стёртостью клинической картины прободения, трудностью дифференциальной диагностики у больных пожилого и старческого возраста, необходимостью проведения дополнительных методов диагностики, а также соответствующей подготовки не только основного заболевания, но и сопутствующих возрастных заболеваний.

Ушивание прободной язвы двухрядным швом выполнено у 51(35,3%) больных, ушивание язвы с перитонизацией сальником на ножке – у 41 (27,8%), ушивание язвы по Опелю-Поликарпову – у 13(8,8%) и резекция желудка по Бильрот-I – у 5(3,7%) больных.

Пилоропластика по Джадд-Танака со стволовой ваготомией выполнена у 32 (21,6%) больных, пиллопластика по Финнею – у 3(2,0%) больных, антрумэктомия в сочетании со стволовой ваготомией – у 3(2,0%) пациентов.

Средняя продолжительность пребывания больных на хирургической койке составила 12,3 суток.

Ближайшие результаты нами изучены в сравнительном аспекте после операций без ваготомии (1 группа) и с ваготомией (2 группа). У больных 1 группы ранние осложнения возникли в 9,6% случаях, 2-й – в 7,3%.

У больных второй группы каких либо серьезных осложнений не было (тромбофлебит подкожной вены голени, нагноение раны, бронхит, которые купировались консервативными мероприятиями), тогда как у больных первой группы имели место 2 летальных исхода. Причем оба печальных исхода – в числе 8 больных, которым выполнена резекция желудка без ваготомии и с последней.

Другие ранние осложнения после ушивания прободных язв: местный перитонит (2), пневмония (1), тромбофлебит варикозных подкожных вен (1), явления сердечно-сосудистой недостаточности (1) и раневые осложнения (3). Все они купированы консервативными мероприятиями.

Общая летальность составила 1,35%. После первичной резекции желудка умерли 2 больных в возрасте 66 и 70 лет. Причиной смерти были перитонит в результате несостоятельности швов гастроэнтероанастомоза и пневмония.

Заключение

Снижение осложнений и летальности при прободных гастро-дуоденальных язвах у больных пожилого и старческого возраста зависит от своевременной операции, полноценной предоперационной подготовки, правильного выбора метода и объёма операции, интенсивного и комплексного послеоперационного лечения, применения щадящих и органосохраняющих операций и правильного выбора метода анестезии.

Таким образом, после операции по поводу перфоративной язвы желудка и ДПК у больных преклонного возраста методом выбора является иссечение перфоративной язвы в пределах здоровых тканей по Джадд-Танака со стволовой ваготомией или ушивание язвы.

При любых сомнениях в выборе оперативной тактики следует исходить из того, что первостепенной задачей операции при перфоративных язвах является спасение жизни больного.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Послеоперационный желчный перитонит у больных пожилого и старческого возраста

Мамаев К.Т., Умаханов Х.У., Дибиров А.Д., Шарапудинов М.Ш.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Актуальность

Несмотря на достигнутые успехи в хирургии желчевыводящих путей, частота послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста не уменьшается.

Материал и методы

Анализируются истории болезни 62 больных в возрасте старше 65 лет, оперированных в хирургических клиниках Дагестанского медицинского университета по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного перитонитом за 1988 – 2010 гг. Из них мужчин было 23(37%), женщин 39(64%). У 37 больных (58%) перитонит носил местный характер, у 25(43%) распространенный. Неотложная релапаротомия по поводу желчного перитонита выполнена в различные сроки после первой операции: до 20 часов 2,2% больных, через 72 часа 26%, до 10 дней – 28%, и до 16 дней – 3,8% больных.

Наиболее достоверным и своевременным методом диагностики послеоперационных желчных перитонитов является диагностическая лапароскопия, выполненная в первые сутки при катастрофе в брюшной полости.

При лапароскопии удается выполнить активную аспирацию желчи из брюшной полости,

наложение диализа, катетеризацию круглой связки печени для длительной лекарственной инфузии и другие лечебные манипуляции. Применение лапароскопической техники позволило избежать релапаротомии в четырех наших наблюдениях.

Виды выполненных оперативных вмешательств при релапаротомии: ревизия брюшной полости и дренирование, санационная релапаротомия с наложением перитонеального диализа.

Результаты

Из 37 больных с местным желчным перитонитом умерли 2 пациентов от сердечно-легочной недостаточности и застойной пневмонии. Из 25 больных с распространенным перитонитом в результате основной причины осложнения умерли 4 пациентов.

Выводы

Снижения летальности при послеоперационном желчном перитоните больных пожилого и старческого возраста может достигнуть ранняя диагностика со своевременной санационной релапаротомией и интенсивной патогенетической терапией.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Инфильтрационный эндоскопический гемостаз, коллагеновым биоматериалом в комплексном лечении гастродуоденальных кровотечений.****Попов Ю.П.(1), Макаров В.А.(2), Попов П.А.(2), Гереева З.К.(3,4);**

1) Москва, 2) Москва, 3) Москва, 4) Махачкала

1) ГБОУ ВПО МГМСУ, Москва.

2) Городская клиническая больница №40 ДЗ, Москва

3) Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

4) ГБУ РД ГКБ№1, Махачкала

Работа посвящена оценке результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, путем разработки и внедрения метода эндоскопической интергастральной инфильтрации биоматериала на основе очищенного коллагена. Опубликованные ранее предварительные результаты были дополнены новыми данными, полученными в ходе дальнейших исследований, которые свидетельствует об эффективности и безопасности данной методики, а так же о целесообразности ее применения в клинической практике.

Лечение гастродуоденальных кровотечений до настоящего времени остается нерешенной проблемой экстренной хирургии. Послеоперационная летальность остается высокой, а применяемые в клинической практике методы эндоскопического воздействия, далеко не всегда дают стабильный гемостатический эффект и в 25-30% случаев кровотечения рецидивируют.

В последнее время в различных отраслях медицины все чаще используется коллагеновый биоматериал, как объемообразующее средство и как важнейший компонент реконструкции ткани после ее поражения, а также как естественный субстрат для адгезии, роста и дифференцировки клеток. Препараты на основе коллагена обладают всеми вышеперечисленными свойствами, а кроме того их биофизические параметры, в частности способность инфильтрировать ткани с последующим их склерозированием, создают предпосылки для проявления механического сдавления сосудистого русла в зоне кровотечения, что делает целесообразным его применение при гастродуоденальных кровотечениях.

Для достижения поставленной цели, было пролечено и обследовано 68 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями различной

этиологии в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст – 49,2 года).

Согласно схеме рандомизации пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от режима терапии: Группа 1. Группа комбинированной терапии – 34 пациентам с имеющимся гастродуоденальным кровотечением эндоскопический гемостаз осуществлялся с использованием биоматериала; Группа 2. Группа сравнения. 34 пациентам с имеющимся гастродуоденальным кровотечением проводилась эндоскопическая остановка кровотечения по стандартным методикам.

Протокол исследования включал оценку выраженности основных проявлений гастродуоденального кровотечения, площади и характера изменений в желудке. Одним из важнейших критериев, по которому оценивали результаты лечения больных считали частоту рецидивов острого гастродуоденального кровотечения. Необходимо сразу уточнить, что речь идет именно о рецидиве остановленного тем или иным путем кровотечения, а не об активном продолжающемся артериальном кровотечении (Форрест 1а), поскольку в этих случаях мы считаем необходимым выполнять экстренное оперативное вмешательство с кратковременной подготовкой на операционном столе, а иногда и без нее. Рецидивы кровотечения возникли в основной группе у 3 (8,8%), в контрольной у 9 (26,32%) пациентов. Ранние рецидивы кровотечения как в основной так и в контрольной группах возникали при неуверенном эндоскопическом гемостазе, как правило, у больных с глубокими каллезными, пенетрирующими язвами с аррозией крупного сосуда, а также в тех случаях, когда возникают сложности при эндоскопическом исследовании из-за локализации патологического процесса (например в кардиальной части желудка или в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. На высоте

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

кровотечения в основной группе оперировано 8,8% пациентов. Высокий процент хирургической активности в основной группе может быть объяснен большим количеством пациентов с кровотечением Forrest 1a и наличием у них активного кровотечения с высоким риском рецидива. Одна из наблюдаемых нами пациенток с низкой язвой двенадцатиперстной кишки пенетрирующей в поджелудочную железу умерла. В послеоперационном периоде у нее развился дуоденальный свищ и забрюшинная флегмона, которые стали непосредственной причиной смерти. В контрольной группе, т.е. там, где коллагеновый биоматериал не вводился оперировано 17,6% пациентов – эти пациенты значительно чаще подвергались риску оперативного вмешательства и его осложнений. Основным видом оперативного вмешательства в нашей клинике остается операция Бальфура, т.к. эта операция позволяет максимально разгрузить двенадцатиперстную кишку, что особенно важно у пациентов с пенетрирующими и

низкорасположенными язвами. Средние сроки пребывания больных в стационаре составили 13,8 в основной и 17,5 койко-дней в контрольной группе.

Заключение

Применение коллагенового биоматериала «коллост» для остановки гастродуоденальных геморрагий обосновано патогенетически, а его физико-химические свойства позволяют осуществлять эндоскопические инъекции на высоте кровотечения. Остановка кровотечения осуществляется за счет инфильтрации и фиксации биоматериала в патологически измененных тканях с объемобразующим эффектом. Фиксированный очищенный коллагеновый биоматериал ускоряет процесс тромбообразования, стимулируя выработку компонентов гемостаза и цитокинов и фактически представляет собой «биологический лифтинг».

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Эффективность применения озонированного физиологического раствора при остром гнойном холангите****Койчурев Р.А., Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А.**

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность проблемы и всевозрастающий интерес к холангиту, обусловлен не только увеличением числа больных с воспалительными поражениями желчевыводящих путей, но и частотой случаев протекания процесса с тяжелым клиническим течением. Среди структуры заболеваний – причин острого гнойного холангита можно отметить наиболее часто встречаемые патологии: холедохолитиаз, стеноз БДС, рубцовые структуры желчных протоков, панкреатит, стенозирование холедоходуоденоанастомоза, перивезикальный инфильтрат, перихоледохеальный лимфаденит. Общая послеоперационная летальность больных с холедохолитиазом, осложненным гнойным холангитом, составляет 11,5%, (Абеев М.Е. соавт.1994). Частота гнойного холангита за последние 10 – 15 лет составляет 10,4 – 10,5% (Векслер Н.Ю. соавт. 2005). Главную роль в развитии холангита оказывает инфекция и поэтому проблема борьбы с инфекцией у больных с острым холангитом продолжает оставаться актуальной.

Цель

Улучшить результаты лечения больных с острым холангитом, путем применения интраоперационно и в послеоперационном периоде интрахоледохеально озонированного изотонического раствора хлорида натрия.

Материал и методы

Обследовано 47 больных с острым холангитом. Возраст больных 30 – 75 лет. В зависимости от способа комплексной терапии больные были разделены на три группы: 1-ая: больные с острым гнойным холангитом, которым интраоперационно интрахоледохеально был применен озонированный физиологический раствор, 2-ая: больные, которым озонированный физиологический раствор был применен только в послеоперационном периоде, 3-я: контрольная группа с применением стандартной антибактериальной терапии.

Критериями для применения озонированного физиологического раствора являлись: повышение температуры тела, озноб, боли в правом

подреберье, желтуха и выявленные во время операции гнойная, замазкообразная желчь, расширение холедоха и желчная гипертензия. Больным в исследуемых группах с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, через культю пузырного протока, или по Вишневскому, интраоперационно холедохи промывают озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 1800-2000 мкг/л. Концентрацию озона в физиологическом растворе определяли спектрофотометрическим методом на «Неселективном фотометре НФ-254/1». Все больные получали антибактериальную (цефалоспорины 3-4 поколений в сочетании с аминогликозидами) и инфузионную терапию. В послеоперационном периоде проводят санацию холедоха озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией 1000-2000 мкг/л, ежедневно в течение 3-5 дней. Затем промывают холедохи озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией 800-1000 мкг/л, в течение последующих 2-5 дней. Критерием эффективности применения озонированного физиологического раствора явилось купирование болевого синдрома, снижение температурной реакции, снижение активности цитолитических ферментов. Достоверным критерием эффективности озонотерапии у оперированных больных были данные бактериологических исследований желчи.

Результаты

Проведенные исследования показали, что в желчи исследуемой группы больных наблюдалась достаточно высокая степень контаминации микробных тел. Введение в холедохи озонированного 0,9%-ного раствора хлорида натрия, приводит к существенному снижению титра микробных тел в желчи как к 1 суткам после начала лечения, так и через 5-7 дней.

Заключение

Анализ результатов лечения больных, независимо от выполненного вида оперативных вмешательств, выявил наиболее высокую эффективность применения озонированного физиологического раствора интрахоледохеально.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Диагностическая и лечебная тактика в отношении полипов толстой кишки

Магомедов М.Г., Меджидов Р.Т., Койчуев Р.А.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

В клинике общей хирургии Дагестанского государственного медицинского университета эндоскопическая полипэктомия выполнена 244 больным, при этом всего удалено 349 полипа. Опухоли 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 имелась 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 СВ – 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, расположенную 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 широком 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.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Первый опыт выполнения роботической тиреоидэктомии по методике билатерального аксилло-мамарного доступа (ВАВА)****Мосин С.В(1,3), Тигров М.С. (1), Фейдоров И.Ю (1,2), Яковлева Л.П. (1), Кропотов М.А. (1)**

1) ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗ Москвы»

2) ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

3) ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

На сегодняшний день золотым стандартом в хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы являются традиционные операции из поперечного доступа на шее операции (тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия), после которых неизбежно остается рубец на передней поверхности шеи. Уже более 10 лет назад опубликованы данные о применении видеозендоскопических и робот-ассистированных операций на щитовидной железе, в числе при высокодифференцированном раке. Роботический доступ имеет ряд преимуществ перед традиционным и видеозендоскопическим. Благодаря трехмерному стереоскопическому изображению с увеличением, достигается высокая точность хирургических манипуляций и минимальная травма тканей в зоне операции с сохранением околощитовидных желез и возвратных нервов. Введение троакаров в отдалённых точках позволяет полностью устранить послеоперационный разрез на видимой части шеи.

По данным публикаций, в последнее время чаще других при роботической тиреоидэктомии используется методика ВАВА (с введением троакаров в 4-х точках). Эта методика сравнима с открытой тиреоидэктомией в обеспечении безопасности, но ассоциируется с длительной продолжительностью операции и значительно более высокой стоимостью. При выполнении операций при раке щитовидной железы было продемонстрировано сравнимое низкое количество рецидивов в отдалённом периоде. Среди противопоказаний к применению этой методики описываются: большой объём железы и/или узла, рак щитовидной железы среднего и высокого риска метастазирования, загрудинный зоб, предшествующие операции на шее. Из недостатков необходимо выделить необходимость приобретения устойчивых навыков малоинвазивной хирургии у хирурга. При опухолях высокого риска, при местно-распространённых и недифференцированных видах рака, при подтверждённых метастазах в лимфоузлы

шеи II-V групп, в настоящее время нет достоверных данных о преимуществах и недостатках методики.

В нашей клинике в 2017 году выполнено 2 оперативных вмешательства по методике ВАВА.

1. Пациентка С. 50 лет. Диагноз: папиллярный рак щитовидной железы cT1bN0M0. При УЗИ – очаговое образование в правой доле щитовидной железы 19 мм, соответствует TIRADS V. Объем щитовидной железы 9,2 см³. Цитологическая картина папиллярного рака щитовидной железы (TBS VI). Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике ВАВА. Время операции – 3 часа 20 минут. Послеоперационный период гладкий. Ионизированный кальций в первые сутки – 1,15. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Выписана на 3 сутки после операции. В препарате клетчатки шеи описано 5 лимфоузлов, без метастазов, стадия рака pT2N0M0. Осмотрена через 1 месяц, косметический эффект отличный.

2. Пациент В. 55 лет. Диагноз: папиллярный рак щитовидной железы cT1bN0M0. При УЗИ – диффузно измененная щитовидная железа с очаговым образованием в левой доле до 16мм, соответствует TIRADS IV. Объем щитовидной железы 16см³. Цитологическая картина папиллярного рака щитовидной железы (TBS VI). Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике ВАВА. Время операции – 2 часа 55 минут. Послеоперационный период гладкий. Ионизированный кальций в первые сутки – 1,12. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Выписан на 2 сутки после операции. В препарате клетчатки шеи описано 8 лимфоузлов, без метастазов, стадия рака pT1N0M0. Осмотрен через 1 месяц, косметический эффект отличный.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Эффективность непрямой электрохимической детоксикации в комплексном лечении первичного гнойного медиастинита на фоне повреждения пищевода****Столяров С.И. (1), Григорьев В.Л. (2)**

- 1) БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары
- 2) ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары

Актуальность

Несмотря на последние достижения в торакальной хирургии результаты лечения острого первичного медиастинита (ОПМ) на фоне повреждения пищевода нельзя признать успешными. Смертность при перфорациях пищевода осложненных гнойным медиастинитом (ГМ) достигает 40,9 – 80%. В последние годы отмечается рост количества ОПМ и в структуре всех медиастинитов они составляют от 67 до 84%. В связи с широким распространением инструментальных исследований и манипуляций, в структуре перфораций пищевода первое место занимают ятрогенные повреждения. Частыми причинами ОПМ являются повреждения пищевода инородными телами, спонтанные разрывы пищевода. ОПМ сопровождается развитием эмпиемы плевры, сепсиса, пищеводно-респираторных свищей, гнойного перикардита, аррозийных кровотечений. Хирургический метод является основным при лечении больных с повреждением пищевода и ОПМ. В комплексном лечении больных с ОПМ наряду с хирургическими методами широко используются и эфферентные методы детоксикации – гемосорбция, лимфосорбция, плазмаферез, гемофльтрация и др. В последние годы в интенсивной терапии эндотоксикоза при различных хирургических заболеваниях накоплен положительный опыт применения непрямой электрохимической детоксикации крови и плазмы с использованием гипохлорита натрия. Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения гипохлорита натрия в комплексном лечении больных с ОПМ в послеоперационном периоде. Материал и методы. Изучены результаты лечения 72 больных (20 женщин и 52 мужчины) с ОПМ в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст $47,1 \pm 1,2$ года). Причины повреждений пищевода: инструментальные повреждения – 24 (33,3%), инородные тела пищевода – 24 (33,3%), спонтанный разрыв – 20 (27,8%), ножевое ранение – 3 (4,2%), перфорация острой язвы – 1 (1,4%). Инструментальные повреждения пищевода (n=24): при бужировании рубцово-измененного пищевода – 13, при фиброэзофагогастроскопии – 3, интубации трахеи – 3, ригидной эзофагоскопии – 3, кардиодилатации – 1, попытке извлечения инородного тела пищевода гортанными щипцами без рентгенологического контроля – 1. Сроки наступления больных с момента начала заболевания от 0,3 до 11 суток

(в среднем $3,1 \pm 0,2$ дня). После обследования и проведения предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения в течение 2-4 часов все больные оперированы. По распространенности ГМ наблюдался: задний верхний – 27, задний нижний – 20, задний тотальный – 13, передний и задний тотальный – 8, передний и задний верхний – 4. В зависимости от комплекса лечебных мероприятий больные разделены на 2 группы. I – контрольная (n=41), получавшие традиционную послеоперационную терапию и II – основная (n=31), помимо традиционной терапии в комплексном лечении больных применялся раствор гипохлорита натрия (NaClO). У всех имелась II и III степень эндотоксикоза по В.К. Гостищеву. Инфузию NaClO осуществляли в центральные вены через поливиниловый катетер со скоростью 50-70 капель в минуту. Концентрация была не выше 600 мг/л, объем инфузии NaClO не превышал 1/10 ОЦК за один сеанс. В среднем проводилось 4-5 сеансов в послеоперационном периоде. Раствор NaClO в концентрации 900-1200 мг/л использовался для промывания гнойных полостей в средостении через дренажи. Противопоказаниями для использования NaClO являлись нестабильность гемостаза, высокая опасность развития кровотечения, выраженная гипопропротеинемия и гипогликемия. Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде умерло 14 больных. Общая летальность – 19,4%. В I группе умерло 10 (летальность – 24,4%).

Во II группе летальность составила 12,9% (n=4). Средняя продолжительность пребывания в стационаре среди выживших пациентов основной группы (n=27) составила $47,3 \pm 3,0$ койко-дня (в отделении реанимации и интенсивной терапии – $7,5 \pm 0,5$ койко-дня), в контрольной группе (n=31) – $51,8 \pm 2,1$ койко-дня ($9,2 \pm 0,6$ койко-дня). Средняя длительность лихорадки в основной группе составила $17,5 \pm 1,1$ дня, в контрольной – $18,6 \pm 0,9$. Фебрильная лихорадка у пациентов контрольной группы в среднем наблюдалась $4,7 \pm 0,6$ дня, основной – $3,8 \pm 0,4$.

Выводы

Использование NaClO в послеоперационном периоде у больных с ОПМ позволяет снизить летальность, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Клинический анализ комплексного хирургического лечения эндофтальмитов****Шарипова Д.Н., Ярахмедова И.Б., Гасайниева Н.С., Аджиева А.А.**

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

Актуальность

Инфекционный эндофтальмит – острое гнойное воспаление внутренних оболочек, известен как самое тяжелое, практически неизлечимое заболевание органов зрения. ИЭ чаще всего является осложнением открытой травмы глаза (95-97%), реже – хирургического вмешательства (2-4%), а также крайне редкие эндогенные ИЭ (1-2%).

Последствием инфекционных осложнений травм глаза является слепота в 43-60%, субатрофия глазного яблока в 25-35% и энуклеация глаза в 10-40%, а преобладание среди пострадавших лиц мужского пола работоспособного возраста придает этой проблеме социальный характер.

Наиболее вероятными возбудителями ИЭ являются стафилококки и стрептококки, самые тяжелые и быстротечные формы вызываются кишечной и синегнойной палочками.

Что касается послеоперационных эндофтальмитов, то совершенствование техники операции и инструментария практически свели на нет значимость грамотрицательных бактерий как основной причины развития эндофтальмита после хирургии катаракты. Английскими хирургами отмечено, что главным источником бактериального заражения, приводящего к эндофтальмиту после хирургии катаракты, является собственная микрофлора пациента. Они подчеркивают, что на веках и конъюнктиве 85-90% пациентов имеется стафилококк, у пациентов с астмой или аллергическими заболеваниями уровень колонизации век и носоглотки патогенными микроорганизмами составляет до 70% (. Южаков А.М. с соавт.//«Внутриглазная раневая инфекция. – 238с.– М., МИА – 2007г.).

Цель

Оценка эффективности комплексного хирургического лечения травматических и послеоперационных эндофтальмитов на основании собственного клинического материала.

Материалы и методы

За период с января 2017 по апрель 2018 гг. через стационар прошло 6 пациентов с диагнозом инфекционный эндофтальмит (ИЭ). Основным критерием установления диагноза являлось визуально определяемое наличие гнойного экссудата в полости глаза. Диагноз подтверждался данными УЗИ, что также являлось основным критерием в выборе объема хирургического вмешательства.

В 2-х случаях развитию эндофтальмита предшествовала травма, эти пациенты были направлены к нам другими лечебными учреждениями в связи с неэффективностью проводившегося лечения. Состояние глаз у больных оценивалось как тяжелое и крайне тяжелое, что соответствовало 3 и 4 стадиям эндофтальмита по классификации А.М.Южакова.

В 4-х случаях явления эндофтальмита возникли после хирургии катаракты, следует отметить, что пациенты были оперированы по поводу катаракты в других офтальмологических учреждениях. Им была выполнена субтотальная витрэктомия с перфузией витреальной полости р-ром антибиотика в соответствующем разведении в сроки от 3-х до 14 дней после операции.

Следует также отметить, что в подавляющем большинстве случаев (4 больных) витрэктомии повторяли в раннем послеоперационном периоде, что давало возможность удалить остатки пристеночного гнойно-измененного стекловидного тела, а также заднюю гиалоидную мембрану, которая легко отделялась от сетчатки в авитреальную полость. Такой многоступенчатый подход давал возможность добиться функциональных результатов при условии относительно сохранной сетчатки.

В раннем п/о периоде 1 пациенту с обширной площадью травмы, сопровождающейся разрывом оболочек и отсутствием зрительных функций было проведено повторное вмешательство с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. Это позволило предотвратить в отдаленном периоде прогрессиру-

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ющую субатрофию глаза и сохранить глаз как орган.

Наиболее благоприятные исходы получены при комплексном подходе с перфузией передней камеры р-ром антибиотика + фибринолитика (гемаза 1000 МЕ) и последующей витрэктомией с перфузией витреальной полости тем же антибактериальным р-ром и интравитреальным введением гемазы(500МЕ). При выборе антибиотика для интравитреального введения мы руководствовались следующими критериями: он должен был иметь широкий спектр действия, быть эффективным по отношению к большинству известных возбудителей эндофтальмита и не должен быть антибиотиком резерва. В этом аспекте наиболее широко использовались следующие препараты: цефуроксим в разведении 1,0мг, ванкомицин – 1,0мг, цефазолин-2,0-2,5мг.

Результаты

Сроки наблюдения за пациентами составляют от 2-х до 6 мес. Функциональные и анатомические результаты лечения, в первую

очередь, зависели от патогенности микроорганизмов, стадии ИЭ и сроков выполнения витрэктомии. Таким образом, собственный клинический опыт еще раз подтверждает выводы ведущих ученых-исследователей о том, что любая инфекция требует немедленного вмешательства, одним из методов которого является витрэктомия. Разработанная нами схема комплексного многокомпонентного хирургического лечения эндофтальмитов с интраоперационным применением антибиотиков, кортикостероидов и фибринолитиков, является патогенетически оправданной при своевременно начатом лечении. Об этом свидетельствуют стабильные функциональные результаты в этой группе (68,5%), зрительные функции составили от 0,03 до 0,7. Лечение воспалительных осложнений полостной офтальмохирургии должно быть комплексным: рациональная медикаментозная терапия, селективная хирургия. Применение современных методов лечения позволяет сократить сроки реабилитации больного, значительно уменьшить слепоту и гибель глаза, уменьшить влияние осложнения на функциональный результат.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Хирургия тяжелых форм пролиферативной диабетической ретинопатии.****Шарипова Д.Н., Ярахмедова И.Б., Гасайниева Н.С., Аджиева А.А.**

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

Актуальность

СД занимает 3 место в мире после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. По данным всемирной организации здравоохранения СД страдает 2,8% населения всего земного шара. Важнейшим признаком глазных проявлений СД является неоваскуляризация сетчатки, которая вызвана действием ангиогенных факторов роста, вырабатываемых сетчаткой в состоянии гипоксии в попытке вызвать ее ревазуляризацию. Массивные нерассасывающиеся интравитреальные кровоизлияния – самое частое показание к хирургическому лечению. Источником кровотечения, как правило, служат новообразованные сосуды в составе фиброваскулярной ткани, поврежденные при ее механическом отделении от сетчатки.

Цель

Разработать оптимальный объем хирургических манипуляций в соответствии со степенью тяжести ПДР.

Материалы и методы

Первую группу (8 человек) составили пациенты с ранней стадией ПДР. Им проводилась витрэктомия, удаление ЗГМ, в витреальную полость вводилась газо-воздушная смесь. Вторую группу (13 человек) составили пациенты с развитой стадией ПДР. Объем вмешательства: субтотальная витрэктомия 25 гейдж, швартэктомия, удаление ЗГМ, ФЭК + ИОЛ, тампонада ПФОС, эндолазеркоагуляция сосудов и последующая замена ПФОС на газо-воздушную смесь. Третья группа (3 человека) – тяжелая форма ПДР, далекозашедшая стадия. Операция проводилась в 1 или 2 этапа. Субтотальная витрэктомия 25 гейдж с тампонадой ПФОС, мембранопилингом в среде ПФОС, эндолазеркоагуляцией, заменой на силикон.

Результаты

1-я группа пациентов – 13 случаев, рецидивы кровоизлияний – 7 случаев: 2 на 7-14 день

после операции, 5 случаев – в позднем послеоперационном периоде (через месяц и более). У пациентов 2-ой группы, при диссекции и отделении плотных фиброваскулярных и фиброглиальных мембран от поверхности сетчатки и пересечении тракций в 20% случаев возникали интраоперационные кровотечения из новообразованных сосудов, что значительно осложняло ход операции. В таких случаях операцию проводили в 2 этапа: проводили тампонаду ПФОС на 5-7 дней. За этот период кровоизлияния рассасывались или сворачивались в среде ПФОС. На 2-м этапе проводилось удаление сгустков в среде ПФОС лазеркоагуляцией сосудов и участков неоваскуляризации и замену ПФОС на газо-воздушную смесь. У пациентов 3-й группы, где ПДР осложнялась субтотальной отслойкой сетчатки в 100% случаев было достигнуто анатомическое прилегание сетчатки, с максимально возможным освобождением ее от эпиретинальных мембран и витреоретинальных тракций.

Вывод

Таким образом, основным фактором, ограничивающим возможности хирурга и приводящим к наиболее частым осложнениям трансцилиарной витрэктомии – кровоизлияниям, является массивная неоваскуляризация сетчатки. Это требует повторных хирургических вмешательств, а в ряде случаев приводит к гибели глаза. После появления в арсенале ингибиторов ангиогенеза и предварительного их интравитреального введения с последующей витрэктомией, кровоизлияния, возникающие в процессе диссекции, фрагментации и пилинга пролиферативной ткани минимальны и устраняются в процессе операции. Соответственно, хирургическое лечение ПДР наиболее целесообразно в ранней и развитой стадиях после предварительной лазеркоагуляции не менее ¼ площади сетчатки и интравитреального введения ингибиторов неоангиогенеза.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Новый опорный симптом при остром аппендиците у взрослых

Мяконький Р.В., Иванченко С.В., Иванченко А.Ю., Каплунов К.О.

«Волгоградский государственный медицинский университет». Волгоград.

Актуальность

В литературе описано свыше 150 симптомов несущих ту или иную информацию о наличии воспаления в аппендиксе. Большинство из них не имеет никакого значения и лишь запутывает мышление врача и задерживает время окончательного вывода о диагнозе и лечении. Архиважным является поиск опорных симптомов острого аппендицита. Материалы и методы. В 2017 г. хирургом ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3» Р.В. Мяконьким предложен симптом, выявляющий острый аппендицит при типичном расположении червеобразного отростка слепой кишки у взрослых.

Методика определения симптома

Пациент находится в положении лежа на животе (полубокком на левом боку), правая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах, приведена к животу (создается расслабление мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области). II-IV пальцы правой кисти врача лежат в правой подвздошной области (в точке Мак-Бернея), I палец опирается на гребень подвздошной кости. II-IV пальцами правой кисти врач совершает 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 аппендикса и париетальной брюшины правой подвздошной ямки.

Результаты

Несмотря на то, что в большинстве случаев клиническая диагностика острого аппендицита не представляет значительных трудностей, представляется целесообразным выделить опорных симптомов острого аппендицита, которые позволяют с большой степенью вероятности поставить правильный клинический диагноз.

Обсуждение

Учитывая информативность и достоверность симптома Р.В. Мяконького, его простоту выполнения, достаточно высокую чувствительность и специфичность (92,7%) при типичном расположении червеобразного отростка слепой кишки данный симптом нуждается в популяризации и введении в повседневную хирургическую практику.

Выводы

Следует акцентировать внимание на опорные симптомы острого аппендицита при обучении студентов медицинских вузов и курсантов хирургического профиля.

Заключение

Опорные симптомы острого аппендицита, в том числе симптом Р.В. Мяконького должны быть учтены при разработке алгоритмов диагностики и рекомендаций обследования пациентов с острым аппендицитом.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Эхинококкоз перикарда и сердца****Магомедов А.Г., Загидов М.З.**

«Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Актуальность

Частота поражения сердца и перикарда по данным литературы не превышает 0,5-2% от всех локализаций эхинококкоза. Разделить случаи эхинококкоза сердца от эхинококкоза перикарда, как правило, не представляется возможным. Несмотря на малое число наблюдений, эхинококкоз сердца и перикарда представляет одну из самых сложных клинических проблем.

Материал и методы

За последние 20 лет в Республике Дагестан эхинококкоз сердца нами выявлен в 9 случаях, что составило примерно 0,5% от всех случаев эхинококкоза. Средний возраст пациентов составил $24,4 \pm 7,8$ лет (минимально – 9 лет, максимально – 36 лет). Пациентов мужского пола среди них было 2, женского пола – 7.

Результаты

Каждый случай эхинококкоза сердца по особенностям поражения, клинико-диагностическим особенностям, а также выполненным вмешательствам был уникален. Тем не менее, можно выделить ряд интересных особенностей эхинококкоза сердца, трудно укладываемые в общепринятые знания. Так, солитарный эхинококкоз миокарда наблюдался только у двух пациентов. Оба пациента (девочка 9 лет и мужчина 28 лет) успешно прооперированы в специализированных центральных клиниках. В остальных случаях у больных имелись

не менее 2 кист в сердце, или имелись кисты внесердечной локализации. В трех случаях эхинококкоз сердца сочетался с эхинококкозом головного мозга, причем, только у одного из них имелись кисты в печени и легком. Двое из этих пациентов не оперированы и впоследствии скончались. В одном случае характер поражения был значительно сложнее, однако своевременная операция (больной перенес 5 операций на сердце и головном мозгу) и комплексный подход к проблеме, включая полноценное противорецидивное медикаментозное лечение, обеспечил благоприятный исход. У одной пациентки эхинококкоз также был выявлен у брата (множественные кисты печени), матери (множественные кисты печени, правого и левого легкого), и у тети, живущей с ними в одном доме (множественные кисты в печени, легком и селезенке). При этом, у девочки эхинококковая киста миокарда (размер не более 2 см) был выявлен позже всех (через 3 года после выявления эхинококкоза у матери).

Выводы

Эхинококкоз сердца и перикарда в общей структуре заболевших эхинококкозом составляет 0,5% всех случаев, причем часто сочетается с поражением головного мозга и другой локализации кист. Эхинококкоз сердца отличается неблагоприятным прогнозом при отказе от оперативного лечения. Наиболее оптимальной тактикой лечения эхинококкоза сердца и перикарда является раннее хирургическое вмешательство с длительной противорецидивной терапией.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

К вопросу о пластике тазового дна при тотальном пролапсе и ректоцеле 2-3 степени

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель

Разработать способ, позволяющий произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

Материалы и методы

Исследование основано на результатах лечения 218 женщин с опущением внутренних половых органов 3 степени и ректоцеле 2-3 степени, у которых пластика тазовой диафрагмы выполнена с использованием сетчатого материала по оригинальному способу.

Результаты

В раннем послеоперационном периоде осложнений нами не отмечено. Через 3 месяца диспареуния не выявлена ни у одной больной,

так же как и болевой синдром. Нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у 11,5%. У 22 из 25 больных с нарушением пассажа кишечного содержимого в последующем выполнены пластики ректовагинальной перегородки.

Отдаленные результаты отслежены у 92 больных. Отличные результаты получены у 27,2% больных, хорошие – у 64,1%, и удовлетворительные у 8,7%, неудовлетворительные результаты нами не отмечены.

Выводы

Восстановление тазовой диафрагмы, при тотальном пролапсе, с использованием предложенного способа позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременную ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**Результаты лечения острой обтурационной непроходимости у больных раком толстой кишки****Тотиков З.В., Тотиков В.З., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э.**

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель

Улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находился 442 больных, госпитализированных с клиникой острой обтурационной непроходимости.

Результаты

При 1 стадии (30,8% больных) через 7-10 дней после разрешения непроходимости выполнялись одноэтапные радикальные или паллиативные операции. При 2-3 стадиях эндоскопическая реканализация оказалась успешной у 39 (45,3%) пациентов и им в течение 7-10 дней выполнены одноэтапные операции. Остальные 319 больных оперированы в течение 24 часов при 2 стадии, и в течение 12 часов при 3 стадии. В том числе 172 больным наложены двухствольные трансверзо –или илеостомы, у 6 пациентов одноствольные сигмостомы, у 17 больных двухствольные постоянные колостомы над опухолью, 22 пациентам выполнены первичные правосторонние гемиколэктомии с анастомозом или со стомами. Из 47 (10,7%) больных с

4 стадией у 9 выполнены лапаротомии с наложением двухствольных колостом, у 38 больных резекции со стомами. На втором этапе у 161 больного с двухствольными илео-или трансверзостомами выполнены радикальные операции с наложением анастомозов. У 5 больных правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стом. У 11 больных выполнены экстирпации прямой кишки. И 41 больному после операции Гартмана, Микулича или Лахей – восстановительные операции через 2-3 месяца. 3 этап – закрытие проксимальных стом выполнен у 160 больных, через 2-3 недели у больных с илеостостомами, через 2-3 месяца у больных с трансверзостомами. Перед радикальным этапом у 10 пациентов проведена лучевая или химиолучевая терапия, у 115 интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия. Системная послеоперационная химиотерапия после радикального этапа была проведена 352 больным. В связи с чем, сроки восстановительного 3 этапа зависели от окончания химиотерапии. На всех этапах умерло 22 (5,0%) больных, осложнения выявлены у 80 (18,1%) больных.

Выводы

Предложенная классификация и лечебно-диагностический алгоритм позволяют снизить количество летальных исходов и осложнений, создать условия для проведения комплексных методов лечения и избежать тяжелых восстановительных этапов.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Острая кишечная непроходимость вследствие внутреннего ущемления кишки

Алиев М.А., Абдуллаев М.Р.

ФГБОУ ВО «Дагестанский госмедуниверситет» МЗ РФ, Махачкала

Актуальность

Острая кишечная непроходимость (ОКН), вызванная внутренним ущемлением кишки – редкая по частоте, трудная для диагностики, тяжёлая по клиническому течению и исходам форма непроходимости. Её называют ещё внутренней ущемлённой грыжей живота. Она возникает при ущемлении органов брюшной полости, попавших в карманы, отверстия и щели париетальной и висцеральной брюшины, брыжейки кишечника, диафрагмы. В эмбриональном периоде образуются ямки двенадцатиперстно-тощекишечная, ретродуоденальная, в области слепой и сигмовидной кишок. Грыжевыми воротами могут быть щели, отверстия в брыжейках, в большом сальнике, диафрагме, неушитые при операциях на органах брюшной полости или образовавшиеся при травмах живота. Внутренние грыжи проявляются при развитии ОКН, когда происходит острое нарушение кровообращения в сосудах брыжейки и стенки кишки, особенно в strangulированном отделе (вследствие его сильного пережатия) и приводящем отделе (вследствие его перерастяжения застойным кишечным содержимым и газами). Сосудистый фактор включается с самого начала ОКН наряду со сдавлением нервных структур стенки кишки и её брыжейки, прекращением кишечного пассажа, развитием некротических изменений в ущемлённой кишке и её брыжейке, тяжёлой энтерогенной интоксикации, глубоких нарушений метаболизма и гомеостаза. Молодые врачи мало знакомы с этой редкой и тяжёлой формой ОКН, что приводит к диагностическим и лечебно – тактическим ошибкам.

Цель

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

Материал и методы

Анализированы клинические наблюдения, охватывающие 3150 больных с ОКН, среди них у 41(1,3%) – причиной ОКН – внутреннее ущемление кишки в отверстиях, карманах, дефектах диафрагмы, брыжейки кишечника, париетального и висцерального листков брюшины.

Результаты

Мужчин – 24 (58,5%), женщин – 17 (41,5%), лиц молодого и зрелого возраста – 25 (61,0%), пожилого и старческого возраста – 16 (39,0%). Внутреннее ущемление кишки наблюдалось во внутренних отверстиях пахового(12) и бедренного каналов (8), в послеоперационных и посттравматических дефектах, карманах, отверстиях передней брюшной стенки, париетального и висцерального листков брюшины (7), травматических дефектах, отверстияхлевого купола диафрагмы (5), большого сальника (4), брыжейки толстой и тонкой кишок (3), широкой связки матки (2). Симптомы ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки: резкие схваткообразные боли в животе (40), рвота (37), тошнота (37), задержка стула (35), неотхождение газов (35), вздутие и болезненность при пальпации живота (33), общее тяжёлое состояние (28), наличие чашек Клойбера (27), положительный симптом Щёткина-Блюмберга (26), асимметрия живота и положительный 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, других грыжевых ворот (19). У больных с ущемлёнными диафрагмальными грыжами, кроме перечисленных симптомов, наблюдались колющие боли, урчание и шум плеска в левой половине грудной клетки, при рентгеноскопии и рентгенографии в плевральной полости определялись газовый пузырь желудка, петли кишок, смещение сердца вправо.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Диагностика внутреннего ущемления кишки трудна. Чаще заболевание трактовалось как ОКН без указания 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 на догоспитальном этапе, 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 – внутреннее ущемление кишки развилось в хирургическом стационаре. Многие больные ОКН на почве внутреннего ущемления кишки доставлялись в хирургический стационар слишком поздно, в крайне тяжёлом, иноперабельном состоянии. Во избежание диагностических ошибок в предоперационном периоде, в трудных диагностических случаях необходимо произвести срочно УЗИ, рентгеноскопию и рентгенографию органов грудной и брюшной полостей, КТ, МРТ. Характер операций, выполненных больным ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки: лапаротомия, рассечение спаек и ущемляющего кольца, резекция некротизированной петли тонкой кишки+ энтероэнтероанастомоз – у 10; Лапаротомия, рассечение спаек, ликвидация внутреннего ущемления кишки, перитонизация странгуляционной борозды кишки, ушивание внутреннего отверстия пахового, бедренного каналов, других грыжевых ворот, дефектов брыжейки кишечника, энтеротомия, декомпрессия приводящего отдела кишечника, резекция большого сальника – у 22; Торакотомия, рассечение спаек и ущемляющего кольца, ликвидация внутреннего ущемления, ушивание дефекта в диафрагме – у 3; Лапаротомия, рассечение спаек и ущемляющего кольца диафрагмы, резекция тонкой кишки, ушивание дефекта диафрагмы – у 2; Лапаротомия, рассечение спаек и ущемляющего кольца, ликвидация внутреннего ущемления, энтеростомия – у 3. Объём и характер операций при ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки определялись анатомической ситуацией и тяжестью патологоанатомических изменений ущемлённого органа. Небольшие отверстия диафрагмы ушивались из трансабдоминального

доступа. При обширных дефектах диафрагмы оперировали трансторакальным доступом.

Послеоперационная летальность при ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки остаётся высокой, на нашем материале – 24,4%. Из 41 больных ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки, умерли 10. Наибольшая послеоперационная летальность при ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки наблюдалась у больных пожилого и старческого возраста – 43,7%, из 16 больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки, умерли 7. Неблагоприятные результаты оперативных вмешательств при ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки объясняются поздней обращаемостью больных за хирургической помощью, поздней диагностикой, поздней госпитализацией больных в хирургический стационар и несвоевременным оперативным вмешательством в запущенной стадии заболевания, когда успели произойти некроз ущемлённой петли кишки, разлитой гнойный перитонит, тяжёлая эндогенная интоксикация, полиорганная недостаточность. 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).

Заключение

Для улучшения диагностики ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки, необходимо тщательно обследовать те места, где может произойти внутреннее ущемление кишки (паховый и бедренный каналы, пупочное кольцо, дефекты, отверстия в брюшной стенке, в послеоперационных рубцах и т.д.), используя УЗИ, рентгеноскопию и рентгенографию брюшной и грудной полостей, КТ, МРТ. Для улучшения результатов лечения ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки, необходимо помнить об этой редкой, опасной и тяжёлой форме ОКН, провести в послеоперационном периоде интенсивную терапию, направленную на эффективную коррекцию тяжёлых нарушений метаболизма, гомеостаза, ликвидацию энтеральной недостаточности и эндогенной интоксикации.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Новые подходы лечения токсического зоба в регионе зобной эндемии

Магомедов А.Г.(1), Абдулхаликов А.С.(1,3), Тучалова А.Т. (1,3), Гаджиев К.И. (1,2).

- 1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
- 2) ГБУ РКБ МЗ РД, Махачкала
- 3) ООО «Диагностический центр», Махачкала

Актуальность

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

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 $52,6 \pm 4,8$ 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 ис-

пользовался УЗИ аппарат Sono Scape S 20 с доплерографией Процедуру склеротерапии производили под контролем УЗИ, пунктируя 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 безопасной. 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. 3) Предлагается этапный метод вмешательства при АФУ: лечение начинать с миниинвазивного вмешательства и, при неудаче, выполнять резекцию щитовидной железы.

Подписано в печать ??.0?.2018 г.
Формат 60x84/8. Бумага мелованная
Гарнитура «Arial».
Печать офсетная. Усл.п.л. ?? Тираж ?? экз.
Отпечатано в типографии ООО «Дагпресс Медиа»
Адрес: 367002, г. Махачкала, ул. М.Ярагского, 8
Тел.: 8(8722) 68-15-05