

Министерство здравоохранения
Республики Дагестан
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Дагестанское общество хирургов
имени Р. П. Аскерханова.

XX съезд хирургов
Республики Дагестан
14-15 сентября 2023 года
Материалы съезда

Махачкала
Министерство здравоохранения
Республики Дагестан
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Дагестанское общество хирургов
имени Р. П. Аскерханова.

XX съезд хирургов
Республики Дагестан

14-15 сентября 2023 года
Махачкала

Оглавление

1. История развития Дагестанского общества хирургов имени Р. П. Аскерханова: От истоков до настоящего времени.....
2. Хирургия Дагестана: Состояния, проблемы и перспективы развития.....
3. Детская хирургия Дагестана: Состояние, проблемы и перспективы.....
4. Сердечно-сосудистая, Торакальная и Эндокринная хирургия.....
5. Гепатопанкреатобилиарная хирургия.....
6. Абдоминальная хирургия.....

7. Герниология.....
8. Хирургическая инфекция.....
9. Детская хирургия.....
10. Онкология.....
11. Бариатрическая и пластическая хирургия.....
12. Разное.....

УНК

ББК

Редакционная коллегия:

Проф. Г. Р. Аскерханов – зав. кафедрой госпитальной ирургии №2 ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Проф. С. А. Алиев – зав. кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Проф. М. К. Абдулжалилов – кафедра хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Проф. Р. Т. Меджидов – зав. кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Проф. А. Г. Магомедов – зав. кафедрой госпитальной хирургии №1

Проф. М. А. Хамидов – зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

к.м.н. А.С. Муртузалиева – ответственный секретарь Дагестанского хирургического общества им. Р. П. Аскерханова.

к.м.н. Р.Р. Курбанисмаилова – доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

к.м.н. С.М. Магомедова – ассистент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Материалы XX Съезда Хирургов Республики Дагестан. 14-15 сентября 2023 г. Махачкала.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

История развития Дагестанского научного общества хирургов имени Р.П. Аскерханова

**Председатель Дагестанского научного общества хирургов имени Р.П.
Аскерханова и регионарного отделения РОХ им. В.С. Савельева, профессор
Меджидов Р.Т.**

Инициативная группа создала оргкомитет для учреждения самостоятельного Дагестанского научного общества хирургов. Первое организационное заседание Дагестанского общества хирургов состоялось 15 октября 1956 года в г. Махачкале, в котором приняли участие 22 врача-хирурга. На этом заседании оргкомитет в составе члена Правления Всероссийского общества хирургов проф. Р.П. Аскерханова (председатель), проф. С.Н. Ризваши, проф. М.Т. Нагорного и главного хирурга Минздрава ДАССР Р.А. Цюпака доложил собравшимся хирургам подготовленный им проект устава общества хирургов, который был обсужден и единогласно принят, а затем утверждён приказом Минздрава ДАССР. По просьбе учредителей обществу присвоили имя выдающегося отечественного ученого хирурга, нашего земляка академика Александра Васильевича Вишневого.

В состав первого правления общества были избраны проф., С.И. Ризваш (председатель), проф. Р.Г. Аскерханов и проф. М.Т. Нагорный (заместители председателя), доц. М.С. Яникиан (ученный секретарь), проф. С.Н. Владимирцев (казначей), Р.А. Цюпак, к.м.н. Н.Ц. Цахаев и к.м.н. М.Н. Магомедов, М.А. Гаджиев, О.Р. Магомаев, А.М. Коркмасов, Ю.Я. Куликов. В ревизионную комиссию избрали Д.М. Далгат (председатель), С.Д. Атаева и М.И. Чурукьян. В последующем по рекомендации проф. С.И. Ризваши председателем Правления общества хирургов избран проф. Р.П. Аскерханов. В первые годы после создания общества в его члены были приняты более 100 врачей. В октябре 1958 года успешно была проведена первая научная конференция хирургов Дагестана, посвященная актуальным проблемам хирургии. Значительным событием в жизни хирургов республики явился состоявшийся в октябре 1960 года (в Махачкале) IV съезда хирургов Северного Кавказа, посвященный проблемам анестезиологии, грудной хирургии, краевой хирургической патологии (зоб, эхинококкоз,

мочекаменная болезнь) и приобрёл масштабы Всесоюзного хирургического форума. Делегаты съезда участвовали в открытии на территории РКБ памятников-обелисков Н.И. Пирогову и А.В. Вишневскому. В октябре 1964г. проведена III научная конференция хирургов Дагестана, в развитие которой приняли участие известные ученые страны Н.Л. Крупко (Ленинград), И.М. Топчибашев (Баку), В.Н. Русаков (Ростов-на-Дону) и другие. На этой конференции в составе общества были созданы секции травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов и кардиоангиологов. Значительным событием в жизни медицинской общественности республики явилось проведение в г. Махачкале 15-17 октября 1969г. IX пленума Правления Всесоюзного научного общества хирургов, посвященного проблемам флебологии, портальной гипертензии, клинической и экспериментальной хирургии. В октябре 1975г. состоялась VII научная конференция хирургов Дагестана совместно с научными хирургическими обществами краёв и Республик Северного Кавказа. На конференции обсуждены вопросы дальнейшего улучшения хирургической помощи населению, лечения рецидивных грыж и дефектов брюшной стенки, нагноений печени и острого гематогенного остеомиелита. На данной конференции приняли решение переименовать в дальнейшем конференции хирургов Дагестана в съезды, на которых, наряду с научной проблематикой, планировалось проведение отчётов и выборов руководящих органов общества. На VIII съезде хирургов Дагестана (1978г.) обсудили актуальные проблемы хирургического лечения нагноительных заболеваний лёгких и плевры, заболеваний толстой кишки и венозной системы, тактику лечения тяжелых сочетанных травм и новые достижения в хирургии. В 1980г. состоялся IX съезд хирургов Дагестана. На съезде обсуждали вопросы желудочно-кишечного кровотечения, хирургии пожилого и старческого возраста, реабилитации в хирургии и травматологии. В октябре 1981г. состоялась юбилейная сессия, посвященная 25 летию Дагестанского общества хирургов. В работе сессии приняли участие хирурги Москвы, Ленинграда, Баку, Саратова, Еревана, Тбилиси, Ростова-на-Дону и других городов. Очередной X съезд хирургов Дагестана состоялся в июне 1984г. Все десять вышеперечисленных научных конференций и съездов хирургов Дагестана были подготовлены и проведены под непосредственным руководством и при активном участии бывшего председателя Правления Дагестанского общества хирургов имени А.В. Вишневского, члена-корр. АМН СССР, профессора Рашида Пашаевича Аскерханова. В связи с кончиной проф. Р.П. Аскерханова XI съезд хирургов Дагестана (17-19 декабря 1987г) председателем Правления Дагестанского общества хирургов избрал профессора Салаудина Джалалудиновича Атаева. В октябре 1990 года состоялся XII съезд хирургов Дагестана, посвященный 70-летию со дня рождения основателя Дагестанского общества хирургов, члена-корр. АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР и ДАССР, профессора Р.П. Аскерханова. На XIII съезде хирургов Дагестана (октябрь 1994г) обсудили

проблемы огнестрельных ранений мирного времени, хирургических заболеваний щитовидной железы, толстой и прямой кишок. С 1995 по 2010гг проведены 4 Всероссийских научно-практических конференций посвященные: 75-летию, 80-летию, 85-летию и 90-летию члена-корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова; три съезда хирургов Дагестана; одна юбилейная научная сессия, посвященная 40-летию общества хирургов Дагестана и одна научно-практическая конференция, посвященная 75-летию и 90-летию со дня рождения профессора Р.П.

Аскерханова. В работе данных форумов приняли участие видные учёные нашей страны и зарубежья. Они были посвящены вопросам современной хирургии.

В октябре 2014 года был проведен съезд хирургов Дагестана, посвященный памяти профессора С. Дж. Атаева, на котором были обсуждены следующие вопросы: 1. О состоянии и перспективах развития хирургической помощи населению Республики. 2. Отчёт о работе правления Дагестанского научного Общества хирургов им. Р.П. Аскерханова. 3. Выборы нового состава правления и ревизионной комиссии Дагестанского научного Общества им. Р.П. Аскерханова. 4. Актуальные вопросы неотложной, торакальной, абдоминальной, сосудистой, эндоскопической, экспериментальной хирургии, множественной и сочетанной травмы. 5. Новое в хирургии и разное.

В период с 2014 по 2019гг. Дагестанским обществом хирургов организовано 21 региональное, 6 Всероссийские и 2 Международные Научно-практические конференции. В 2017 году в г. Махачкала состоялось заседание Выездного пленума Правления РОХ им. В.С. Савельева и школа по панкреатологии. В данное мероприятие приняли участие хирурги из многих регионов страны. В 2019 году состоялся XIX съезд хирургов Дагестана совместно с выездным заседанием Правления РОХ им. В.С. Савельева. Мероприятие с мастер-классами и «живой хирургией» проведены в Республике 6 раз.

В настоящее время в составе Дагестанского общества хирургов им. Р.П. Аскерханова состоят 376 действительных и 15 почетных членов, членами РОХ являются около 200 хирургов, функционируют секции кардиохирургии, детской хирургии, онкологии, колопроктологии, экспериментальной хирургии и трансплантологии, хирургической инфекции, ангиохирургии. Общество хирургов поддерживает научные связи с Правлением Всероссийского общества хирургов, Федеральными центрами хирургического профиля. Общество большое внимание уделяет подготовке молодых научных кадров. Все кандидатские и докторские диссертации по хирургии предварительно рецензируются и апробируются на заседаниях общества. С 2014 года по настоящее время хирургами Дагестана защищены 3 докторских и 17 кандидатских диссертаций. Активно идёт инновационная деятельность, получены множество патентов, изданы монографии. С 2019 года по настоящее время проведены 42 заседаний Общества хирургов Дагестана, на которых заслушаны 168 докладов на актуальные темы хирургии.

В центре внимания Минздрава РД, Дагестанского государственного медицинского университета и правления Дагестанского общества хирургов остаются вопросы развития и дальнейшего совершенствования специализированных и высокотехнологичных видов хирургической помощи населению Республики и так же материально-технического обеспечения, и укомплектования хорошо подготовленными кадрами хирургов-профессионалов хирургических центров, клиник и отделений достаточным количеством современных диагностических, наркозных, дыхательных, рентгеновских, ультразвуковых, компьютерно-томографических, мониторных аппаратов, систем и оборудования.

Дагестанское общество хирургов им. Р.П. Аскерханова функционирует уже 67 лет и в соответствии с планом совместной работы министерства здравоохранения республики Дагестан и ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, Уставом Дагестанского общества хирургов, с целью подведения итогов работы и повышения квалификации специалистов хирургического профиля издан совместный приказ министерства здравоохранения Республики Дагестан и ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ о проведении в городе Махачкала 14-15 сентября 2023года Юбилейного XX съезда хирургов Дагестана с международным участием. Этим же приказом утверждена программа съезда.

Президиум правления общества хирургов наметил к подробному обсуждению на XX съезде хирургов Дагестана следующие вопросы: 1. Отчёт о работе Правления Дагестанского научного общества хирургов имени Р.П. Аскерханова за период между XIX и XX съездами. 2. О состоянии и перспективах развития хирургической помощи населению РД. 3. Актуальные вопросы эндоскопической, сердечно-сосудистой, бариатрической, реконструктивно-восстановительной, амбулаторной, детской хирургии, онкологии, герниологии, гепато-панкреатической хирургии, урологии, раны и раневой инфекции. Будут обсуждены проблемы обслуживания и ухода за высокотехнологичным оборудованием. Планируется так же видео курс.

СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН за 2020-2022г.г.

Результаты анализа работы хирургической службы за 2022 год свидетельствуют о том, что, несмотря на пандемию коронавируса в Республике, хирургическая служба сохранила свои позиции в сфере здравоохранения.

По рейтингу субъектов Российской Федерации, характеризующий уровень оказания помощи взрослому населению по профилю «хирургия» на основе количественных показателей за 2021г. хирургическая служба Республики Дагестан последние 3 года (2018-2020г.г.) занимает 1 место в СКФО и 7 - в Российской Федерации.

Вместе с тем, необходимо отметить, что в условиях пандемии и свертывания плановой хирургической помощи населению республики остался практически не выполненным приказ МЗ РД № 238-Л от 20.03.2020г. по маршрутизации пациентов с хирургической патологией в межрайонные хирургические центры (МХЦ), где руководителям МХЦ было рекомендовано укомплектовать МО медицинскими кадрами, улучшить материально-технические базы хирургической, эндоскопической, радиологической и реанимационной служб МХЦ, оптимизировать графики работы специалистов, обеспечить непрерывной обратной связью прикрепленные территории с МХЦ, организовать контроль за диспансеризацией и плановой санацией пациентов с хирургической патологией.

Широкое распространение в 2022г. получили не только лапароскопические, эндоскопические, эндобилиарные, рентгенэндоваскулярные, бариатрические, эндовазальные, транслюминальные, мининвазивные оперативные вмешательства под УЗ-навигацией, стентирование желчных и панкреатического протоков, а также эндоваскулярные вмешательства при ЖКК, ИБС, ОНМК, острой абдоминальной ишемии, что позволило поднять уровень оказания хирургической помощи на более высокий профессиональный уровень. Укрепляется мультидисциплинарный подход к хирургическому лечению полиморбидных пациентов с применением современных хирургических технологий.

В то же время, несмотря на решение коллегии МЗ РД от 25.11.22г. о повышении роли и ответственности МХЦ в оказании хирургической помощи населению прикрепленных территорий, не решены вопросы комплектации основных кадров, оснащения операционных и реанимационных отделений

современным оборудованием самих МХЦ, что позволило бы приблизить специализированную хирургическую помощь населению республики, улучшить качество и результаты хирургического лечения, уменьшить поток пациентов за пределы республики.

Хирургическую помощь в республике оказывают более 1450 специалистов хирургического профиля. Распределение их по специальности и показатели категорированности представлены в таблице 1.

Таблица 1

Кадровый потенциал специалистов хирургической службы РД

№	Специалисты	Абс. число	Категорированность (в %)	Абс. число	Категорированность (в %)	Абс. число	Категорированность (в %)	Сертификат
1.	Хирурги	384	94(24,5)	331	93(28,1)	343	92(26,8%)	321
2.	Детские хирурги	66	18(27,3)	57	18(31,6)	57	17(30,3%)	49
3.	С-С - хирурги	35	14(40,0)	27	8(29,6)	35	12(34,3%)	35
4.	Торакальные хирурги	17	9(52,9)	14	3(21,4)	14	2(14,3%)	14
5.	Нейрохирурги	31	6(19,4)	30	4(13,3)	29	8(27,6%)	26
6.	Ч-Л хирурги	14	5(35,7)	17	2(11,8)	19	2(10,5%)	18
7.	Травматологи-ортопеды	228	37(16,2)	201	42(20,9)	199	37(18,6%)	184
8.	Урологи	106	20(18,9)	108	21(19,4)	101	21(20,8%)	6
9.	Колопроктологи	13	2(15,4)	13	2(15,4)	12	1(8,3%)	12
10.	Онкологи	104	17(16,4)	108	16(14,8)	119	14(11,8%)	83
11.	Отоларингологи	173	29(16,8)	188	33(17,6)	188	31(16,5%)	157
12.	Офтальмологи	215	76(35,3)	217	75(34,6)	211	80(37,9%)	188
13.	Эндоскописты			60	8(13,3)	72	9(12,5%)	64
	ИТОГО:	1386	327 (23,6)	1371	325(23,7)	1399	326(22,4%)	1159

Данные, представленные в таб. 1, свидетельствуют о том, что за отчетный период число специалистов хирургического профиля увеличилось на 2,0%, но показатель их категорированности снизился на 1,3%. Такая динамика последнего показателя связана с пандемией и ограничением работы по рассмотрению портфолио специалистов. Необходимо отметить, что за отчетный период число хирургов общего профиля выросло на 3,6%, сердечно-сосудистых – на 29,6%, ЧЛХ – на 11,8%, онкологов – на 10,2%, эндоскопистов – на 20,0%, наоборот, снизилось число нейрохирургов, урологов, травматологов-ортопедов, колопроктологов и офтальмологов.

Таблица 2.

Основные показатели работы хирургической службы РД

№ п/п	ПОКАЗАТЕЛИ	Показатель по годам		
		2020	2021	2022
1.	Выписано пациентов	82149	87833	100416
2.	Среднее пребывание на койке	9,4	9,0	8,8
3.	Всего оперировано больных	52192	61069	66375
4.	Из них экстренных	15538	19600	18734
5.	Уд.вес экстрен. операций (в %)	29,7	32,1	28,2
6.	Хирургическая активность (в%)	63,5	69,5	66,1
7.	Общая летальность (в %)	0,5	0,6	0,5
8.	Послеоперац. летальность (в %)	0,4	0,4	0,3
9.	Частота п/о осложнений (в %)	0,4	0,3	0,4
10.	Релапаротомия (абс.чис., %)	55(0,1%)	63(0,1%)	74(0,1%)
11.	Амбулаторные операции	31015	34722	37203

Данные, представленные в таб. 2, свидетельствуют о том, что в 2022 году по сравнению с 2021 г., число выписанных пациентов из стационаров увеличилось на 4,3%, а показатель среднего пребывания пациента в стационаре снизился 2,2%. В 2022 г. число оперированных пациентов увеличилось на 8,7%, а уд. вес экстренных операций. Наоборот снизился на 3,9%, а хирургическая активность -на 3,4%. Показатели общей и послеоперационной летальности, а также послеоперационных осложнений снизились на 0,1%. Число повторных операций выросло на 11 случаев, а показатель остался на прежнем уровне.

Значительно расширился диапазон лапароскопических вмешательств. Наряду лапароскопической холецистэктомией, хирурги освоили: аппендэктомию, ушивание перфоративной язвы, герниопластику, круроррафию и фундопликацию, резекцию желудка, удаление забрюшинных новообразований, рассечение спаек, ликвидацию обтурационной фибробезоарной тонкокишечной непроходимости, операции на толстой кишке, желудке, послеоперационной вентральной грыже, при кистах печени и почек, эхинококке печени, заболеваниях женских половых органов, бариатрические операции, операции на желчных протоках, при распространенном перитоните, а также получают распространение торакоскопические, артроскопические, урологические оперативные

вмешательства, миниинвазивные операции под УЗ-наведением, ЭВЛКС и т.д.

В отчетном году наблюдается тенденция к росту числа лапароскопических вмешательств на 3,0%, что, конечно в первую очередь, связано со снятием ковидных ограничений, но не менее важное значение имеют смена старого оборудования и инструментария, приобретение современных растворов для ускоренной стерилизации инструментария, а также приобретение лапароскопических стоек экспертного класса для расширения диапазона ЛПС вмешательств (рис. 1).

Хирурги значительно выросли в мастерстве, а оборудование экспертного класса, которое имеется в каждой ЧМО, дефицит во всех ГМО, что тормозит прогресс лапароскопической хирургии.

Сегодня в 21 веке нельзя оперировать «палками» в темной комнате, где невозможно обеспечить полноценный видеозабор! Хирурги-энтузиасты еще продолжают работать и в таких чудовищных условиях.



Рис.1. Динамика лапароскопических операций

Данные, представленные в диаграмме на рис.1 свидетельствуют о позитивной тенденции числа ЛПС операций (рост 3,0%), что, возможно, связано со снятием ковидных ограничений.

В связи с этим, в 2022г. лапароскопическая стойка не эффективно использовали в ЦРБ Ахвахского (8-2-16 операций/год), Ботлихского (17), Табасаранского (27-42-42), Магарамкентского (22-0-5), Новолакского (8),

Сергокалинского (29), Хунзахского (25) и Цумадинского (7) районов. А также ЦГБ г.г. Буйнакск (166), Каспийск (188), Кизляр (157-90-146), Кизилюрт (27-114-28), Избербаш (52-42-47), Даг.Огни (75-73-16), Ю-Сухокумск (41-45-51).

Ситуация усугубилась в ЦРБ Ахвахского (8-2-16/год), Ботлихского (17), Табасаранского (27-42-42), Новолакского (8), Сергокалинского (29), Хунзахского (25) и Цумадинского (7) районов, а также ЦГБ г.г. Буйнакск (166), Каспийск (188), Кизилюрт (27-114-28) и Ю-Сухокумск (41-45-51).

Причина - отсутствие подготовленных специалистов, которых должно быть не менее двух с большим опытом открытых операций.

Число лапароскопических вмешательств, выполненных в разных МО, представлена на следующей диаграмме (рис. 2).



Рис.2. Динамика числа лапароскопических операций в ГМО

Данные, представленные в диаграммы на рис. 2, свидетельствуют о том, что лидирующие позиции, как и в предыдущие годы, как по числу, так и по диапазону лапароскопических операций, сохранила за собой ГБУ РД «РКБ-СМП», но в связи с проблемами обеспечения показатель ЛПС-операций здесь снизился на 1,6%.

За отчетный период показатель ВМП по хирургическому профилю стал прогрессировать и вырос на 21,9% по сравнению с прошлым годом. (рис. 3).

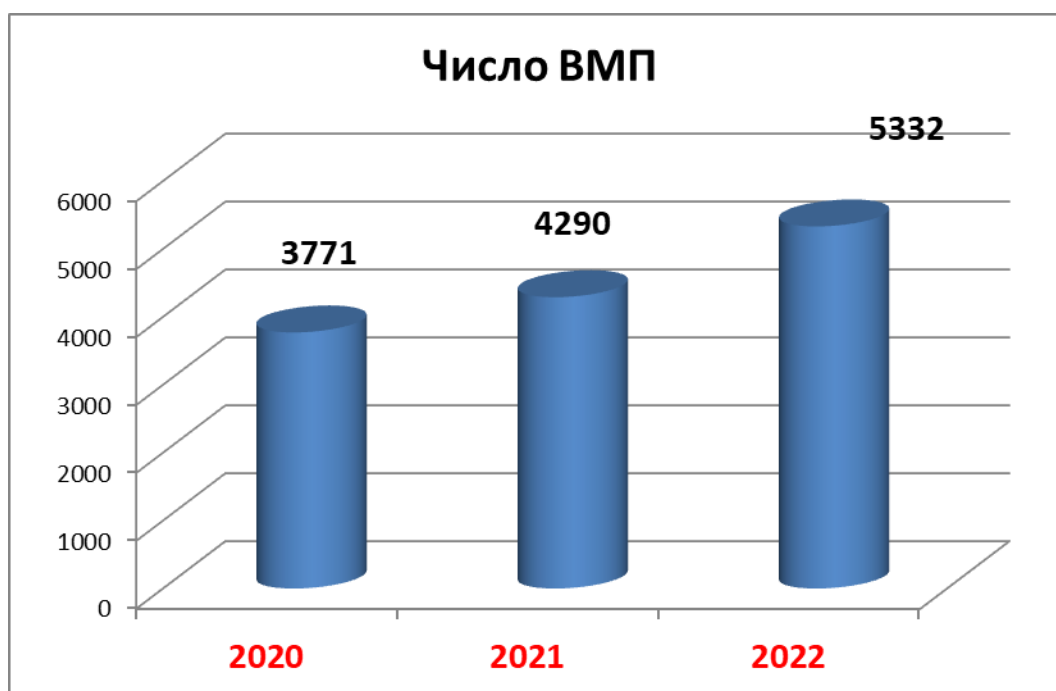


Рис.3. Динамика роста числа ВМП по хирургическому профилю

Распределение ВМП по МО представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение ВМП по ГМО РД

№	Название медицинской организации	Число ВМП по годам		
		2020	2021	2022
1.	РКБ	835(22,1%)	1553(36,2%)	1214(23,2%)
2.	ДЦК и ССХ	836(22,2%)	1045(23,4%)	734(14,0%)
3.	РКБ-СМП	965(25,6%)	1168(27,2%)	1381(26,4%)
4.	ГКБ №1	143(3,8%)	122(2,8%)	377(7,2%)
5.	ДЦГХ	54(1,4%)	70(1,6%)	119(2,3%)
7.	РОД	69(1,8%)	42(1,0%)	92(1,8%)
8.	РУЦ	30(0,8%)	96(2,2%)	153(2,9%)
9.	РОТЦ	811(21,5%)	161(3,8%)	1130(21,6%)
10.	РКБ №2	28(0,7%)	33(0,8%)	32(0,6%)
	Итого:	3771	4290	5232

Данные, представленные в таб. 2, показывает долевое участие каждой МО в выполнении ВМП по РД в 2022 в сравнении с 2021г. Больше всего ВМП в 2021г. выполнено в ГБУ РД «РКБ СМП» (26,4%), на втором месте - ГБУ РД «РКБ» (23,2%), на третьем - ГБУ РД «РЦОТ» (21,6%).

Для улучшения качества и расширения диапазона высокотехнологичных операций необходимы современные сшивающие аппараты как для открытых, так и для лапароскопических вмешательств. Наблюдается острый дефицит ультразвукового и электрохирургического оборудования для работы на мягких тканях, современного шовного материала. Отсутствуют УЗ деструкторы тканей для работы на паренхиматозных органах, а также обработки гнойных полостей.

В связи с отсутствием лапароскопических стоек не получили развитие эндоскопические операции в городах, крупных районных центрах, Межрайонных хирургических центрах (эндоскопический гемостаз, склеротерапия и лигирование вариксов, клипирование сосуда, РХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция, стентирование билиарных, панкреатического протоков и стриктур полых органов ЖКТ), имея при этом подготовленных специалистов и центра переподготовки. Исчезли из МО безопасные для выполнения комбинированного эндоскопического гемостаза, операций на паренхиматозных органах аргоно-плазменные коагуляторы.

В период пандемии число эндоскопических операций имело тенденцию к значительному снижению. Динамика этих операций за 2020-2022 г.г. наглядно представлена в следующей диаграмме.



Рис. 4. Динамика числа эндоскопических операций

Число эндоскопических вмешательств в 2021г. уменьшилось в 2,7 раза по сравнению с 2020г., а 2022г. – выросло на 47,6%, но при этом остается большой резерв. В виду отсутствия современных высокоинформативных

видеоэндоскопов в крупных ГМО, а также в МХЦ, специалисты и пациенты уходят в ЧМО (частные медорганизации).

В следующей таблице представлены данные по учреждениям.

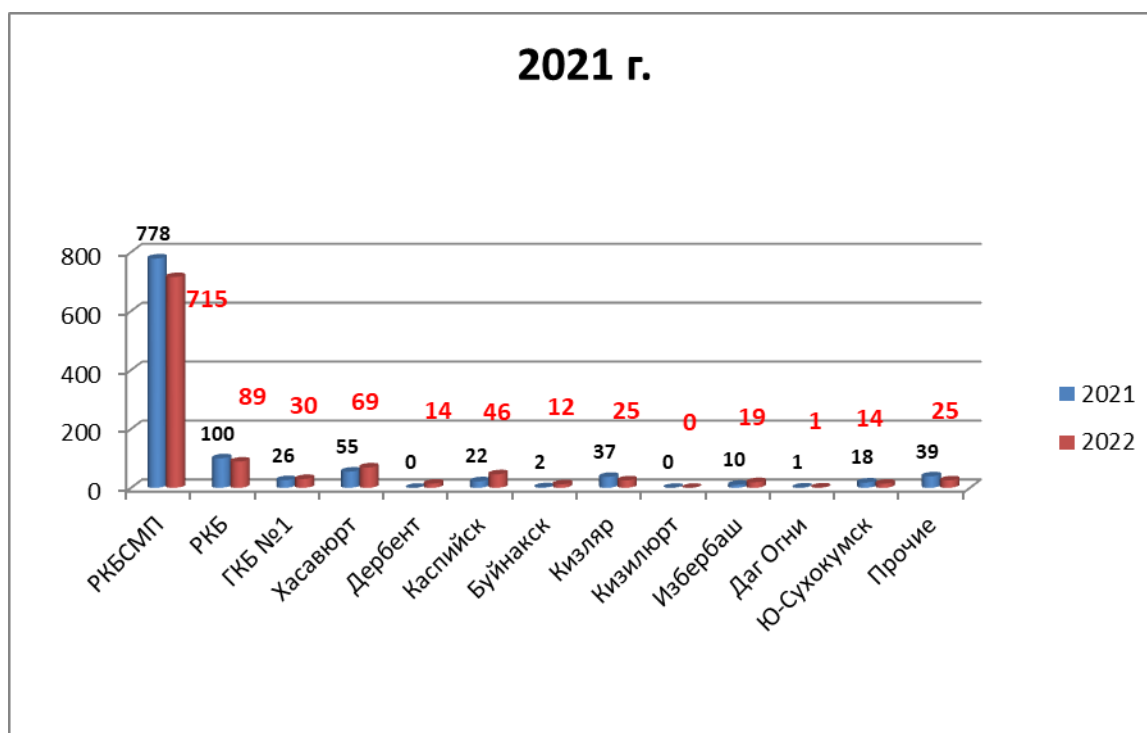


Рис.5. Эндоскопические вмешательства по территориям РД

Данные, представленные в диаграмме на рис.5, свидетельствуют о резком снижении активности эндоскопических хирургов в многих МО.

Анализ результатов работы МО республики показывает, что в 2022 году высокий уд. вес экстренных операций (в РД – 28,2%) отмечен в 18 (40,9%) против 11 (25,05%) ЦРБ в 2021г.: Агульского (50,4%,48,9%), Ахвахского (45,8%), Ботлихского (47,1%,43,0%), Гумбетовского (46,3%,44,1%), Гунибского (42,7%, 46,0%), Кайтагского (50,0%), Кулинского (71,3%, 46,2%), Новолакского (55,0%, 47,9%), Ногайского (46,4%, 46,5%), Рутульского (50,4%, 50,8%), Табасаранского (67,9%), Унцукульского (50,3%, 44,0%), Хивского (47,8%, 50,5%), Хунзахского (49,6%, 45,3%), Шамильского (45,2%, 44,2%) районов, что указывает на ухудшение работы по диспансеризации и плановой санации пациентов с хирургической патологией на данных территориях.

Ситуация по данному показателю ухудшилась в ЦРБ Агульского, Ахвахского, Ботлхского, Гумбетовского, Кайтагского, Кулинского, Новолакского, Табасаранского, Унцукульского, Хунзахского и Шамильского районов.

Анализ отчетов по диспансеризации показал, что в каждой ЦРБ и ЦГБ достаточно много пациентов, требующих плановой санации в своем учреждении или направлению на следующий уровень по маршрутизации. Для решения данной проблемы МЗ предлагает вызывать на территорию «санационные» бригады хирургов из МХЦ, которые за короткие сроки предоставят мастер-класс районным хирургам и решат одновременно 2 проблемы: повышение хирургической активности в ЦРБ и показателя плановой санации хирургических пациентов.

Низкая хирургическая активность ниже 50,0% (по РД – 65,8%) в отчетном году наблюдалась в ЦРБ 23 (53,5%) районов против 20 ЦРБ (47,7%) в 2021г. (рис. 5): Агульской (45,2-43,9-40,6), Акушинской (37,5-42,3-39,7), Ахтынской (34,8-40,6%), Гергебильской (36,1-46,4-34,1), Гумбетовской (32,8%), Дахадаевской (15,3%), Докузпаринской (20,1-33,0%), Кайтагской (24,8-26,7-41,3%),



Рис.5. МО с низкой хирургической активностью (по РД – 69,5%)

Карабудахкентской (45,6%), Курахской (33,0-30,5-32,0%), Кулинской (25,7-38,5-30,7%), Кумторкалинской (35,3-40,9%), Кизилпортовской (4,0-41,1%), Новостроя (21,3-10,0-10,8%), Новолакской (37,5-40,2-36,0%), Ногайской (43,0%), Сергокалинской (36,2%), С-Стальской (49,0-46,%), Табасаранской (28,0%), Унцукульской (27,8-18,5-13,5%1), Цумадинской (17,7-22,6-49,7%), Цунтинской (7,9-5,6-34,8%) районов и больницы Бежтинского участка (34,5-37,1-30,4%), МСЧ Кочубей (23,3-35,9-45,7%), ЦГБ г.г. Каспийск (48,7-46,9%), Ю-Сухокумск (42,7-23,3-42,6%) и ЦГБ Даг.Огни – (49,7-47,2-48,9%).

В этих МО более 50,0% хирургических коек заняты пациентами, не требующими хирургического вмешательства и круглосуточного медицинского наблюдения, что указывает на целесообразность перевода части коек на дневной стационар для консервативного лечения пациентов с хирургической патологией (облитерирующие заболевания артерий, варикоз н/к, пострезекционные и постхолецистэктомические синдромы, артриты, периартриты и коксоартрозы с болевым синдромом и т.д.), реабилитации и долечивания выписанных из МХЦ и РМО пациентов, что создают определенные неудобства для жителей отдаленных сел высокогорных районов и требует от руководства района организации транспорта для ежедневной доставки пациентов в дневной стационар. Второй путь – улучшение диспансеризации и плановой санации пациентов с плановой хирургической патологией.

За отчетный период ситуация усугубилась в ЦРБ Акушинского (37,5-42,3-39,7), Ахтынского (34,8-40,6%), Гергебильского (36,1-46,4-34,1), Гумбетовского (32,8%), Дахадаевского (15,3%), Докузпаринского (20,1-33,0%), Кайтагского (24,8-26,7-41,3%), Карабудахкентского (45,6%), Кулинского (25,7-38,5-30,7%), Кумторкалинского (35,3-40,9%), Кизилюртовского (4,0-41,1%), Ногайского (43,0%), Сергокалинского (36,2%), Табасаранского (28,0%), Цумадинского (17,7-22,6-49,7%) районов и больницы Бежтинского участка (34,5-37,1-30,4%), МСЧ Кочубей (23,3-35,9-45,7%), ЦГБ г.Ю-Сухокумск (42,7-23,3-42,6%).

Показатель хирургической активности амбулаторно-поликлинической службы ниже средне-республиканского показателя в 2021г. в ЦРБ 22 (50,0%) районов против 26 (59,1%) в 2021г.: Агульского (141-131-134), Акушинского (125-109-360), Гегебильского (120-209-209), Гумбетовского (166-191-248-175), Гунибского (307), Дахадаевского (87-76-132), Докузпаринского (282-136-162), Кайтагского (189-176-374), Каякентского (226-153-239), Курахского (101-60-121), Кулинского (96-104-368), Кумторкалинского (120-94), Кизлярского (324), Лакского (43-108-102), Магарамкентского (192-224-276), Новолакского (193-128-173), Ногайского (228-64-248), Рутульского (192-172-153), Унцукульского (78), Цумадинского (154-90-260), Цунтинского (100-94-123) и Шамильского (226-332-390) районов, Новостроя (94-104-38), МСЧ Кочубей (207-221-271), а также в ЦГБ и г.Ю.Сухокумск (107-133-257). Ситуация ухудшилась в ЦРБ следующих районов: Гегебильского (120-209-209), Дахадаевского (87-76-132), Кулинского (96-104-368), Лакского (43-108-102), Магарамкентского (192-224-276), Унцукульского (78), Цунтинского (100-94-123) районов, МСЧ Кочубей (207-221-271), а также в ЦГБ и г.Ю. Сухокумск (107-133-257).

Ухудшение показателя амбулаторной хирургии в МО свидетельствует о снижении доступности амбулаторной хирургической помощи населению и оттоке пациентов с амбулаторной хирургической патологией в частные медицинские центры на платные услуги. В связи с этим целесообразно в МХЦ организовать центры амбулаторной хирургии (ЦАХ).

Значительно ухудшился показатель гистологических исследований в отчетном году в хирургических отделениях ЦРБ: Ботлихского (96,9), и Буйнакского (76,0) районов.

Высоким остался показатель послеоперационных осложнений в 2022г. в сравнении со средне-республиканским показателем (0,3%) в 10 ЦРБ: Ахтынского (0,87-1,1%), Гумбетовского (1,22%), Дербентского (0,68%), Казбековского (0,6-0,8-0,7%), Карабудахкеньского (0,72%), Кулинского (0,99%), Магарамкентского (1,2-1,2-1,3%), Сергокалинского (1,0-1,8-1,6%), Табасаранского (1,3%), Цумадинского (0,89%), Шамильского (0,64%) районов, в ЦГБ г.г. Дербент (0,83%-0,9-0,9), Кизляр (0,5-0,7-0,5%), Кизилюрт (0,7-1,1), Избербаш (0,6) и Даг. Огни (0,7), а также РМО: РКБ (0,6%), РКБ-СМП (0,5-0,7-0,7%), РМЦ (0,6-1,3-1,4%), РОТЦ (0,7%), БПТБ (1,1-0,5-1,4%).

Ситуация ухудшилась в ЦРБ Гумбетовского (1,22%), Дербентского (0,68%), Карабудахкеньского (0,72%), Кулинского (0,99%), Табасаранского (1,3%), Цумадинского (0,89%), Шамильского (0,64%) районов, в ЦГБ г.г. Избербаш (0,6) и Даг. Огни (0,7), а также РМО: РКБ (0,6%), РОТЦ (0,7%), БПТБ (1,1-0,5-1,4%). В других лечебных учреждениях, к сожалению, не регистрируются п/о осложнения и отсутствует контроль за их регистрацией, что не позволяет оценить реальную ситуацию состояния хирургической инфекции в республике.

В 2022 году число повторных вмешательств увеличилось с 63 до 74 (рост на 17,5%), чем 2021г., но показатель не изменился. Повторные операции допущены в ЦРБ Карабудахкентского (2), Магарамкентского (2-1) Табасаранского (2) и Шамильского районов, в ЦГБ г.г. Махачкала (8-5-14), Дербент (2-5-4), Каспийск (1), а также в РМО: РКБ (20-2-8), (ДРКБ (11-9-7), РКБ-СМП (6-12-7), РОД (8-12-7), РМЦ (2), РОТЦ (6-3-7), ДЦГХ (2-6-8), ДЦС (1-3) (рис.7).

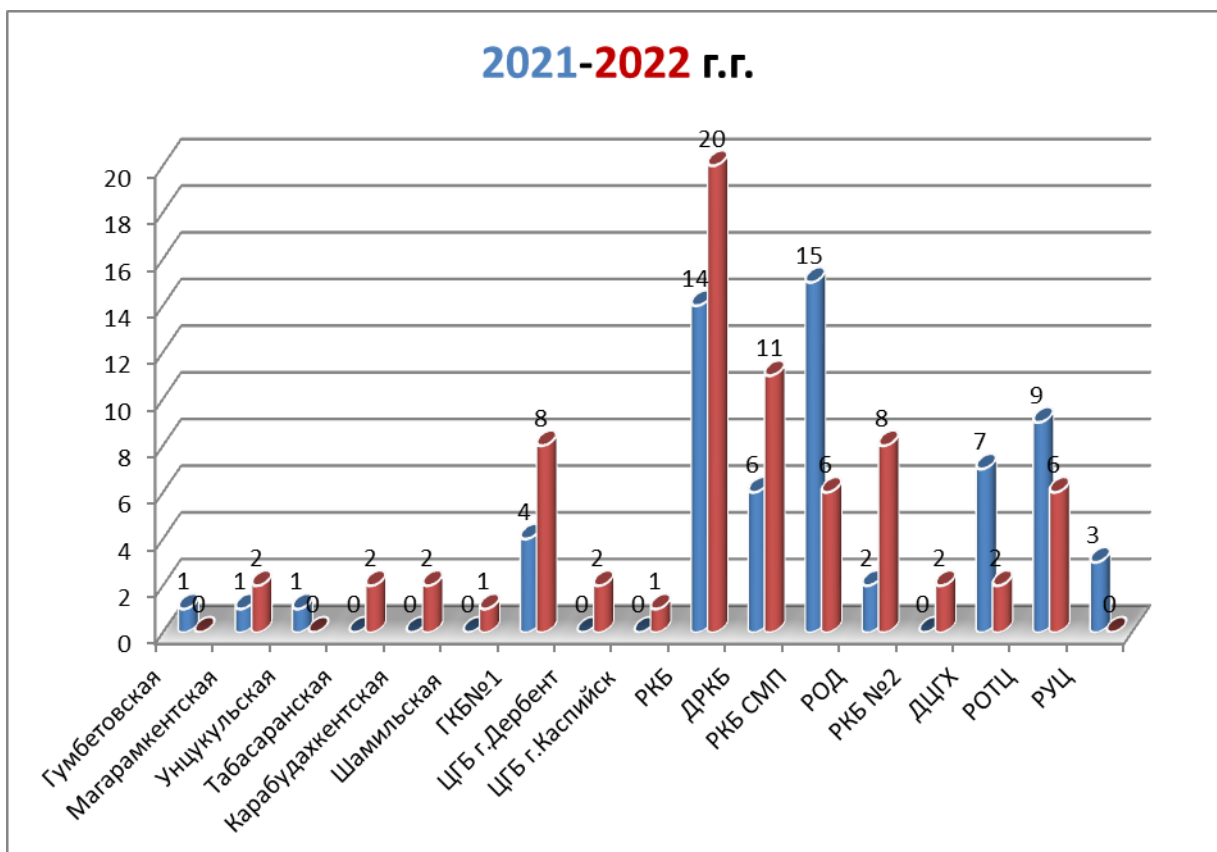


Рис.7. Число повторных операций в МО

Ситуация с повторными операциями ухудшилась в 2022 г. Карабудахкентского (2), Магарамкентского (2-1) Табасаранского (2) и Шамильского (1) районов, в ЦГБ г.г. Махачкала (8-5-14), Каспийск (1), а также в РМО: РКБ (20-2-8), (ДРКБ (11-9-7), РМЦ (2), РОТЦ (6-3-7). Руководителям представленных МО необходимо провести тщательный анализ причин повторных операций, что позволит улучшить показатель в предстоящем голу.

Показатели общей и послеоперационной летальности, послперационных осложнений в отчетном году снизились на 0,1%.

Низкая общая летальность в МО в 2022г. свидетельствует о госпитализации обследованных предварительно соматически подготовленных пациентов на хирургическое вмешательство. Высокий показатель общей летальности в отчетном году (по РД – 0,45%) наблюдалась в Карабудахкентской (0,82%), Сергокалинской (0,5-1,1%) и Хунзахской (0,6%) ЦРБ и МСЧ п.Кочубей (0,6%), ЦГБ г.г.Махачкала (0,6-0,8%), Дербент (1,8-1,1-0,9%) и Каспийск (1,0-0,8-0,8%), а также в РМО: РКБ (0,9-1,0-1,1%), РКБ СМП (1,2-1,2-1,6%), РОЦ (1,3%), РЦОТ (0,5%), БПТБ (3,96-2,6-3,6%), ДЦГХ (1,1-1,1-0,7%).

Ситуация ухудшилась в Карабудахкентской (0,8%), и Хунзахской (0,6%) ЦРБ и МСЧ п.Кочубей (0,6%), ЦГБ г.г. Дербент (1,8-1,1-0,9%) и Каспийск (1,0-0,8-0,8%), а также в РМО: РОЦ (1,3%), РЦОТ (0,5%), БПТБ (3,96-2,6-3,6%).

Высокая послеоперационная летальность (по РД – 0,34%) в 2022г. допущена в ЦРБ Акушинского (0,5%), Гергебильского (0,44%), Кайтагского (0,59%), Карабудахкентского (0,36%) районов а также ЦГБ г.г.Махачкала (0,6-0,6%), Дербент (1,1-0,7-1,5%), Хасавюрт (0,44%), Каспийск (1,0-1,0-0,4%), Кизляр (1,0-0,6), в РМО: РКБ (0,5%), РКБ-СМП (1,1-1,1-1,1%), РОЦ (0,9-1,4-0,7%), БПТБ (1,6-0,9%) и ДЦГХ (0,9-1,0-1,3%).

Ситуация ухудшилась в ЦРБ Акушинского (0,5%), Гергебильского (0,44%), Кайтагского (0,59%), Карабудахкентского (0,36%) районов а также ЦГБ г.г. Дербент (1,1-0,7-1,5%) и Кизляр (1,0-0,6), в РМО: РКБ (0,5%) и БПТБ (1,6-0,9%).

Таблица 3

Послеоперационная летальность по экстренной хирургии

№ п/п	Нозологическая форма	Послеоперационная летальность (в %)					Послеоперационная летальность (в %) среди оперированных позже 24 ч.				
		РД			СКФО	РФ	РД			СКФО	РФ
		2020	2021	2022			2020	2021	2022		
1	Острая кишечная непроходимость	2,2	3,4	3,3	5,6	10,42	5,4	6,1	2,8	8,2	14,3
2	Острый аппендицит	0,03	0,1	-	0,1	0,17	0,1	0,3	-	0,4	0,48
3	Прободная язва	2,0	2,4	3,2	7,2	12,1	30,0	13,8	50,0	24,5	30,5
4	Желудочно-кишечные кровотечения	0,9	3,2	--	10,1	16,5	3,0	14,3	-	12,6	24,9
5	Ущемленная грыжа	0,4	0,4	0,6	1,9	3,3	4,2	2,7	16,7	7,9	9,2
6	Острый холецистит	0,1	0,1	0,2	0,7	1,5	0,3	0,1	0,7	1,11	2,4
7	Острый панкреатит	3,5	6,8	40,0	16,9	19,7	6,6	8,2	50,0	21,2	23,1

Данные, представленные в таб. 3, показывают, что за 2022г. послеоперационная летальность среди пациентов с экстренной хирургической патологией в РД снизилась при ОКН неопухолевого генеза, остром аппендиците, ЖКК, но выросла при перфоративной язве, ущемленной грыже и острой панкреатите, на что надо обратить внимание при проведении санпросветработы среди населения. Показатели хирургической службы республики лучше, чем окружные и федеральные показатели п/о летальности, кроме показателей пациентов, оперированных позже 24 часов при перфоративной язве, ущемленной грыже и панкреонекрозе, где показатели РД выше СКФО и РФ. Во всех остальных случаях показатели лучше окружных и федеральных.

Несмотря на отчеты по санпросветработе среди населения, представленные из территорий, показатель поздней госпитализации пациентов с экстренной

хирургической патологией по республике за последние 3 года имеет тенденцию к снижению, что указывает на улучшение эффективности санпросветработы среди населения. Об этом свидетельствуют данные представленные в таблице 4.

Таблица 4

Показатели поздней обращаемости населения

№ п/п	Нозологическая форма	Показатели поздней госпитализации по нозологиям (в %)				
		2020	2021	2022	СКФО	РФ 2020
1.	ОКН	40,3	38,4	26,9	59,7	56,2
2.	Острый аппендицит	22,6	22,8	15,7	34,6	32,5
3.	Прободная язва	6,5	14,5	6,5	20,7	29,7
4.	Желудочно-кишечные кровотечения	25,3	30,0	29,6	47,6	39,0
5.	Ущемленная грыжа	11,2	12,7	3,4	20,5	28,6
6.	Острый холецистит	39,9	39,0	22,8	54,2	43,4
7.	Острый панкреатит	32,0	38,0	21,8	53,8	48,7
	ИТОГО	30,2	31,9	21,0	41,6	39,7

За отчетный период показатель поздней госпитализации пациентов с экстренной хирургической патологией сниился почти на 10,0%. снижение показателя поздней госпитализации обеспечили все нозологические формы: ОКН – на 11,5%, о.аппендицит – на 7,1%, перфоративная язва более 2-х раз, ущемленная грыжа – 3,7 раза, о.холецистит – на 16,%, о.панкреатит – на 16,2%.

За отчетный период низкий показатель занятости хирургической койки (по РД – 248,8) осталась в МО, представленных в диаграмме на рис. 13, но он гораздо выше, чем в 2021г.

Низким показателем занятости койки считали показатель ниже средне-республиканского показателя – 250 к-дней/ год.

Полученные результаты представлены в диаграмме на рис. 13.



Рис.13. Низкий показатель занятости хирургической койки

Низкий показатель хирургической активности и занятости хирургической койки в МО диктует необходимость перевода части коек хирургических отделений районов на койки дневного стационара для проведения консервативного лечения целого ряда заболеваний хирургического профиля: облитерирующих заболеваний артерий, варикоза н/к, болезни Рейно, постхолецистэктомического синдрома и т.д., а также для долечивания пациентов, выписанных из МРЦ и РМО.

Резервом для улучшения показателя хирургической активности в МО активизация плановой санации пациентов с хирургической патологией с привлечением «санационных» бригад хирургов из МХЦ.

Практически на всех территориях страдает маршрутизация пациентов на специализированную и высокотехнологичную хирургическую помощь.

ВЫВОДЫ:

1. Отчеты сдают с ошибками, руководители МО их не проверяют, не обсуждают в коллективе, не визируют и не заверяют печатью. В РМИАЦ отчеты вводят в компьютер без проверки и согласования данных с главным специалистом. С ошибками и задержкой ежегодно сдают отчеты ЦГБ Акушинского, Ахвахского, Ахтынского, Бабаюртовского, Гумбетовского,

Гунибского, Дахадаевского, Карабудахкентского, Курахского, Лакского, Унцукульского районов а также, а также РКБ, РОТЦ и ДЦГХ.

2. Ухудшается практическая подготовка хирургов, не соблюдаются единые стандарты выполнения хирургических вмешательств в ЦРБ и ЦГБ в соответствии с НКР.

3. Во многих МО остается низкой хирургическая активность и высокий уд.вес экстренных операций, отсутствует контроль за анализом поздней госпитализации пациентов с экстренной хирургической патологией, регистрацией послеоперационных осложнений, допускают повторные операции, снижающие качество хирургической помощи, страдает диспансеризация и плановая санация пациентов с хирургической патологией, не налажена работа по маршрутизации пациентов.

4. Низкая хирургическая активность (по РД – 68,5%) в отчетном году наблюдалась в ЦРБ 23 (53,5%) против 20 (45,6%), ЦГБ 3 городов против 2 в 2020г., что снижает доступность хирургической помощи населению на этих территориях.

4. Не соблюдают приказы МЗ №783-Л от 02.08.12г. «О мерах по снижению летальности от заболеваний органов пищеварения» и маршрутизации пациентов №238-Л от 20.03.2020г.

5. Даже в крупных МО (РМО, МРЦ) до сих пор не налажена круглосуточная служба эндоскопической хирургии, а в ЦГБ – мининвазивная хирургия под УЗИ-навигацией при наличии УЗИ – аппарата и хирургов.

6. Продолжается рост показателя поздней госпитализации пациентов с экстренной хирургической патологией.

7. Слабая материально-техническая база некоторых МО, отсутствие специалистов, неэффективное использование современного оборудования не позволяет провести должное соблюдение стандартов обследования пациентов с хирургической патологией и наблюдается отток пациентов из данных МО в ЦГБ и РМО.

8. Главными врачами ЦРБ и ЦГБ до настоящего времени не приобретено оборудование для эндогемостаза при ЖКК, удаления доброкачественных новообразований слизистой оболочки ЖКТ, инструментарий для лапароскопических, эндоскопических и мининвазивных операций, которые являются современными и позволят повысить хирургической активности в МО и оптимизировать работу хирургической койки.

9. Остаются невыполненными решения коллегии МЗ РД от 25.11.22г., направленные на улучшение кадрового и материально-технического оснащения 8 МХЦ (Межрайонных хирургических центров), активное функционирование которых многократно повысит активность хирургической

службы, значительно приблизит специализированную хирургическую помощь к населению республики, а также отток населения за пределами республики в поисках хирургов.

10. Наблюдается отсутствие должного внимания руководителей МО к обоснованным требованиям специалистов хирургического профиля.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Необходимо наладить непрерывную подготовку специалистов хирургического профиля в каждом МО путем организации тематических конференций собственными силами и приглашением сотрудников Дагмедуниверситета.

2. Руководителям МО ЦРБ и ЦГБ необходимо организовать короткие ежеквартальные 2-х недельные циклы переподготовки хирургов и анестезиологов –реаниматологов на рабочем месте в РМО по согласованию.

3. Для освоения современных хирургических технологий направлять лучших специалистов-хирургов и анестезиологов - реаниматологов в Федеральные центры.

4. Продолжить работу по НМО хирургов, путем проведения кустовых научно-практических конференций, выездных заседаний общества хирургов, заседаний комиссии по разбору летальных случаев, проведения тематических конференций «День хирурга», республиканских съездов, мастер-классов по эндоскопической и лапароскопической хирургии.

5. Определить кураторов из МРЦ в курируемые районы для плановой санации пациентов с хирургической патологией или подбора пациентов для маршрутизации в РМО.

6. Довести стандарты оснащения хирургических и реанимационных отделений всех МО в соответствии с «Правилами...» Приказ МЗ РФ № 922 и 919 от 2012 года.

7. Установить веб-камеры во всех экстренных операционных и реанимационных отделениях для консультации тяжелых пациентов в онлайн-режиме.

8. Организовать работу выездных «санационных» хирургических бригад из МХЦ в прикрепленные ЦРБ для плановой «санации» пациентов с управляемой хирургической патологией.

9. В ЦРБ и ЦГБ целесообразно подготовить специалистов по эндоскопической хирургии и для выполнения миниинвазивных операций под УЗИ-навигацией с целью повышения хирургической активности и снижения процесса оттока пациентов из территорий в частные или РМО.

10.В ЦГБ и РМО необходимо закупить оборудование, подготовить специалистов для проведения эндовазальной (эндовенозной) лазерной коагуляции вен н/к, а также оказания проктологической помощи.

**Главный внештатный
специалист-хирург МЗ РД**

к.м.к. Абдулжалилов М.К.

Современное состояние детской хирургической службы Республики Дагестан:

Главный внештатный специалист по детской хирургии МЗ РД, Тихмаев А.Н.

Всего в республике Дагестан развернуто 566 детских хирургических коек, из них 360 в ДРКБ г. Махачкалы, где оказывается помощь 3 уровня. В ДРКБ представлены хирургические отделения практически по всем имеющимся специальностям (нейро-хирургия, челюстно-лицевая хирургия, ортопедия и травматология, ЛОР, урология, абдоминальная, торакальная хирургия, хирургия новорожденных). В городах Дербенте и Хасавюрте имеются хирургические отделения, где оказывается хирургическая помощь 2 уровня пациентам из прикрепленных районов. Хирургическое отделение г. Дербент представлено 24, г. Хасавюрт - 30 койками соответственно. В остальных городах республики имеется 63 детские хирургические койки в составе общехирургических отделений. На базе 20 из 41 районной больницы развернуто 94 койки для детей с хирургической патологией, где им оказывается неотложная помощь. На сегодня детскую хирургию РД представляют 213 специалистов, в том числе 38 ортопедов-травматологов, 21 уролог, 7 нейрохирургов, 4 челюстно-лицевых хирурга, 77 оториноларингологов.

Амбулаторную помощь детям в районах оказывают хирурги общей лечебной сети и детские хирурги. В городах при детских поликлиниках имеются кабинеты, где ведут прием специалисты - детские хирурги и ортопеды. Так в 2022 году принято 129939 детей с хирургической патологией, выполнено 18004 амбулаторных операций. В 2022г. проф. осмотрами охвачено 291978 детей, на диспансерный учет взято 21954 ребенка с хирургической патологией.

За прошедший год в отделениях хирургического профиля республики находилось на лечении 19415 детей, ими проведено 159874 койко-дней, оперировано 11058 пациентов, всего выполнено 11793 хирургических вмешательства. Умерло 44 пациента, из них 22 после операции (0,2%). Детская республиканская клиническая больница г. Махачкалы является головным учреждением, где оказывают специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь детям с хирургической патологией. В ДРКБ работают главные внештатные специалисты МЗ РД по хирургическому профилю: детский хирург, уролог, ортопед-травматолог и оториноларинголог, оказывающие практическую и теоретическую помощь

пациентам с тяжелой хирургической патологией в городах и районах республики.

За 2022г. в хирургических отделениях ДРКБ пролечено 13319 пациентов, что на 18,9% больше чем в предыдущем году, прооперировано 7156 детей. В хирургических отделениях проведено 727 высокотехнологичных операций: абдоминальная хирургия – 12 (1,6%), торакальная хирургия-13 (1,9%), нейрохирургия -107 (14,7%), травматология-ортопедия 74 (10,1%), урология – 297 (40,8%), челюстно-лицевая хирургия 107 (14,7%), ЛОР – 36 (8,6%), детская хирургия в периоде новорожденности – 34 (4,6%).

За последние годы уверенно шагнула вперед хирургия новорожденных, что стало возможным благодаря внедрению в практику эндоскопических методик. Минимально травматичные способы лечения стали применять даже у самых маленьких недоношенных детей, включая сложные пороки развития, такие как атрезия пищевода (11 пациентов), диафрагмальная грыжа (7), врожденная кишечная непроходимость (16). Эндоскопическая техника вошла в практику неотложной, плановой, абдоминальной, торакальной хирургии и урологии.

В заключение можно отметить, что детская хирургическая служба республики Дагестан, несмотря на различные трудности, развивается и идет вперед, используя многолетний опыт и взаимосвязь с передовыми школами детской хирургии федеральных центров РФ.

Сердечно – сосудистая хирургия. Торакальная хирургия. Эндокринная хирургия

Дистализация сосудистого доступа на кисть: преимущества и недостатки

Праздников Э.Н. (1), Миленькин Б.И. (1,2), Баранов Г.А. (1)

1.ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» МЗ РФ 2.ГБУЗ «ГКБ №67 им.Л.А.Ворохобова ДЗМ», Россия

Актуальность. Определить эффективность использования дистального лучевого доступа на тыле кисти для выполнения рентгенэндоваскулярных хирургических вмешательств (РЭХВ).

Материалы и методы. Сформирован проспективный регистр пациентов, которым выполнены РЭХВ через лучевую артерию на тыле кисти слева в сравнении с РЭХВ через а. radialis в нижней трети предплечья справа.

Оценивалась техническая возможность выполнения доступов, частота смены точки доступа и ранние местные послеоперационные осложнения, связанные с видом артериального доступа.

Результаты. С 2019 по 2021 год проведен набор пациентов (210) которым были проведены ЧКВ с использованием дистального лучевого доступа на тыле кисти слева (104) в сравнении с традиционным лучевым доступом в нижней трети предплечья справа (106).

У 10 пациентов реализовать ЧКВ из зоны данных доступов было невозможным ввиду неуспешности пункции артерии (4- в группе дистального доступа слева, 6 -в нижней трети предплечья справа). Эти пациенты были исключены из сравнительного этапа исследования.

Дренирование послеоперационной раны после тиреоидэктомии, за и против

Щеголев А.А. (1), Ларин А.А. (1,2), Чешуина Ю.В. (2), Потемкин А.В. (2), Евлоева Л.А. (2).

1.ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

2. ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России, Россия

Актуальность. Традиционно рану после выполнения тиреоидэктомии (ТЭ) дренируют. Предполагаемый риск кровотечения в раннем послеоперационном периоде является одной из основных причин, по которой устанавливаются раневые дренажи. Однако, установка дренажа может не обеспечить полной безопасности и в случае интенсивного кровотечения требуется ревизия раны. Кроме того, дренаж может стать источником раневой инфекции, что затруднит процесс реабилитации больного. Цель исследования: оценить целесообразность дренирования раны после тиреоидэктомии.

Материалы и методы. В исследование было включено 168 пациентов, рандомизированные по объему щитовидной железы (ЩЖ), характеру патологии, полу, возрасту, сопутствующей патологии, и объему хирургического вмешательства: гемитиреоидэктомия. Из исследования исключены пациенты, которым в сочетании с ТЭ выполнялась боковая шейная лимфодиссекция, пациенты у которых с целью хирургического доступа выполнялась неполная срединная стернотомия и пациенты, отказавшиеся участвовать в исследовании. Хирургическое вмешательство у всех больных было выполнено открытым способом из доступа по Кохеру. Рана послойно ушивалась нитью «Викрил 3/0», на коже применялся косметический внутрикожный шов нитью «Пролен 3/0». Во всех случаях дренаж устанавливался к ложу удаленной ЩЖ через контрапертуру по средней линии шеи и удалялся на вторые сутки после операции. Группу 1 составили 84 пациента, которым дренирование раны не выполнялось. Средний возраст больных составил $54,1 \pm 14,3$ г. ТЭ была произведена 63 (75,0 %) больным, ГТЭ - 16 (19,0) больным, ТЭ в сочетании с центральной лимфодиссекцией - 5 (6,0 %) больным. Рак ЩЖ был у 39 (46,4 %) больных, у 55 (53,6 %) больных – доброкачественная патология

Особенности диагностического и хирургического подхода к пациентам с окклюзией одной внутренней сонной артерии

Хамитов Ф.Ф., Чельдиев К.В., Михайлов Д.А.

ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ г. Москвы, Россия

Актуальность. Инсульт занимает первое место среди причин инвалидизации. В мире возникает не менее 10 млн. инсультов ежегодно. В России происходит 350-400 тыс. инсультов в год. Доля ишемических нарушений среди всех инсультов составляет 80%. 95% всех ишемических нарушений мозгового кровообращения связаны с атеросклеротическим поражением

артерий или кардиоэмболией более 50% всех ишемических инсультов непосредственно связаны с атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Материалы и методы: За период с 2004 по 2023 гг. в отделении сердечно - сосудистой хирургии ГКБ им. В.В. Вересаева находилось 4508 пациентов с поражением брахицефальных артерий. Число пациентов со значимым стенозом внутренней сонной артерии при окклюзии контратеральной составило 246 (5%). Средний возраст больных составил 68+8,4 лет.

Асимптомных больных - 21 (8,5%), количество больных с ОНМК на стороне окклюзии ВСА составило 225 (91,5%) Из них на стороне гемодинамически значимого стеноза ВСА: ТМА (I степень ХСМН) - 21 (8,5%), дисциркуляторная энцефалопатия, не очаговая или не гемисферная симптоматика (III степень) - 159 (64,6%), больные перенесшие инсульт (IV степень) на стороне стеноза 45 (18,3%). ОНМК в вертебро - базилярном бассейне не учитывались.

В качестве метода скрининговой диагностики использовалось УЗДС.

Стенотическое поражение ВСА колебалось от 60 до 95%. В послеоперационном периоде методом УЗДС оценивалась адекватность проведенной каротидной эндартерэктомии, наличие и степень остаточного (резидуального) или повторного стеноза (рестеноза). Всем больным с окклюзией ВСА выполнялась транскраниальная доплерография, МСКТ брахицефальных артерий и артерии головного мозга с контрастированием с целью оценки Виллизиева круга, определения толерантности к пережатию ВСА. Признаки сниженной толерантности к пережатию ВСА выявлены у 204 (83%) пациентов. Временный внутрипросветный шунт применялся у 12 (5%) пациентов. Из 246 пациентов - 6(2,4%) выполнена каротидная эндартерэктомия с пластикой первичным швом, 12(4,8%) выполнена каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой, 198(80,5%) выполнена классическая эверсионная каротидная эндартерэктомия, 30 (12,2) выполнено протезирование ВСА от устья. Пластика заплатой и первичным швом выполнялись на начальных этапах становления хирургии брахицефальных артерий в отделении (2004-2005 гг). Среднее время пережатия сонных артерий составляло 14,1+6,2 минут. Послеоперационный госпитальный период длился $7,0 \pm 2,11$ дней.

Результаты: при анализе раннего послеоперационного периода основное внимание уделялось неврологической симптоматике. Реперфузионный отек головного мозга с очаговой неврологической симптоматикой развивался у 42(17%) больных, и носил обратимый характер. ТИА наблюдались в 21 случаях (8,5%). У 15 (6%) пациентов развился ишемический инсульт: у 6 - в

вертебробазилярном бассейне, у 9 - в гемисфере на стороне операции. Отмечено 3 летальных исхода. Анализ отдаленных результатов операции произведен в сроки 18,2+4,4 мес. В отдаленном периоде степень

Миниинвазивные технологии при инфраренальных аневризмах аорты.
Хамитов Ф.Ф., Дибиров М.Д., Бобылев А.А., Маточкин Е.А., Михайлов Д.А.
ГБУЗ г. Москвы "Городская клиническая больница имени В.В. Вересаева ДЗМ, Россия

Актуальность. Традиционные открытые вмешательства при АБА сопряжены с высоким риском развития послеоперационных осложнений, достигающих 13%, и с 30-дневной летальностью до 8%. Поиск путей улучшения результатов открытого хирургического лечения АБА привел к возникновению открытых миниинвазивных методик. Но их использование имеет ограничения у пациентов с ожирением, короткой «шейкой» аневризмы, при больших и гигантских АБА.

Совершенствование открытых миниинвазивных технологий при хирургическом лечении данной категории больных является актуальной задачей.

Материал и методы. Среднюю частоту легочных осложнений в 2,3 раза, острых кардиальных осложнений в 2,6 раза, снизить послеоперационную летальность в 2 раза, уменьшить длительность послеоперационного стационарного лечения в 1,5 раза.

Выводы и рекомендации. При хирургическом лечении пациентов с аневризмами инфраренального отдела аорты с целью уменьшения риска развития послеоперационных осложнений может быть успешно применен минилапаротомный доступ. Применение видеолапароскопических технологий позволяет расширить возможности проведения операций из минидоступа.

Целесообразно дальнейшее совершенствование открытых миниинвазивных технологий при хирургическом лечении данной категории больных.

Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии узлов щитовидной железы в регионе зобной эндемии

Абдулхаликов А.С., Тучалова А.Т., Ахмедов И.Г.

Актуальность. Распространенность узлового зоба в республике Дагестан, по данным разных авторов, достигает около 40-45 % от общего населения. Ранее считалось, что узлы могут перерождаться в злокачественные, что и предопределяло тактику более активного определения показаний к хирургическому лечению. В настоящее время показания к хирургическому лечению узлового (многоузлового) зоба удалось значительно сузить, во многом благодаря возможности дооперационной цитологической верификации характера узла щитовидной железы.

Материалы и методы: Были систематизированы результаты ТАБ узлов щитовидной железы у 8489 пациентов, которым по показаниям планировалось оперативное лечение в ООО «Диагностический центр» г. Махачкала за последние 7 лет.

Цитологическое исследование взятого материала проводилось в Национальном центре клинической и морфологической диагностики (НЦКМД) в Санкт-Петербурге. Результаты цитологического исследования оформлялись в соответствии классификацией Бетесда [The Bethesda System 2017 (TBS) for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC)]. Возраст пациентов варьировал в интервале от 18 до 85 лет, преимущественно - 25-55 лет. Из них женщин было 7385 (87%), мужчин - 1104 (13%). Исследование проводилось догоспитально на базе поликлинического отделения. У всех пациентов был узловой (многоузловой) зоб с диаметром узлов от 0,6 до 8 см. При ТАБ навигация пункционной иглы проводилась под контролем УЗИ, техникой «свободной руки» с соблюдением правил забора материала - взятие биоптата у зоны роста узла.

Результаты и обсуждение. В соответствии с классификацией Bethesda-2017 результаты цитологического исследования распределились на 6 категорий следующим образом.

- неинформативный результат (Bethesda-I) - 904 случая (10,6%);
- доброкачественный узел (коллоидный узел, тиреоидит Хашимото, подострый тиреоидит) (Bethesda-II) - 4953 случая (58,35%);
- фолликулярное поражение неопределенного значения (Bethesda-III) - 2 случая (0,03%);
- фолликулярная неоплазия или подозрение на нее (Bethesda-IV) – 1901 случай (22,4%); - подозрение на малигнизацию (Bethesda-V) – 45 случаев (0,52%), из которых подозрение на папиллярную карциному – 40 и на медуллярную карциному – 5; - малигнизация (Bethesda-VI) – 684 случая

(8,1%). В категории Bethesda-VI были следующие заключения: папиллярная карцинома (644), медуллярная карцинома (26), анапластическая карцинома (6), низкодифференцированная карцинома (6), плоскоклеточная карцинома (2), лимфома (3). Таким образом, в регионе природного йододефицита узловой (многоузловой) зоб, являясь распространенным хирургическим заболеванием щитовидной железы, отличается гетерогенностью морфологической структуры. Наиболее часто наблюдаются узловой коллоидный зоб и другие доброкачественные формы узлового поражения ЩЖ, при которых показания к оперативному лечению вполне конкретны и ограничены. Вместе с тем, рак щитовидной железы и подозрительные на малигнизацию результаты, при которых имеются показания к операции по онкологическим соображениям, в том числе фолликулярные неоплазии, при которых злокачественность узла может быть установлена лишь при гистологическом исследовании операционного материала, обнаруживались примерно у 31% пациентов.

Тактика лечения рубцовых и опухолевых стриктур трахеи в РКБ

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Гасанов А. М, Магомедов С.З., Магомедов А.А., Бабаев М.Р., Масуев М.А., Пирмагомедов М.Ш, Рамазанова Б.М. ГБУ РД «РКБ» им. А. В. Вишневого, отделение торакальной хирургии и онкологии, Махачкала, Россия

Актуальность. Рубцовый стеноз трахеи с критическим сужением её просвета является неотложным состоянием и опасен для жизни пациента. Для его излечения необходимы большие хирургические вмешательства. Многие пациенты месяцы и годы вынуждены жить с трахеостомой, периодически обращаться в различные лечебные учреждения и оставаться инвалидами. Частота возникновения рубцового стеноза трахеи после длительной интубации и трахеотомии по наблюдениям разных лечебных учреждений, разных авторов варьирует весьма широко- от десятых долей процента до 10 % и в среднем равна 2-3 %. Классическими «излюбленными» локализациями стеноза являются уровень трахеостомы, надувной манжетки и конца интубационной трубки. Наиболее часто стеноз возникает на уровне надувной манжетки.

Материал и методы. С 2004 по 2022 г.г в под нашим наблюдением находилось 209 пациентов с рубцовыми, рубцово-грануляционными стенозами шейного, шейно-верхнегрудного отдела трахеи, из них мужчин - 147 (70,3 %), женщин- 62 (29,7 %), в возрасте от 16 до 78 лет.

Этиологическими факторами в основном в 46 случаях была длительная интубация, в 131 -трахеостомия, в 14 случаях травма шейного отдела трахеи (в 7- от удара, в 3-механическое сдавление, в 4- ранение). Таким образом более чем в 90 % случаях стеноз имел ятрогенную этиологию. В 99 случаях пациен поступили или переведены в отделение со стридором, по поводу чего потребовались экстренные лечебные мероприятия, в основном эндоскопические иссечения грануляций и бужирования, реже ретрахеостомия с бужированием.

Поражение трахеогортанной области диагностировано у 52 пациентов, при этом выяснилось, что у 20 пациентов при ранее проведенной трахеостомии поврежден или пересечен перстневидный хрящ с последующими возникшимися грубыми изменениями в области подскладочного пространства и голосовых связок, у 157 пациентов выявлен стеноз на разных уровнях. В обследовании больных ведущая роль принадлежит эндоскопическому исследованию. В сочетании с контрастной трахеографией, компьютерной томографией оно позволяет достаточно точно определить локализацию, степень, протяженность сужения, состояние трахеобронхиального дерева. При резком затруднении дыхания диагностическую трахеоскопию заканчивали лечебной процедурой.

Основным радикальным методом лечения рубцового стеноза трахеи является циркулярная резекция трахеи.

Нами выполнены 20 циркулярных резекций шейно-верхнегрудного отдела трахеи, 4 циркулярных трахеогортанных резекций, с отличными послеоперационными результатами в 16 случаях, с частичной несостоятельностью анастомоза в раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов, процесс разрешился консервативно, с почти полной несостоятельностью анастомоза у 1 пациента, которому пришлось установить Т-образный стент, у 3 пациентов наблюдалась рубцовая стриктура в области анастомоза небольшой протяженностью, которым установлены стенты эндоскопически жесткой бронхоскопией. Причиной рубцовой стриктуры в 15 случаях была длительная интубация, трахеостомия, в 8 случаях - ранее проведенные интубации от 3 до 6 суток, после экстубации пациенты чувствовали себя хорошо, в последующем появились прогрессирующие явления затрудненного дыхания, по поводу чего 4 пациента были госпитализированы в терапевтические отделения с диагнозом бронхиальная астма, обструктивный бронхит, откуда после консультации торакального хирурга переведены на хирургическое лечение.

Нами выполнены: этапная трахеопластика в 156 случаях (включая и 2 пациентов с циркулярной резекцией трахеи с ларинготрахеопластикой),

стентирование трахеи- 35, в том числе эндоскопическое стентирование в 24 случаях, открытое стентирование с иссечением рубцов, грануляций в 11, летальных исходов не наблюдалось.

За последние 2-3 года стентирование трахеи и главных бронхов участились, особенно при опухолевых поражениях, как единственный метод освобождения дыхательных путей от обструкции и как подготовительный этап к проведению химиолучевой терапии.

Заключение. Для профилактики стенозов трахеи следует придерживаться следующих правил.

- 1) выполнять не трахеотомию, а полноценную трахеостомию с подшиванием краев трахеи к коже;
- 2) искоренить понятия верхней, нижней и средней трахеостомии (исключения-если не экстренная и при отсутствии опыта), трахеостомия должна быть только нижней, поскольку при верхней и средней трахеостомии очень высок риск развития рубцовых стенозов, после наложения экстренной трахеостомии с коникотомией, по стабилизации состояния больного трахеостомию перевести на нижнюю;
- 3) не производить ни одной деканюляции при длительной ИВЛ без эндоскопии;
- 4) отказаться от трахеостомий по Бьерку, или подобных вмешательств с созданием «окошка», ввиду появляющихся после деканюляций сужений по типу «песочных часов» даже при благоприятном стечении обстоятельств;
- 5) использовать конические термопластичные канюли или «расщепленный зонд» (отрезок термопластичной интубационной трубки), не применять металлические и жесткие пластмассовые канюли;
- б) по мере возможности при рубцовых стриктурах и опухолевых поражениях провести бужирование и стентирование трахеи и бронхов, как более щадящий и результативный этап лечения.

Случай синдрома Бурхаве: проблемы диагностики и лечения

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Гасанов А. М, Магомедов С.З., Магомедов А.А., Бабаев М.Р., Масуев М.А., Пирмагомедов М.Ш, Рамазанова Б.М.
ГБУ РД «РКБ» им.А.В.Вишневого, отделение торакальной хирургии и онкологи, Махачкала, Россия

Актуальность. Спонтанный разрыв пищевода, известный также как синдром Бурхаве, является редкой, трудно диагностируемой патологией, протекающей тяжелыми осложнениями и высокими показателями летальности, достигающими до 80-85 % (25-85 %).

Тяжесть состояния пациентов обусловлено тяжелым медиастинитом, гнойными осложнениями плевральных полостей (пиоторакс, пиопневмоторакс), протекающих тяжело на фоне заброса в плевральную полость желудочного сока, соляной кислоты, быстрым развитием сепсиса, легочно-сердечной, а в большинстве случаев и печеночно-почечной недостаточности при несвоевременном оказании квалифицированной помощи.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за последние 10 лет находились 8 пациентов со спонтанным разрывом пищевода, в 36-85 лет, мужчин 7, женщина-1, из которых 3 с летальным исходом (37,5%).

Особый интерес представляет пациент АР, 1949 г р., который доставлен 28.02.2022 г в течение суток после появления картины разрыва пищевода.

Со слов, пациента накануне к вечеру появилась слабость, тошнота, неоднократная рвота, после которой состояние постепенно ухудшалось, утром 28.02.2022 г стал отмечать осиплость в голосе, общая слабость, появилась одышка в покое.

По «скорой помощи» доставлен в РКБ СМП, выполнена МСКТ ОГК, с диагнозом гидропневмоторакс направлен в отделение торакальной хирургии РКБ, осмотрен торакальным хирургом, по тяжести состояния госпитализирован в ОРИТ хирургии.

В анамнезе, страдает грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагитом, проводятся периодически курсы лечения

Общее состояние больного крайне тяжелое, правильного телосложения, повышенного питания, кожные покровы бледно-сероватые, влажные, акроцианоз.

Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, перкуторно: справа-тимпанит, аускультативно, дыхание над левым легким проводится, справа-не проводится, ЧДД-28. Область сердца не изменена, границы относительной тупости сердца смещены влево, сердечные тоны ритмичные, ЧСС-пульс-126 в мин., АД- 80/60 мм рт ст.

Язык слегка обложен, сухой; живот не увеличен, участвует в акт дыхания, пальпаторно мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

МСКТ ОГК (28.02.2022 г) эмфизема средостения на всем протяжении, напряженный гидропневмоторакс справа.

Экстренно выполнено дренирование правой плевральной полости двумя дренажами, выделилось одномоментно около 2000 мл мутной жидкости и воздух, при приеме жидкости с красителем per os, диагноз перфорации пищевода не вызывал сомнений.

ФГДС (28.02.2022 г): разрыв пищевода на расстоянии 31-33,5 см от резцов, по правой боковой стенке визуализируется дефект пищевода 2,5 x 2,0 см с неровными обрывистыми краями с фибриновым налетом, перистальтика на данном участке не прослеживается, отмечается подтекание гнойного отделяемого, фиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, фибринозный эзофагит, хронический гастрит; установлен НГЗ под эндоскопическим контролем.

В связи с тяжестью состояния пациента и небольшим, сравнительно, дефектом пищевода проводилась интенсивная терапия, на фоне которой наблюдалось улучшение состояния.

ФГДС (02.03.2022 г): дефект стенки пищевода 2,5 x 2,0 см без прогрессирования, установлен зонд Блекмора с целью прикрытия дефекта пищевода, как более щадящий метод, и кормления пациента.

05.03.2022 г. зонд Блекмора удален, при ФЭГДС дефект стенки пищевода 4,2 x 3,0 см с активным поступлением слизисто-гнойного отделяемого в большом количестве, множественные поверхностные язвы желудка, эрозивный дуоденит, выполнена чрезкожная эндоскопическая гастростомия. Под эндоскопическим контролем в область дефекта пищевода установлена вакуум-аспирационная система.

06.03.2022 г. у пациента появилась геморагия по дренажам из плевральной полости, гастростомезонду подведенному к дефекту пищевода с вакуум-аспирационной системой. При ФЭГДС- в пищеводе и желудке сгустки свернувшейся крови, источник не обнаружен- состоявшееся кровотечение. Продолжается консервативная гемостатическая, противоязвенная, антибактериальная терапия, переливания компонентов крови в условиях ОРИТ.

09.03.2022 г. у пациента повторно эпизод кровотечения, после подготовки, гемоторансфузии 10.03.2022 г. выполнена операция: Торакотомия справа, эмпиемплеврэктомия, экстирпация пищевода, дренирование плевральной полости; Цервикотомия слева, эзофагостомия. Интраоперационно выявлено: дефект пищевода больших размеров, начинается ниже уровня корня легкого и протяженностью около 6-7 x 2-4 см, доходит до уровня диафрагмы, заканчиваясь дном желудка, выпирающим через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы.

17.03.2022г. у пациента появилась «мелена», картина продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения, несмотря на проводимую интенсивную комплексную консервативную терапию. 19.03.2022г. ФГДС: недостаточность швов кардии,

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении эхинококкоза, определение тактики лечения этой патологии в XXI веке остается порой трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Особенно эта задача острее встает перед хирургом именно в неэндемичных по эхинококкозу зонах, где с этой патологией сталкиваются редко, часто проводятся неоправданно большие объемы оперативных вмешательств, резекции органов и т.д.

В настоящее время единственным эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический.

Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Однако нет единой методики удаления паразита и обработки остаточной полости, точных показаний к различным видам операций. Наиболее значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких следует считать широкое использование закрытых радикальных методов эхинококкэктомий, часто с применением прецизионной техники и видеоторакоскопии.

Материал и методы. За последние 30 лет под нашим наблюдением находилось 856 пациентов с эхинококкозом легких, из них мужчин- 475, женщин- 393. Наибольшее число случаев отмечается у лиц молодого и среднего возраста. У 481 пациента был неосложненный эхинококкоз, у 375-осложненный. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 120 пациентов, из них у 78 кисты располагались в одном легком, у 42 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени или других органов отмечен у 86 больных.

Характер и методика оперативного вмешательства при эхинококкозе легких зависит от особенностей поражения, размеров и числа кист и сопутствующих осложнений.

При эхинококкозе легкого мы предпочтение отдавали раньше торакотомии, определив заранее рентгенологически точную локализацию кисты. С появлением компьютерной томографии (КТ, МСКТ), магнитно-резонансной томографии, УЗИ

Выводы и предложения: 1. В лечении пациентов со спонтанным разрывом пищевода большую роль играет ранняя диагностика и определение тактики ведения пациента;

2. Пациентам в раннем периоде (до 6-8 часов) показаны операции по ушиванию дефекта пищевода с укрытием линии швов дном желудка, сальником, фрагментом перикарда, диафрагмы.

3. При больших разрывах пищевода с риском массивных кровотечений провести экстирпацию пищевода с наложением эзофагостомы на шею, с

последующей пластикой пищевода желудком или фрагментом толстой кишки;

4. Успех лечения пациентов с синдромом Бурхаве зависит от мультидисциплинарного подхода диагностики и лечения с участием хирургов, эндоскопистов, анестезиологов-реаниматологов, физиотерапевтов и т.д. "

Видеоэндоскопические технологии в лечении эхинококкоза легких

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Гасанов А. М, Магомедов С.З., Магомедов А.А., Бабаев М.Р., Масуев М.А., Пирмагомедов М.Ш, Рамазанова Б.М. ГБУ РД «РКБ» им.А.В.Вишневого, отделение торакальной хирургии и онкологии, Махачкала, Москва.

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

Материал. За последние 30 лет под нашим наблюдением находилось 856 пациентов с эхинококкозом легких, из них мужчин- 475, женщин- 393.

Наибольшее число случаев отмечается у лиц молодого и среднего возраста. У 481 пациента был неосложненный эхинококкоз, у 375- осложненный.

Множественный эхинококкоз легких выявлен у 120 пациентов, из них у 78 кисты располагались в одном легком, у 42 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени или других органов отмечен у 86 больных. Характер и методика оперативного вмешательства при эхинококкозе легких зависит от особенностей поражения, размеров и числа кист и сопутствующих осложнений. При эхинококкозе легкого мы предпочтение отдавали раньше торакотомии, определив заранее рентгенологически точную локализацию кисты. С появлением компьютерной

томографии (КТ, МСКТ), магнитно-резонансной томографии, УЗИ-аппаратов экспертного класса, мы больше прибегаем к малым доступам, прецизионной технике и видеоассистированным (ВАТС) операциям, в связи с отсутствием необходимости тщательной пальпации легкого, печени через диафрагму и т.д. Нами выполнены следующие операции: операция по А.А.Вишневному-141, капитонаж по Дельбе- 227, операция Боброва-Спасокукоцкого- 45, различные виды резекции легкого- 72, комбинированные операции - 118, операции с использованием ВАТС- 82, операции по собственной методике (КПВШ) – 33, экстирпация эхинококковой кисты- 14, идеальная эхинококкэктомия- 19, одномоментная операция на легком и печени- 59, одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия торакотомными доступами- 21, ВАТС-5, продольной стернотомией- 11, дренирование ложа кисты- 9. Результаты. Удаление эхинококкового пузыря с фиброзной оболочкой также, как резекция легкого, абсолютно гарантирует от возможности загрязнения операционного поля и плевральной полости содержимым кисты. Оно выполняется только при небольших, поверхностно расположенных кистах, так как при больших кистах, особенно в случаях глубокого их залегания, выполнение этой операции чревато большой травмой ткани легкого, осложнениями, связанными с повреждением сосудов и бронхов. Менее травматичной является энуклеация кисты без повреждения кутикулярной оболочки, такая операция также выполняема при небольших кортикально расположенных кистах. При больших кистах удаление кутикулярной оболочки в целом виде удается редко, часто она повреждается, что приводит к загрязнению раны и плевральной полости элементами паразита. Поэтому эти идеальные методы удаления эхинококковых кист широкого применения не нашли. При больших кистах, что чаще наблюдается, целесообразно предварительно опорожнить кисту проколом иглы, соединенным с электрососом, дальше широко вскрыв фиброзную капсулу, удалить спавшуюся кутикулярную капсулу (154 случаев). Более ответственным является вопрос касающийся полости фиброзной капсулы. При неосложненном эхинококкозе, в зависимости от показаний мы применяем все известные методы операций, но предпочтение отдаем капитонажу полости фиброзной капсулы разными способами, он оправдан по своим отдаленным результатам, которые бывают наилучшими. В последние 15 лет мы используем собственную методику капитонажа вертикальными перекрёстными швами. При некоторых формах эхинококкоза показаны различные виды резекции легкого. Основным показанием к таким операциям являются необратимые склеротические изменения в легочной ткани вокруг пузыря, которые развились в результате длительного ателектаза или

воспалительного процесса при наличии огромных эхинококковых кист (32 случая). Показанием для краевой резекции легких вместе с паразитом является наличие эхинококковой кисты небольших размеров с краевым расположением (39 случаев). У 20 пациентов с двусторонним эхинококкозом легких операцию выполнили в 2 этапа с перерывом в 1-3 месяца, у 11 пациентов – одноэтапно трансстернальным доступом, у 21 пациента с одномоментными боковыми торако-томиями, в том числе у 5 больных с осложненным эхинококкозом, и у 5 пациентов одномоментные билатеральные эхинококкэктомии с ВАТС. При сочетанном поражении правого легкого и печени хирургическая тактика определялась местом локализации эхинококковой кисты в печени. При поддиафрагмальном расположении, отмеченном у 54 пациен-тов, операция выполнена в один этап, в остальных 5 случаях- в 2 этапа. Среди наших пациентов с осложненным эхинококкозом у 171 пациента был прорыв кисты в бронх, у 62- в плевральную полость, и у 142- нагноение. При прорыве эхинококковой кисты в бронх хирургическая тактика была такой же как при неосложненном эхинококкозе и с такими же благоприятными послеоперационными результатами. Прорыв в плевральную полость требует срочного оперативного вмешательства. Операция в этих случаях заканчивается удалением кутикулярной оболочки, ушиванием бронхиальных свищей, ликвидацией остаточной полости (фиброзной капсулы) одним из способов, санацией и дренированием плевральной полости. В случаях когда ложе эхинококковой кисты по течению имеет характер хронического гнойника с выраженными гнойно-воспалительными изменениями, фиброзом и бронхоэк-тазами в окружающей ткани показана резекция легкого, объем которой зависит от распространенности процесса. При отсутствии вышеуказанных изменений в окружающей легочной ткани хорошие результаты дают методы закрытой, либо полузакрытой эхинококкэктомии. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пневмония в 19 слу-чаях, ателектаз доли или легкого- в 7, подкожная эмфизема- в 11, внутриплевральные кровотечения- в 3, эмпиема плевры- в 12, бронхиальные свищи- в 16, нагноение раны- в 11, с остаточными полостями выписано 16 больных. Рецидив эхинококкоза отмечен у 10 пациентов, из них у 8 первая операция была по поводу осложненного эхинококкоза, у 2- неосложненного. У 5 пациентов первая операция выполнена по способу А.А.Вишневого, у остальных была комбинированная. Торакоскопические операции (87 случаев) по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось. Удельный вес торакоскопических операций растет год за годом. Таким

образом, малотравматичное оперативное лечение при эхинококкозе легких с применением оригинальных подходов, одномоментных вмешательств при множественных поражениях, малых доступов и видеоассистенции является наиболее целесообразным и высокоэффективным методом лечения. Хирургические методы лечения эхинококкоза совершенствуются, особенно с развитием эндоскопических технологий и робототехники.

Первый опыт в сосудистой хирургии в ГБУ РД "Хасавюртовская ЦГБ им Р.П. Аскерханова"

Махачев М.Г., Асхабад Д.А., Исмаилов Р.Х., Хириев Т.Х.
ГБУ РД "Хасавюртовская ЦГБ им Р.П. Аскерханова", Россия

Актуальность. В структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место во всем мире, что определяет актуальность своевременной диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов с целью предотвращения их неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Определить эффективность применяемой нами тактики лечения сосудистой патологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативных вмешательств пациентам с сосудистыми заболеваниями на базе хирургического отделения в ХЦГБ.

За период 2019-2022 гг. был госпитализирован 3321 пациент, из которых 82.59 % (2753 больных) больных составили женщины, 17.41% (568 пациентов) - мужчины. Средний возраст больных составил 47 лет (+3-3) от 12 лет (минимальный возраст) до 93 лет (максимальный возраст). Из них - варикозная болезнь - 1941, флеботромбозы и тромбофлебиты - 981, атеросклероз нижних конечностей - 256, ХБП (5 ст) - 45, аневризма брюшной аорты - 6, ложная аневризма дистально анастомоза после АББШ - 1, травма сосудов - 32, тромбоз артерий нижних конечностей - 60.

Использованы следующие современные методы диагностических исследований: УЗДГ сердца и сосудов, КТ ангиография, селективная ангиография.

В экстренном и плановом порядке хирургические операции выполнены 2107 (63.21% случаев) пациентам:

На периферических артериях (аортобедренное шунтирование – 4, бедренно-подколенное шунтирование аутовено и протезом – 20, протезирование и реконструкция сосуда при травме сосудов – 32, тромбоз артерий - 60), реконструкция дистального анастомоза после АББШ – 1, протезирование

брюшной аорты при разрыве - 1; на венах (методом ЭВЛО – 1937, кроссэктомия - 7); с целью установки диализного доступа (формирование А-В фистулы - 37, установка двухпросветного катетера - 8).

Результаты и обсуждение. Госпитальная летальность составила 0.18% (6 пациентов с разрывом аневризм брюшного отдела аорты).

Структура послеоперационных осложнений была следующей: нагноение ран при БПШ – 1 (0.03%), лимфоцеле при резекции ложной аневризмы с протезированием - 1 (0.03%), тромбоз при БПШ (дистально анастомоза) – 1 (0.03%), ампутация нижних конечностей при тромбоэмболии артерий нижних конечностей - 4 (0.12%).

Во всех остальных случаях послеоперационный период протекал гладко, характеризовался быстрой адаптацией и восстановлением трудоспособности больных, средняя длительность госпитализации составила 4-5 дней.

Выводы. Анализ первого опыта выполнения сложных хирургических операций при сосудистых заболеваниях с применением современных лечебно-диагностических методов на базе хирургического отделения ХЦГБ показал высокую эффективность проведенного лечения с минимальной летальностью и низкой частотой послеоперационных осложнений.

Миниинвазивное шунтирование коронарных артерий в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии

Махачев О.А. (1,2), Аскадинов М.Н. (1), Абасов Г.М. (1,2), Ибрагимов Р.Г. (1), Рамалданов К.Р. (1), Абдулаев К.И. (1), Дибирова З.Г. (1,2)

ГБУ РД "НКО "Дагестанский центр кардиологии сердечно-сосудистой хирургии", Россия

Цель. Представить непосредственные результаты миниинвазивных операций коронарного шунтирования (MIDCAB, MICSCAB) в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии.

Методы. С января 2021г., по 12 май 2023г., в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии миниинвазивная коронарная реваскуляризация выполнена 19 больным с ИБС. Средний возраст составил 54,9±2,9 лет, 17 (89,4 %) пациентов были мужского пола. У больных была диагностирована стенокардия напряжения II-III ФК, 12 (63,1 %) пациентов в анамнезе перенесли инфаркт миокарда. Сахарный диабет выявлен у 4 (21,05%) больных, ожирение (индекс массы тела более 30) было в трех случаях. По данным коронароангиографии окклюзия ПМЖА выявлена у 13 пациентов, в 6 наблюдениях диагностированы стенозы (более 90%) ПМЖА, ДВ1, ИМА и ВТК. Операции выполнялись через левостороннюю

переднебоковую миниторакотомию в 4 межреберье на работающем сердце. В 14 случаях выполнено шунтирование только ПМЖА (MIDCAB), 5 больным выполнено коронарное шунтирование 2 артерий с использованием ЛВГА и аутовенозного кондуита (MICSCAB).

Результаты. Госпитальная летальность отсутствовала, конверсий к срединной стернотомии или искусственному кровообращению не было. Средняя продолжительность операции составила 183 ± 42 мин. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 280 ± 57 мл. 10 пациентам с целью контроля проходимости анастомозов выполнялась интраоперационная шунтография, которая показала отсутствие дисфункции шунтов и еще в 5 случаях интраоперационно выполнялся двойной контроль качества работы шунтов – шунтография и флоуметрия. Пациенты экстубированы через 1,5-2 часа после операции.

Выводы. Коронарное шунтирование по методике MIDCAB и MICSCAB является относительно безопасной для пациента процедурой с отсутствием госпитальной летальности и значимых периоперационных осложнений. Данная методика позволяет сохранить целостность грудной клетки и уменьшает частоту осложнений, связанных с срединной стернотомией. Эти операции можно выполнять пациентам с поражением 1-2 коронарных сосудов и тяжелой коморбидной патологией, а также больным, мотивированным на скорейшее возвращение к трудовой деятельности.

Пластика пищевода при рубцовых стенозах и раке по материалам Ставропольской краевой клинической больницы

Айдемиров А.Н., Байрамкулов М.Д., Делибалтов К.И., Мнацаканян Э.Г., Рубанова М.Ф., Маланка М.И.

Ставропольская краевая клиническая больница Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования. Анализ послеоперационных осложнений и летальности после пластики пищевода в торакоабдоминальном отделении

Ставропольской краевой клинической больницы с 1997 по 2022гг.

Материалы и методы. С 1997г. под нашим наблюдением находились более 100 больных раком пищевода. Из них только у 29 удалось выполнить радикальные операции. У 7 больных с железистым раком нижней трети пищевода и раком мы выполнили резекцию нижнегрудного отдела с внутриплевральным пищеводно-кардиоэзофагеальным желудочным анастомозом по Гарлоку, у 11 - по Льюису, у 1 - тонкой кишкой и у 10 при раке средне-грудного отдела пищевода - экстирпацию органа с

абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой. С послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка оперированы 72 больных (от 18 до 74 лет, женщин - 25, мужчин - 38). У 54 больных выполнена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 12 - резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена заградительная шунтирующая пластика пищевода толстой кишкой. Результаты и обсуждение. Из 29 оперированных по поводу рака пищевода послеоперационные осложнения возникли у 3 (10,1%): у 1 - внутриплевральное кровотечение в раннем послеоперационном периоде, что потребовало повторного оперативного вмешательства, у 2 - несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза, медиастинит, эмпиема плевры с летальным исходом. Из 72 оперированных по поводу послеожоговых рубцовых стенозов пищевода различные осложнения развились у 19 (26,8%) и умерли 8 (11,1%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике. В эти же годы было плохое медикаментозное обеспечение. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 - несостоятельность пищеводно-желудочного внутриплеврального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом, у 1 острый инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде и у 3 - полиорганная недостаточность. Выводы. Таким образом, остаются нерешенными проблемы ранней диагностики рака пищевода, необоснованности длительного бужирования доброкачественных стриктур и невозможности эффективной предоперационной подготовки истощённых больных в районных больницах.

Выбор метода лечения пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода

Айдемиров А.Н., Байрамкулов М.Д., Машурова Е.В., Делибалтов К.И. Абдоков А.Д., Рубанова М.Ф.

Ставропольская краевая клиническая больница, Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования - анализ результатов бужирования и радикального хирургического лечения у пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода в торакоабдоминальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 1994 по 2022гг.

Материалы и методы. Представлен результат лечения 408 больного с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога в 1994-2022гг. Бужирование пищевода выполнялось всем 408 пациентам, из них у 213 - полыми бужами на металлической струне-проводнике под контролем рентгентелевидения, у 190 – под эндотрахеальным наркозом с использованием жесткого эзофагоскопа и у 5 больных – бужирование «без конца» на нити через гастростому. В среднем выполнялось 3 сеанса бужирования с интервалом 2-3 дня. Стойкий клинический эффект был достигнут у 317 (77,6%) больных. У 91 больного бужирование пищевода было неэффективным из-за протяженности стриктуры, поэтому 72 пациентам выполнены различные виды пластики пищевода, 19 – питательную гастростомию. У 54 больных произведена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 12 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутривлепуральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена заградительная пластика пищевода толстой кишкой. Перфорация пищевода после бужирования возникла у 4 больных, причем у всех оно выполнялось под контролем жесткого эзофагоскопа. Трем пациентам по экстренным показаниям выполнена первичная пластика пищевода на фоне медиастинита (у 1 - в течение первых 6 часов, у 2 - через 16 и 18 часов после бужирования). Одному пациенту выполнена медиастинотомия по Савиных, дренирование средостения.

Результаты и обсуждение. Летальный исход отмечен у пациента после первичной пластики пищевода, оперированного через 18 часов с момента перфорации пищевода в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся в раннем послеоперационном периоде. После плановых операций у 72 больных различные осложнения развились у 19 (26,8%) и умерли 8 (11,1%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике из-за плохого медикаментозного обеспечения. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищевода-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 несостоятельность пищевода-желудочного внутривлепурального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом, у 1 острый инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде и у 3 - полиорганная недостаточность.

Выводы. Таким образом, адекватный выбор метода бужирования в зависимости от распространенности и характера поражения, а также регулярное его проведение позволило достичь стойкого клинического

эффекта у 77,6% больных. Экстирпация пищевода с первичной пластикой может быть выполнена при повреждении (перфорации) пищевода в первые 4-6 часов с момента травмы.

Острая и критическая ишемия при covid-19

Джанаев М.З. Меджидов Р.Т. Курбанисмаилова Р.Р.

ГБУ РД ГКБ г.Махачкала

Введение: Ведущей причиной летального исхода коронавирусной инфекции covid-19 – тромбозы и тромбоэмболические осложнения. Нами в настоящее время накоплен определенный опыт в лечении данных осложнений. Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения артериальных тромбозов и критической ишемии конечности вызванные коронавирусной инфекцией covid-19. Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 78 пациентов с тромбозами периферических магистральных артерий и критической ишемии конечности в ковидном госпитале за 2 года. Из 78 пациентов 23 (29,5%) пациента с критической ишемией конечности. Возраст варьировал от 46 лет до 87 лет. Мужчин было 56 (71.8%), женщин 22 (28.2%). У 47 (60.3%) пациентов сахарный диабет 2 типа, у 35(44,9%) гипертоническая болезнь, у 29 (37.2%) ишемическая болезнь сердца. Новая коронавирусная инфекция была идентифицирована в 63(80,8) случаях. Объем поражения легких в варианте КТ 1(до 25% поражения) в 20 (25,6%) случаях, КТ 2 (25-50% поражения) – 19 (24.4%) случаях, КТ 3 (50-75% поражения) – 22 (28.2%) случаях, КТ4 (75- 100% поражения) – 17 (21.9%) случаях. Тромбоз, острая ишемия конечности, на уровне аорты – 2 (2.56%)случая, тромбоз и атеротромбоз на уровне общей подвздошной артерии(ОПА) в 3 (3,85%) случаях, тромбоз и атеротромбоз на уровне наружной подвздошной артерии(НПА) в 15 (19,2%)случаях, на уровне общей бедренной артерии(ОБА) в 5 (6,4%) случаях, тромбоз на уровне поверхностной бедренной артерии(ПБА) в 14 (17,5%) случаях, тромбоз на уровне глубокой бедренной артерии (ГБА) в 3 (3,9%)случае, на уровне подколенной артерии (ПКА) в 10 (12.8%) случаях, на уровне передней большеберцовой артерии (ПББА), задней большеберцовой артерии(ЗББА), малоберцовой артерии (МБА) в 16 (20,5%) случаях, тромбоз на уровне плечевой артерии в 8 (10,3%) случаях, на уровне подключичной артерии в 1(1,3%)случае. Тромбоз шунта в послеоперационном периоде в 1(1,3%) случае. Пациенты с критической ишемией конечности получали лечение оперативное преимущественно – эндоваскулярное. У 78 пациентов при острой ишемии конечности выявлено 107 тромботических осложнений. Первичная ампутация выполнена в

11(14,1%) случаях, вторичная ампутация выполнена в 19(24,4%) случаях. Общая летальность составила 33 (37.2%), после тромбэктомии 15 (19,2%), после ампутации 11(14,1%), на фоне консервативной терапии 7 (9%). Пациенты оперированные на фоне критической ишемии – летальность не зафиксирована. Результаты и их обсуждение. Оперативное вмешательство получили 68 (87,2%), острая и критическая ишемия. Тромбэктомия из периферических артерий выполнено в 48 (61.5%) случаях из них в 8 (10.3%) случаях выполнена тромбэндартерэктомия, использован артериотомический доступ, стентирование при критической ишемии конечности в 19 (24,4%) наблюдениях. Ретромбэктомия выполнена в 25 (32.1%) наблюдениях, ретромбэктомия в 2 (2.6%) случае выполнена четырежды, в 7 (9%) наблюдениях трижды. В 17 (21,8%) случаях выполнена пластика венозной вставкой. В 2 (2.6%) случае выполнено протезирование периферической артерии, протезирование плечевой артерии и протезирование НПА с переходом на ОБА. Общая летальность составила 33(37.2%) случаев от общего количества пациентов. Первичная ампутация выполнена в 11(14,1%) случаях, вторичная ампутация выполнена в 19 (24,4%) случаях. При первичной ампутации конечности летальность от тромботических осложнений при covid-19 выше, чем после тромбэктомии. Однако состояние пациентов усугублялось, и причиной смерти служил не тромбоз, не ампутация н/к и его осложнения, а дыхательная недостаточность (ДН), острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), тяжелый острый респираторный дистресс-синдром (ТОРДС). Заключение. При новой коронавирусной инфекции имеет место рост тромботических осложнений, летальность пациентов при развитии острой ишемии высокая, при критической ишемии летальность ниже. Индивидуальный подбор дозировки антикоагулянтной терапии, и их метода введения, существенно увеличивают вероятность выживания пациента. Так же имеет место по вышеуказанным данным, выполнять антеградную тромбэктомию как метод выбора при вовлечении в процесс тромбоза, артерий голени.

Распространенность и клиника ишемической болезни у реципиентов трансплантата почки

Ибадов Р.А., Зуфаров М.М., Ярбеков Р.Р., Бахритдинов Ф.Ш., Чернов Д.А.
Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Узбекистан

Распространенность и клиника ишемической болезни у реципиентов трансплантата почки Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является значимым фактором неблагоприятного течения периоперационного периода при трансплантации почки (ТП). Цель исследования: изучить распространенность и особенности клиники ИБС среди пациентов с терминальной стадией ХБП (ТСХБП) на этапе подготовки к ТП от живого родственного донора.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 650 пациентов, которым по поводу ТСХБП проведена ТП от живого родственного донора на базе ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за период с 2018 по 2022гг. Средний возраст больных составил $33,4 \pm 9,6$ лет, при этом преобладали лица молодого возраста (18-44 лет по классификации ВОЗ) – 541; 83,2%. Также исследовании преобладали пациенты мужского пола – $n=476$; 73,2%; женщин - $n=174$; 26,8%. Длительность ТСХБП в обследуемой группе составила $3,1 \pm 3,2$ года (макс. 19,58 лет; мин. 2 мес.). В большинстве случаев причиной развития ТСХБП являлся хронический гломерулонефрит $n=547$; 84,2%. Программный гемодиализ (ПГД) получали 565 (86,9%) пациентов, 85 (13,1%) находились на до диализной стадии заболевания.

Сосудистый доступ для проведения сеансов ПГД осуществлялся посредством артериовенозной фистулы (АВФ) ($n=507$; 89,7%) или центрального венозного катетера (ЦВК) ($n=58$; 10,3%). Выявление ИБС в исследуемой когорте проводилось на основе разработанного лечебно-диагностического алгоритма, включавшего сбор жалоб, анамнеза, данных ЭКГ, ЭхоКГ, тестов с физической нагрузкой, также по показаниям проводилась коронароангиография (КАГ) с последующим определением тактики реваскуляризации.

Результаты и их обсуждение. ИБС диагностирована у 54 (8,3%) пациентов. Средний возраст для данной группы пациентов составил $40,67 \pm 8,5$ лет, 50 (92,6%) мужчин, 4 (7,4%) женщины. Стабильная стенокардия напряжения I функционального класса (ФК, по классификации Канадской ассоциации кардиологов) выявлена в 32 (59,3%) случаях, ФК II – 15 (27,8%), ФК III – 5 (9,3%), ФК IV – 2 (3,7%) случаях. На перенесенный в анамнезе острый инфаркт миокарда указали 4 (7,4%) пациента, в 2 (3,7%) случаях выявлены постинфарктный кардиосклероз по данным ЭКГ, ЭхоКГ. Диагностическую КАГ выполнили у 7 пациентов. При этом у одного пациента признаков атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) не выявлено, отмечалось выраженное замедление кровотока, выставлен диагноз вазоспастическая стенокардия. В 5 (9,3%) случаях выявлено 1-2х сосудистое поражение, выполнена ангиопластика со стентированием КА, ТП выполнена

в плановом порядке через 3 месяца после реваскуляризации. В одном случае у пациента 47 лет, с 3х сосудистым поражением КА, стенозом (80%) ствола левой коронарной артерии (ЛКА) выполнена симультанная операция – аортокоронарное шунтирование (АКШ) 3х коронарных артерий, ТП от живого родственного донора. В двух случаях в группе пациентов с ФК II стенокардии в раннем послеоперационном периоде после ТП отмечалась клиника нестабильной стенокардии, купированная медикаментозно. Госпитальной летальности не отмечалось. Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высокой распространенности ИБС среди пациентов ТСХБП. Для данной группы пациентов характерен более молодой возраст в сравнении с общей популяцией больных. Проведение плановой диагностической КАГ у кандидатов ТП целесообразно в случае сохранения клиники ИБС на уровне III – IV ФК стенокардии. Тактика реваскуляризации при 1-2х сосудистом поражении не отличается от таковой в общей популяции, при тяжелом поражении коронарного русла, с вовлечением ствола ЛКА, клиникой стенокардии, неэффективности медикаментозного лечения возможно рассмотреть симультанную операцию АКШ + ТП как метод выбора тактики хирургического лечения.

Результаты рентгенэндоваскулярных и гибридных вмешательств в лечении осложненной формы синдрома «диабетическая стопа»

Дибиров М.Д.¹, Парфенов И.П., Гаджимурадов Р.У.¹, Хамитов Ф.Ф.², Струценко М.В.², Какубава М.Р.¹

¹МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ²Городская клиническая больница им. В. В. Вересаева ДЗМ.

Введение. У пациентов с КИНК и синдромом диабетической стопы (СДС) достаточно часто встречается комбинация поражения бедренно-подколенного и подколенно-берцового сегментов. Эндоваскулярные вмешательства обладают возможностью реваскуляризовать конечность на всех уровнях из малоинвазивного доступа, что очень важно при СДС, где преобладают дистальные формы поражения. В развитии критической ишемии и поражения дистального русла

Материал и методы. В нашей клинике за период с 2010 по 2022 годы были проведены эндоваскулярные вмешательства у 487 больных (в т.ч. гибридные у 114) больных с осложненными формами СДС на фоне критической ишемии. Средний возраст пациентов 65 лет (+3года). Первым этапом, в день поступления, выполняли широкое вскрытие и дренирование гнойных очагов с некрэктомией в пределах жизнеспособных тканей, местное лечение с

подключением вакуумтерапии, антибактериальная терапия. Окончательный объем вмешательства определялся по данным компьютерной ангиографии в соответствии с классификацией TASC II. Все пациенты, подвергшиеся гибриднему вмешательству, были типа D для инфраингвинального сегмента. Оптимальными сроками выполнения рентгенэндоваскулярной коррекции кровотока у данной категории больных считаем 1-2-е сутки после хирургической санации гнойного очага. У всех пациентов по данным МСКТ-ангиографии преобладал дистальный тип поражений. Сочетанное поражение бедренно-подколенного сегмента и голеностопного сегмента было у 195 пациентов (40%). У всех пациентов было трехсосудистое поражение голени. При гибридных операциях первым этапом проводили бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) под общей анестезией, аутовеной в 101 случаях (89%), в 13 (11%) - синтетическим протезом. Затем пациенты получали нагрузочную дозу антитромбоцитарной терапии, интраартериально вводился нефракционированный гепарин из расчета 50 ед на 1 кг массы тела. Через интродьюсер проводилась ангиография, оценивались анастомозы, шунт, его ход, степень поражения дистального русла. Далее проводилась реканализация артерий голени и стопы, с ангиопластикой. По окончании эндоваскулярного этапа, интродьюсер удалялся, затягивался кисетный шов. Результаты и обсуждение. Техническим успехом считали получение магистрального кровотока хотя бы по одной тиббиальной артерии с заполнением артерий стопы. В послеоперационном периоде отмечалось повышение ЛПИ до $0,87 \pm 0,16$. Средний койко-день 3-5 дней. У - 355 (72.9%) пациентов отмечен хороший эффект с активной эпителизацией трофических ран. У - 132 (27,1%) потребовались повторные вмешательства после отграничения некрозов, из которых в 17 (3,5%) случаях выполнена трансметатарзальная резекция стопы и в 12 случаях (2,5%) высокая ампутация на уровне голени. В 2 случаях (0,4%) развился острый тромбоз шунта. В 1 случае причиной явился перекут шунта, в другом диссекция в области дистального анастомоза. Пациентам с острым тромбозом шунта выполнена открытая коррекция кондуита, после которой проведена повторная ангиография с последующей ангиопластикой. В 2 случаях определялась эмболия в подколенную артерию - проведена эмболэктомия катетером Фогарти с ангиопластикой. В 1 случае, после проведенного БПШ и ангиопластики МБА, на 3-е сутки наступил острый тромбоз. Дважды выполнялась открытая тромбэктомия - без эффекта. В 1 случае, после выполнения ангиопластики подколенной артерии, была окклюзирующая спиралевидная диссекция куда был имплантирован стент. В 5 (1%) случаях наблюдались кровотечения разной степени из послеоперационных ран, что

потребовало повторного вмешательства у 4 (0,8%) пациентов. В 204 случаях (42%) выполнялось стентирование непротяженных окклюзий ПБА с последующей баллонной ангиопластикой артерий голени, у - 170 (35,3%) пациентов выполнена баллонная ангиопластика ЗБА, у - 120 (24,7%) баллонная ангиопластика ПБА и ЗБА, у 58 (12%) - малоберцовой артерии. В послеоперационном периоде в 4 случаях (1,2%) отмечалась пульсирующая гематома в месте пункции, выполнено ушивание пункционного отверстия, и у - 1 (0,2%) случае отмечен тромбоз стента, потребовавший проведения тромболитической терапии с положительным эффектом. Летальных исходов не было. В 1 случае у пациента в раннем п/о периоде диагностирован 2 тип инфаркта миокарда, проводилась консервативная терапия. этажность поражения занимает одну из ключевых позиций. Альтернативой «большой открытой» операции является гибридная хирургия, сочетающая в себе эндоваскулярный и традиционный сосудистый подход.

Комплексная программа в лечении больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей с сопутствующей ИБС

Исмаилов Х.М.

ГБУ РД "РКБ №2"

Актуальность. Достижениями современной клинической кардиологии и ангиохирургии в последние десятилетия позволяют надеяться на улучшение качества медицинской помощи больным облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) с ИБС. Поскольку используемые средства и различные технологии в лечении данной категории больных, еще до конца не решает проблему улучшения результатов комплексного лечения пациентов ОААНК с ИБС. Более того, применяемые лечебные средства и терапевтические мероприятия для улучшения регионарного и коронарного кровотока усложняет решения вопросов лечения данной категории больных, ибо требует одновременной их коррекции, что приводит к полипрагмазии. В этом отношении перспективным является использование разработанной комплексной программы в основе которого лежит совместное применение статинов, кардио-тропных препаратов и перфторуглеродов.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста ОААНК с ИБС путем комплексной их коррекции.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 90 больных с ОААНК на фоне сопутствующей ИБС в клинике общей хирургии и

госпитальной терапии №2 Даггосмедакадемии в возрасте от 61 до 92 лет (средний возраст - 69,2 года), находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице № 2 г.Махачкала с 2014-2022 гг. Критерием включения явилось наличие ОААНК с ИБС на фоне дистальных и многоэтажных (многоуровневых) поражений сосудистого русла, бесперспективных для выполнения хирургической реваскуляризации. По классификации Ф.Фонтане - А.В. Покровского вторую стадию ишемии имели - 34, третью - 50 и четвертую 6 больных. У 5,6% в начале исследования имелись трофические изменения на коже нижних конечностей в виде язв различной площади (2,4-4,3 см²) или некрозов пальцев стопы (1,4-5,5 см²). Длительность заболевания колебалась от одного года до 14 лет. До поступления в клинику 52 больных неоднократно лечились в других стационарах, в том числе и в специализированных сосудистых отделениях. В прошлом от 1 до 6 раз различные оперативные вмешательства перенесли 54 больных. Характерным явилось наличие у всех больных множественной сопутствующей патологии (на одного больного приходилось 5-8 различных хронических заболеваний). Так, симптомы поражения коронарных сосудов отмечены у всех 100% больных. На ЭКГ были зарегистрированы диффузные изменения миокарда, различные виды аритмий и ишемии сердечной мышцы у 83,3%. У 58 пациентов в анамнезе инфаркт миокарда. Гипертонической болезнью страдали 35,6% больных, из которых у 18 заболевание было обнаружено впервые.

Все больные, удовлетворяющие критериям включения, были разделены методом случайной выборки на две группы: основную (n=45) и контрольную (n=45). Пациенты контрольной группы получали лечение в виде традиционной терапии (дезагреганты, антикоагулянты, декстраны, трентал, актовегин, кардиотропные препараты и др.). Больные основной группы, наряду с традиционной терапией получали инфузии озонированного перфторана в дозе 3-4 мл/кг в/в капельно в течение 2-3 часа, №3, через два дня в сочетании с карведилолом 12,5 мг в сутки в 2 приема в течение 14 дней и розувастатина по 10 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель. При хорошей переносимости дозу карведилола повышали до 50 мг в два приема, а розувастатина - до 20 мг 1 раз в сутки. Больные были статистически достоверны между собой по основным исходным параметрам. Результаты. При оценке результатов лечения учитывались не только субъективные ощущения и клинические проявления, но и показатели лабораторных и специальных методов исследования, в том числе с включением ультразвуковых методов исследований сосудов нижних

конечностей, холтеровского мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. Кроме того, учитывалась динамика ишемических проб и симптомов.

Результаты лечения оценивали как «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный». Хорошим считался результат, когда у больного под воздействием лечения уменьшались или полностью проходили боли в покое (без ампутации) и удавалось перевести из III степени ишемии во II-ю, а из II - в I степень. Удовлетворительным считался результат, когда у больного удавалось ограничиваться минимальным хирургическим вмешательством типа ампутацией пальцев стопы. Неудовлетворительный результат лечения признавался, когда у больных комплексное лечение с минимальным хирургическим вмешательством оказалось неэффективным и им выполнялись ампутации конечности на уровне средней трети бедра. В результате анализа проведенного лечения лучшие исходы отмечены в основной группе. Всего положительные (хорошие и удовлетворительные) исходы получены у 43 (95,6%) больных, а отрицательные (неудовлетворительные) - у 2 (4,4%). В контрольной группе соответственно: 39 (86,7%) и 6 (13,3%).

Сравнительный анализ результатов лечения показывает, что в основной группе больных процент положительных исходов выше, чем в контрольной и составляет 95,6%.

Выводы. Применение в комплексе лечения больных ОААНК с ИБС инфузий озонированного перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином позволяет улучшить клиническое течение заболевания, центральную и регионарную гемодинамику, микроциркуляцию и исходы их лечения.

Гибридные и традиционные методы хирургического лечения подвздошно-бедренного сегмента при поражении путей оттока

Фаталиев Г.Б.

ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ.

Введение. Гибридные и традиционные методы хирургического лечения подвздошно-бедренного сегмента при поражении путей оттока.

Цель. Сравнение ближайших и отдаленных результатов открытого, эндоваскулярного и гибридного методов лечения подвздошных артерий и путей оттока – артерий ниже паховой складки.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов 205 оперативных вмешательств на подвздошно-бедренном сегменте, выполненных в период с 2014 по 2018 год в отделении сосудистой хирургии ГКБ им С.П. Боткина. В зависимости от объема выполненной операции пациенты были разделены на

2 группы: первую группу составили 129 пациентов, которым было выполнено стентирование подвздошных артерий и реконструкция путей оттока (бедренные артерии); вторую группу составили 76 пациентов, которым коррекция путей оттока не выполнялась (28 случаев подвздошно-бедренного шунтирования и 48 случаев изолированного стентирования подвздошных артерий). Сравнимые группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, характеру поражения подвздошных артерий по классификации TASC II, состоянию путей оттока в баллах по Rutherford, степени ишемии конечности до операции и уровню лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Клиническая эффективность после операции оценивалась на основании динамики дистанции безболевой ходьбы и ЛПИ, а также изменении клинического статуса по шкале Rutherford. Отдаленные результаты оценены по показателям первичной проходимости и сохранению конечности в течение 12 месяцев после операции.

Результаты. Достичь полного купирования ишемии (+3 балла по шкале Rutherford) удалось достичь у 42 (32,8%) пациентов в первой группе и 6 (7,9) пациентов во второй группе. Изменение статуса, оцененное как +2 балла, отмечено у 79 (61,7%) и 55 (72,4%) пациентов в первой и второй группе соответственно. Минимальное улучшение (+1 балл по шкале Rutherford) отмечено у 6 (4,7%) пациентов в первой группе и 15 (19,7%) во второй группе. Различия по данным показателям в пользу гибридных вмешательств были статистически значимы ($p < 0,001$). Периоперационные осложнения оценивались как специфичные для эндоваскулярных и открытых вмешательств. При сравнении количества осложнений между группой гибридных и традиционных вмешательств статистически значимых различий выявлено не было. При сравнении количества раневых осложнений между подвздошно-бедренным шунтированием и гибридными вмешательствами, отмечена тенденция к увеличению в группе подвздошно-бедренных шунтирований (4,7% против 10,7%), однако различия также не достигли статистической значимости ($p = 0,202$). В то же время в группе гибридных вмешательств отмечена статистически значимо меньшая медиана продолжительности операции и интраоперационной кровопотери ($p < 0,001$). При сравнении отдаленных результатов (до 12 месяцев) кумулятивная первичная проходимость в первой и второй группе составили 91,6% и 91,9% соответственно ($p = 0,912$); сохранность конечности 98,3% и 100% соответственно ($p = 0,164$).

Выводы. Гибридные методы лечения при поражении подвздошно-бедренного сегмента, включающие эндоваскулярную коррекцию подвздошных артерий и открытую реконструкцию артерий ниже паховой складки, обеспечивают

более полное купирование ишемии оперированной конечности, при сопоставимой частоте развития осложнений в периоперационном периоде и отдаленных результатах.

Применение РЧО ствола большой подкожной вены и «классической» комбинированной флебэктомии в комплексном хирургическом лечении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей

Дибиров М.Д., Шиманко А.И., Волков А.С., Швыдко В.С., Тюрин Д.С., Парфентьев Э.А.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Цель исследования. Сравнение результатов применения РЧО ствола большой подкожной вены (БПВ) и «классической» комбинированной флебэктомии у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

Материал и методы. Проведено сравнительное многоцентровое исследование — анализ историй болезни 460 пациентов, оперированных с варикозной болезнью нижних конечностей в период с 2015 по 2022 г. в ФГБУ «ОБП» Управления делами Президента РФ и ГКГ МВД России. 230 пациентам была проведена РЧО ствола БПВ на базе в ФГБУ «ОБП» РФ и 230 пациентам была проведена «классическая» комбинированная флебэктомия в современной интерпретации на базах ФГБУ «ОБП» РФ и ГКГ МВД России. При выполнении РЧО, помимо облитерации ствола БПВ всем пациентам произведена одномоментная минифлебэктомия расширенных притоков магистральных подкожных вен на голеньях по Мюллеру. Кроме общепринятых критериев отбора пациентов для проведения оперативных вмешательств, были использованы дополнительные ультразвуковые критерии выбора оперативного пособия по данным Цветного дуплексного сканирования (ЦДС) венозной системы нижних конечностей. Выбор вида оперативного вмешательства производился с учётом диаметра ствола БПВ, наличия приустьевых эктазий, линейности хода и глубины залегания ствола БПВ, наличия и локализации крупных несостоятельных приустьевых притоков и перфорантных вен, особенностей анатомического строения сафенофеморального соустья.

Результаты. Благодаря ранее отработанным оптимальным параметрам РЧО и технике «классической» комбинированной флебэктомии в её современной миниинвазивной интерпретации, а также строгому соблюдению дополнительных ультразвуковых критериев отбора пациентов для проведения термооблитерационных методик, нам удалось достичь окклюзии

целевой вены в 100% случаях после проведения РЧО на протяжении 12ти-месячного наблюдения. Через 1 год при ЦДС после выполнения РЧО у 215 пациентов (93.5%) визуализировать ствол БПВ не удалось, а в 15 (6.5%) случаях отмечена полная облитерация ствола. Отдалённые результаты проведенного сравнительного исследования использования РЧО и современной «классической» комбинированной флебэктомии показали схожие результаты лечения на сроке наблюдения до 1 года. Осложнений и клинически значимых побочных эффектов не зафиксировано в обеих группах. Оба метода демонстрируют хорошие клинические и эстетические результаты в комплексном хирургическом лечении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей при минимальном количестве побочных эффектов и осложнений в случае строгого соблюдения основных и дополнительных ультразвуковых критериев отбора пациентов.

Вывод. РЧО ствола БПВ и современная «классическая» комбинированная флебэктомия позволяют получать хорошие клинические и эстетические результаты у больных с варикозной болезнью нижних конечностей при минимальном количестве осложнений и побочных эффектов при соблюдении дополнительных ультразвуковых критериев выбора оперативного вмешательства. Статистически значимой разницы между группами по изменению качества жизни (опросник CIVIC-20) и тяжести заболевания (клиническая шкала VCSS) через 12 месяцев после проведенного оперативного вмешательства не установлено, хотя эстетическая удовлетворённость результатами вмешательства в группе РЧО была выше. Таким образом, не смотря на широкое распространение термооблитерационных методик лечения, «классическая» комбинированная флебэктомия в современной интерпретации, нисколько не утратила своего значения и должна применяться в комплексном хирургическом лечении больных с ВБНК.

Экспериментальное обоснование применения биосовместимого имплантата «НЕМОВЕН МД» при геморрагическом трахеобронхите
Ибадов Р.А., Садыков Р.А., Арифжанов А.Ш., Ибрагимов С.Х., Азизова Г.М., Мардонов Ж.Н.

Государственное учреждение "Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова", Узбекистан

Актуальность. Вентилятор-ассоциированные инфекции нижних дыхательных путей являются одним из наиболее частых осложнений у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких. Вентилятор-ассоциированный трахеобронхит уже много лет считается заболеванием, которое не требует лечения антибиотиками. Особенно остро данная проблема рассматривается при развитии эрозивно-геморрагических повреждений слизистой трахеобронхиального дерева, когда применение физических и химических способов гемостаза с одной стороны, сопряжено с негативными последствиями (асептический некроз, перфорации), с другой стороны, невыполнимо из-за анатомических особенностей и возможностей лечебно-диагностической аппаратуры.

Цель исследования: изучение эффективности новой формы локального гемостатического средства «НЕМОВЕН МД» на экспериментальной модели повреждения слизистой трахеи.

Материал и методы. Проведены эксперименты (на 10 беспородных собаках и 2-х свиней, весом от 12 до 25 кг) по моделированию повреждения слизистой трахеи. На поврежденный участок трахеи нанесен «НЕМОВЕН МД» – биоразлагаемый поликомпозиционный имплантат на основе карбоксиметилцеллюлозы, связанной с ионами кальция, во взаимодействии с оксицеллюлозой и наноцеллюлозой (Регистрационное удостоверение №ТВ/М 00539/03/22 от 4 марта 2022 года). Биоматериалы, полученные от экспериментальных животных после операции, исследовали на 3 и 7 сутки. Оценка макроскопической картины включала визуальное состояние пораженной области, кровотечение или признаки остановки. Далее проведена оценка гистологических изменений, окрашиванием гематоксилином и эозином под световой микроскопией. Учитывались параметры полуколичественной оценки числа и распределения клеток, характеризующих воспалительный процесс, таких как полиморфноядерные нейтрофилы, лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, эозинофилы и многоядерные клетки.

Результаты и их обсуждение. На 3-и сутки эксперимента поврежденные поверхности покрыты блестящими, однородными малозаметными тонкослойными фрагментами, с выраженными процессами пролиферации. При микроскопическом исследовании также прослеживалась картина асептического воспаления и признаки продолжающегося активного репаративно-регенеративного процесса с отчетливым проявлением фибробластной трансформации. Также отмечалась инфильтрация гистоцитов и макрофагов в разных слоях раневой поверхности. На 7-е сутки более глубокие раневые поверхности покрыты тонкой соединительной тканью

розового цвета. Область раны блестящая. При микроскопическом исследовании отчетливо видны признаки полной регенерации. При этом произошла перестройка всех слоев, и все слои восстановили свою гистофункцию. Применение гемостатического препарата «НЕМОВЕН МД» на раневую поверхность трахеи при экспериментальном моделировании, в ранние сроки выявили тенденцию лакунарного скопления форменных элементов крови под поверхностью образованной плёнки, с последующей фрагментацией до полной её резорбции тканевыми макрофагами и репарацией поврежденной ткани слизистой трахеи к 7 суткам.

Выводы и рекомендации. В ходе экспериментальных исследований (*in vitro* и *in vivo*) была доказана высокая адгезивность покрытия «НЕМОВЕН МД» к биологической ткани с достаточным гемостатическим эффектом и улучшением регенераторных процессов в зоне повреждения. Определено, что на фоне пролонгированной фиксации предложенного имплантата «НЕМОВЕН МД» к зоне травмы слизистой трахеи при ее экспериментальном повреждении, за счет минимальных асептических воспалительных проявлений не происходит формирования локальных инфильтратов с активацией развития дегенеративно-деформирующих орган процессов.

Интенсивная терапия дыхательной недостаточности после обширных операций на легких

Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Ибрагимов С.Х., Тургунов Б.Ф.

Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Узбекистан

Актуальность. Известно, что у больных с хирургическими заболеваниями легких альтернативность плана обследования, правильный выбор вида операции и ее выполнение дают возможность уменьшить осложнения различного генеза. Несмотря на высокую частоту послеоперационных осложнений, пневмонэктомия считается важной альтернативной тактикой лечения больных диссеминированным раком легкого. Независимо от состояния больного, процесс лечения в реанимационном отделении затруднен, тяжелые последствия иногда могут закончиться летальным исходом. Следует отметить, что при наблюдении ОРДС он приводит к тяжелым клиническим состояниям и во многих клинических случаях пациенту требуется инвазивная респираторная поддержка.

Материал и методы. Мы провели ретроспективный и проспективный анализ 193 историй болезни пациентов, перенесших обширные операции на легких в период с 2015 по 2022 год. Оценены особенности интенсивной терапии больных и тактика лечения, разработанная и реализуемая в нашем отделении. Зарегистрированы следующие осложнения: нарушения ритма сердца (14%; 27 из 193), операционные осложнения (3,1%; 6 из 193), кровотечение (3,6%; 7 из 193), послеоперационная пневмония (2,1%; 4 из 193), сердечная недостаточность (1,6%; 3 из 193), сепсис (1,6%; 3 из 193), полиорганная недостаточность наблюдалась в (1,0%; 2 из 193) случаях. По результатам наших исследований частота ОРДС составляет 7,4% (14 из 193). Среди пациентов с постпневмонэктомическим ОРДС хирургические осложнения было 28,6% (4 из 14), кровотечений 28,6% (4 из 14), послеоперационной пневмонии 21,4% (3 из 14), сердечной недостаточности 50% (7 из 14), сепсиса 21,4% (3 из 14), полиорганной недостаточности 21,4% (3 из 14).
Результаты и их обсуждение. 27 (13,9%) из 193 пациентов, перенесших операцию на легких, были повторно интубированы, из них у 14 (7,4%) пациентов отмечался ОРДС. Смерть наблюдалась у 3 (21,4%) больных с ОРДС. Средняя продолжительность пребывания больных в реанимационном отделении увеличивается с 12 до 336 часов. В нашем отделении разработаны и внедрены в практику алгоритмы лечения ОРДС с учетом тяжелых осложнений. Это мультимодальная анальгезия, защитная вентиляция легких у больных в послеоперационном периоде, включая назначение сбалансированной инфузионной терапии и нутритивной поддержки (раннее начало энтерального питания).
Заключение. ОРДС считается тяжелым осложнением, наблюдаемым в раннем периоде после операции на легких. Учитывая высокие показатели смертности, несмотря на применение современных достижений медицины, требуется разработка новых алгоритмов лечения.

Результаты рентгенэндоваскулярных и гибридных вмешательств в лечении осложненной формы синдрома «диабетическая стопа»

Дибиров М.Д.¹, Парфенов И.П.², Гаджимурадов Р.У.¹, Хамитов Ф.Ф.², Струценко М.В.², Какубава М.Р.¹

¹МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ²Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева ДЗМ.

Введение: У пациентов с КИНК и синдромом диабетической стопы (СДС) достаточно часто встречается комбинация поражения бедренно-

подколенного и подколенно-берцового сегментов. Эндоваскулярные вмешательства обладают возможностью реваскуляризировать конечность на всех уровнях из малоинвазивного доступа, что очень важно при СДС, где преобладают дистальные формы поражения. В развитии критической ишемии и поражения дистального русла этажность поражения занимает одну из ключевых позиций. Альтернативой «большой открытой» операции является гибридная хирургия, сочетающая в себе эндоваскулярный и традиционный сосудистый подход.

Материал и методы: В нашей клинике за период с 2010 по 2022 годы были проведены эндоваскулярные вмешательства у 487 больных (в т.ч. гибридные у 114) больных с осложненными формами СДС на фоне критической ишемии. Средний возраст пациентов 65 лет (± 3 года). Первым этапом, в день поступления, выполняли широкое вскрытие и дренирование гнойных очагов с некрэктомией в пределах жизнеспособных тканей, местное лечение с подключением вакуумтерапии, антибактериальная терапия. Окончательный объем вмешательства определялся по данным компьютерной ангиографии в соответствии с классификацией TASC II. Все пациенты, подвергшиеся гибриднему вмешательству, были типа D для инфраингвинального сегмента. Оптимальными сроками выполнения рентгенэндоваскулярной коррекции кровотока у данной категории больных считаем 1-2-е сутки после хирургической санации гнойного очага. У всех пациентов по данным МСКТ-ангиографии преобладал дистальный тип поражений. Сочетанное поражение бедренно-подколенного сегмента и голеностопного сегмента было у 195 пациентов (40%). У всех пациентов было трехсосудистое поражение голени. При гибридных операциях первым этапом проводили бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) под общей анестезией, аутовеной в 101 случаях (89%), в 13 (11%) – синтетическим протезом. Затем пациенты получали нагрузочную дозу антитромбоцитарной терапии, интраартериально вводился нефракционированный гепарин из расчета 50 ед на 1 кг массы тела. Через интродьюсер проводилась артериография, оценивались анастомозы, шунт, его ход, степень поражения дистального русла. Далее проводилась реканализация артерий голени и стопы, с ангиопластикой. По окончании эндоваскулярного этапа, интродьюсер удалялся, затягивался кисетный шов. Результаты и обсуждение: Техническим успехом считали получение магистрального кровотока хотя бы по одной тиббиальной артерии с заполнением артерий стопы. В послеоперационном периоде отмечалось повышение ЛПИ до $0,87 \pm 0,16$. Средний койко-день 3-5 дней. У - 355 (72,9%) пациентов отмечен хороший эффект с активной эпителизацией трофических ран. У – 132 (27,1%) потребовались повторные вмешательства после

отграничения некрозов, из которых в 17 (3,5%) случаях выполнена трансметатарзальная резекция стопы и в 12 случаях (2,5%) высокая ампутация на уровне голени. В 2 случаях (0,4%) развился острый тромбоз шунта. В 1 случае причиной явился перекрыт шунта, в другом – диссекция в области дистального анастомоза. Пациентам с острым тромбозом шунта выполнена открытая коррекция кондуита, после которой проведена повторная ангиография с последующей ангиопластикой. В 2 случаях определялась эмболия в подколенную артерию – проведена эмболэктомия катетером Фогарти с ангиопластикой. В 1 случае, после проведенного БПШ и ангиопластики МБА, на 3-е сутки наступил острый тромбоз. Дважды выполнялась открытая тромбэктомия – без эффекта. В 1 случае, после выполнения ангиопластики подколенной артерии, была окклюзирующая спиралевидная диссекция куда был имплантирован стент. В 5 (1%) случаях наблюдались кровотечения разной степени из послеоперационных ран, что потребовало повторного вмешательства у 4 (0,8%) пациентов. В 204 случаях (42%) выполнялось стентирование непротяженных окклюзий ПБА с последующей балонной ангиопластикой артерий голени, у – 170 (35,3%) пациентов выполнена балонная ангиопластика ЗББА, у – 120 (24,7%) балонная ангиопластика ПББА и ЗББА, у 58 (12%) - малоберцовой артерии. В послеоперационном периоде в 4 случаях (1,2%) отмечалась пульсирующая гематома в месте пункции, выполнено ушивание пункционного отверстия, и у – 1 (0,2%) случае отмечен тромбоз стента, потребовавший проведения тромболитической терапии с положительным эффектом. Летальных исходов не было. В 1 случае у пациента в раннем п/о периоде диагностирован 2 тип инфаркта миокарда, проводилась консервативная терапия.

Заключение. Таким образом, применение рентгенэндоваскулярных и гибридных вмешательств достоверно снижает число высоких ампутаций, повторных вмешательств на стопе и длительность пребывания больных в стационаре у больных с осложненной формой СДС и критической ишемией нижних конечностей.

Атеросклероз- гибридный подход в лечении

Джанаев М.З. Меджидов Р.Т. Курбанисмаилова Р.Р.

ГБУ РД ГKB г.Махачкала

Введение: В современной медицине все больше внимание уделяется в подходе в лечении пациентов с артериальной патологией – гибридной хирургии. Особенно актуально в одном лице эндоваскулярный хирург,

сосудистый хирург, выполнение УЗИ оперирующим хирургом. классический хирургический подход, когда воздействие на сосуд осуществляется прямым путём с помощью хирургических инструментов под контролем глаза, рентгенэндоваскулярный подход, когда сосуд подвергается воздействию дистанционно с помощью специальных проводников, катетеров, баллонов и т. д. под рентгеновским контролем. Хирург владеющий навыками узиста улучшает качество получаемой пациентом помощи, как в диагностике так и процессе выбора методики вмешательства, а так же уменьшает риски осложнений повышая качество получаемой помощи.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 32 пациентов за 2023 год с артериальной патологией, хроническая артериальная недостаточность и критическая ишемия конечности. Из 32 пациентов лечение по направлению гибридный подход в лечении получили 5 (15,6%) пациентов. У данных пациентов имелось многоуровневое поражение артериального русла, поражение на уровне подвздошных артерий и артерий н/к. Первым этапом было выполнено вмешательство на уровне подвздошных артерий, вторым этапом на уровне бедренных артерий и артерий голени. Клинические случаи предоставляются. Первым этапом мы вмешивались на уровне подвздошных артерий, РЭД или стентирование ОПА, НПА, вторым этапом переводя пациента в операционную проводили шунтирующую операцию, полностью снимаю признаки критической ишемии конечности. Результаты и их обсуждение. Пациенты получившие лечение в формате гибридной хирургии активизированы на следующий день после оперативного вмешательства. Следует отметить контроль над пациентом врача, клиническое мышление, навыки оператора, исполнителя оперативного вмешательства, и контроль пациента в п/о периоде под контролем УЗИ повышает эффективность проведенной операции, уменьшает риски в п/о периоде и прогнозирует возможные осложнения в п/о периоде. Все 5 случаев гибридного подхода в лечении пациента проведены одним врачом, этап эндоваскулярного лечения, этап шунтирования и контроль УЗИ в п/о периоде. Так же следует отметить роль УЗИ и обладание навыков врача во владении УЗИ. При отсутствии пульсации на уровне бедренных артерий, УЗИ играет большую роль в пункции артерии. Не слепое прокалывание не пульсирующей артерии, а прицельная пункция артерии исключая повреждение нерва и венозного русла, уменьшая риск тромбоза венозного русла и вероятного возникновения АВ свища.

Заключение. Учитывая развитие медицины, в современных реалиях тенденция в развитии непременно требует гибридный подход в лечении пациентов, а именно совокупности навыков оперирующего хирурга в эндоваскулярной

хирургии, сосудистой хирургии совмещенные с навыками узиста. Особенно это касается в таких центрах где тиеются РСЦО и ПСО. Так как не все эндоваскулярные хирурги являются сосудистыми хирургами, да и без навыков хирурга. Где в зачастую необходимо бороться с осложнениями в п/о периоде.

Циркулярная резекция трахеи- радикальный метод лечения респираторно-пищеводных свищей

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Гасанов А.М., Магомедов С.З., Магомедов А.А., Бабаев М.Р., Масуев М.А., Пирмагомедов М.Ш, Рамазанова Б.М. ГБУ РД «РКБ» им.А.В.Вишневого, отделение торакальной хирургии и онкологии, Махачкала, Россия

Актуальность. Лечение больных с респираторно-пищеводными свищами остается одной из сложных проблем в торакальной хирургии несмотря на постепенное улучшение диагностических возможностей и оперативной техники. Сложность эта обусловлена тяжестью клинических проявлений самого свища, возникающими в последующем грозными осложнениями, тяжестью и характером предшествующих заболеваний, травм, и обреченностью больных без хирургического вмешательства. Вместе с тем операции по поводу респираторно-пищеводных свищей часто сопряжена тяжелыми осложнениями и высокой летальностью, которая может достигать до 10-15 %.

В отделении торакальной хирургии РКБ г.Махачкала за последние 20 лет нами наблюдались 34 пациента с респираторно-пищеводными свищами. Из них 25 пациентов с трахео-пищеводными свищами, в том числе у 1 пациента рецидивный трахеопищеводный свищ после операции в детском возрасте по поводу врожденного трахео-пищеводного свища, у 7 пациентов свищ развился на фоне распространенного рака трахеи с прорастанием пищевода и распадом; 2 пациента с бронхо-пищеводными свищами, в том числе у 1 на фоне легочных проявлений болезни Бехчета в виде хронического абсцесса нижней доли левого легкого.

Этиология приобретенных респираторно-пищеводных свищей разнообразна, основ-ным фактором при наших наблюдениях была механическая травма (25 (73,5%) случаев), запущенные опухоли пищевода и трахеи (7 (20,6%) случаев), в редких случаях хими-ческий ожог пище-вода (1 (2,9%) случай), абсцедирующая пневмония (1(2,9%) случай).

Патогенез респираторно-пищеводных свищей определяется в основном этиологией, но ведущими факторами являются воспаление и некроз. Клинические проявления респираторно-пищеводных свищей разнообразны, определяются проявлениями самого свища, заболеваниями, травмами, на фоне чего развился свищ, последующими осложнениями. Основным и постоянным симптомом наличия свища является поперхивание при приеме жидкости, пищи, сопровождающееся кашлем с мокротой, в которой имеются примеси съеденной пищи, жидкости, крови. Другие проявления респираторно-пищеводных свищей проявляются в той или иной степени и непостоянны.

Большую диагностическую ценность представляют эндоскопические и рентгенологические методы исследования по выявлению свища. При этом, учитывая клинические проявления и анамнестические данные, диагноз выставляется без особых затруднений.

Эндоскопически свищ был диагностирован у 32 пациентов, при этом выявление устья свища облегчалось введением в пищевод растворов красителей, у 2 пациентов - при МРТ. Компьютерная и магнитно-резонансная томографии помогают в оценке состояния свища, прилежащих органов и тканей, что облегчает в выборе тактики и доступа оперативного вмешательства.

Определение тактики лечения респираторно-пищеводных свищей является сложной проблемой. Спонтанного заживления свища не наблюдается. Консервативное лечение дает временный эффект, облегчает состояние больного, уменьшает риск тяжелых осложнений.

Поэтому в лечении респираторно-пищеводных свищей основным методом является хирургическое вмешательство.

Хирургические операции, проводимые по поводу респираторно-пищеводных свищей, делили на паллиативные и радикальные. Паллиативные операции проведены 8 пациентам как подготовительный этап к радикальному хирургическому лечению, 7 - как единственно возможная помощь по поводу распадающихся с прорастанием в пищевод (или наоборот) опухолей трахеи (или пищевода).

Радикальные хирургические вмешательства выполнены 19 пациентам.

Радикальная операция состоит в разобщении патологического соустья между дыхательными путями и пищеводом. Дефект трахеи, бронхов закрывали однорядным швом через все слои, для ликвидации дефекта пищевода - 2- или 3-рядный шов. Основным моментом хирургической тактики после ушивания дефектов в трахее или бронхе и пищеводе является разобщение линий швов на этих органах. Для этого линию швов на пищеводе укрывают лоскутом

париетальной плевры, перикарда на ножке, кивательной или межреберной мышцей, с их подшиванием непосредственно по линии швов или вокруг них, либо производят ротацию пищевода.

Оперативными доступами были использованы: цервикотомия слева у 14 пациентов, боковая торакотомия слева у 1 пациента, при этом в последнем случае объем оперативного вмешательства был расширен нижней лобэктомией легкого, у 2 пациентов объем операции расширен трахеопластикой с установкой Т-образной трубки по поводу рубцово-грануляционной стриктуры шейно-верхнегрудного отдела трахеи, 2 пациентам проведены разобщения свищей с циркулярной резекцией трахеи, ввиду появляющихся после разобщения рубцовых стриктур в зоне разобщенного свища

В ранний послеоперационный период у 1 пациента наблюдался шейный пищеводно-кожный свищ, который закрылся консервативными мероприятиями.

Отдаленное послеоперационное состояние хорошее у 15 пациентов, удовлетворительное - у 3, которым по поводу умеренно выраженного стеноза пищевода на уровне ликвидации свища проводились сеансы баллонной дилатации.

Полученные результаты лечения больных свидетельствуют о том, что хирургическая тактика при респираторно-пищеводных свищах является методом выбора.

В последнее время внедрены циркулярные резекции трахеи в зоне свища с ушиванием дефекта пищевода двухрядным швом, что считаем более приемлемым методом, ввиду наблюдавшихся рубцовых стриктур трахеи после разобщений трахеопищеводных свищей.

Результаты хирургического лечения токсического зоба

Абдулхаликов А.С., Тучалова А.Т.

Дагестанский Государственный Медицинский Университет, кафедра Госпитальной хирургия №1

Актуальность. Токсический зоб (ТЗ) считается одним из наиболее тяжелых заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), несущий за собой массу осложнений для больного. Частота ТЗ среди других заболеваний ЩЖ, по данным разных авторов, колеблется от 8,2% до 36,8%.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения ТЗ.

Материалы и методы: Анализированная группа состояла из 481

прооперированного пациента с ТЗ, из них мужчин – 69, женщин – 412.

Диффузно-токсический зоб отмечен у 443 пациентов, токсическая аденома – 32 пациента, 6 пациентов – рецидив ТЗ. Показаниями к госпитализации считали: наличие токсического зоба больших размеров, тиреотоксикоз тяжелой степени, отсутствие стойкого эффекта от длительной консервативной терапии.

Помимо стандартных клинико-биохимических исследований, исследования гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т4СВ, АТ-р-ТТГ), при наличии узлов в щитовидной железе - тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), сканирование ЩЖ, ЭКГ, холтеровское мониторирование, УЗИ сердца, нейромонитор Inomed C-2. Основной задачей предоперационной подготовки этой категории больных считаем – достижение эутиреоидного состояния, коррекция осложнений ТЗ. В комплекс этих мероприятий входят: тиреостатики (мерказолил), дезинтоксикационная терапия, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы, при наличии мерцательной аритмии по показаниям - электроимпульсная терапия, послеоперационный контроль паратгормона и ларингоскопия.

Результаты и выводы: Всем пациентам операция выполнена под эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях произведена тотальная тиреоидэктомия под контролем возвратного нерва с помощью нейромонитора. В трех случаях ввиду недостаточной эффективности интенсивной комплексной терапии, с целью снижения основного обмена, мы были вынуждены выполнить операцию под гипотермией (t° в пищеводе - 32°C).

Сопутствующие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, опасность тиреотоксического криза, а также диффузного кровотечения у этих больных требует кардиореанимационной поддержки. Поэтому всех оперированных пациентов переводим в кардиореанимационное отделение на необходимый срок для наблюдения и продолжения интенсивного лечения. В двух случаях на вторые сутки после операции манифестированы признаки гипопаратиреоза, которые купированы введением препаратов кальция и в дальнейшем самопроизвольно прошли. В 4 случаях послеоперационный период осложнился тиреотоксическими кризами, которые удачно купированы. В одном случае отмечено нарастание подкожной гематомы, рана расшита, кровотечение остановлено. В одном случае – инфильтрат в области раны.

Послеоперационные осложнения – 1,2%, летальных исходов – 0 %.

Малоинвазивные подходы к лечению спонтанного пневмоторакса

Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х.,
Кафедра госпитальной хирургии №2 Дагмедуниверситета, г.Махачкала

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных со спонтанным пневмотораксом путем оптимизации подходов к его диагностики и лечению.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 153 больных со спонтанным пневмотораксом, находившихся на лечении в торакальном отделении РКБ с 2013 по 2022 годы. Причинами возникновения спонтанного пневмоторакса служили истинные и ложные кисты - у 71 человек, кистозная дегенерация легких – у 46, острые воспалительные заболевания легких – у 13, опухоли – у 6, отрыв плевральной спайки – у 4. В 13 случаях причины заболевания не удалось установить. Правосторонний пневмоторакс был у 87 больных, левосторонний – у 56, двусторонний – у 10 человек. Полный коллапс легкого выявлен у 105 больных, частичный – у 26, напряженный пневмоторакс наблюдался у 14 больных, хронический пневмоторакс – у 8 человек. Спонтанный пневмоторакс сочетался с гидротораксом в 33 случаях, пиотораксом - в 21 случаях и гемотораксом – в 7.

Больные обследовались по единой схеме, включавшей клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также рентгенографию в стандартных проекциях и компьютерную томографию на до- и послеоперационном этапах.

Лечение пациентов в торакальном отделении РКБ с первым эпизодом пневмоторакса включало пункции у 37 человек; дренирование плевральной полости с активной аспирацией – у 93 человек. Пациенты разделены на 2 группы.

Результаты. Первой группе больных (44 пациентов) при поступлении выполняли видеоторакоскопию, диатермокоагуляцию булл спаек, индуцировали плевродез доксициклином с дренированием полости плевры и аспирацией ее содержимого. При неэффективности проводимого лечения пациентам выполняли торакотомию и, как правило, атипичную резекцию легкого. Выполнено 20 клиновидных и краевых резекций легких, 18 лигирований или прошивание булл, 3 коагуляции булл и 3 плевродезов при невыявленном источнике пневмоторакса.

Выявлены следующие осложнения: подкожная эмфизема – у 4 (9,1%), нагноение послеоперационной раны – у 3 (6,8%), остаточные полости с ограниченным плевритом у 7-х (15,9%) больных, у одного больного с исходом в эмпиему плевры. Средний койко-день составил $21 \pm 3,6$ суток.

Во второй группе исследований 109 пациентам выполнялись торакоскопические вмешательства (у 75% видеоассистированные) с резекцией и прошиванием буллезно-измененного легкого, плеврэктомией и коагуляцией тканей.

Осложнения в виде подкожной эмфиземы – у 5 (4,6%), нагноение послеоперационной раны – у 3(2,8%); остаточные полости с ограниченным плевритом у 8-ми (7,3%) больных. Средний койко-день составил 15±2,7 суток.

Выводы. Применяемая хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе, с внедрением торакоскопических операций для лечения пациентов на современном этапе позволяет эффективно решить данную проблему. Приведенные результаты лечения спонтанного пневмоторакса различного генеза позволяет четко аргументировать показания и выбор оптимальных сроков оперативного пособия при спонтанном пневмотораксе.

Хирургическая эндокринология в Дагестане

Магомедов А.Г., Абдулхаликов А.С., Рабаданов Ш.Х., Джалилов А.М. Кафедра госпитальной хирургии №1 ДГМУ, ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» им. А. В. Вишневого, ООО «Диагностический центр» (Астрамед), Махачкала

Введение. До 1996 года пациенты с заболеваниями эндокринной системы оперировались в общехирургических стационарах Республики Дагестан. В связи с высокой летальностью при зобе (1%) и высоким уровнем послеоперационных осложнений (12,5%), начали бить тревогу, видные хирурги Дагестана, проф. А. И. Хамидов и проф. С. Д. Атаев (1994) Проанализировав сложившуюся ситуацию по зобу – частному разделу хирургической эндокринологии проф. Магомедов А.Г. (1995) пришел к выводу, что в доле осложнений и смертельных исходов при операции на щитовидной железе лежат издержки в организации анестезиолого – реанимационной, хирургической (операции выполнялись в общехирургических стационарах) служб. На третьем месте оказалась плохая подготовка больных к операции, особенно с токсическим зобом. Учитывая проблемы и большое количество больных с эндокринной патологией в Республике Дагестан было принято решение, Министром здравоохранения РД И.М. Ибрагимовым, открыть отделение хирургической эндокринологии в РКБ (1996). Нами были разработаны принципы функционирования этого отделения (20 коек).

Цель. Показать возможности отделения хирургической эндокринологии организованного в крупной многопрофильной больнице в регионе зубной эндемии.

Результаты. Открытие отделения хирургической эндокринологии (узкая специализация хирургии) с применением современных малоинвазивных технологий, интраоперационной гипотермии и нейромониторирования позволила снизить уровень послеоперационных осложнений до 1,4% и летальности до 0,02%, кроме этого были внедрены и освоены некоторые оперативные вмешательства на органах эндокринной системы (тиреоидэктомия, паратиреоидэктомия, адреналэктомия, тимомтимэктомия, операции на половых железах, в том числе при гермафродитизме).

В 2013 году за «Организацию и достижения хирургической эндокринологии Дагестана», коллектив под руководством профессора А.Г. Магомедова, был удостоен Государственной премии РД по науке. В 2015 году была защищена докторская диссертация А.С. Абдулхаликовым на тему: «Современные методы лечения токсического зоба в регионе зубной эндемии». В 2023 году готовится к защите кандидатская диссертация, аспирантом кафедры госпитальной хирургии №1 А.Т. Тучаловой.

Узкая специализация этого раздела хирургии оправдала себя. Результаты этой работы (1996-2012) в виде презентации «Организация и достижения хирургической эндокринологии Дагестана» были доложены А.Г.

Магомедовым на 18 Евроазиатском конгрессе хирургов в Баку 12-15 сентября 2013 года.

Вывод. Организация отделения хирургической эндокринологии в крупных многопрофильных больницах, особенно в эндемических регионах, оправдывается хорошими послеоперационными результатами лечения.

Дренирование послеоперационной раны после тиреоидэктомии, за и против

Щеголев А.А. (1), Ларин А.А. (1,2), Чешуина Ю.В. (2), Потемкин А.В. (2), Евлоева Л.А. (2).

1. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2. ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России. Москва

Актуальность. Традиционно рану после выполнения тиреоидэктомии (ТЭ) дренируют. Предполагаемый риск кровотечения в раннем послеоперационном периоде является одной из основных причин, по которой устанавливаются раневые дренажи. Однако, установка дренажа может не обеспечить полной безопасности и в случае интенсивного кровотечения

требуется ревизия раны. Кроме того, дренаж может стать источником раневой инфекции, что затруднит процесс реабилитации больного.

Цель исследования: оценить целесообразность дренирования раны после тиреоидэктомии.

Материалы и методы: В исследование было включено 168 пациентов, рандомизированные по объему щитовидной железы (ЩЖ), характеру патологии, полу, возрасту, сопутствующей патологии, и объему хирургического вмешательства: гемитиреоидэктомия. Из исследования исключены пациенты, которым в сочетании с ТЭ выполнялась боковая шейная лимфодиссекция, пациенты у которых с целью хирургического доступа выполнялась неполная срединная стернотомия и пациенты, отказавшиеся участвовать в исследовании. Хирургическое вмешательство у всех больных было выполнено открытым способом из доступа по Кохеру. Рана послойно ушивалась нитью «Викрил 3/0», на коже применялся косметический внутрикожный шов нитью «Пролен 3/0». Во всех случаях дренаж устанавливался к ложу удаленной ЩЖ через контрапертуру по средней линии шеи и удалялся на вторые сутки после операции.

Группу 1 составили 84 пациента, которым дренирование раны не выполнялось. Средний возраст больных составил $54,1 \pm 14,3$ г. ТЭ была произведена 63 (75,0 %) больным, ГТЭ – 16 (19,0) больным, ТЭ в сочетании с центральной лимфодиссекцией – 5 (6,0 %) больным. Рак ЩЖ был у 39 (46,4 %) больных, у 55 (53,6 %) больных – доброкачественная патология.

Группу 2 составили 84 пациента, которым дренирование раны выполнялось. Средний возраст больных составил $52,7 \pm 12,3$ г. ТЭ была произведена 59 (70,2 %) больным, ГТЭ – 19 (22,6 %) больным, ТЭ в сочетании с центральной лимфодиссекцией – 6 (7,1 %) больным. Рак ЩЖ был у 37 (44,0 %) больных, у 57 (56,0 %) больных – доброкачественная патология.

Состояние раны оценивалось на 1 и 2 сутки после операции, учитывались следующие характеристики: отек, отделяемое из раны, наличие гематомы или имбибиции мягких тканей в области раны, гиперемия краев раны.

Полученные результаты

В обеих группах отмечено по 1 случаю кровотечения потребовавшего ревизии раны в первые сутки после операции. В течение первых и вторых суток всем пациентам первой группы потребовалась только одна смена асептической наклейки; во второй группе замена марлевых салфеток проводилась 3-4 раза. У 47 (56,0 %) пациентов второй группы после удаления дренажа потребовалась ещё одна смена повязки за счет промокания отделяемым из раны в месте стояния дренажа. Гематомы в области послеоперационной раны, не требующие дополнительного лечения отмечены

у 4 (4,8 %) больных 1 группы и у 3 (3,6 %) больных группы 2. Инфильтрат послеоперационный раны, потребовавший зондирования раны, и дополнительных перевязок отмечен у 1 (1,2 %) пациента первой группы и у 3 (3,6 %) больных группы 2. Серомы в области послеоперационной раны отмечены в 2 (2,4 %) случаях в каждой группе.

В отделенном послеоперационном периоде (6-12 мес.) мы отметили формирование гипертрофического рубца у 1 (1,2 %) больного группы 1 и у 3 (3,6 %) больных группы 2. Так же у 8 (9,5 %) больных группы 2 отмечен незначительный косметический дефект в области стояния дренажа.

Выводы: Таким образом, дренирование раны после выполнения ТЭ не предотвращает развития осложнений. Отказ от установки дренажей позволяет уменьшить количество перевязок, ведет к более быстрой реабилитации пациентов после операции, а в отдаленном послеоперационном периоде формирует лучший косметический эффект.

Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии узлов щитовидной железы в регионе зобной эндемии

Абдулхаликов А.С., Тучалова А.Т., Ахмедов И.Г.

ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России. Махачкала

Актуальность. Распространенность узлового зоба в республике Дагестан, по данным разных авторов, достигает около 40-45 % от общего населения. Ранее считалось, что узлы могут перерождаться в злокачественные, что и предопределяло тактику более активного определения показаний к хирургическому лечению. В настоящее время показания к хирургическому лечению узлового (многоузлового) зоба удалось значительно сузить, во многом благодаря возможности дооперационной цитологической верификации характера узла щитовидной железы.

Материалы и методы: Были систематизированы результаты ТАБ узлов щитовидной железы у 8489 пациентов, которым по показаниям планировалось оперативное лечение в ООО «Диагностический центр» г. Махачкала за последние 7 лет. Цитологическое исследование взятого материала проводилось в Национальном центре клинической и морфологической диагностики (НЦКМД) в Санкт-Петербурге. Результаты цитологического исследования оформлялись в соответствии классификацией Бетесда [The Bethesda System 2017 (TBS) for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC)]. Возраст пациентов варьировал в интервале от 18 до 85 лет,

преимущественно - 25-55 лет. Из них женщин было 7385 (87%), мужчин - 1104 (13%). Исследование проводилось догоспитально на базе поликлинического отделения. У всех пациентов был узловой (многоузловой) зоб с диаметром узлов от 0,6 до 8 см. При ТАБ навигация пункционной иглы проводилась под контролем УЗИ, техникой «свободной руки» с соблюдением правил забора материала – взятие биоптата у зоны роста узла.

Результаты и обсуждение: В соответствии с классификацией Bethesda-2017 результаты цитологического исследования распределились на 6 категорий следующим образом: неинформативный результат (Bethesda-I) – 904 случая (10,6%); доброкачественный узел (коллоидный узел, тиреоидит Хашимото, подострый тиреоидит) (Bethesda-II) – 4953 случая (58,35%); фолликулярное поражение неопределенного значения (Bethesda-III) – 2 случая (0,03%); фолликулярная неоплазия или подозрение на нее (Bethesda-IV) – 1901 случай (22,4%); подозрение на малигнизацию (Bethesda-V) – 45 случаев (0,52%), из которых подозрение на папиллярную карциному – 40 и на медуллярную карциному – 5; малигнизация (Bethesda-VI) – 684 случая (8,1%).

В категории Bethesda-VI были следующие заключения: папиллярная карцинома (644), медуллярная карцинома (26), анапластическая карцинома (6), низкодифференцированная карцинома (6), плоскоклеточная карцинома (2), лимфома (3).

Таким образом, в регионе природного йододефицита узловой (многоузловой) зоб, являясь распространенным хирургическим заболеванием щитовидной железы, отличается гетерогенностью морфологической структуры. Наиболее часто наблюдаются узловой коллоидный зоб и другие доброкачественные формы узлового поражения ЩЖ, при которых показания к оперативному лечению вполне конкретны и ограничены. Вместе с тем, рак щитовидной железы и подозрительные на малигнизацию результаты, при которых имеются показания к операции по онкологическим соображениям, в том числе фолликулярные неоплазии, при которых злокачественность узла может быть установлена лишь при гистологическом исследовании операционного материала, обнаруживались примерно у 31% пациентов.

Математическая модель эндовидеохирургического симулятора для операций на щитовидной железе расчет и создание модели

Афанасьева Анна Александровна Каркошкина Юлия Сергеевна
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет Минздрава России. Санкт-Петербург

Актуальность: ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России подготовки хирургов, что возможно с помощью специальных симуляторов для создания которых требуется математическое моделирование.

Целью работы: изучить антропометрические данные и, исходя из них, угловые параметры доступа и работы инструментов, необходимые для создания манекена, позволяющего обучать хирургов эндовидеохирургическим операциям на ШЖ.

Материал и методы: математическая модель подмышечно-соскового доступа разработана на основании изучения 12 томограмм и антропометрических данных 44 больных различных типов телосложения, проходивших хирургическое лечение в клиниках кафедры госпитальной хирургии СПбГПМУ. Средний возраст составил $33,2 \pm 12,63$ г, М:Ж=1:2,5. За основу для расчета параметров использования инструментов и размеров манекена выбраны подмышечно-сосковый и АВВА варианты расстановки троакаров. Измерения производились в типичной укладке: запрокинутая назад голова и отведенные в плечевых суставах руки, что обеспечивало оптимальную плоскость доступа.

Результаты. Средняя окружность шеи на уровне перстневидного хряща составила $33,8 \pm 6,8$ см, расстояние от него до яремной вырезки $9,6 \pm 1,71$ см. Такие параметры обеспечивали амплитуду кончиков рабочих инструментов в пределах $8,9 \pm 0,93$ см в кранио-каудальном и $7,6 \pm 0,82$ см в поперечном направлении, определяя размеры минимальной рабочей полости манекена. Среднее расстояние между сосками по антропометрическим данным составило $21,8 \pm 2,10$ см. Расстояние между плечевым и сосковым троакарком составило $20,4 \pm 2,25$ см.

Такие анатомические соотношения определяли глубину действия инструментов $20,3 \pm 1,70$ см, средний угол операционного действия, достигавшийся между рабочими троакарами $42,0 \pm 3,40$ при широте операционного действия 20-260. Возможность выполнения основных этапов тиреоидэктомии оценивалась по угловому отношению кончиков рабочих инструментов к боковой поверхности трахеи со стороны вмешательства составила для подмышечного и соскового троакаров 72-880 и 22-300 соответственно.

Все усредненные показатели являлись оптимальными, соответствовали подгруппе пациентов с нормостеническим телосложением и взяты за основу при создании симулятора. Учитывая ригидность искусственной кожи, наиболее удобной при апробации оказалась схема расстановки троакаров

АВВА. Перенос второго троакара в противоположную параареолярную область давал прирост угла операционного действия в 60°, широты операционного действия, делал удобнее медиальную тракцию доли ЩЖ.

Выводы: 1. Использование математического моделирования на основе антропометрических данных позволяет создать анатомически точный симулятор для эндовидеохирургических вмешательств на ЩЖ с оптимальными параметрами расположения инструментов.

2. Наиболее удобной оказалась схема расположения троакарных портов АВВА за счет увеличения угла и широты операционного действия.

Опыт стентирования почечных артерий у больных с вазоренальной гипертензией

Аскерханов Г.Р., Дубаев А.А.2.

Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова, г. Махачкала

Цель работы. Проанализировать опыт стентирования почечных артерий (ПА) у больных с вазоренальной гипертензией (ВРГ) с 2015 по 2022 г., в клинике им Р.П. Аскерханова.

Материал и методы. С 2010 года по 2013 год в отделе ренгенэндоваскулярных диагностики и лечения было выполнено стентирование почечных артерий 32 больным. Проведена оценка ангиографической, гипотензивной эффективности и безопасности метода. В исследование вошли 32 пациента со стенозирующим поражением ПА, по поводу которого выполнено 38 эндоваскулярных вмешательств. У одного пациента выполнено стентирование правой и левой почечных артерий. В остальных случаях стентирование было односторонним. Было имплантировано 38 голометаллических стента Radix 2 диаметром от 5 до 7 мм и длиной от 12 до 17 мм. У всех пациентов операция стентирования прошла успешно, остаточный стеноз в месте имплантации стента был менее 5 %. Из них 8 женщин и 24 мужчин. Средний возраст 68 лет ($\pm 7.5\%$). ИМТ 29,0 (26,7; 32,0), уровень креатинина 100 ммоль/л (72;107). Сахарный диабет 2 типа – 22 пациента, Курение – 21 пациент. Все без исключения пациенты исходно страдали артериальной гипертензией различной степени, у 2 пациентов отмечались признаки хронической почечной недостаточности. Всем больным перед эндоваскулярной процедурой проводилась диагностическая ангиография, по данным которой степень стенозирования ПА составила в среднем $78,5 \pm 8,2\%$.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех составил 100 % (38 вмешательств), в 1 случае процедура осложнилась пульсирующей гематомой правой общей бедренной артерии, что потребовало экстренного хирургического вмешательства. Непосредственный клинический успех в случаях успешно выполненных процедур составил 100 %. По данным суточного мониторинга, среднее систолическое артериальное давление (АД) снизилось с 210 ± 20 до 145 ± 10 мм рт.ст., среднее диастолическое АД с 115 ± 11 до 85 ± 5 мм.рт.ст. Сроки наблюдения за пациентами колебались от 12 месяцев до 8 лет. Для оценки отдаленных результатов оценивали состояние кровотока по ПА и просвета артерии в области вмешательства, отдаленный гипотензивный эффект, а также функцию почек. Были изучены клинические и ангиографические результаты 38 эндоваскулярных

вмешательств у 32 пациентов. Хороший ангиографический результат сохранился у 31 (96,9%) пациентов, у 1 (12,5%) был выявлен рестеноз в стенке. Возврат гипертензии отмечен у 4 пациентов (12,5%): в 1 случае с рестенозом, у 2 пациентов с сопутствующим хроническим пиелонефритом, у 1 пациента с прогрессированием стеноза контралатеральной ПА. Среднее систолическое АД было снижено на 20 мм рт.ст., среднее диастолическое на 16 мм рт.ст. Среднее АД снизилось на 14 мм рт.ст. За время наблюдения у 32 пациента (62%) функция почек не изменилась.

Выводы. Ангиопластика со стентированием почечных артерий при атеросклеротическом стенозе является безопасным и эффективным методом восстановления кровотока, приводящим к хорошим непосредственным (ангиографическим и клиническим) и отдаленным результатам. Стентирование является высокоэффективным методом лечения стенозирующих поражений ПА с частотой рестеноза на отдаленных сроках порядка (3.1%), в подавляющем большинстве случаев приводящим к гипотензивному эффекту.

Разработка и внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения пациентов в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова

Аскерханов Г.Р., Кандауров А.Э., Дубаев А.А., Казакмурзаев М.А.

Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова, г. Махачкала

Актуальность. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, разработанные на основе последних достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Целью настоящей работы явилось внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения в работу Медицинского центра им. Р.П.Аскерханова.

Материал и методы. За 10 лет были выполнены следующие видов высокотехнологичных эндоваскулярных операций:

- ангиопластика и стентирование коронарных артерий при ИБС, включая применение сложных бифуркационных технологий стентирования ствола левой коронарной артерии и реканализация хронических окклюзий – 755 пациентов;
- ангиопластика и стентирование коронарных артерий при ОКС, включая острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST – 195 пациентов;

- ангиопластика и стентирование сонных и позвоночных артерий с целью первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта – 16 пациентов;
- ангиопластика и стентирование почечных артерий с целью коррекции рефрактерной артериальной гипертензии – 18 пациентов;
- эмболизация маточных артерий при лечении миомы матки – 150 пациентов;
- ангиопластика и стентирование периферических артерий нижних конечностей при атеросклерозе и сахарном диабете 72 пациентов;
- ангиопластика и стентирование венозного аорто-коронарного шунта – 2 пациентов.

Внедрены открытые высокотехнологичных операций по реваскуляризации миокарда при ишемической болезни сердца (всего 186 пациентов):

- аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения с использованием фармакохолодовой кардиopleгии -144 пациентов;
- аортокоронарное шунтирование осложненных форм ИБС (геометрическая реконструкция левого желудочка по Дору и Жатане с тромбэктомией) -3 пациентов;
- аортокоронарное шунтирование в сочетании с пластикой митрального и трикуспидального клапанов – 2 пациентов;
- аортокоронарное шунтирование в сочетании с протезированием митрального клапана - 6 пациентов;
- аортокоронарное шунтирование в сочетании каротидной эндартерэктомией - 23 пациентов;
- аортокоронарное шунтирование в сочетании с протезированием восходящей части аорты– 3 пациентов;
- аортокоронарное шунтирование на работающем сердце- 5 пациентов;

Внедрение высокотехнологичных операций по реваскуляризации головного мозга при стенозирующем атеросклерозе сонных и позвоночных артерий:

- эндоваскулярная баллонная ангиопластика и стентирование сонных и позвоночных артерий – 29 пациентов;
- каротидная эндартерэктомии с применением внутреннего шунта 4 пациентов,
- эверсионная каротидная эндартерэктомия – 16 пациентов;
- каротидная эндартерэктомия с использованием синтетической заплаты или аутовены –54 пациента;
- редрессация внутренней сонной артерии при извитостях с эндартерэктомией из сонной артерии –5 пациентов.

Внедрение эндоскопических нейрохирургических операций устранения стеноза позвоночного канала и удаления грыж межпозвоночных дисков:

- устранения стеноза позвоночного канала – 35 пациентов;
- удаления грыж межпозвоночных дисков – 79 пациентов.

Всего с 2013 года в Медицинском центре им. Р.П.Аскерханова выполнено 2785 высокотехнологичных операций. Осложнения составили $0,45 \pm 0,1\%$.

Результаты. Создание в Дагестане и Северо-Кавказском федеральном округе Медицинского центра им. Р.П.Аскерханова - первого негосударственного многопрофильного лечебного учреждения позволило значительно улучшить результаты лечения больных с сердечно-сосудистой, офтальмологической, неврологической патологией, больных с ожирением. При этом заметно улучшились статистические показатели среднего пребывания больного на койке, сократились послеоперационные осложнения, летальность. За последние годы в центральные институты страны с указанной выше патологией не направлено ни одного пациента, что подтверждает высокий уровень практической и научной работы хирургов МЦА.

За большой вклад в развитие здравоохранения республики коллективу медицинского центра им. Р.П.Аскерханова в 2023 году присуждена Государственная премия республики Дагестан.

Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение рецидива варикоцеле

Махачев О.А.^{1,2}, Абасов Ф.Х.^{1,2}, Ураев А.М.¹, Абдулаев Ю.И.¹,

Муталипов Р.М.¹ Изиев В.Р.¹, Шахнавазов А.Ш.¹

¹ ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» им. А.О. Махачева

² Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с лабораторией хирургической техники ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Цель. Представить опыт рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения рецидива варикоцеле.

Методы. С декабря 2015 года по июнь 2023 года в ГБУ РД «НКО «ДЦК и ССХ» им. А.О. Махачева оперировано 403 пациента с диагнозом варикоцеле, 157 (39,0%) больным установлен диагноз двустороннего варикоцеле. Из 157 пациентов с двусторонним варикоцеле рецидив после хирургического лечения имели 145 (92%) больных. Микроскопическая варикоцелэктомия по Мармару произведена в 118 (75,1%) наблюдениях, операция Иванисевича в 26 (16,5%) случаях, лапароскопическое лигирование левой гонадной вены (ГВ) – 1 пациенту, 7 (5%) больным ранее были выполнены две операции: по

Мармару и Иванисевичу. Хирургическая перевязка обеих вен ранее произведена 5 (3,6%) больным. Средний возраст пациентов составил $28 \pm 10,2$ лет (от 15 до 59 лет). По данным УЗДГ двустороннее варикоцеле диагностировано только у 25 (16,7%) больных, в остальных 133 (83,2%) наблюдениях патологический билатеральный рефлюкс в ГВ впервые был выявлен при флеботестикулографии. Средний диаметр вен составил $3,5 \pm 0,5$ мм. Всем пациентам выполнена селективная флебография почечных и подвздошных вен с целью выявления значимой стагнации контраста для исключения артерио-венозных конфликтов и наличия варикозной болезни вен таза у мужчин. При флебографии отхождение правой яичковой вены от правой почечной вены диагностировано в 4 случаях (2,6%).

Результаты. В 156 случаях выполнена эмболизация ГВ с помощью спиралей и склерозирующего препарата. У 1 пациента со стволовым типом строения гонадных вен (при диаметре 8 мм) выполнена окклюзия с помощью сосудистого окклюдера Amplatzer VascularPlug II. У больных с двусторонним варикоцеле одновременная окклюзия обеих ГВ выполнена 40 пациентам, поэтапное закрытие вен осуществлено 109 больным. Все операции проведены доступом через правую медиальную вену плеча, в 2 (1,3%) случаях при этапной эмболизации левую ГВ эмболизировали доступом через правую общую бедренную вену. Под контролем УЗДГ доступ осуществлялся в 54 (36,2%) случаях. Для окклюзии вен использовано $3,7 \pm 0,8$ эмболизационных спиралей и 2 мл 3% натрия тетрадецилсульфата в виде пены (соотношение с воздухом 1:4). При контрольной флебографии поступление контраста дистальнее спиралей и окклюдера не отмечалось. Длительность госпитализации пациентов после эмболизации гонадных вен составила 3 койко-дня. В послеоперационном периоде у 3 (2%) больных возникли осложнения в виде эпидидимоорхита, который на фоне приема НПВС был излечен на 7 сутки. По данным контрольной УЗДГ мошонки через 3 месяца после вмешательства, у 137 (92%) пациентов отсутствовало расширение вен гроздевидного сплетения. Рецидив после эмболизации диагностирован в 4 (2,6%) наблюдениях, при повторной флебографии выявлена причина рецидива, произведена повторная эмболизация с применением склерозанта и эмболизационных спиралей.

Заключение. Рентгенэндоваскулярная эмболизация гонадных вен при рецидивах варикоцеле является эффективным, малотравматичным и безопасным интервенционным вмешательством. Флеборентестикулографию через медиальную вену плеча необходимо выполнять всем пациентам с диагнозом варикоцеле. Применение эмболизационных спиралей в сочетании со склерозирующим препаратом, позволяет снизить риск развития рецидива.

Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей:

мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению

Махачев О.А.^{1,2}, Абдуллаев Ю.И.¹, Муталипов Р.М.¹, Абасов Ф.Х.^{1,2}, Изиев В.Р.¹, Шахнавазов А.Ш.^{1,2}, Ураев А.М.¹

¹ ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» им. А.О. Махачева

² Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с лабораторией хирургической техники ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Цель. Представить опыт ГБУ РД «НКО «ДЦК и ССХ» им. А.О. Махачева по диагностике и хирургическому лечению рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей.

Методы. С 2015 по 2023 гг. в ДЦК и ССХ обследовано 130 пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей после хирургических вмешательств, выполненных ранее в сроки от 2 до 30 лет. Средний возраст больных составил 44,6 года (от 23 до 64 лет). Пациентов женского пола было 124 (96%). Для выявления причин и определения дальнейшей тактики лечения всем пациентам до операции выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) вен нижних конечностей. В дополнение к УЗДАС вен нижних конечностей использовались следующие методы диагностики: флебография вен малого таза с селективной овариографией, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) вен малого таза, флебография вен нижних конечностей. По данным международной классификации ХЗВ CEAP в группу С2 вошли 89 (68%) больных, в группу С3 – 41 пациент. Для устранения рецидива варикозной болезни применялись следующие хирургические вмешательства: эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) с минифлебэктомией, радиочастотная абляция (РЧА) с минифлебэктомией, разобщение перфорантных вен и минифлебэктомия, резекция культи БПВ и минифлебэктомия, стриппинг БПВ и минифлебэктомия, эмболизация яичниковых вен.

Результаты. В результате проведенных исследований выявлены следующие причины рецидива варикозной болезни: варикозное расширение вен малого таза с рефлюксом по яичниковым венам, пельвио-перинеальным рефлюксом и рефлюксом в вены нижних конечностей в 47 (36%) случаях, некорректная обработка БПВ в зоне сафено-фemorального соустья (СФС) у 36 (27%) больных, у 15 (12%) пациентов рецидив выявлен в бассейне малой

подкожной вены (МПВ) после ранее выполненного стриппинга БПВ, рефлюкс по несостоятельным перфорантным венам бедра и голени выявлен у 20 (15%) больных, в 5 (4%) случаях удаление притоков при первичной операции не сопровождалось стриппингом БПВ и в 7 (5%) случаях рецидив выявлен в системе БПВ после ранее выполненного стриппинга МПВ. Для устранения рецидива произведено 177 хирургических вмешательств: в 5 (3%) случаях выполнена РЧА БПВ с минифлебэктомией, ЭВЛО БПВ с минифлебэктомией произведена 2 (1%) больным, 15 (8%) пациентам выполнена ЭВЛО МПВ с минифлебэктомией, ЭВЛО передне-латерального притока – 4 (2%) больным, 32 (18%) пациентам произведена резекция культи БПВ с минифлебэктомией, в 5 (3%) случаях выполнен стриппинг БПВ с минифлебэктомией, разобщение перфорантных вен с минифлебэктомией произведено в 67 (38%) наблюдениях и эмболизация яичниковых вен выполнена 47 (29%) пациенткам. Все больные отметили хороший терапевтический и косметический результат оперативных вмешательств. Заключение. Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей открывает новые возможности в эффективном и оптимальном лечении этого состояния.

Хирургическое лечение острых сафено-фemorальных тромбозов

Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Исмаилов С.А., Закариев Р.З.

ООО «Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова

Актуальность. Особое место среди различных локализаций венозных тромбозов нижних конечностей занимает сафено-фemorальный тромбоз, который является потенциальным источником тромбоэмболии легочных артерий. При этом сафено-фemorальный тромбоз, как правило, имеет неокклюзирующий, флотирующий характер. Этим объясняется отсутствие признаков нарушения венозного оттока из конечности, а также высокий риск отрыва и миграции тромба.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения острых сафено-фemorальных венозных тромбозов.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 37 больных с острым сафено-фemorальным тромбозом. Женщин было 23 (62,2%), мужчин -14 (37,8%). Правостороннее поражение отмечено у 15, левостороннее - у 22 пациентов. В сроки до 3 суток давности от начала тромбофлебита поверхностных вен поступило 6 больных, от 4-7 суток - 15, от 8 до 12 суток - 11, более 12 суток - 5 пациентов. Варикозное расширение

подкожных вен как причина развития острого тромбоза подкожных вен (ОТПВ) наблюдалось у 22 (59,5%) больных.

Сафено-бедренный тромбоз с проксимальным уровнем тромба ниже паховой связки был обнаружен у 27 больных, сафено-бедренно-подвздошный с проксимальным уровнем в пределах наружной подвздошной вены - у 7-ми и сафено-бедренно-подвздошный тромбоз с уровнем проксимального конца тромба в пределах общей подвздошной вены - у 3-х больных. Неокклюзирующий характер тромба имел место у 29 пациентов, окклюзирующий - у 8.

Всем больным была выполнена тромбэктомия, причем в одном случае эта операция сочеталась с перевязкой поверхностной бедренной вены, в 4-х тромбэктомия была выполнена в комбинации с радикальной венэктомией. Остальным больным была выполнена кроссэктомия.

6 больным с сафено-бедренно-подвздошным тромбозом тромбэктомия производилась с предварительным наложением лигатуры на подвздошную вену выше тромба из дополнительного забрюшинного доступа. Причем двум из них удаление тромботических масс производилось из венотомического разреза общей подвздошной вены по предложенной методики. 32 пациентам после операции проводились паравазальные инстилляциии лечебной смеси Р.П.Аскерханова.

Результаты. Всего из 37 больных, подвергнутых венозной тромбэктомии результат лечения оценен как хороший у 31 (83,8%), удовлетворительный - у 5 (13,5%) и неудовлетворительный - у 1 (2,7%) больных.

Результаты лечения больных не были в прямой зависимости от сроков давности ОТПВ. У 5 (13,5%) в послеоперационном периоде наблюдались различного рода осложнения. Выраженная лимфорея из операционной раны - у одного больного, нагноение послеоперационной раны - у одного, инфарктная пневмония - у одного. Умер 1 больной, у которого тромбэктомия из подвздошной вены осложнилась массивной тромбоэмболией легочных артерий. Необходимо отметить, что тромбоэмболические осложнения наблюдались при тромбэктомии, выполняемой без предварительного пережатия магистральных вен выше тромботических масс. Средний койко-день в этой группе составил $14,8 \pm 3,4$. Выводы. Подводя итог вышеизложенному, необходимо отметить, что все больные с подозрением на сафено-фemorальный тромбоз должны подвергаться срочному оперативному вмешательству.

Для профилактики ТЭЛА венозная тромбэктомия из глубоких вен должна осуществляться только с предварительным пережатием магистральных вен выше тромботических масс, что достигается разработанными в клинике

техническими приемами операции при различных уровнях распространения тромба.

Применение паравазальных инстилляций лечебной смеси позволяет эффективно купировать острые воспалительные явления тромбофлебита, сократить сроки для выполнения радикальной флеботромбэктомии, что позволяет уменьшить продолжительность пребывания больных в стационаре.

Аортокоронарное шунтирование с интраоперационным контролем качества в ДЦК и ССХ им. А. О. Махачева

Махачев О.А.^{1,2}, Аскадинов М.Н.¹, Абусов Г.М.¹, Ибрагимов Р.Г.¹, Дибирова З.Г.^{1,2}, Рамалданов К.Р.¹, Османов О.А.¹, Магомедова З.Г.¹

¹ ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» им. А. О. Махачева

² Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с лабораторией хирургической техники ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Цель. Представить непосредственные результаты аортокоронарного шунтирования с интраоперационным контролем качества созданных анастомозов.

Материал и методы. За период с 23.07.2019 г. по 01.06.2023 г. в ГБУ РД НКО «ДЦК и ССХ» им. А.О. Махачева было выполнено 412 операций аортокоронарного шунтирования. Средний возраст пациентов составил 62,3 года, мужчин было 333 (81%). Ранее инфаркт миокарда перенесли 202 (49%) пациента, сахарный диабет выявлен у 115 (28%) больных. ФК стенокардии по ССС был II у 24 (16%) пациентов, III у 309 (75%) больных. Нестабильная стенокардия была у 37 (9%) пациентов, ФВ <40% у 41 (10%) больного. Поражение ствола ЛКА выявлено в 45 (11%) случаях. У 78 (19%) пациентов ранее было выполнено ЧКВ со стентированием коронарных артерий. Показаниями к коронарному шунтированию были: значимое поражение ствола ЛКА, трехсосудистое поражение и отсутствие возможности для выполнения ЧКВ со стентированием КА. Среднее значение выраженности атеросклероза КА по шкале SYNTAX составило 27,5. Максимальное количество созданных шунтов 6, среднее количество дистальных анастомозов на пациента – 3,2. У 255 (62%) больных для оптимальной реваскуляризации миокарда создавались секвенциальные анастомозы. Операция с применением ИК выполнена 214 (52%) пациентам, на работающем сердце – 198 (48%) больным. В 22 (5,3 %) случаях коронарное шунтирование выполнено из миниинвазивного доступа. У 17 (4%) пациентов АКШ выполнено с использованием обеих ВГА. В 14 (3,3%) случаях АКШ сочеталось с аннулопластикой кольца МК, у 12 (2,9%) – выполнена пластика

ЛЖ (7 по Дору, 5 по Кули). У всех больных качество созданных шунтов контролировалось интраоперационной шунтографией, в 251 (60%) случае проходимость шунтов дополнительно контролировалась ультразвуковой флуометрией.

Результаты. Госпитальная летальность отсутствовала. В 10 (2,5%) случаях потребовалась ревизия средостения, источник кровотечения не выявлен (диффузная кровоточивость). В 8 (2%) наблюдениях в связи с раневой инфекцией были наложены вторичные швы, заживление раны вторичным натяжением.

По результатам интраоперационной шунтографии: в 6 (0,4%) из 1319 созданных дистальных анастомозов выявлена дисфункция шунта, которая потребовала интраоперационной реконструкции. На контрольной шунтографии проходимость шунтов восстановлена. При выписке у всех пациентов ангинозных болей не наблюдалось.

Выводы. Представленный опыт свидетельствует о хорошем качестве хирургической реваскуляризации миокарда с минимальным риском госпитальной летальности и послеоперационных осложнений.

Опыт комплексного лечения острых восходящих тромбофлебитов нижних конечностей

Аскерханов Г.Р.1, Казакмурзаев М.А.2, Закариев Р.З.1, Исмаилов С.М.1

1.Кафедра госпитальной хирургии №2 Даггосмедуниверситета, г.Махачкала

2.Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова, Махачкала

Цель исследования. В данной работе мы рассмотрим эффективность паравазальных инстилляций лечебной смеси Р.П.Аскерханова (ПИЛС) у пациентов с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены по сравнению с традиционными методами лечения

Материал и методы. Острый восходящий тромбофлебит (ОВТ) представляет наиболее распространенное и опасное осложнение подкожного тромбофлебита нижних конечностей (ПТНК), обозначающий рост тромботического процесса в проксимальном направлении и угрозу его перехода через сафено-феморальное соустье на бедренную вену с частым развитием тромбоза легочной артерии (ТЭЛА)..

В данном исследовании проведен анализ 368 пациентов с ОВТ, поступивших в сосудистое отделение РКБ за последние 20 лет. Из них 336 пациентам по срочным показаниям выполнена кроссэктомия. Мужчин было 121, женщин -

215. Возраст больных колебался от 18 до 79 лет (средний возраст $48_{+2,5}$ лет).

В сроки до 3 суток от начала клинических проявлений заболевания поступило 117 больных, от 4 до 7 суток -126, более 8 суток - 93 пациентов. Тромбофлебит варикозно-расширенных вен наблюдался у 227(67,5%) пациентов. ОВТ наблюдался у 312 (92,8%).

Все пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе 23 пациентам кроссэктомия производилась с одновременным удалением тромбированных подкожных вен, во 2 группе 66 (33,3%) пациентам после кроссэктомии проводилась традиционная терапия назначением антикоагулянтов, местного противовоспалительного лечения (троксевазиновая или гепариновые повязки, физиотерапия), в 3-й 247(66,4%) – ПИЛС с антикоагулянтной терапией. Во второй и третьих группах флебтромбэктомия проводилась после стихания воспаления вен

Техника лечения. Метод ПИЛС применялся как с целью подготовки к иссечению патологически измененных подкожных вен, так и как самостоятельный метод лечения острых локальных тромбофлебитов подкожных вен.

Лечебная смесь для паравазальных инстилляций готовится перед употреблением и состоит из гепарина (5000 ед.), гидрокортизона (50 ед.), химотрипсина (10 мг) и цефазолина 1,0 растворенных в 150,0 мл 0,25% раствора новокаина.

ПИЛС производится одно- двух и трехкратно с интервалом 1-2 дня. Сроки лечения определяются в зависимости от продолжительности заболевания и динамики обратимости клинических проявлений.

Флебтромбэктомия была проведена 325 пациентам, из них 23 пациентам 1 группы, 55 пациентам II группы и 232 пациентам III группы, 11 пациентов выпали из наблюдения и не явились на второй этап.

Результаты. Оценка ближайших результатов флебтромбэктомии у пациентов при выписке из стационара проводилась подсчетом баллов по шкале оценки тяжести VCSS (venous clinical severity score). Учитывалась выраженность всех симптомов, указанных в шкале по балльной системе (0 - нет проявлений, 1,2 и 3 – от умеренной к максимальной выраженности). В I группе средний балл составил 14,6, во II группе 13,5 и в III группе 8,9.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде значительно чаще наблюдались в 1 группе наблюдений и наименьшее в 3 группе.

Экономический эффект определялся количеством койко-дней во всех группах, причем во II группе пациенты госпитализировались дважды на оба этапа. В I группе средний койко-день составил 19,2, во II группе (с учетом

обеих госпитализаций) 17,1 и в III группе составил 12,3 к/д. Средняя разница в пребывании пациентов в стационаре в сравнении с 3 группой наблюдения соответственно составила 6,9 и 4,8 койко-дня.

Обсуждение. Результаты лечения поверхностного тромбофлебита показали, что у больных со сроками заболевания до 3 суток после первого вливания смеси исчезают признаки воспаления, тромботический тяж заметно уменьшается. После второй процедуры у 75% пациентов клинические проявления заболевания полностью проходили. При более поздних сроках заболевания (более 7 суток) значительно уменьшались признаки воспаления, уменьшалась отечность, восстанавливалась функция конечности.

Выводы. ПИЛС, обладая нейротрофическим, десенсибилизирующим, спазмолитическим и тромболитическим эффектом, способствуют сохранению целостности морфоструктуры и микрокровотока венозной ткани, особенно в ранние сроки заболевания. Ближайшие результаты флеботромбэктомии после ПИЛС сопровождаются существенно меньшим количеством осложнений и лучшими экономическими показателями.

Миниинвазивное шунтирование коронарных артерий в дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им. А.О. Махачева

Аскадинов М.Н.¹, Махачев О.А.^{1,2}, Абусов Г.М.^{1,2}, Ибрагимов Р.Г.¹,
Рамалданов К.Р.¹, Абдулаев К.И.¹, Дибирова З.Г.^{1,2}

¹ ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» им. А.О. Махачева

² Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с лабораторией хирургической техники ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Цель. Представить непосредственные результаты миниинвазивных операций коронарного шунтирования (MIDCAB, MICSCAB) в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии.

Методы. С января 2021 г. по 12 мая 2023 г. в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им. А.О. Махачева миниинвазивная коронарная реваскуляризация выполнена 19 больным с ИБС. Средний возраст пациентов составил 54,9±2,9 лет, 17 (89,4%) больных были мужчинами. У всех пациентов диагностирована стенокардия напряжения II-III ФК, 12 (63,1%) больных в анамнезе перенесли инфаркт миокарда. Сахарный диабет выявлен у 4 (21,05%) пациентов, ожирение (индекс массы тела более 30) было в 3 случаях. По данным коронароангиографии окклюзия ПМЖА выявлена у 13 больных, в 6

наблюдениях диагностированы стенозы (более 90%) ПМЖА, ДВ1, ИМА и ВТК.

Операции выполнялись через левостороннюю передне-боковую миниторакотомию в 4 межреберье на работающем сердце. В 14 случаях выполнено шунтирование только ПМЖА (MIDCAB), 5 больным выполнено коронарное шунтирование 2 артерий с использованием ЛВГА и аутовенозного кондукта (MICSCAB).

Результаты. Госпитальная летальность отсутствовала, конверсий к срединной стернотомии или искусственному кровообращению не было. Средняя продолжительность операции составила 183 ± 42 мин. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 280 ± 57 мл. 10 пациентам с целью контроля проходимости анастомозов выполнялась интраоперационная шунтография, которая показала отсутствие дисфункции шунтов и еще в 5 случаях интраоперационно выполнялся двойной контроль качества работы шунтов – шунтография и флоуметрия. Пациенты экстубированы через 1,5-2 часа после операции.

Выводы. Коронарное шунтирование по методике MIDCAB и MICSCAB является относительно безопасным хирургическим вмешательством с отсутствием госпитальной летальности и значимых периоперационных осложнений. Данная методика позволяет сохранить целостность грудной клетки и уменьшает частоту осложнений, связанных со срединной стернотомией. Эти операции можно выполнять пациентам с поражением 1-2 коронарных артерий и выраженной коморбидной патологией, а также больным, мотивированным на скорейшее возвращение к трудовой деятельности.

Опыт выполнения кардиохирургических операций в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова

Аскерханов Г.Р., Кандауров А.Э., Казакмурзаев М.А., Дубаев А.А. ,
Медицинский центр им. Р. П. Аскерханова, г. Махачкала

Актуальность. Наследственность, хронический стресс, нездоровое питание, плохая экология, курение являются часто причиной ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель исследования. Оценить 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 апреля 2013г. в Медицинском центре им. Р.П.Аскерханова выполнено 186 открытых операции на сердце. Одним из приоритетных направлений работы отделения является реваскуляризация миокарда при ОКС. При сотрудничестве со стационарами «инфарктной» сети города Махачкалы, нами выполнено 36 операций прямой реваскуляризации миокарда по срочным показаниям у пациентов с ОКС. При наличии пациента с высоким риском кардиальных событий осуществлялась консультация кардиохирурга с оценкой результатов КАГ, ЭХОКГ, лабораторных анализов, обсуждение пациента кардиокомандой и перевод в отделение для коронарного шунтирования.

Результаты. Общее количество оперированных составило 186 человека, из них 135(72,6%) мужчин. Возраст больных составил $69,1 \pm 7,7$ лет. Нестабильная стенокардия у 145(77,9%) пациентов, инфаркт миокарда без подъема ST у 4(2,2%), с подъемом – 5(2,7%). Средний риск по шкале EuroScoreII – $16,4 \pm 5,8$. Оценка тяжести коронарного поражения по шкале SYNTAX Score_у всех пациентов составила более 31 балла. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 178 (95,7%), хроническая обструктивная болезнь легких у 88(47,3%) (из них 16 пациентов принимали бронходилататоры), сахарный диабет у 135 (72,6%). 18 пациентов (9,7%) с выраженным атеросклеротическим поражением восходящего отдела аорты, у 52 (27,9%) больных выявили поражение брахиоцефальных артерий и у 43 (23,1%) – поражение артерий нижних конечностей. 178(95,7%) операций выполнено в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии, 8 операций (4,3%) – 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 $3,32 \pm 0,78$. Среднее время нахождения в отделении реанимации – $2,4 \pm 1,2$ суток. Во всех 16 случаях (72,7%) во время операции использовали аппарат возврата крови, интраоперационное переливание свежезамороженной плазмы и тромбоцитарной массы.

Всего выполнено: аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения с использованием фармакохолодовой кардиopleгии - 186 пациентов, аортокоронарное шунтирование осложненных форм ИБС (геометрическая реконструкция левого желудочка по Дору и Жатане с тромбэктомией) -3 пациентов, аортокоронарное шунтирование в сочетании с пластикой митрального и трикуспидального клапанов – 2 пациентов, аортокоронарное шунтирование в сочетании с протезированием митрального клапана - 6 пациентов, аортокоронарное

шунтирование в сочетании каротидной эндалтерэктомией - 23 пациентов, аортокоронарное шунтирование в сочетании с протезированием восходящей части аорты – 3 пациентов, аортокоронарное шунтирование на работающем сердце - 5 пациентов. Госпитальная летальность составила 0,58% (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.

Опыт 500 последовательных операций на «открытом» сердце в ДЦК и ССХ им. А.О. Махачева

Махачев О.А.^{1,2}, Аскадинов М.Н.¹, Абусов Г.М.¹, Ибрагимов Р.Г.¹, Дибирова З.Г.^{1,2}, Рамалданов К.Р.¹, Османов О.А.¹, Шахнаказов А.Ш.¹, Абдусаламова З.Г.¹, Магомедова З.Г.¹, Кебедов К.Ш.¹, Мугалова П.М.¹

¹ ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» им. А.О. Махачева

² Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с лабораторией хирургической техники ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Цель. Представить опыт 500 последовательных операций на «открытом» сердце.

Материал и методы. За период с 23.07.2019 г. по 06.06.2023 г. в ГБУ РД НКО «ДЦК и ССХ им. О.А. Махачева» было выполнено 500 операций на «открытом» и сокращающемся сердце. Хирургия ИБС включала 402 операции (80,4%). Хирургия приобретенных пороков сердца (ППС) составила 86 (17,2%) операций. Хирургия сочетанных операций (ППС+ИБС или ВПС) включала 46 (9,2%) операций. При патологии восходящей аорты выполнено 8 (1,6%) операций. Средний возраст пациентов составил 62,1 года, мужчин было 405 (81%). Инфаркт миокарда ранее перенесли 202 (49%) пациента, сахарный диабет выявлен у 115 (28%) больных. ФК стенокардии по ССС был II у 24 (16%) пациентов, III у 309 (75%) больных. Нестабильная стенокардия констатирована у 37 (9%) пациентов. ФВ <40% была у 41(10 %) больного. Поражение ствола ЛКА выявлено в 45 (11%) случаях. У 78 (19%) пациентов ранее было выполнено ЧКВ со стентированием коронарных артерий. Показаниями к коронарному шунтированию были: значимое поражение ствола ЛКА, трехсосудистое поражение и отсутствие

возможности для выполнения ЧКВ со стентированием КА. Среднее значение выраженности атеросклероза КА по шкале SYNTAX составило 27,5. Максимальное количество созданных анастомозов – 6, среднее количество шунтов на пациента – 3,2. У 255 (62%) больных для оптимальной реваскуляризации миокарда создавались секвенциальные анастомозы. Операция с применением ИК выполнена 251 (50,2%) пациенту. В 22 (4,4 %) случаях коронарное шунтирование выполнено из миниинвазивного доступа [MIDCAB (n=14); MICSCAB (n=5)]. Геометрическая реконструкция при аневризме ЛЖ выполнена 12 (2,4%) больным. Также выполнены 4 (0,8%) операции Бенталла - Де Боно, 1 (0,2%) операция Дэвида и еще 1 (0,2%) операция Ozaki. В 1 (0,2%) случае произведена операция протезирования АК+супракоронарное протезирование ВоАо, в 1 (0,2%) наблюдении произведена операция протезирования АК+супракоронарное протезирование ВоАо+МАКШ. В 1 (0,2%) случае – протезирование АК+пластика МК+супракоронарное протезирование ВоАо+МАКШ. Всем пациентам выполняли интраоперационную шунтографию, ЧПЭхоКГ и 53 (10,6%) больным проходимость шунтов дополнительно контролировалась ультразвуковой флоуметрией.

Результаты. Госпитальная летальность – 0,2% (1/500). В 5 (1%) случаях потребовалась ревизия средостения, источник кровотечения не выявлен (диффузная кровоточивость). В 7 (1,4%) наблюдениях в связи с раневой инфекцией были наложены вторичные швы, заживление раны вторичным натяжением.

По результатам интраоперационной шунтографии: у 6 (1,2%) больных выявлена дисфункция шунта, которая потребовала интраоперационной реконструкции. На контрольной шунтографии проходимость шунтов восстановлена. Во всех хирургических случаях по поводу ППС интраоперационная ЧПЭхоКГ показал удовлетворительный результат.

Вывод. Представленный опыт кардиохирургических операций с интраоперационным контролем качества анастомозов и применением ЧПЭхоКГ показывает хорошие непосредственные результаты лечебной помощи с минимальным риском госпитальной летальности и послеоперационных осложнений.

Особенности диагностического и хирургического подхода к пациентам с окклюзией одной внутренней сонной артерии

Хамитов Ф.Ф., Чельдиев К.В., Михайлов Д.А.

ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ г. Москвы.

Актуальность: Инсульт занимает первое место среди причин инвалидизации. В мире возникает не менее 10 млн. инсультов ежегодно. В России происходит 350-400 тыс. инсультов в год. Доля ишемических нарушений среди всех инсультов составляет 80%. 95% всех ишемических нарушений мозгового кровообращения связаны с атеросклеротическим поражением артерий или кардиоэмболией более 50% всех ишемических инсультов непосредственно связаны с атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Материалы и методы: За период с 2004 по 2023 гг. в отделении сердечно - сосудистой хирургии ГКБ им. В.В.Вересаева находилось 4508 пациентов с поражением брахиоцефальных артерий. Число пациентов со значимым стенозом внутренней сонной артерии при окклюзии контрлатеральной составило 246 (5%). Средний возраст больных составил 68±8,4 лет. Асимптомных больных - 21 (8,5%), количество больных с ОНМК на стороне окклюзии ВСА составило 225 (91,5%) Из них на стороне гемодинамически значимого стеноза ВСА: ТИА (II степень ХСМН) – 21 (8,5%), дисциркуляторная энцефалопатия, не очаговая или не гемисферная симптоматика (III степень) – 159 (64,6%), больные перенесшие инсульт (IV степень) на стороне стеноза 45 (18,3%). ОНМК в вертебро-базилярном бассейне не учитывались. В качестве метода скрининговой диагностики использовалось УЗДС. Стенотическое поражение ВСА колебалось от 60 до 95%. В послеоперационном периоде методом УЗДС оценивалась адекватность проведенной каротидной эндартерэктомии, наличие и степень остаточного (резидуального) или повторного стеноза (рестеноза). Всем больным с окклюзией ВСА выполнялась транскраниальная доплерография, МСКТ брахиоцефальных артерий и артерий головного мозга с контрастированием с целью оценки Виллизиева круга, определения толерантности к пережатию ВСА. Признаки сниженной толерантности к пережатию ВСА выявлены у 204 (83%) пациентов. Временный внутрипросветный шунт применялся у 12 (5%) пациентов. Из 246 пациентов - 6(2,4%) выполнена каротидная эндартерэктомия с пластикой первичным швом, 12(4,8%) выполнена каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой, 198(80,5%) выполнена классическая эверсионная каротидная эндартерэктомия, 30 (12,2) выполнено протезирование ВСА от устья. Пластика заплатой и первичным швом выполнялись на начальных этапах становления хирургии брахиоцефальных артерий в отделении (2004-2005 гг). Среднее время пережатия сонных артерий составляло 14,1±6,2 минут. Послеоперационный госпитальный период длился 7,0 ± 2,11 дней.

Результаты: При анализе раннего послеоперационного периода основное внимание уделялось неврологической симптоматике. Реперфузионный отек головного мозга с очаговой неврологической симптоматикой развивался у 42(17%) больных, и носил обратимый характер. ТИА наблюдались в 21 случаях (8,5%). У 15 (6%) пациентов развился ишемический инсульт: у 6 - в вертебробазиллярном бассейне, у 9 - в гемисфере на стороне операции. Отмечено 3 летальных исхода. Анализ отдаленных результатов операции произведен в сроки $18,2 \pm 4,4$ мес. В отдаленном периоде степень рестенозов не превышала 20-30% от общего просвета артерий в зоне операции, не отличалась от больных с односторонним поражением ВСА.

Выводы и рекомендации: Пациенты с окклюзией ВСА и наличием гемодинамически значимого стеноза контрлатеральной ВСА являются высокой группой риска возникновения ОНМК, нуждаются в более тщательном обследовании. Данная категория больных требует более тщательного и быстрого выполнения основного этапа операции.

Гепатопанкреатобилиарная хирургия

Возможности эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода при первичной и вторичной профилактике кровотечений
Самсолян Э.Х. (1), Емельянов С.И. (1), Богданов Д.Ю. (1), Фролова Е.В. (1),
Баширов Р.А. (2)

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России²) Больница
Центросоюза Российской Федерации

Актуальность. Методика эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода является эффективным оперативным вмешательством, выполняемой с целью эрадикации ВРВ пищевода у пациентов с циррозом печени, осложненным внутripеченочной портальной гипертензией. Стандартная методика данной операции заключается в лигировании ВРВ пищевода на всем протяжении в количестве от шести до двенадцати латексных колец за один сеанс. Однако возникающие после выполнения стандартной методики лигирования различные ранние и поздние послеоперационные осложнения (кровотечение, рубцовая стриктура пищевода, вторичное ВРВ желудка) могут значительно снизить показатели качества жизни пациентов.

Цель исследования. Исследовать результаты применения различных методик эндоскопического лигирования ВРВ пищевода.

Материалы и методы. У пациентов с циррозом печени, осложненным внутripеченочной портальной гипертензией, для первичной и вторичной профилактики кровотечения из ВРВ пищевода, было выполнено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода в 274 случаях. В 139 случаях лигирование было выполнено для первичной профилактики кровотечения, из них по авторской методике, которая подразумевает наложение одного латексного кольца на один венозный ствол (Патент РФ на изобретение № 2714393) - в 71 случае, в 68 случаях – по стандартной методике. Для вторичной профилактики кровотечения лигирование было выполнено в 135

случаях, из них в 69 случаях – по авторской методике, в 66 случаях - по стандартной методике.

Результаты. Апробированная на практике авторская методика эндоскопического лигирования ВРВ пищевода для первичной и вторичной профилактики кровотечения обеспечило улучшение результатов лечения при сравнении с результатами стандартной методики: соответственно, снижение частоты развития дисфагии до 24,4% против 87,3% ($p < 0,01$) и до 21,5% против 85,4% ($p < 0,01$), гипертермии до 10,2% против 70,5% ($p < 0,01$) и до 11,3% против 71,4% ($p < 0,01$), загрудинных болей до 11,5% против 82,3% ($p < 0,01$) и до 11,7% против 81,6% ($p < 0,01$), частоты развития вторичного ВРВ желудка до 5,1% против 37,7% ($p < 0,01$) и до 7,4% против 38,3% ($p < 0,01$), степени выраженности ВРВ пищевода, при наблюдении до 1 месяца, до 1,15 против 1,23 ($p > 0,05$) и до 1,16 против 1,18 ($p > 0,05$).

Выводы. Разработанная и примененная на практике авторская методика позволяет улучшить результаты эндоскопического лигирования ВРВ пищевода при сохранении необходимого уровня безопасности.

Острый панкреатит у беременных

Магомедов А.Г., Омаров К.Х., Магомедова З.М.

Клиника госпитальной хирургии №1. ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, РКБ им. А. В. Вишневого, Махачкала, Россия

Актуальность. Одной из частых острых хирургических патологий у беременных является острый панкреатит. У беременных имеются особенности течения, обследования и лечения данного заболевания, которые необходимо учитывать хирургу.

Цель. Изучить по разработанному нами алгоритму особенности течения и лечения острого панкреатита у беременных.

Материалы и методы. За 2018-2022 гг. пролечено 33 беременных (1 группа, основная) с острым панкреатитом различной степени тяжести и сложности. Вторую группу (контрольную) составили 28 пациенток, лечившихся в 2014-2017 году. Большое значение имеет срок и особенности течения беременности. Исходя из полученных данных при обследовании, совместно с акушерами-гинекологами принимается решение о тактике лечения пациенток, о необходимости прерывания беременности, оперативном или консервативном лечении панкреатита и т.д.

В приемном отделении в течение 20 минут проводится осмотр пациентки хирургом, терапевтом, акушером-гинекологом, (а при необходимости и

другими специалистами). В обследование обязательно входят общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением амилазы крови, билирубина общего и прямого, креатинина, общего белка крови, АСТ, АЛТ, глюкозы крови, коагулограмма, проводится УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы, почек, матки и плода, ЭКГ. При необходимости по рекомендации терапевта можно проводить рентгенографию легких или ФЛГ цифровым аппаратом, с прикрытием свинцовым фартуком брюшной полости. Пациентка госпитализируется в ОРИТ хирургии, где проводится дальнейшее лечение. При возникновении подозрения на острую патологию пищевода, желудка или ДПК – с большой осторожностью проводится ФГДС. Устанавливается катетер в центральную вену, мочевого пузыря, НГЗ. Проводится интенсивная дезинтоксикационная терапия, подавление ферментативной активности поджелудочной железы, восполнение ОЦК и т.д. При выявлении выпота в брюшной полости и клиники перитонита необходимо срочное решение вопроса о хирургическом вмешательстве. Предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам – диагностически-лечебной лапароскопии, с проведением санации и дренирования, в том числе и малого сальника, пункционного дренирования брюшной полости под УЗИ контролем с исследованием ферментов в полученной жидкости. Во всех случаях необходимо корректировать точки доступа в брюшную полость с учетом размеров матки, также использовать УЗИ для определения точек доступа. Лапаротомия проводится только при выявлении инфильтрата с абсцедированием в сальниковой сумке, затрудняющей доступ для лапароскопии или пункционного дренирования, и при наличии трудно извлекаемых секвестров. В осложненных случаях возникает необходимость в проведении повторных санаций сальниковой сумки, для чего приходится накладывать оментобурсостому. В каждом случае проводится постоянный мониторинг за состоянием плода, сроки прерывания беременности или родоразрешения определяются строго индивидуально. Проведение кесарева сечения на фоне перитонита крайне нежелательно, предпочтение отдается родоразрешению по естественным путям.

Результаты. Своевременное лечение острого панкреатита у беременных по разработанному нами алгоритму значительно сокращает время обследования пациентов и соответственно сокращаются сроки лечения, практически во всех случаях удалось пролонгировать беременность (94%), только в двух случаях состоялось досрочное родоразрешение (6%). В контрольной группе соответственно 75% и 25%.

Вывод. Строго индивидуальный, мультидисциплинарный подход к лечению острого панкреатита у беременных с применением современных методов

обследования и лечения и по нами выработанному алгоритму позволил улучшить результаты лечения и снизить случаи досрочного родоразрешения на 19%.

Клинико-морфологические варианты течения и хирургическая тактика при хроническом панкреатите

Магомедова С.М., Меджидов Р.Т., Мирзоев И.А., Абдуллаева А.З., Алиев Б.О.

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

Актуальность. Окончательными морфологическими типами ХП являются крупноочаговый фиброз железы с деформацией протоковой системы, очаговая или диффузная кальцификация железы, формирование ложных и ретенционных кист, наружных и внутренних свищей, ограниченных и протяжённых стриктур Вирсунгового протока, с образованием внутрипротокового калькулёза, сопровождающегося абдоминальным болевым синдромом различной интенсивности.

Цель исследования. Разработка лечебно-диагностического алгоритма для пациентов с различными морфологическими типами ХП, посредством применения высоких инновационных технологий и дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы Проведён анализ диагностики и лечения 108 пациентов с хроническим панкреатитом (ХП). Кистозные образования были выявлены в 21,7% наблюдениях, вирсунголитиаз - в 5,7 %, холедохолитиаз -11, 1%, тубулярная стриктура дистального отдела холедоха – 11,4%, дилатация панкреатического протока – 65,7%. Проведены следующие виды хирургического лечения: РХПГ+ЭПСТ выполнено 4 пациентам; РХПГ+ЭПСТ+ стентирование протоков ПЖ –2; РХПГ+ЭПСТ+ вирсунготомия со стентированием – 2; лапаротомия, гепатикохоледохоеюностомия – 6; лапаротомия, гастропанкреатодуоденальная резекция – 9; лапаротомия, операция PuestowI – 8 и PuestowII –9; лапаротомия, резекция хвоста поджелудочной железы + операция Duval – 1; лапаротомия, операция Фрея-3; лапаротомия, операция Бегера -1, наружное дренирование псевдокисты -21; эндоскопическое внутренне дренирование псевдокисты -9; лапаротомия, цистодигестивный анастомоз – 24; иссечение свища, дистальная резекция железы – в 9

наблюдениях. На диагностическом этапе для уточнения клинимо-морфологического типа были использованы: рентгенконтрастное исследование ЖКТ, гастродуоденоскопия, УЗИ брюшной полости, ЭУС, РХПГ, МсКТ, МРТ

Результаты. Нарушение эвакуации из верхних отделов ЖКТ контрастировано у 4,8% пациентов, у 13,3% пациентов определялась деформация контуров желудка. Признаки желчной гипертензии выявлены у 13,1% пациентов, холедохолитиаз у 3,2%, кистозные образования в 31,7% наблюдениях. Вирсунгов проток в 7,1% наблюдениях имел диаметр 4-7 мм, в 7,5%-8-9 мм и у 9% пациентов более 10мм. Конкременты в протоках ПЖ отмечены у 13,3% пациентов. Устье билиодигестивного соустья обнаружено в 0,2% наблюдениях, патологические изменения БДС доброкачественного характера – в 2,1 % случаях, поступление желчи в кишку не обнаружено в 1,4% наблюдениях.

Тубулярная стриктура дистального отдела общего желчного протока установлены – в 21,4% случаях, вирсунголитиаз имелся у 45,7% пациентов, обрыв протока на протяжении – в 7,4% и фрагментация ПЖ - в 6,8%. Различные послеоперационные осложнения развились у 11,8 % пациентов. Хорошие результаты лечения отмечены у 86,9% пациентов, удовлетворительные -8,2%, неудовлетворительные – 4,9% наблюдениях. Выводы. Проблема лечения пациентов ХП становится все более осознанной социальной задачей. Трагичность ситуации усугубляется и тем, что более 90% являются людьми трудоспособного возраста. Реабилитация пациентов ХП является трудной задачей, как в плане диагностики, так и при выборе тактики лечения. Успех оперативного вмешательства зависит от обоснованности его выбора у каждого конкретного пациента, что налагает на хирурга определённую долю ответственности. Таких пациентов целесообразно лечить в специализированных учреждениях.

Малые и средние кисты печени и селезёнки, хирургическая тактика

Меджидов Р.Т., Магомедова С. М., Хамидов Т.М., Хабибулаева З.Р.

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

Актуальность. Результаты анализа публикаций, посвящённых хирургическим методам лечения кистозных образований печени и селезёнки, позволяют определить основные направления современных подходов к решению данной проблемы. В литературе имеются единичные публикации, посвящённые

аплатизации эхинококковых кист под лапароскопической навигацией. Одним из методов завершения оперативного вмешательства по поводу кистозных образований печени и селезёнки, является их аплатизация (абдоминизация). Метод аплатизации кистозных образований печени и селезёнки, особенно, показан при малых и средних размерах кист и является наиболее подходящим в выполнении видеолапароскопическом варианте. Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения малых и средних кист печени и селезёнки путём выполнения их аплатизации под видеолапароскопической навигацией.

Материал исследования. Исследование основано на изучении результатов применения одного из вариантов хирургического лечения кистозных образований печени и селезёнки – аплатизации (абдоминизации) кист. Проанализировано 90 пациентов с кистозными образованиями печени и селезёнки, которым была проведена аплатизация кистозных образований печени и селезёнки. Кистозные образования печени имелись в 69 (72,2%) наблюдениях, селезёнки – в 21 (23,3%). В случаях печёночной локализации кист, паразитарные кисты отмечены в 65 (77,9%) наблюдениях, непаразитарные – 25 (27,7%), а при селезёночной локализации в 6 (6,6%) и 5 (5,5%) соответственно. Возраст пациентов варьировался в пределах от 21 года до 78 лет, из них мужчин было 66 (55,0%), женщин – 54 (45,0%). Пациенты в зависимости от варианта доступа были распределены на 2 группы: основная, в которую вошло 45 пациентов, где был использован лапароскопический доступ. Группа сравнения – 45 пациентов, которым аплатизация кист проведена открытым доступом.

Результаты. При проведении дооперационной компьютерной реконструкции данных МРТ печени и селезёнки по программе RadiAnt цистобилиарные свищи были выявлены в 5 (5,5%) наблюдениях. Признаки III фазы жизнедеятельности паразита – в 6 (6,6%) случаях.

В основную группу пациентов не были включены случаи с дооперационно выявленными цистобилиарными свищами. Однако, интраоперационно, в 2 (2,2%) наблюдениях пробы после с шариком на окрашивание были выявлены желчные свищи. Они были ушиты обвивным викриловым швом. В группе сравнения цистобилиарные свищи интраоперационно были выявлены в 8 (8,8%) случаях. Следовательно, чувствительность метода 3D реконструкции данных МРТ на программе RadiAnt для выявления цистобилиарных свищей, фазы жизнедеятельности паразита и внепеченочного роста кисты составила 96,1%.

Выводы. Дооперационное изучение формы кистозного образования, характера содержимого кисты, её преимущественный рост в сторону

брюшной полости, наличие цистобилиарных свищей, отношение кисты к крупным сосудистым образованиям печени и селезёнки путём компьютерной реконструкции данных МРТ на программе RadiAnt позволяет с большой точностью рандомизировать пациентов к проведению аплатизации (абдоминализации) кист печени и селезёнки.

Патологические синдромы декомпрессии билиарного тракта

Меджидов Р.Т., Магомедова С.М., Абдуллаева А.З., Алиев Б.О.

Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ г. Махачкала, Россия.

Актуальность. В литературе имеются сведения о профилактике и лечении синдрома ускоренной декомпрессии билиарного тракта (БТ). В частности, для профилактики синдрома ускоренной декомпрессии БТ предложены различные мероприятия: дозированная или фракционная билиарная декомпрессия, наружно-внутреннее дренирование БТ, экстракорпоральное назобилиарное шунтирование, пероральный приём желчи, парентеральное введение сбалансированных электролитных растворов, приём препаратов протонной помпы, пероральный приём нутриентов и другие. Однако проведение указанных лечебно-профилактических мероприятий полностью не предупреждают развитие постдекомпрессионных синдромов. Поэтому разработка и внедрение в клиническую практику более эффективного алгоритма лечебных и профилактических мероприятий для пациентов с ОХ в постдекомпрессионной фазе представляет большой научно-практический интерес.

Цель исследования. Обозначить круг патологических состояний, развивающиеся в постдекомпрессионной фазе БТ при МЖ и разработать эффективный патогномично обусловленный алгоритм, лечения пациентов с данной патологией.

Материал исследования. Анализированы результаты обследования и лечения 119 пациентов с механической желтухой (МЖ), которым были проведены различные варианты декомпрессии БТ. МЖ опухолевого генеза имелось у 51 (42,8%) пациентов, доброкачественного – в 68 (57,1%). Основная группа (n=72), где проводилось комплексное лечение с включением: антиоксидантов и нутриент «Берламин модуляр». Контрольная (n=47), которым проводилась традиционная инфузионная терапия. МЖ лёгкой степени основной группе пациентов имелось в 13 (18,0%) наблюдениях, в контрольной – в 9 (19,1%); средней степени – в 28 (38,8%) и 19 (40,4%) соответственно; тяжёлой степени – в 31 (43,0%) и 19 (40,4%) соответственно.

В 4 наблюдениях при раке желчного пузыря на втором этапе проведено стентирование желчных протоков, а в 11 – наружно-внутреннее дренирование БТ.

Пациентам с периапулярными опухолями на втором этапе проведены: ПДР – 23, операция Монастырского – 9, стентирование терминального отдела холедоха – 3, наружно-внутреннее дренирование БТ -14. Наружно-внутреннее дренирование БТ вторым этапом проведено и в случае метастазов в перихоледохиальные лимфатические узлы.

Результаты. В большинстве наблюдений после декомпрессии БТ пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома, отсутствие кожного зуда, снижении адинамии, заторможенности. Происходило постепенное снижение количества лейкоцитов в периферической крови, показателя общего билирубина, щелочной фосфатазы, АлТ, АсТ, мочевины и креатинина.

Синдром «ускоренной» декомпрессии развился в 31 (26,0%) наблюдениях (в контрольной -26, основной-5). Нарушения водно-электролитного баланса имело место у 32 (26,8%) пациентов с полным наружным отведением желчи.

Синдром ремоделирования пищеварения имелся у 24 (20,1%) пациентов.

В послеоперационном периоде умерло 8(11,1%) пациентов, из них в контрольной группе 6 (12,7%), в основной – 2(2,8%).

Быстрая ликвидация МЖ, особенно при длительном ее существовании, приводит к нарастанию печеночной недостаточности и возникает вторая проблема в лечении ОХ - профилактика и лечение синдрома «ускоренной» декомпрессии БТ. Создание медленного темпа желчеоттока после декомпрессии с использованием малоинвазивных техник также имеет существенное значение в профилактике синдрома «ускоренной» декомпрессии БТ. Это в большинстве случаев достигается при использовании катетеров меньшего диаметра, созданием более длительного пути желчеоттока, холецистоназогастральный экстракорпоральный шунт и др.

Заключение. После декомпрессии БТ по поводу МЖ нередко возникают различные патологические состояния, которые могут ухудшить состояние пациентов. к ним относятся: синдром быстрой декомпрессии БТ, синдром водно-электролитных нарушений, дренаж-ассоциированные воспалительные нарушения БТ, синдром ремоделирования пищеварения.

О факторах, влияющих на возникновение раневых осложнений при лапароскопической холецистэктомии

Праздников Э.Н., Баранов Г.А., Бахметов Т.Р.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, Россия

Введение. Проведено изучение троакарных ран в зависимости от методов извлечения удаляемого органа и методики ушивания раны у больных, которым была выполнена ЛХЭ по срочным и плановым показаниям с диагнозом острый или хронический холецистит. Выполнялись регистрация показателей течения раневого процесса в троакарной ране, преимущества малотравматичного извлечения удаляемого органа с учетом двух различных областей передней брюшной стенки (эпигастральной и параумбиликальной), сравнивались результаты применения различных вариантов ушивания троакарных ран при ЛХЭ.

Цель исследования. Изучить особенности течения раневого процесса на передней брюшной стенке в зонах лапаропортов при ЛХЭ в двух различных анатомических областях (эпигастральной и параумбиликальной) и с учетом различных вариантов ушивания троакарных ран. Сравнить две группы пациентов (по 60 в каждой), где в эпигастральной (1-я группа) области ушивание проводилось иглой Берси, а в параумбиликальной (2-я группа) проводилось ушивание стандартным способом обычными инструментами. В исследовании принимали участие пациенты с 22 до 76 лет, отсутствовали больные с выраженным дефицитом массы тела (ИМТ-16 и менее) и с сахарным диабетом.

Во всех случаях брюшина была захвачена в шов, желчный пузырь извлекался в латексном контейнере.

Материалы и методы. Для выявления показателей течения «троакарного» раневого процесса в различных областях передней стенки живота изучены троакарные раны у оперированных в объеме ЛХЭ. Выполнено послеоперационное исследование троакарной раны и паравульварной зоны на передней брюшной стенке с помощью лазерного диагностического аппарата «ЛАЗМА-СТ». При этом оценивали одновременно три показателя: кровотока, лимфоток и окислительный метаболизм. Инструментальная диагностика основана на одновременной оценке активности тканевых коферментов: восстановленного никотинамидадениндинуклеотида (НАДН) и окисленного флавинадениндинуклеотида (ФАД) способом флуоресцентной спектроскопии и показателей микроциркуляции кровотока и лимфотока методом лазерной доплеровской флуометрии. Для ушивания троакарных ран после введения 10-12мм троакара использовались варианты «стандартного» ушивания и герметизация троакарной раны с помощью иглы Berci.

Результаты. Раневой процесс регистрировали клинически и аппаратным способом. При анализе результатов, полученных с помощью лазерного диагностического аппарата «ЛАЗМА-СТ» выявлена взаимосвязь визуальной оценки состояния раны с микроциркулярным кровотоком в краях раны, наличие гематом, инфильтратов и нагноений (общее число таких осложнений составило в эпигастральной области 4,9 %, а в параумбиликальной в 11,7% наблюдений).

Установлено, что в верхних слоях брюшной стенки в меньшей степени выражены микроциркуляторные и метаболические изменения при использовании щадящих способов наложения перитонеально-апоневротического шва специальным устройством (игла Берси) за счет минимизации травмы тканей брюшной стенки.

Это имеет прямое значение на течение раневого процесса, обеспечивая снижение рисков раневых осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Выводы. Проведенный анализ раннего послеоперационного периода после ЛХЭ выявил основные факторы, которые влияют на течение раневого процесса в троакарной ране. К ним относятся способ ушивания троакарной раны и выбор локализации троакарного доступа на передней брюшной стенке, через который будет извлекаться удаляемый орган. При сравнительном анализе различных вариантов ушивания троакарных ран способ, основанный на использовании специальных устройств для ушивания троакарных ран, имеет преимущество перед «стандартным» способом за счет простоты и быстроты использования, надежности, а также возможности визуального лапароскопического контроля за полнотой и качеством герметизации всех слоев брюшной стенки. Минимизация таких физических факторов воздействия на края раны как растяжение, сдавление, деформация раневого канала напрямую влияет на особенности течения раневого процесса и возникновение местных раневых осложнений.

Современные подходы лапароскопического лечения калькулезного холецистита и его осложнений

Алибегов Р.А., Султанова Р.С., Магомедов М.М., Алиев А.К., Амирханов А.А., Магомедов М.С., Нуров Р.И.
ГБУ РД «ГКБ», Махачкала, Россия

Актуальность. Современный этап развития эндовидеохирургии характеризуется разработкой и внедрением в клиническую практику малоинвазивных методик.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты лапароскопической и эндоскопической коррекции холедохолитиаза.

Материал и методы. Отбор больных:

1. Больные с подозрением или подтвержденным холедохолитиазом
2. Расширенный гепатикохоледох;
3. Множественные или большие камни
4. Неудача в выполнении ЭПСТ или удалении камней.

Всего 48 пациентов ЖКБ, осложненным холедохолитиазом. Всем выполнялась ЛХЭ. Лапароскопическая коррекция холедохолитиаза – 24 больному, ЭПСТ до/послеоперационном периоде ЛХЭ – 23. Обе группы сравнимы по гендерно-возрастному показателю, нозологической форме. Характер проведенных вмешательств на холедохе: холедохолитотомия и дренирование общего желчного протока по Керу – 14, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому – 1, холедохолитотомия глухой шов холедоха и стентирование -1, лапароскопический холедоходуоденоанастомоз (ХДА) - 5, (ХДА формировали у пожилых больных при наличии протяженной стриктуры дистального отдела ОЖП), гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле – 3. В контрольной группе (N=24): До операции ЭРПХГ и ПСТ выполнена у 19 пациентов, после операции - у 5.

Результаты. Осложнения в основной группе – 8,3% (2): желчеистечение по улавливающему дренажу – 1(4,2%), гемобилома подпеченочного пространства - 1(4,2%). В контрольной группе – 10,7% (3): острый панкреатит - 2 (4,2%), желудочно-кишечное кровотечение - 1 (4,2%).

Повторных хирургических вмешательств и летальности не было.

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

Результаты применения минилапаротомного доступа с острым калькулезным холециститом у больных пожилого и старческого возраста

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э.
ГБУЗ ВО ГКБ СМП, Россия

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в профилактике и лечении желчнокаменной болезни, число больных острым холециститом в пожилом и старческом возрасте, не имеет тенденции к снижению (Баранов Г. А. 2008; Беляков Ф.И. 2011). 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 пожилого 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 результаты хирургического лечения пожилых больных острым калькулёзным холециститом путем применения минилапаротомного доступа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 144 пожилых больных с острым калькулезным холециститом.

Исследование проводилось в хирургической клинике городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владимира за период с января 2018 по декабрь 2022г.г.

Возраст обследованных больных варьировал от 60 до 76 лет, составляя в среднем $65,7 \pm 3,4$ года. Основную группу составили 48 (33,3%) больных. В этой группе использована активная индивидуализированная хирургическая тактика с использованием минилапаротомного доступа.

Контрольную группу составили 42 (29,1%) больных, у которых использовали традиционные способы лапаротомного доступа. Пациенты были подвергнуты холецистэктомии через традиционный лапаротомный доступ. Косые разрезы в правом подреберье по Федорову или Кохеру использованы у 30 (20,8%)

больных, а у 15 (10,4%) пациентов операция выполнена через верхнее - срединную лапаротомию.

Результаты. Для получения клинической оценки результатов комплексного хирургического лечения пожилых больных с острым калькулезным холециститом нами проведен анализ осложнений в раннем послеоперационном периоде в исследуемых группах. Общее количество осложнений в контрольной группе составило 6 (14,2% больных, а летальность – 2 (4,7%). Осложнений в основной группе отмечено в 2 (4,1%) случаях, которые проявлялись в инфильтрате послеоперационной раны, который был пролечен консервативным путем.

Среди осложнений в контрольной группе были отмечены: 4 (9,5%) случая – воспалительные инфильтраты послеоперационной раны; в 2 (4,7%) случаях имело место нагноение послеоперационной раны;

В основной группе пациентов отмечены 2(4,1%) осложнения, проявившиеся в виде инфильтратов послеоперационной раны, которые были связаны травматизацией раны при установке крючков хирургического набора «миниассистент». Указанные осложнения в обеих группах были пролечены консервативным путем.

Средние сроки пребывания больных в стационаре в основной группе составил - $5,2 \pm 2,2$ койко-дня, а в контрольной группе – $9,2 \pm 2,3$ койко-дня. Летальных исходов в анализируемых группах неотмечено.

Выводы: 1. Применение активно-индивидуализированной хирургической тактики с использованием минилапаротомного доступа существенно повысило эффект лечения и способствовало благоприятному течению заболевания;

2. Клинический анализ результатов показал, что традиционные доступы из-за травматизации и инфицирования сопровождаются высоким процентом раневых осложнений;

3. Обоснованное применение ОЛХЭ (минилапаротомного доступа) при операциях на желчном пузыре заметно уменьшает раневые осложнения;

4. При использовании миниинвазивных технологий в лечении указанной категории больных отмечается снижение числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы.

4. Летальных исходов в основной группе не было.

5. Средние сроки пребывания больных в стационаре в основной группе оказалось меньше на 56,5%. по сравнению с контрольной.

Двухэтапные миниинвазивные вмешательства у больных с острым гнойным холангитом

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э.

ГБУЗ ВО ГКБ СМП, Россия

Актуальность. Несмотря на то, что гнойный холангит - это синдром-спутник обструкции желчных протоков, в настоящее время он приобрел статус самостоятельной проблемы, от решения которой зависит дальнейший прогресс хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны.

В хирургическом лечении холангита, несмотря на достижения современной науки и техники, имеется ряд проблем.

Холангит осложняет течение заболеваний гепатобилиарного тракта в 15 - 30 % случаев

Летальность может достигать 13 - 40% (Гостищев В.К., 1994; Нартайлаков М.А и соавт., 2000)

Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения больных с острым гнойным холангитом.

Материал и методы. Основу клинического материала составили наблюдения и лечения 120 больных с острым гнойным холангитом (ОГХ), проходившие лечение в хирургическом отделении МУЗ ВО «ГКБ СМП», г.Владимира. Из 120 пациентов 92 (76,6%) – составили женщины и 28 (23,3%) – мужчины. При детализации причин ОГХ было установлено, что основу его развития составляет желчнокаменная болезнь и её осложнения имеющие место у 86 (71,6%) больных. В 16 (13,3%) случаях причиной заболевания являлись стриктуры желчных протоков воспалительного характера обусловленной их повреждениями, в 12 (10%) случаях стеноз и в 6 (5%) рестеноз БДС. Наличие ОГХ установили на основании клинико-лабораторных показателей эндотоксемии, комплекса инструментальных методов исследования УЗИ, МРТ, ЭРПХГ и ЧЧХ.

Результаты. В зависимости от тяжести механической желтухи, эндогенной интоксикации и степени тяжести печеночной недостаточности и операционно-анестезиологического риска у больных с ОГХ применяли двухэтапные оперативные вмешательства. Из-за тяжести эндотоксикоза и общего состояния больных в 42 (35%) наблюдениях из 120 больных выполняли двухэтапные оперативные вмешательства. На первом этапе производили декомпрессию желчных протоков с наружным отведением токсичной желчи мини - инвазивными методами – ЭПСТ (n=28) и ЧЧХ (n=14). После снижения эндотоксемии, гипербилирубинемии и улучшения общего состояния больных через 10-14 суток после первичных оперативных

вмешательств выполняли холецистэктомию из мини-доступа (ОЛХЭ) с формированием наружного дренажа холедоха, через который в послеоперационном периоде осуществлялся контроль желчевыводящих путей, а при необходимости – дополнительную санацию желчевыводящих путей.

Одноэтапные оперативные вмешательства при ОГХ выполнили 40 больным (33,3 %). При этом в 6 (15%) случаях операции производили из традиционного открытого доступа, а в 34 (85%) случаях из минилапаротомного доступа. В 28(23,3%) наблюдениях ЭПСТ с назобилиарным дренированием желчных протоков являлось первым и окончательным методом радикального лечения ОГХ.

Выводы: 1. Двухэтапные оперативные вмешательства с использованием минилапаротомного доступа при остром гнойном холангите позволяют выполнять полный объём манипуляций на желчных протоках, являются малотравматичным вмешательством и сопровождаются меньшим числом осложнений;

2.Эндобилиарные вмешательства в ряде случаев могут явиться первым и окончательным методом радикального лечения ОГХ.

Новые подходы при трудных канюляциях у пациентов с холедохолитиазом

Алиев М.А., Хидирлезов М.С., Скороваров А.С., Сафаров С.Ю., Гереева З.К.
Кафедра хирургических болезней стом. пед. факультетов ДГМУ, городская клиническая больница №1., Махачкала, Россия

Актуальность проблемы. Одной из распространенных осложнений калькулезного холецистита является механическая желтуха, вызванная обтурацией общего желчного протока камнем. Наличие желтухи ухудшает состояние пациента и может привести к развитию печеночно-почечной и других тяжелых осложнений. Поэтому вопросы выбора оптимальной тактики лечения пациентов с нарушением проходимости внепеченочных желчных протоков остается актуальной и по настоящее время. Наиболее часто для восстановления проходимости желчных путей используется ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), с удалением конкрементов из желчного протока. Но эта процедура не всегда удается из-за трудной канюляции.

Цель исследования. Выработать оптимальные методы миниинвазивных вмешательств при трудных канюляциях.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 14 пациентов с механической желтухой, вызванной обтурацией терминального отдела холедоха конкрементом. Возраст пациентов колебался от 52 до 74 лет. Всем пациентам проводились лабораторные методы исследования с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ и других биохимических исследований, согласно принятым стандартам. Средние цифры билирубина составили 143 ммоль/л, функциональные пробы печени были повышены.

Из инструментальных методов исследования выполнены УЗИ, МРТ и КТ с контрастированием. После соответствующей подготовки, во всех случаях были попытки разблокировать желчные ходы с помощью ЭПСТ и все случаи оказались неудачными для канюляции. В связи с этим на первом этапе использовали чрезкожную чрезпеченочную холангиостому (ЧЧХС) для декомпрессии желчных протоков и нормализации показателей билирубина и функциональных проб печени. Одновременно проводилось гепатопротекторная, противовоспалительная и спазмолитическая терапия. В течение трех дней по холангиостоме вводили препарат эксхол, в дозе 5 мл, который обладает способностью растворять холестериновые камни.

Холангиостому, после введения препарата, на 30 мин. закрывали зажимом.

На 2-м этапе, после нормализации показателей печеночных проб и билирубина, снижения билиарной гипертензии, уменьшения размеров камня, на 7-14 сутки проводили повторную попытку разблокировать желчные ходы с помощью ЭПСТ. Контрольные исследования показали, что в 10 случаях размеры конкрементов незначительно уменьшались.

Для удаления камня использовали балонное расширение просвета терминального отдела холедоха, после этого проталкивали камень в расширенный участок холедоха, с дальнейшим проведением канюляции и удалением камня из холедоха, что удалось в 11 случаях.

Результаты. Вышеописанная тактика лечения позволила в 11 случаях выполнить канюляцию и удалить камень из холедоха, в трех случаях камень удален открытым способом.

Анализ результатов лечения калькулезного холецистита

Алиев М. А., Сафаров С.Ю., Магомедов Н.Н., Абдулаев М.А, Свелиманов З.А., Магомедов З.М., Далгатов Г.М.

Кафедра хирургических болезней стом. пед. факультетов ДГМУ, городская клиническая больница №1, Махачкала, Россия

Цель исследования. Оценка результатов лечения пациентов с калькулезным холециститом.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 766 пациентов с различными формами холециститов, которые находились на лечении в хирургическом отделении ГКБ № 1 с 2017-по 2019 г. С острым калькулезным холециститом поступили 286 пациентов, хроническим – 456, острый бескаменный холецистит выявлен у 24 пациентов. С механической желтухой поступили 41 пациента. Причинами механической желтухи у 35 пациентов были камни в холедохе, в остальных случаях отечная форма острого панкреатита.

При обследовании больных оценивались традиционно применяемые перед операцией лабораторные исследования.

Инструментальное обследование заключалось в обязательном выполнении электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости,

эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), при необходимости КТ или МРТ. УЗИ выполнено всем больным в течение 24 часов от момента поступления.

Исследование проводилось с использованием ультразвукового сканера полипозиционно: в положении больного лежа на спине и на левом боку.

Сканирование проводилось в косых, продольных и поперечных плоскостях при спокойном дыхании и на высоте вдоха с задержкой дыхания. При необходимости выполняли МРТ и КТ с контрастированием.

Всем пациентам, при наличии механической желтухи, вызванной холедохолитиазом на первом этапе выполнены миниинвазивные вмешательства: ретроградная папиллосфинктеростомия с удалением конкремента из холедоха выполнены 17 пациентам, в остальных случаях чрезкожная чрезпеченочная холедохостомия. После нормализации билирубина и показателей печеночных проб им в плановом порядке выполнена холецистэктомия.

Всего холецистэктомия выполнена 664 пациентам. Открытая холецистэктомия (ОХ) выполнена 74(11%), в том числе с наложением холедоходуоденоанастомоза-14 пациентам.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) выполнена 590(89%) пациентам, в том числе 12 пациентам выполнено лапароскопическое дренирование холедоха, после удаления конкрементов.

Результаты и обсуждения. После ОХ послеоперационные осложнения выявлены у 12(16%) пациентов, после ЛХ-9 (1,5%). Летальность после ОХ- 1, после ЛХ-нет. Анализ осложнений при ОХ показывает, что нагноение

послеоперационной раны произошло у 3 пациентов, желчетечение из ложа пузыря в трех случаях, кровотечение из ложа пузыря произошло у трех пациентов и пузырной артерии – в одном случае. По поводу последнего потребовалась релапаротомия и остановка кровотечения. Конверсия при ЛХ потребовалась 16 пациентам. В основном эти были случаи при наличии у пациентов картины острого деструктивного холецистита с местным перитонитом и инфильтратом в области шейки пузыря и связанные с этим трудности выделения пузыря.

Анализ послеоперационной летальности и осложнений показал, что большинство из пациентов у которых возникли осложнения - эти пациенты в возрасте 50 и более лет, с наличием тяжелой степени интоксикации и массой сопутствующих заболеваний.

Эндоскопические транспапиллярные миниинвазивные технологии в разрешении «сложного» холангиолитиаза

Темирболатов М.Д. Исаков Х.С. Хандулаев Ш.М. Меджидов Р.Т. Магомедов И.У.

ГБУ РД РКБ 2

Актуальность. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства, выполняемые под эндоскопической навигацией являются «золотым стандартом» при лечении холангиолитиаза. Нередко указанные вмешательства становятся многоэтапными и многокомпонентными при так называемом «сложном» холангиолитиазе.

Высокоэффективными транспапиллярные миниинвазивные манипуляции становятся при использовании лазерной литотрипсии.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного применения эндоскопических транспапиллярных вмешательств с включением лазерной литотрипсии в разрешении холангиолитиаза.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов применения эндоскопических транспапиллярных миниинвазивных вмешательств с лазерной литотрипсией в разрешении "сложного" холангиолитиаза у 56 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУ РД «РКБ 2». «Сложность» холангиолитиаза 50 (89,2%) случаях была обусловлена крупными и множественными конкрементами, в 1 (1,8%) - атипичной локализацией БДС при крупном конкременте, в 1(1,8%) - парафателлярным дивертикулом при множественном холангиолитиазе, в 2 (3,6%) - протяженностью «узкого» терминального отдела холедоха , в

2(3,6%) - сужение интрапанкреотической части холедоха. Пациентом последовательно выполнены следующие лечебно-диагностические процедуры: дуоденоскопия и макроскопическая оценка зоны БДС; его конюляция, ретроградная холангиография; папиллосфинктеротомия, механическая литотрипсия + лазерная литотрипсия под навигацией ультратонкого эндоскопа SpyGlass; дислокация фрагментов конкремента литотриптором, баллонным дилататором и путем промывания БТ; контрольная холангиоскопия. В 45(80,4%) случаях имелся холецистохолангиолитиаз, в 19(42%) наблюдениях холецистэктомия выполнена в два этапа за одну госпитализацию, а в 26 (57,8%) с повторной госпитализацией.

Результаты и обсуждения. Продолжительность вмешательств составляла от 40 до 115 минут, время потребовавшееся непосредственно на литотрипсию составило от 25 до 45 минут. Холангиолитиаз в один этап разрешен в 75,6% случаях, повторное эндобилиарное вмешательство под эндоскопической навигацией потребовалось в 20,3% наблюдениях, третье вмешательство проведено 6,3% случаях. Осложнения после эндобилиарных вмешательств отмечены в 25,8% случаях. Летальных исходов не было. После холецистэктомии раневые осложнения отмечены в 3(6,6%) наблюдениях. При сложном холангиолитиазе успех транспапиллярных миниинвазивных вмешательств можно констатировать в случаях комплексного применения лечебных манипуляций. Среди эндобилиарных манипуляций самым востребованным и эффективным является лазерная литотрипсия, выполненная под навигацией ультратонкого эндоскопа SpyGlass. Последний также позволяет оценить полноту проведения процедуры. Эффективность данной методики составляет почти 99%. При «сложном» холангиолитиазе разрешение протоковой патологии в один этап показано стентирование терминального отдела холедоха для профилактики постманипуляционных осложнений (холангит, панкреатит, холестаз)

Заключение. Комплексный подход к проведению транспапиллярных эндобилиарных вмешательств с сочетанием лазерной литотрипсии под эндоскопической навигацией является высокоэффективным в разрешении «сложного» холангиолитиаза.

Значение фактора дренирования остаточной полости в профилактике осложнений после органосохраняющих вариантов эхинококкэктомии из печени

Койчурев Р.А., Ахмедов И.Г.

ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. В настоящее время среди проблем цистного эхинококкоза печени ведущее место занимает совершенствование методов предупреждения и лечения гнойно-воспалительных процессов в остаточных полостях и рецидива болезни.

Фактор дренирования остаточной полости имеет важное клиническое значение. Завершение операции без дренирования остаточной полости возможно, когда остаточную полость удастся полностью ликвидировать, и отсутствуют признаки, свидетельствующие о возможности формирования цистобилиарного свища. В иных случаях, а также при нагноившихся эхинококковых кистах принято оставлять в полости дренаж или несколько дренажей во избежание застоя экссудата в остаточной полости и развития гнойных осложнений. Необходимость дренирования остаточной полости определяется интраоперационно при оценке эффективности выбранного метода ликвидации остаточной полости.

Материал и методы. Клиническое значение патологических процессов, происходящих в остаточных полостях на этапах лечения, и оптимальная тактика лечения при них изучены нами у 147 пациентов, которым выполнены органосохраняющие операции с дренированием (95 пациентов - вторая группа) или без таковой остаточной полости (52 пациента - первая группа). Средний возраст пациента мужского пола ($n=60$) составил $33,4 \pm 16,9$ лет, женского ($n=87$) – $39,5 \pm 18,3$ лет ($p=0,001$). Размеры кист у больных, включенных в исследование, были различными и преимущественно большими. Максимальные из кист у больных варьировали в пределах от 6 до 20 см (в среднем – $12,6 \pm 3,2$ см).

Полученные результаты и обсуждение. Ультразвуковая картина остаточной полости после эхинококэктомии переменчивая и нестабильна, зависит от характера и динамики объема скапливающегося содержимого. Наличие воздуха под диафрагмой и в остаточной полости в раннем послеоперационном периоде препятствует адекватной оценке ее ультразвуковым исследованием. Рассасывание остатков воздуха и расправление стенок полости стабилизируется лишь к концу месяца после операции и удаления дренажа. Объем остаточной полости через 1 месяц после удаления дренажа в соответствующей группе составил $80,6 \pm 8,3$ % от исходного объема кисты.

Хотя при выписке из стационара объем остаточной полости был минимален (до $3,9 \pm 1,7\%$), в группе, где в остаточной полости дренаж не имелся, объем полости при обследовании через 2 месяца уже составил $64,1 \pm 7,2$ % от

исходного с постепенным уменьшением до $36,1 \pm 3,5\%$ к 12 месяцам после операции. В группе пациентов с дренажом в остаточной полости, объем ее через 2 месяца и позже принципиально не отличалась от объема полости, которые были ушиты без оставления дренажа. К 12 месяцам после операции и удаления дренажа объем остаточной полости составил $35,9 \pm 5,9\%$ от исходного ($p=0,82$).

В первой группе сравнительно большой объем остаточной полости к концу 1 месяца после операции, вероятно, обусловлен прорезыванием швов и расправлением стенок полости за счет напряжения внутри из-за скапливающегося транссудата при отсутствии возможности его свободной эвакуации. В отдаленном периоде происходит редукция остаточной полости в обеих группах, и к концу года после операции средний объем ее составляет примерно 36% от его исходного значения, причем статистически значимого различия в первой и во второй группах к концу года не обнаруживается ($p=0,82$).

Выводы. Остаточные полости в печени с жидкостным содержимым могут быть обнаружены вне зависимости от фактора дренирования их при эхинококкэктомии. Динамика редукции этих полостей в первые 6 месяцев после операции (или удаления дренажа) различна у дренированных и наглухо зашитых во время операции остаточных полостей. К исходу года после операции их динамика постепенно стабилизируется и выравнивается.

Органозамещение и органопротекция при полиорганной недостаточности на фоне тяжелого острого панкреатита

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.

Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Узбекистан

Актуальность. Синдром полиорганной недостаточности (СПОН) остается одной из основных причин летальности в отделениях анестезиологии и реанимации. Среди множества этиологических факторов его развития в лидерах по-прежнему остается острый панкреатит. Летальность при деструктивном тяжелом остром панкреатите (ТОП) в разных клиниках мира колеблется от 20-30% и выше, а при развитии СПОН достигает 80%.

Цель исследования: оценить результаты лечения СПОН на фоне ТОП.

Материал и методы исследования. За период с 2008 по 2022 год в ОРИТ на базе РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова проведен анализ результатов обследования и лечения 46 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита, осложненными СПОН. Из 46 больных - 36 пролечены консервативно, у 10 пациентов (инфицированный панкреонекроз) консервативная терапия дополнилась оперативным вмешательством. Стратегические направления диагностики и интенсивной терапии тяжёлого деструктивного панкреатита были следующими: стартовая оценка тяжести (шкала Ranson, APACHE II, Balthazar); динамическая объективная оценка тяжести состояния больных с визуализацией масштаба и характера поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки (УЗИ, КТ, лапароскопия); органную недостаточность считали персистирующей, если признаки недостаточности у пациента с ТОП зафиксированы хотя бы раз в течение двух последовательных дней (шкала SOFA и/или MODS); интенсивная терапия с идентификацией инфицирования (микробиологические исследования, определение концентрации прокальцитонина); патогенетическая фармакотерапия ОП (подавление секреции ПЖ: ингибиторы протеаз, ингибиторы "протоновой помпы"); мультимодальное обезболивание; антибактериальная терапия (цефалоспорины + фторхинолоны IV поколения, карбопенемы + пиперациллин/тазобактам); стратегия применения пролонгированной ИВЛ; замещение функции повреждённого органа или системы с помощью медикаментозных и экстракорпоральных методов; нутритивная поддержка (энтеральное и парентеральное питание). Восполнение объема жидкости и нормализация белково-электролитного баланса; купирование эндотоксикоза и профилактика ПОН экстракорпоральными методами.

Результаты и их обсуждение. Положительная динамика разрешения СПОН (в группе больных стерильным панкреонекрозом) с тенденцией к нормализации клинических и параклинических показателей наблюдалась нами уже к концу первой недели ИТ. В наиболее тяжелых случаях приходилось проводить ее в течение 1,5-2 недель. Среди гнойно-септических осложнений у оперированных пациентов с деструктивным ТОП в 59,2% случаев наблюдались инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ. Наиболее неблагоприятными для прогноза системными осложнениями ТОП явились: ОРДС, ПОН, сепсис. При этом 100% летальность наблюдалась у послеоперационных больных инфицированными формами панкреонекроза с нарастанием показателей APACHE II выше 20 баллов, Ranson — выше 6. У 7 пациентов в комплексе лечебных мероприятий были применены экстракорпоральные методы детоксикации. На фоне проводимой

комплексной консервативной терапии снижалась выраженность синдрома интоксикации по данным клинической картины и лабораторных методов исследования. У 33 пациентов проведены различные виды хирургических вмешательств. Летальность среди оперированных больных составила 48,5%. При анализе основных причин летальных исходов у умерших с деструктивным панкреатитом установлено, что нарастающая печеночная недостаточность выявлена у 28,8% пациентов, дыхательная (ОРДС), почечная и сердечно-сосудистая недостаточность в 42,5%, 40,5% и 33,2% случаев, соответственно. Гораздо реже встречались: ДВС, который установлен в 14,2%, метаболический синдром и сепсис — в 12,8% случаев, септический шок — в 9,5%, аррозивные кровотечения — 8,3%, гастродуоденальные кровотечения — в 3,5% случаев. 83,6% пациентов имели более двух смертельных осложнений. Ретро- и проспективный анализ результатов лечения пациентов данной категории показывает, что активно-выжидательная тактика с приоритетным консервативным ведением увеличило выживаемость с 21,4% до 81,6% с соответствующим снижением смертности с 76,6 до 18,4%.

Выводы и рекомендации. В основе организации помощи при остром деструктивном панкреатите лежит концептуальное единство действий реаниматолога и хирурга, базирующееся на основе предпочтения консервативной терапии в стадии асептического некроза поджелудочной железы в условиях отделения интенсивной терапии. Подобный подход позволял начинать протезирование нарушенных витальных функций в наиболее ранние сроки и предупреждал развитие необратимых полиорганых поражений.

Экстракорпоральная детоксикация при острой декомпенсированной печеночной недостаточности

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.

Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Узбекистан

Актуальность. По данным литературы у 50-80% больных развитие острой печеночной недостаточности (ОПН) носит молниеносный характер, что обуславливает крайне тяжелое клиническое течение с вовлечением в процесс всех органов и систем жизнеобеспечения, высокие показатели летальности, длительный госпитальный период и большие экономические затраты,

связанные с лечением этого заболевания. Настоящая реальность, вероятно, связана с несколькими факторами, одним из которых является фактор отсутствия точных рекомендаций по эффективным срокам начала систем искусственной поддержки печени.

Цель исследования: провести факторный анализ эффективности различных экстракорпоральных детоксикационных систем (ЭКДС), используя собственный опыт, представленный из двух ведущих гепатологических центров.

Материал и методы. В исследование включены результаты интенсивной терапии с применением различных ЭКДС у 186 больных с ОПН, пролеченных за 2011-2022 гг. Основными направлениями являлись изучение влияния методик альбуминового диализа (MARS) и гемодиализации (ГДФ) на основные клиничко-биохимические параметры и на полиорганную дисфункцию организма при ОПН в их сравнительном аспекте. Оценка тяжести состояния пациентов проводилась с помощью шкал APACHE II, SOFA и MELD.

Результаты и их обсуждение. В динамике снижения общего билирубина в крови, уже на 5 сутки после применения MARS отмечено достоверное снижение данного показателя по сравнению с ГДФ (с $378,4 \pm 13,9$ мкмоль/л до $322,2 \pm 13,9$ мкмоль/л против с $344,2 \pm 13,4$ мкмоль/л до $306,8 \pm 15,8$ мкмоль/л, соответственно). Достоверное снижение после ГДФ отмечено только на 7 сутки (до $275,5 \pm 15,2$ мкмоль/л). В последующем в обеих группах отмечалась стабильная динамика снижения общего билирубина. Тем не менее, на 10 сутки в группе больных, которым проводилась ГДФ, динамика снижения этого показателя значительно уступала группе пациентам, которым использовался MARS ($221,5 \pm 13,8$ мкмоль/л против $171,6 \pm 12,8$ мкмоль/л, соответственно). Сходная динамика отмечена и по показателю аммиака в крови. Примечательно, что показатели почечной дисфункции (мочевина и креатинин) начали снижаться уже на 5 сутки после применения ГДФ (с $23,4 \pm 1,9$ ммоль/л до $19,3 \pm 1,3$ ммоль/л, с $341,2 \pm 23,9$ мкмоль/л до $252 \pm 18,3$ мкмоль/л, соответственно), в отличие от применения MARS, после которого, достоверное снижение этих показателей отмечено только на 10 сутки (с $25,2 \pm 1,7$ ммоль/л до $19,8 \pm 1,4$ ммоль/л, с $346,5 \pm 23,1$ мкмоль/л до $273,8 \pm 13,4$ мкмоль/л, соответственно). Анализ динамики цитолитического синдрома и показателя системного воспалительного ответа показал, что достоверное снижение показателя АЛТ начинается уже на 3 сутки после применения MARS (с $1972,6 \pm 105,3$ Ед до $1665,9 \pm 71,5$ Ед), а показателя АСТ на 5 сутки, в отличие от ГДФ, после которого, достоверное снижение АЛТ и АСТ начинается только на 7 сутки (с $1824,6 \pm 99,5$ Ед до $1263,5 \pm 51,2$ Ед и

с $1591,8 \pm 92,1$ Ед, соответственно). В отношении СРБ, достоверное снижение после ГДФ отмечено на 5 сутки (с $106,8 \pm 8,6$ мг/л до $77,2 \pm 6,3$ мг/л) в отличие от MARS, после которого данный показатель достоверно начал снижаться к 7 суткам (с $112,4 \pm 8,2$ мг/л до $79,7 \pm 7,1$ мг/л). По всем основным параметрам холестатического и цитолитического синдромов, отмечается значительное преобладание MARS, тогда как, в отношении гепаторенального синдрома и иммунно-воспалительного ответа, лучшая эффективность отмечена после ГДФ. Частота летальности при тяжелой острой печеночной недостаточности достоверно не различалась при включении в комплекс интенсивной терапии сеансов MARS или ГДФ, при этом в зависимости от типа осложнения проведение альбуминового диализа способствовало снижению доли неблагоприятного исхода при ALF со значением MELD 31-35 баллов с 50,0% (при ГДФ) до 33,3%, более 35 баллов – со 100% до 50%; при ACLF летальность в группе MARS составила при MELD 25-30 баллов – 50,0%, 31-35 баллов - 66,7%, а при более 35 баллов – 100%, тогда как в группе ГДФ эти значения достигали 66,7% при MELD 25-30 баллов и 100% при значении более 30 баллов.

Заключение. Факторный анализ особенностей заместительного протезирования функции гепатоцитов показал, что при острой декомпенсированной печеночной недостаточности регресс патологических маркеров интоксикации и синдрома цитолиза более выражен при проведении сеансов альбуминового диализа (MARS), тогда как для ГДФ более характерно влияние на коррекцию показателей воспалительного процесса и нарушений иммунной системы, в свою очередь улучшение некоторых параметров гемостаза характеризовалось равноценным эффектом.

Сравнительный клинический анализ эффективности механического гемостаза при циррозе печени, осложненным кровотечением из варикозных вен пищевода

Анисимов А.Ю., Ибрагимов Р.А., Эркинова Д.Э.

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Россия

Актуальность. Широкое применение нитиноловых стентов ограничено дефицитом рандомизированных контролируемых исследований для определения их места в комплексной лечебной программе кровотечений из варикозных вен пищевода.

Цель: Провести сравнительный клинический анализ эффективности механического гемостаза при циррозе печени, осложненным кровотечением из варикозных вен пищевода.

Материал и методы. Проанализированы результаты механического гемостаза у 75 пациентов с циррозом печени, внутрипеченочной портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозных вен пищевода. По критериям Чайлд-Пью к классу А отнесли 9 (12,0%), к классу В - 41 (54,7%), а к классу С - 25 (33,3%) пациентов. У 36 (48,0%) пациентов была неактивная, у 29 (38,7%) - низкоактивная, у 10 (13,3%) - высокоактивная фаза цирроза печени. В первые 24 часа от начала клинических проявлений кровотечения в хирургический стационар доставлено 46 (61,3%); от 24 до 72 часов - 17 (22,7%), 72 часа - 12 (16,0%) пациентов. У 4 (5,3%) пациентов была легкая, у 23 (30,7%) - умеренная, а у 48 (64,0%) - тяжелая кровопотеря. В первую группу сравнения вошли 44 (58,7%) пациента, в комплексной программе лечения которых в качестве первой линии мер по спасению жизни использовали механический гемостаз с помощью зонда Сенгстакена - Блэкмора. Вторую основную группу исследования составили 31 (41,3%) пациент, у которых гемостаз был достигнут с помощью саморасширяющегося нитинолового стента.

Результаты. В первой группе сравнения установлены одышка - в 26%; тошнота - в 27,2%; рвота - в 13,6%; гиперсаливация - в 43,2%; боль за грудиной - в 41,0%; трофические изменения в слизистой пищевода и желудка - в 27,2%; нарушения дыхания - в 100%; аспирационная пневмония - в 11,4%; рецидивы кровотечения - в 25% случаев.

Во второй основной группе установлены дистальная миграция с потерей тампонирующей функции открытого стента - 19,4% или даже в нераскрытом состоянии - 3,2%; зависимость фиксации стента от анатомо-физиологических особенностей кардиоэзофагеального перехода, в том числе сердечной недостаточности - в 6,5%, хиатальной грыжи - в 3,2% и предшествующей противовоспалительной терапии - в 9,7%; рецидивирующие кровотечения из вен, расположенных дистальнее нижнего края стента - в 3,2%; тампонада только варикозных вен пищевода - в 100%; геморрагические и трофические изменения слизистой оболочки пищевода в месте стояния стента - в 25,8%, вплоть до циркулярного рубцевания - в 6,5%.

Преимуществами гемостаза с помощью нитиноловых стентов являются: низкая инвазивность 100%; хорошая переносимость пациентом 93,5%; обеспечение физиологического дренажа слюны и возможность приема жидкости или пищи через рот в 100%; возможность повторного эндоскопического исследования пищевода и желудка, после установки

стента в 100%; меньшие (1 или 2) нарушения дыхательной функции и дренажной функции трахеобронхиального дерева; невозможность удаления или перемещения стента пациентом в состоянии возбуждения в 100%; удлинение времени принятия решения о тактике дальнейшего лечения в 77,4% случаев.

Выводы. 1. Рекомендуется включать механический гемостаз с помощью саморасширяющихся нитиноловых стентов в комплексную лечебную программу пациентов с циррозом печени, осложненным варикозным кровотечением.

2. Для предотвращения изъязвления слизистой оболочки пищевода в местах давления проксимального или дистального краев стента не рекомендуется держать стент в пищеводе более 7 дней.

Виртуальное планирование операций при патологии гепатопанкреатобилиарной зоны

Магомедов Н.М., Муртузалиева А.С., Меджидов Р.Т., Магомедов И.У.
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2», Россия

Актуальность. Планирование операций при патологии гепатопанкреатобилиарной зоны имеет важное значение. Оно определяет в основном, результативность проведенного оперативного вмешательства и исход заболевания. В этом решающая роль принадлежит данным методов лучевой навигации, особенно построение 3D реконструкции их данных. Цель исследования. Определить эффективность применения данных 3D реконструкции изображений методов лучевой навигации в планировании оперативных вмешательств при патологии гепатопанкреатобилиарной зоны. Материал и методы. В хирургическом отделении ГБУ РД «РКБ№2» прошли лечение 112 пациентов с патологией гепатопанкреатобилиарной зоны. Всем пациентам наряду с общеклиническими и биохимическими анализами крови и мочи выполнены: МРТ, МСКТ, УЗИ, РХПГ, гастродуоденоскопия, рентгенография легких, ЭКГ, УЗИ сердца. Пациенты которым была выполнена декомпрессия билиарного тракта проксимальным и центральным доступами МСКТ выполняли с контрастированием билиарного тракта и сосудистой системы. Данные МРТ и МСКТ подвергали 3D- реконструкции на программе Radiant, Horos и OsiriX.

Результаты и обсуждение. Проведенные высокотехнологичные методы лучевой навигации позволили подтвердить у 34 пациентов переампулярные

опухоли, в 15 наблюдениях различные клинико-морфологические типы хронического панкреатита с интра- и экстрапанкреатическими осложнениями, в 17 – опухоли печени, в 18-доброкачественная патология внепеченочных желчных протоков и в 6 случаях – воротная холангиокарцинома.

Виртуальное планирование хирургической тактики на основе компьютерной 3D реконструкции данных лучевых методов диагностики позволило выполнить радикальные оперативные вмешательства при периампулярных опухолях в 26,5% наблюдений, в случаях воротной холангиокарциномы у 42,0% пациентов, в наблюдениях осложненного хронического панкреатита провести оперативные вмешательства с применением резекционных технологий у 62,0% пациентов, дренирующих методах – в 38,0%. При кистозных образованиях печени показания к миниинвазивным способам лечения определены в 56,0% случаях, к открытому методу – в 44%.

При доброкачественной протоковой патологии планированная до операции хирургическая тактика была реализована во всех случаях. В 69,0% случаях виртуальное планирование позволило отказаться от радикальных операций. Им проведены оперативные вмешательства паллиативного характера.

В последние годы в клиническую практику для уточнения диагноза, тактических и технических аспектов стали внедряться лучевые методы диагностики и 3D-реконструкция их данных. Они в значительной степени позволяют увеличить количество выполняемых радикальных операций, сократив время проведения операций, частоту послеоперационных осложнений и количество конверсий на оперативное вмешательство паллиативного характера.

Выводы. Виртуальное планирование хирургической тактики с использованием данных методов лучевой навигации позволяет с достаточно высокой точностью определить показания к виду оперативного вмешательства.

Хирургическое лечение доброкачественных очаговых образований печени

Султанова Р.С., Меджидов Р.Т.
ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РД, Россия

Введение. Хирургическое лечение по поводу доброкачественных образований печени, особенно малых и средних размеров крайне редко выполнялись до последних десятилетий, что объясняется несовершенством методов диагностики и высокой частотой интра- и послеоперационных осложнений. В настоящее время все большее внимание хирургов вызывают очаговые поражения печени доброкачественного генеза, благодаря внедрению в медицину современных инструментальных методов диагностики (УЗИ, КТ, МСКТ, МРТ и др.). Существенное значение в развитии активной хирургической тактики сыграло развитие высокотехнологичных резекционных устройств, таких как LigaSure ультразвуковая диссекция, аргоно-плазменная коагуляция, радиочастотная термоабляция и др. В последние годы для хирургического лечения очаговых образований печени малых и средних размеров с преимущественной локализацией на поверхности печени применяются малоинвазивные доступы, а правильное и рациональное введение троакаров, манипуляционных инструментов обеспечивает быстрое и удобное проведение любой сложной лапароскопической операции.

Цель исследования – оценить результаты хирургического лечения пациентов с очаговыми заболеваниями печени доброкачественного генеза.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии на базе ГБУ РД «Городская клиническая больница» за последние 3 года выполнены хирургические вмешательства 30 пациентам с доброкачественными очаговыми заболеваниями печени. Пациентов мужского пола составило 14, женского – 16, возраст варьировал от 19 до 69 лет. Всем пациентам проводилось клиническое исследование, лабораторное (биохимические анализы, по показаниям серологические реакции), инструментальное исследование (рентгенография грудной клетки, УЗИ, МСКТ, МРТ). Наиболее часто из очаговых образований доброкачественного генеза зафиксированы непаразитарные кисты печени – у 11 пациентов, эхинококковые кисты – 9, абсцессы – у 4, гемангиомы – у 6.

Результаты и обсуждение. При непаразитарных кистах печени (более 5 см), которые беспокоили пациентов клинически в 6 случаях выполнены малоинвазивные вмешательства: чрескожная пункция кисты под контролем УЗИ – 3, лучевой навигацией – 3, лапароскопическое дренирование с последующей склерооблитерацией ее полости – 2 и лапароскопическая аплатизация поверхности расположенной кисты – 2. Перицистэктомия выполнена 1 пациенту с кистой больших размеров с толстой стенкой. При эхинококкозе печени преимущественно выполнялась резекция печени с целью удаления не только хитиновой оболочки, но и фиброзной – 6. Для

этого использовались высокотехнологичные резекционные устройства (LigaSure ультразвуковая диссекция, аргоно-плазменная коагуляция, радиочастотная термоабляция и др.). В 2х случаях выполнена аплатизация кисты лапароскопическим доступом соблюдая принципы а- и антипаразитарности. Пациенту с гигантской паразитарной кистой правой доли печени выполнена гемигепатэктомия. При солитарных абсцессах печени в 3-х случаях выполнена чрескожная пункция и дренирование под УЗИ-наведением. В одном случае пациент с хроническим абсцессом больших размеров (10 см), локализованным в левой доле печени, подвергся гемигепатэктомии. При гемангиомах печени, размеры которых составляли от 9 до 14 см, выполнялись вмешательства в объеме резекции 2-х сегментов- 1, 4-х сегментов- 3, гемигепатэктомии справа- 1, гемигепатэктомии слева- 1. Летальных исходов не зафиксировано. Во всех случаях выполнения лапароскопической аплатизации кист печени, как паразитарных, так и непаразитарных нами использована специальная навигационная программа для ЭВМ, разработанная нами сопоставив антропометрические показатели пациента, а именно внешние размеры передней брюшной стенки, учитывая точную локализацию (сегмент) кисты печени, используя принципы геометрии. К примеру, расчет оптимального положения троакаров в случае операции на 5 сегменте печени проводится следующим образом. В программу заносим антропометрические данные пациента: рост, вес, конституцию, пол, также указываем сегмент, несущий кисту. В послеоперационном периоде осложнения развились у 3 пациентов. Желчеистечение из остаточной полости по страховочному дренажу, установленному в неё зафиксировано в 1 наблюдении, ликвидировалось самостоятельно через 5 дней. Жидкостные скопления в окологепаточной зоне отмечены у 2 пациентов. Последние после чрескожной пункции под УЗИ-навигацией разрешились.

Заключение. Из доброкачественных очаговых образований печени в хирургии чаще встречаются непаразитарные и эхинококковые кисты, гемангиомы.

Объем оперативного вмешательства при очаговых образованиях печени варьирует от малоинвазивного вмешательства – пункции кисты до резекции печени, вплоть до гемигепатэктомий, что стало осуществимо благодаря применению высокотехнологичных резекционных технологий в хирургии, подготовке высококвалифицированных хирургов-гепатологов. При непаразитарных и паразитарных (эхинококкоз) кистах печени малых и средних размеров с преимущественным ростом в сторону брюшной полости наиболее эффективной является лапароскопическая аплатизация, особенно с

использованием до- и интраоперационно разработанной нами навигационной программы.

Выбор рациональной хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста с холецистостомой

Мелконян Г.Г., Ваганова П.С., Качурин С.А.

ГБУЗ "Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ", Россия

Введение. По данным Росстата каждый седьмой россиянин старше 65 лет. Распространенность желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста достигает 30 %. Основное осложнение желчнокаменной болезни -развитие острого калькулезного холецистита. У пациентов с высокой степенью операционно-анестезиологического риска при осложненных формах желчнокаменной болезни в качестве первого этапа предпочтение отдается холецистостомии под ультразвуковым контролем с последующей лапароскопической холецистэктомией в плановом порядке. К достоинствам данного метода стоит отнести малотравматичность, отсутствие необходимости общей анестезии и возможность отсрочки радикального вмешательства. Однако есть существенные недостатки – не устраняется холецистолитиаз, сохраняется риск рецидива, а также снижается качество жизни пациента. На сегодняшний день нерешенным остается вопрос принятия решения о выборе сроков радикального оперативного вмешательства у пациентов после дренирующих оперативный пособий.

Цель исследования. 1. Ретроспективный анализ госпитализаций пациентов старше 80 лет с осложненным течением желчнокаменной болезни в городе Москве за период с 2019 по 2021 гг. 2. Определение оптимальных сроков радикального оперативного вмешательства у пациентов с холецистостомой.

Материалы и методы: 1. Данные МГ ФОМС оказания стационарной медицинской помощи в городе Москве за период с 2019 по 2021 гг пациентам старше 80 лет с желчекаменной болезнью, осложненной острым холециститом. Для обработки данных использовалось программное обеспечение MS Excel. 2. В хирургическом отделении ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ» проведено хирургическое лечение 25 пациентам с холецистостомой. Средний возраст составил 76 лет, 65 % составили женщины. Все пациенты с отягощенной сопутствующей патологией и различными гериатрическими синдромами. В 100% случаев в рамках предоперационной подготовки выполнялось: УЗИ органов брюшной полости,

компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, эзофагогастродуоденоскопия, фистулография, посев желчи на флору и чувствительность к антибиотикам из дренажа, ЭКГ, ЭХО-КГ, холтеровское мониторирование, УЗДГ вен нижних конечностей, весь спектр необходимых лабораторных исследований. Всем пациентам проведен мультидисциплинарный гериатрический консилиум. В результатах посева получены: *Enterococcus faecalis*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Chryseobacterium lib*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*. В каждом конкретном случае антибактериальная терапия, как в рамках интраоперационной профилактики, так и в послеоперационном периоде подбиралась согласно результатам высеянных микроорганизмов. Всем пациентам проведено радикальное хирургическое лечение. В период от 3-х месяцев и более после формирования холецистостомы оперировано 13 пациентов. Операции сопровождались техническими сложностями из-за фиброзных изменений желчного пузыря. В трех случаях в анамнезе дислокация холецистостомы в паренхиму печени. Средняя продолжительность операций составила 150 – 180 минут. Интраоперационная кровопотеря до 200мл. Контрольный дренаж в послеоперационном периоде оставался до 3 – 5 суток. Средний послеоперационный койко- день составил 7,5. В период от 7 до 15 дней оперировано 10 пациентов. Интраоперационно: изменения в подпеченочном пространстве минимальны, оперативные вмешательства были максимально приближены к таковым при неосложненных формах желчнокаменной болезни. Интраоперационная кровопотеря составила до 30 мл, средняя продолжительность операции 70 минут. Контрольный дренаж в послеоперационном периоде оставался на одни сутки. Средний послеоперационный день составил 3,5 дня. В период от 3 до 7 дней оперировано 2 пациента. Интраоперационно: плотный инфильтрат, располагающийся в подпеченочном пространстве, операция сопровождалась техническими ограничениями: сложности дифференцировки тканей и повышенной кровоточивостью. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 180мл, среднее время операции 120 минут. В послеоперационном периоде контрольный дренаж оставался в течение 3-х суток. Средний послеоперационный день составил 5,5 дней. Послеоперационные осложнения, летальные исходы отсутствуют. Выводы: 1. За период с 2019 по 2021 гг в г. Москва проведено 6591 госпитализаций по поводу осложненного течения желчнокаменной болезни. Лишь в 17%

случаев проведено радикальное хирургическое лечение. В 23 % случаев проведено дренирующее желчный пузырь вмешательство, из них 12% - повторно. 2. У пациентов с высокой степенью операционно-анестезиологического риска при осложненных формах желчнокаменной болезни в качестве первого этапа целесообразно проводить холецистостомию под УЗ-контролем с последующей лапароскопической холецистэктомией в плановом порядке. Удлинение сроков радикального вмешательства у пациентов с холецистостомой снижает качество жизни, не исключает риски дислокации дренажа и рецидива заболевания. 3. Оперативное вмешательство в течение недели, а также 3-х месяцев и более после формирования холецистостомы сопряжено с интраоперационными техническими сложностями, удлинением сроков госпитализации и создает неоправданные риски для пациента. 4. Радикальное хирургическое вмешательство в ранние сроки формирования холецистостомы (7-15 дней) не сопровождается осложнениями, техническими сложностями и является оптимальным выбором у стомированных пациентов.

Особенности хирургической тактики при нестандартных осложнениях желчнокаменной болезни

Глабай В.П., Аскерханов Р.Г., Гобеджишвили В.В. Асриев Е.А.
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Актуальность. Желчнокаменная болезнь выявляется у 10-15% мужчин и у 25% женщин. Редкие осложнения ЖКБ встречаются в 0.7-14% случаев.

Описано 15 видов подобных осложнений. Цель
исследования разработать рациональную лечебную тактику ведения данной группы больных.

Материал и методы. Ретроспективно изучено 5449 больных ЖКБ, 3324 (61%) оперированы экстренно или неотложно, 2135 (39%) в плановом порядке. Редкие осложнения выявлены у 82 (1.5%) Среди них синдром Мириззи обнаружен у 42, в 2 случаях и холецистодуоденальным свищем, в 1 наблюдении из последних с обтурацией двенадцатиперстной кишки Холецистодигестивных свищей 24, в 5 случаях с обтурационной желчнокаменной непроходимостью. Сморщенный желчный пузырь, в 1 случае со стенозом двенадцатиперстной кишки. Спонтанный наружный свищ желчного пузыря у 5 больных. Возраст 40 (48%) больных из 82 от 70 до 92 лет Средний возраст 70 лет, продолжительность камненосительства от 5 до 57 лет. У 14 (17.1%) больных ЖКБ протекала бессимптомно. 43 (52.4%)

воздерживались от операции, 25 (30.6%) отказано в операции из-за возраста, сопутствующих заболеваний, опасности общей анестезии. Для диагностики редких осложнений ЖКБ использовали, фистулографию, УЗИ, МРПХГ, эндоузи, рентгенографию, КТ с контрастированием, ЭРПХГ.

Результаты и обсуждения. У 50 (61%) больных осложнение выявлено интраоперационно. Выбор метода оперативного пособия был индивидуализирован на основании находок. В 1/3 наблюдений была выполнена конверсия лапароскопической в "открытую" операцию. При спонтанном свище желчного пузыря из 5 в 2 случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Холецистодигестивные свищи требовали разобщения, холецистэктомии и ушивания свища в полном органе. Однако, при пузырноободочном свище использовали выведение свища на переднюю брюшную стенку или его экстериоризацию. При холецистодуоденальном или при свище желчного пузыря с тонкой кишкой и желчнокаменной непроходимости разрешали обструкцию, в 2 случаях удалось выполнить холецистэктомию и в 3 она отложена на 2-3 месяца с целью разрешения местных воспалительных изменений. При сморщенном желчном пузыре выполняли субсерозную холецистэктомию или мукоклазию. Холецистохоледохеальный свищ предполагает резекцию желчного пузыря на уровне свища, Т-образный наружный дренаж или БДА. Нами разработаны технические особенности укрытия свищевого отверстия при различных видах синдрома Мириззи.

Заключение. Главной причиной развития редких осложнений ЖКБ является длительное ее существование. Наилучшим способом профилактики является своевременное хирургическое лечение.

**Антеградный вариант разрешения патологии желчных протоков:
показания и методика**

Курбанова А.Р., Скороваров А.С., Абдуллаева А.З.
ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ России

Актуальность: «Золотым» стандартом в лечении протоковой патологии считаются эндоскопические эндобилиарные вмешательства. Однако имеются случаи, когда отсутствуют условия для их выполнения в связи с проведенными ранее оперативными вмешательствами на верхних отделах желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путях, а также высокий риск обезболивания и сложные анатомические варианты билиопанкреатической

зоны. В данных ситуациях альтернативой может быть антеградный вариант разрешения патологии желчевыводящих путей.

Цель исследования: оценить эффективность разрешения патологии желчных протоков проксимальным и центральным доступами при отсутствии условий эндоскопическому доступу.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 69 пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ), у которых имелись определенные трудности в реализации эндоскопического доступа для разрешения патологии желчных протоков. В 6 (8,7%) наблюдениях – ЖКБ, острый калькулезный холецистит (ОКХ), холедохолитиаз, механическая желтуха (МЖ), состояние после резекции желудка по Бильрот II. У 14 (20,3%) пациентов отмечены ЖКБ, острый калькулезный холецистит (ОКХ), холедохолитиаз, МЖ, острый билиарный панкреатит (ОБП) после попытки разрешения холедохолитиаза эндоскопическим доступом. В 3 (4,3%) наблюдениях диагностированы ЖКБ, хронический калькулезный холецистит (ХКХ), холедохолитиаз, МЖ, состояние после резекции желудка по Бильрот II. В 7 (10,1%) случаях антеградные вмешательства проведены при ЖКБ, хроническом калькулезном холецистите (ХКХ), холедохолитиазе, стенозе БДС и неэффективности разрешения холедохолитиаза эндоскопическим доступом. У 8 (11,6%) пациентов имелись: ЖКБ, ХКХ, холедохолитиаз, холангит, ОБП, МЖ. В 14 (20,3%) случаях эндобилиарные вмешательства в указанном варианте выполнены пациентам с ПХЭС, холедохолитиазом, холангитом и МЖ. После холецистостомии из мини доступа по поводу ЖКБ, ОКХ, холедохолитиаза, холангита, ОБП поступили 4 (5,7%) пациента, а после холецистэктомии и наружного дренирования холедоха и резидуального холангиолитиаза – 5 (7,2%). Протоковая патология у 8 (11,6%) пациентов возникла после операции на желчевыводительной системе.

Результаты и обсуждение. Провести декомпрессию билиарного тракта проксимальным доступом с первой попытки удалось 35 (50,7%) пациентам. Редренировать билиарный тракт пришлось в 9 (25,7%) случаях, ЧЧХС+холецистостомия под УЗ –навигацией выполнена в 31 (49,9%) наблюдении. Протоковая патология в один этап коррегирована в 42 (60,8%) случаях, в два этапа – в 27 (39,2%) наблюдениях. Стентирование билиарного тракта осуществлено в 2 (2,9%) наблюдениях, литотрипсия- в 6 (8,7%). Холецистэктомия за одну госпитализацию выполнена 10 (21,7%) пациентам, с повторной госпитализацией – 26 (78,3%). Специфические осложнения при антеградных эндобилиарных вмешательствах отмечены у 9 () пациентов, осложнения общего характера в 2 (2,9%) наблюдениях. Конверсия на

лапаротомию имела место в 2 (2,9%) случаях. Общая летальность составила 1,4%.

«Золотым стандартом» в коррекции патологии желчных протоков считают эндоскопический ретроградный доступ. В клинической практике нередки случаи, когда данный доступ невозможно выполнить. Это пациенты, которым в прошлом проведены оперативные вмешательства на верхних отделах желудочно-кишечного тракта, на желчных путях, имеются стенозирующие патологические процессы пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, либо имеются анатомические особенности указанных органов. В этой ситуации ретроградная коррекция патологии желчных протоков представляет определенные трудности и приходится искать другие доступы к билиарному тракту.

Заключение. Проксимальный доступ к билиарной системе и антеградное разрешение протоковой патологии является альтернативой эндоскопическому способу коррекции данной патологии.

Лапароскопическая холецистэктомия по методу Прибраму как альтернатива открытой операции

Абдулжалилов М.К. (1,2), Иманалиев М.Р. (1,2), Абдулжалилов А.М. (2), Исадибиров А.Ш. (2), Османов А.О. (1)

1)ФГБОУ ВО ДГМУ; 1)ГБУ РД РКБ СМП, Махачкала, Россия

Актуальность. Отсутствие тенденции к снижению поздней госпитализации у пациентов с деструктивным калькулезным холециститом способствует росту его тяжелых форм, требующих разработки новых более совершенных способов и технологий холецистэктомии для снижения частоты субоперационных осложнений и показателя послеоперационной летальности.

Цель. Оценить безопасность и эффективность лапароскопической холецистэктомии по методу Прибрама и открытой операции по поводу острого холецистита тяжелой степени.

Материал и методы. За последние годы в республике наблюдается рост доли лапароскопических операций при остром холецистите с 45,6 до 95,1% за счет числа экстренных операций. Каждый 5-6 пациент поступает в клинику с тяжелой формой острого калькулезного холецистита позже суток от начала заболевания. В данной работе представлен ретроспективный анализ результатов лечения 84 пациентов с деструктивным холециститом, госпитализированных в клинику неотложной хирургии позже 72 часов от начала заболевания. Пациенты были распределены на 2 группы: в

контрольной группе (48 пациентов) выполнили лапароскопическую холецистэктомию общепринятым способом. В основной (36 пациентов) - лапароскопическую холецистэктомию по Прибраму. При этом в сравнительном аспекте изучили продолжительность оперативного вмешательства, частоту и характер субоперационных осложнений. При госпитализации всем пациентам выполняли общеклинические и биохимические анализы крови, УЗИ, МРТ, МСКТ печени, панкреас и желчных путей и ФГДС по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Субоперационные технические сложности в основном были связаны с выраженным воспалительным инфильтратом в области шейки желчного пузыря, увеличением толщины и уплотнением стенки желчного пузыря, прочным сращением задней стенки желчного пузыря с поверхностью печени. В первой группе пациентов частота кровотечений из ложа желчного пузыря составила 14,7%, повреждение стенки желчного пузыря и выпадение конкрементов в брюшную полость - 15,7%, а продолжительность оперативного вмешательства - 114,7±6,1 мин. Во второй группе пациентов эти показатели соответственно составили 7,1%, 6,2% и 75,0±5,3 мин соответственно, что позволяет с целью сокращения продолжительности операции, снижения частоты субоперационных осложнений, улучшения результатов лечения рекомендовать способ лапароскопической холецистэктомии по методу Прибрама при запущенных формах деструктивного холецистита.

Заключение. Целесообразно разработать шкалу прогнозирования субоперационных технических сложностей при тяжелом остром деструктивном холецистите. Для снижения продолжительности операции и частоты субоперационных осложнений необходимо разработать технологии их предупреждения.

Анализ результатов лечения пациентов с острым панкреатитом в клинике экстренной хирургии

Абдулжалилов М.К. (1,2), Иманалиев М.Р. (1,2), Хамидов М.А. (1), Магомедов М.А. (1), Закариев З.М. (1), Нажмудинов З.З. (1).

1)ФГБОУ ВО ДГМУ, 2)ГБУ РД РКБ СМП, Махачкала, Россия

Актуальность. Рост поздней госпитализации пациентов с острым панкреатитом и его деструктивных форм способствует повышению показателей летальности.

Материал и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов лечения 217 пациентов с острым панкреатитом. Из них мужчины составили 30,0%, женщины – 70,0%. Соотношение мужчин и женщин составило 1: 2,4. Возраст пациентов варьирует от 28 до 86 лет. Бригадой скорой медицинской помощи доставлены 104 (47,9%) пациента, остальные обратились самотеком. Позже суток после начала заболевания госпитализированы 67,7%. Острый панкреатит по числу госпитализаций занимает 5 место (9,1%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 20 до 40 лет 71 (32,7%), от 40 до 60 лет - 94 (43,4%), старше 60 лет - 52 (24,0%). Больше всего пациентов с ОП работоспособного возраста (165 - 76,0%). При госпитализации в экстренном порядке всем пациентам выполняли общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, диастазу мочи, коагулограмму, УЗИ, МСКТ с контрастированием печени, панкреас, желчных путей и брюшной полости на наличие выпота.

По времени госпитализации пациенты распределились следующим образом: в течение первых суток от начала заболевания госпитализированы 93 (42,9%) пациента, до двух суток - 106 (48,9%), до трех - 7 (3,2%), до четырех - 11 (5,1%). Больше всего пациентов с ОП было госпитализировано в течение первых двух суток от начала заболевания.

Наиболее распространенной причиной острого панкреатита явилась желчнокаменная болезнь, которая верифицирована у 153 (70,5%) пациентов с тенденцией к росту.

Алкогольный панкреатит диагностирован у 6 (8,4%) мужчин. Женщин в данной группе больных не было. Алиментарный панкреатит диагностирован у 64 (29,3%) пациентов. Среди них мужчины составили 45,3% (29), женщин пациентов больного с ОП составил: при билиарном ОП -12,6 койко-дней, алкогольном-11,0 (ниже на 3,2%), алиментарном - 10,3 (ниже на 18,7%). Оперативному вмешательству подверглись 95 пациентов, хирургическая активность достигла 43,8% (по РД – 25,0% против 9,2% в прошлые годы). Оперированы только больные билиарным ОП. Характер наиболее распространенных оперативных вмешательств состоял в следующем: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - (40 (18,4%), экстренная эндоскопическая папиллосфинктеротомия + литоэкстракция (ЭПСТ + ЛЭ) вклиненного конкремента БДС (13-6,0%), ЭПСТ + ЛЭ + ЛХЭ – 9 (9,5%), дренирование забрюшинного абсцесса под УЗ-навигацией – 7 (14,0%), дренирование парапанкреатического жидкостного скопления - 4 (4,32%), микрохолецистостомия под УЗ-навигацией – 3 (3,2%).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов лечения показал, что с выздоровлением из клиники выписано 35(16,1%) пациентов, с

улучшением состояния – 172(79,3%). Умерли 10 (4,6%) пациентов. Все они были госпитализированы позже суток. По возрасту умершие распределились следующим образом: 20-40 лет – 2 (20,0%), 41-60 лет – 1 (10,0%), 61-80 лет – 4 (40,0%), старше 80 лет – 3 (70,0%). В возрасте от 20 до 60 лет умерли 3 пациента: 1 – с травматическим панкреонекрозом (ПНЗ), 2 – фульминантным ПНЗ. Причина - септический шок (СШ). Оперирована 1 пациентка, диагностирован тотальный ПНЗ. Пациенты старше 60 лет (7 -70,0%): 5 пациентов с билиарным ПНЗ, 1 – СПИД + с прорывом абсцесса панкреас в брюшную полость умерли от СШ, 1 – от ТЭЛА.

Выводы: 1. Число пациентов с острым билиарным панкреатитом не имеет тенденции к снижению. 2. Более 2/3 пациентов обращаются за хирургической помощью позже суток от начала заболевания, что способствует развитию шока и полиорганной недостаточности. 3. Отсутствие в ОАРИТ оборудования для экстракорпоральной детоксикации способствует росту летальности у пациентов с высокой мультиморбидностью, которые составляют 70,0% от всех умерших.

Вариант реконструктивно - восстановительного этапа при гастропанкреатодуоденальной резекции

Меджидов Р. Т, Муртазалиева А.С, Курбанисмаилова .Р.Р., Гасанов А.Г, Магомедкамилова Н.Р.

- 1) Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ) ГБУ РД РКБ 2, Махачкала, Россия

Актуальность. Проблема восстановления непрерывности пищеварительного тракта после гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) считается весьма актуальной и далека от разрешения в силу развития множества осложнений, в том числе одной из самых грозных и порой фатальных - несостоятельности билио - и панкреатодигестивных анастомозов

Цель исследования. Определить эффективность использования внутрипросветных «каркасных» дренажей с полным нарушенным отведением желчи и панкреатического сока для формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов.

Материал и методы. Проведен анализ использования, разработанных нами вариантов реконструкции и восстановления пищеварительных трактов при ГПДР у 48 пациентов с патологией периапулярной зоны (ПЗ). Контрольная группа состояла из 45 пациентов с патологией ПЗ, которым при формировании анастомозов использовались известные методики. Сущность

варианта реконструкции и восстановления пищеварительного тракта при ГПДР заключалось в следующем. После завершения мобилизационного - реконструктивного этапа ГПДР в проток поджелудочной железы (ПЖ) вводится силиконовый катетер, соответствующего диаметра, и отступя от края среза ПЖ на 0,5-1,0 см накладывается кисетный шов. Далее в желчный проток, также, вводится силиконовый катетер, который фиксируется к краю среза протока. Дальнейший этап заключается в формировании панкреатодигестивного анастомоза (ПДА) по типу «конец в конец» на «каркасном» дренаже. Затем на стенке отключенной петли тощей кишки (у места планируемой подвешной микроэнторостомии) проводится прокол и через него вводятся концы «каркасных» дренажей. На следующем этапе формируется билиодигестивный анастомоз.

Отверстие в стенке кишки, вокруг «каркасных» дренажей, суживают путем наложения кисетного шва, конец которых выводится на брюшную стенку. Кишка вокруг дренажей подшивается к париетальной брюшине узловыми швами. Гастроэнтероанастомоз формируется на единой петле позади ободочной кишки.

Результаты и обсуждение. Местные инстраоперационные осложнения при ГРДР возникли у 7% (7,5%) пациентов. В контрольной группе пациентов медиана длительности операции была чуть выше, чем в основной.

Послеоперационный панкреатит имел место в 5 раз чаще, чем в основной группе. У 2 пациентов развился распространенный перитонит - оба скончались. Несостоятельность ПДА в конкретной группе отмечена в 4 раза чаще, чем в основной. Парапанкреатические абсцессы и жидкостные скопления в зоне отмечены в 5 (5,3%) наблюдениях. Из них в основной группе - 2 случая, в контрольной - 3.

Панкреатические фистулы сформировались в 3 (6,9%) наблюдениях. По литературным данным панкреатическая фистула при ГПДР возникает примерно в 30% случаев. Аррозивные кровотечения в контрольной группе пациентов отмечены у 6,9% пациентов. В основной группе данных осложнения не имеет место, это связываем с новым техническим решением при формировании ПДА. Релапаротомия выполнена двум пациентам, в первом случае зафиксирован летальный исход.

Несостоятельность БДА в контрольной группе отмечена в 2 раза чаще, чем в основной. Общие послеоперационные осложнения отмечены в 6,6% случаев - в контрольной группе, 4,2% - в основной. Раневые осложнения в контрольной группе имели место в 13,3% наблюдениях, а в основной 10,4% случаях. Общая 30 суточная летальность среди пациентов контрольной группы составила 8,9%, а основной 0. Продолжительность пребывания

пациентов в стационаре, в контрольной группе, составила 16,3+/-2,1, в основной - 12,4+/-1,7 дня. Стеноз БДА отмечен в одном наблюдении. Одногодичная выживаемость составила 93,67 %, 3 летняя - 40,7% и 5 летняя - 22,4%

Заключение. Применяемый на реконструктивно- восстановительном этапе ГПДР новые технические приемы значительно уменьшили количество местных послеоперационных осложнений и общую летальность.

Особенности течения острого панкреатита в зависимости от полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена PAI-1 5G (675) 4G

Аль-Кубайси Ш.С., Трофимов В.А., Хачатуров М.Ю., Кумакшева Т.Н., Шиндаков В.Г., Томилин И.С.
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева, Россия

Введение. В последние десятилетия изучению патогенетических процессов острого панкреатита уделяется большой интерес, которые до их пор остаются сложными, противоречивыми, недостаточно изученными. Данной теме посвящено большое количество научных работ как в отечественной, так и в зарубежной литературе, при этом интерес к проблеме сохраняется из-за высокой летальности.

Цель. Изучать патогенетический роль полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена PAI-1 5G (675) 4G у пациентов острым панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Исследованы 46 пациентов острым панкреатитом в возрасте от 25 до 65 лет, женщин было 22 (47,8 %), мужчин - 24 (52,8 %). В зависимости от полиморфизма гена пациенты разделены на 2 группы: первая (n=23) – у пациентов имеются 5G/5G и 5G/4G варианта генотипа; вторая (n=23) – с 4G/4G генотипа.

Критериями включения: персональное согласие; продолжительность патологии 48 часов; легкие сопутствующие заболевания; лечение – стандартное. Критерия исключения: срок патологии более 48 часов; отказ от исследования; наличие тяжелых сопутствующих патологий.

Методы исследования. Оценка степени интоксикации (индекс токсичности (ИТ), мочевины), активности липоперекисления (диеновые конъюгаты (ДК), фосфолипазы А2 (ФЛ)), состояния микроциркуляции (показатель микроциркуляции – ПМ, показатель шунтирования – ПШ), системы гемостаза (время реакции (ВР), время лизиса сгустка (ВЛС)). Генетическое

тестирование гена ингибитора активатора плазминогена (– 675 4G/5G PAI-1) при помощи ПЦР (США). Период наблюдения – 1, 3 и 8-е сутки госпитализации.

Результаты статистически обработаны с помощью программ Microsoft Excel и Word 2013 и Statistica 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что ранний период острого панкреатита характеризуется серьезными изменениями системы гомеостаза в виде развития эндогенной интоксикации, липопереокисления, гемостатических нарушений (гиперкоагуляции, торможения фибринолиза). При этом, молекулярно-генетические исследования у больных ОП установили сопряженность полиморфизма изучаемого гена с выраженности гемостатических расстройств.

Результат полимеразной цепной реакции показал, что частота генотипа 5G/5G выявлено у 18 (39,1 %) пациентов, 5G/4G – у 5 (10,9 %), а 4G/4G – у 23 (50,0 %) больных.

В первой группе показано увеличение значения ИТ и мочевины на 1 и 3-е сутки на 21,4 и 15,4 и 42,1 и 20,3 % ($p < 0,05$) соответственно. К 8-м суткам значения показателей приблизились к норме. Во второй группе значение этих параметров превышали референсный уровень на этапах контроля на 31,2-22,8 и 98,7-45,6 % ($p < 0,05$) соответственно. При изучении активности процессов липопереокисления зарегистрировано повышение содержания ДК и ФЛ в 1 и 4-й день наблюдения у пациентов первой группы на 19,8 и 26,8 % ($p < 0,05$) и у больных второй группы – на 40,5 и 52,4 % ($p < 0,05$). Через 8 суток повышенная активация липопереокисления и фосфолипаз отмечена только во второй группе: ДК на 19,5 % ($p < 0,05$), ФЛ – на 24,5 % ($p < 0,05$).

Исследованиями выявлено ухудшение микроциркуляции (снижение ПМ и ПШ) как в первой группе на 1 и 4-е сутки на 25,4 и 15,3 и 22,5–13,4 % ($p < 0,05$) соответственно, так и во второй группе, но на всех этапах исследования на 36,5-21,4 и 29,8-19,8 % ($p < 0,05$) соответственно.

Анализ теста гемостаза в 1-й группе показал, что значение ВР было сокращено на 1 и 4-е сутки на 18,4 и 14,6 % ($p < 0,05$), а ВЛС – удлинено на 16,4 и 13,8 % ($p < 0,05$) соответственно. Во второй группе ВР было снижено за период наблюдения на 29,8-19,5 % ($p < 0,05$), в то же время ВЛС было увеличено на 24,6-17,1 % ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы. Ключевыми факторами развития и прогрессирования острого панкреатита на ранних сроках являлись эндотоксикоза, активация липопереокисления, микроциркуляторные и гемостатические нарушения, выраженность которых сопряжена с видом генотипа гена ингибитора активатора плазминогена (– 675 4G/5G PAI-1). При 5G/5G и 5G/4G вариантах

динамика гомеостатических нарушений была менее выраженной и обратимой, а при 4G/4G генотипе – была более выраженной и стойкой.

Эндоскопическое дренирование при воспалительных заболеваниях поджелудочной железы

Аскеров А.Ч.^{1,2}, Тетерин Ю.С.¹, Куликов Ю.Д.¹, Ярцев П.А.^{1,2},
Благовестнов Д.А.^{1,2}.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия¹
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ²

Введение. Воспалительное заболевание поджелудочной железы по-прежнему остаются одной из главных причин госпитализаций пациентов, страдающих острой патологией органов брюшной полости с приблизительно одинаковой частотой встречаемости у мужчин и женщин. В 40% наблюдений они осложняются образованием жидкостных скоплений (ЖС). При деструктивных формах острого панкреатита летальность может достигать 50%, при других формах - 2-5%.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с воспалительными заболеваниями поджелудочной железы путем использования транслюминального дренирования жидкостных скоплений.

Материалы и методы. В исследование включено 94 пациента с ЖС в период с января 2018 по декабрь 2022 года, которым было выполнено транслюминальное дренирование. Среди них 55 (58,5%) мужчин и 39 (41,5%) женщин. ЖС при остром панкреатите были выявлены у 82 (87,2%) пациентов, при хроническом – у 12 (12,8%). Легкая степень тяжести выявлена в 17 (18,1%) наблюдениях, средняя – в 35 (37,2%), тяжелая – в 42 (44,7%). Для постановки диагноза всем пациентам проводили лабораторные и инструментальные методы исследования, включая КТ, УЗИ, эндоскопическую ультрасонографию панкреатобилиарной зоны.

Показаниями к транслюминальному дренированию были симптоматические ЖС, расстояние между стенкой полого органа и ЖС не более 1 см, отсутствие на траектории пункции крупных сосудов (более 3 мм) и размеры образования более 5 см. Дренирование выполнялось с использованием цистотома по стандартной методике. При выявлении гомогенной гипо- и анэхогенной полости с четкими ровными контурами и аспирации серозной или серозно-геморрагической жидкости выполняли установку пластикового стента с закругленными концами. Пациентам с инфицированными

псевдокистами, с деструктивными формами выполнялась установка полностью покрытого Н-образного саморасширяющегося стента. После дренирования гнойной полости, в ее просвет под рентгенологическим контролем устанавливали цистоназальный дренаж диаметром 7Fr для санаций полости 0,05% водным раствором хлоргексидина.

Эндоскопическая некрэктомия выполнялась каждые 24-48 часов в зависимости от данных инструментальных и лабораторных методов исследования, а также клинической картины интоксикации. При выявлении ЖС, не доступных транслюминальному дренированию, дополнительно выполнялось чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением. Результаты. Транслюминальное дренирование было выполнено 82 (87,2%) пациентам с ЖС при остром панкреатите и 12 (12,8%) пациентам с хроническими псевдокистами.

В 40 (42,6%) случаях с острым отечным панкреатитом было выполнено транслюминальное дренирование с установкой пластикового стента с закругленными концами, 42 (44,7%) с деструктивными формами острого панкреатита – полностью покрытого Н-образного саморасширяющегося стента.

У 6 (7,3%) больных с острым панкреатитом выявлена связь с протоковой системой поджелудочной железы и им было выполнено панкреатикодуоденальное стентирование. У 2 (2,4%) пациентов при эзофагогастродуоденоскопии были выявлены внутренние свищи желудка и двенадцатиперстной кишки с зоной деструкции, 1 (1,2%) пациенту была выполнена установка полностью покрытого Н-образного саморасширяющегося стента через свищ.

Программные некрэктомии были выполнены у 35 (83,3%) пациентов с деструктивными формами, 7 (16,7%) пациентам не выполнялись по причине летального исхода. Дополнительное чрескожное дренирование потребовалось 18 (42,9%) из 42 пациентов.

Интра- и послеоперационные осложнения отмечены в 10 (12,2%) наблюдениях с острым панкреатитом и проявились кровотечением из зоны панкреатогенной деструкции у 9 (10,9%) пациентов. У 1 (1,2%) пациента наблюдалось кровотечение из области цистостомии. Инфильтрация 0,01% раствором адреналина с последующей аргоноплазменной коагуляцией и инстилляцией гемостатического раствора «Гемоблок» были эффективны, но превентивно была выполнена ангиография и эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии из-за высокого риска рецидива. Эндоскопический гемостаз путем инстилляций в просвет полости гемостатического раствора «Гемоблок» был эффективен у 1 (1,2%) пациента.

В остальных 6 (7,3%) наблюдениях была выполнена ангиография и эндоваскулярная эмболизация источника кровотечения. Сочетание обоих методов было применено у 1 (1,2%) пациента. Рецидив кровотечения не был отмечен ни у одного больного.

Было зафиксировано 9 (10,9%) летальных исходов у пациентов с острым панкреатитом. Причиной смерти у 8 (9,8%) пациентов была полиорганная недостаточность. У 1 (1,2%) пациента летальный исход был вызван развитием тяжелой внутрибольничной пневмонии, которая произошла на 32-й день после дренирования.

В 10 (10,6%) наблюдениях с неинфицированными псевдокистами при хроническом панкреатите был установлен пластиковый стент с закругленными концами, 2 (2,1%) пациентам с инфицированными – полностью покрытый Н-образный саморасширяющийся стент.

Осложнений и летальных исходов у пациентов с хроническим панкреатитом выявлено не было.

Выводы. 1. Эндоультрасонография позволяет определить дальнейшую тактику при транслюминальном дренировании ЖС.

2. Транслюминальное дренирование жидкостных зон в 57,1% случаев является окончательным миниинвазивным методом хирургического лечения крупноочагового панкреонекроза.

3. Транслюминальное дренирование симптоматических жидкостных скоплений при хроническом панкреатите является эффективным и безопасным методом лечения.

Роль пероральной холангиоскопии в диагностике и лечении механической желтухи

Тетерин Ю.С. к.м.н., заведующий отделением эндоскопии и внутрипросветной хирургии, Сулейманова Ш.Х. врач-эндоскопист, Ярцев П.А. доктор медицинских наук, профессор, заведующий научным отделением неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» Россия, Москва.

Введение. Доля больных с механической желтухой составляет 18% от общего количества хирургических пациентов с патологией желчевыводящих путей.

При этом наиболее частыми причинами ее развития являются:

холедохолитиаз (19,7%), холангиокарцинома (15,0%), рак желчного пузыря (7,5%), а также заболевания поджелудочной железы, в частности рак головки поджелудочной железы (38,1%). Основным методом диагностики патологии

билиарной системы является эндоскопическая ретроградная холангиография. Однако данная методика не позволяет произвести прямую визуализацию патологического участка и при необходимости взять образцы ткани, что бывает необходимо для постановки правильного диагноза. Внедрение пероральной холангиоскопии (ПХ) значительно расширит возможности, как диагностики, так и лечения заболеваний билиарного тракта.

Цель настоящего исследования: улучшить результаты лечения пациентов с механической желтухой путем применения ПХ.

Материал и методы. За период с января 2019 года по январь 2023 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было пролечено 563 пациента с механической желтухой. Из них ПХ была использована у 112 (100%) больных, которые явились материалом данного исследования. 63 (56,2%) женщины и 49 (43,8%) мужчин, средний возраст составил $62 \pm 1,2$ лет. 48 (42,9%) пациентам ПХ выполнялась с диагностической целью, 64 (57,1%) - проводились оперативные вмешательства с применением ПХ.

Показаниями к диагностической ПХ являлись внутрипротоковые опухоли с целью определения локализации и границ опухолевого роста и прицельного взятия биопсии для морфологической верификации диагноза, а также исключение рецидивирующего холелитиаза .

Показания к оперативным вмешательствам с применением ПХ:

1. внутрипротоковые опухоли желчных путей – произведена деструкция при помощи радиочастотная абляции
2. инородные тела билиарного тракта – выполнено удаление эндоскопической петлей для холангиоскопа
3. крупный и рецидивирующий холедохолитиаз – применялась электрогидравлическая и лазерная литотрипсия
4. технические сложности при стентировании желчных протоков под Rg-наведением– выполнен избирательный доступ к протокам при помощи прямой визуализации

Результаты. При диагностической ПХ: 28 (25%) пациентам диагностическая холангиоскопия выполнена с целью исключения рецидивирующего холелитиаза интраоперационно либо в условиях эндоскопического кабинета - 20 (17,8%) пациентам ПХ применялась с целью определения границ и локализации опухолевого процесса, 17 (15,2%) из них под визуальным контролем взята биопсия

Оперативные вмешательства с применением ПХ:

- в 51 (45,5%) случае ПХ использовалась для лечения крупного холелитиаза путем лазерной и/или электрогидравлической литотрипсии, из них в 18

(16,1%) случаях для лечения рецидивирующего холелитиаза без использования рентген аппаратуры, эффективность составила 100%
- 8 (7,1%) пациентам после верификации внутрипротокового роста по данным холангиоскопии была выполнена радиочастотная абляция с последующим стентированием желчных протоков
- 3 (2,6%) пациентам выполнено стентирование желчных путей, после выполнения избирательного доступа к протокам при помощи ПХ во время ретроградных вмешательств, при невозможности заведения струны стандартным методом
- в 2 (1,9%) случаях ПХ была выполнена с целью удаления инородных тел

Интраоперационных осложнений при использовании ПХ не отмечено. Послеоперационные осложнения встречались в 5 (4,5 %) случаях. У всех пациентов развился постманипуляционный панкреатит легкой степени тяжести (II класс по классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo), который был разрешен консервативными методами лечения.

Механическая желтуха разрешена в 100% случаях, что подтверждено лабораторными и инструментальными методами диагностики.

Заключение. Применение пероральной холангиоскопии в диагностике и лечении пациентов с патологией желчевыводящих путей показало 100% эффективность и низкий процент осложнений.

Современные возможности эндоскопии в лечении пациентов с механической желтухой опухолевого генеза

Тигиев Л.Р. (1) Тетерин Ю.С. (2)

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с механической желтухой при опухоли Клацкина (ОК) посредством использования ЭРЧА и эндоскопического билиодуоденального стентирования.

Материалы и методы. За период с августа 2017 года по февраль 2023 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского билиодуоденальное стентирование выполнили 250 пациентам, из них 33 пришлось на долю пациентов с ОК, которые явились материалом данного исследования. С целью морфологической верификации диагноза применяли пероральную холангиоскопию (ПХ) с помощью системы SpyGlass с прицельной биопсией.

Для декомпрессии желчных протоков выполняли эндоскопическую типичную папиллосфинктеротомию, бужирование опухолевой стриктуры, реканализацию желчных протоков посредством ЭРЧА и эндопротезирование желчных протоков пластиковыми и нитиноловыми непокрытыми саморасширяющимися стентами (СРС) с дополнительными перфорациями или билатеральными нитиноловыми непокрытыми СРС «Benefit» по стандартной методике.

Эффективность билиодуоденального стентирования оценивали по следующим критериям: наличие адекватного сброса контрастного вещества в просвет кишки, уменьшение билиарной гипертензии при ТА УЗИ, снижение уровня билирубина в биохимическом анализе крови.

Результаты. У всех 33 (100%) пациентов отмечалась гипербилирубинемия. ПХ с прицельной биопсией выполняли 5 (15,1%) пациентам. По результатам гистологического исследования у всех была выявлена протоковая аденокарцинома различной степени дифференцировки. Бужирование опухолевой стриктуры было выполнено 3 (9,0%) пациентам с В IV. При I и II типах 16 (48,4%) пациентам выполняли билиодуоденальное стентирование пластиковыми стентами с дополнительными перфорациями. При IIIA типе СРС стент у 3 (9,0%) был установлен в правый долевого проток, IIIB типе 4 (12,1%) пациентам - в левый долевого проток, 10 (30,3%) больным с IV типом ОК было выполнено билатеральное стентирование бифуркационными СРС, из них 5 (15,1%) больным с целью реканализации желчных протоков предварительно выполнили ЭРЧА желчных протоков в зоне сужения под рентгенологический контроль, при которой использовалась генераторная система VIVA Combo RF.

У всех больных эвакуация контрастного вещества из внутривнутрипеченочных протоков была полная или частичная в течение пяти минут. У 26 (78,7%) больных по данным ТА УЗИ, выполненных через 24 часа после операции, отмечалось снижение внутривнутрипеченочной билиарной гипертензии (в этом числе пациенты с ЭРЧА), у 7 (21,3%) больных сохранялись признаки внутривнутрипеченочной гипертензии.

После дренирующих операций у 30 (90,9%) пациентов желтуха разрешилась на $3 \pm 5,7$ сутки, билирубин был снижен более, чем на 110-200 мкмоль/л.

Интраоперационных осложнений не выявлено. Осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 2 (6%) больных: низкоинтенсивное кровотечение из зоны ЭПСТ и дислокация пластикового билиарного стента, которые были разрешены эндоскопически. В 4 (12,1%) случаях наблюдался летальный исход вследствие полиорганной

недостаточности, несмотря на адекватную декомпрессию желчного дерева, а 29 (87,8%) пациентов были выписаны на 8 ± 5 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение. По нашему мнению, чреспросветные методы эндопротезирования в сочетании с ЭРЧА расширяют показания к эндоскопическому лечению механической желтухи у пациентов с ОК и показывают высокую эффективность (90,9%) при низких показателях интра- и послеоперационных осложнений (6%), и позволяют сохранить физиологичный путь эвакуации желчи. Так же ПХ позволяет осуществлять забор материала для морфологической верификации диагноза.

Непосредственные результаты лечения больных с метастазами колоректального рака в печень

¹ ГБУ РД «Республиканский онкологический центр»

² ПИУВ-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Ш.О. Дарбишгаджиев^{1,2}, Н.Г. Гасанов¹, В.Ф. Брежнев¹, Д.А. Чичеватов¹

Актуальность. Синхронное метастатическое поражение печени при первичном колоректальном раке (КРР) определяется у четверти больных, еще у 40% метастазы выявляются метахронно при дальнейшем динамическом наблюдении. По данным разных авторов, у 14-54% больных КРР, встречаются солитарные и изолированные метастазы в печень, из них у 30% пациентов, выявляется поражение обеих долей печени. Резекция печени при метастатическом КРР является основным условно радикальным методом, позволяющим позитивно влиять на прогноз жизни этой тяжелой категории больных. Пятилетняя выживаемость после хирургического удаления метастазов в печень по данным литературы колеблется от 25 до 40%.

Цель. Анализ хирургического лечения больных с метастазами КРР в печень.

Материал и методы. Ретроспективное многоцентровое когортное клиническое исследование, включающее 65 больных, проходившие лечение в ГБУЗ ООД (г. Пенза) и ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России (г. Димитровград) в период с 2015 по 2022 гг.

Всего в исследование включено 65 больных КРР с метастазами в печень, подтвержденными как данными интраоперационной ревизии, так и биопсии. Из них 39 (60 %) мужчин и 26 (40 %) женщин. Возрастной диапазон составил от 46 до 79 лет, средний возраст – $63,9 \pm 7,1$ года. Единичные метастазы колоректального рака были у 28 (43%) больных, множественные – у 37

пациентов, что составило - 47%. Распределение больных в зависимости от объема оперативных вмешательств было следующим: гемигепатэктомия – 26, сегментэктомия – 19, метастазэктомия – 9, трисекционэктомия – 6, ALPPS – 5. У 9 (13%) больных с синхронным колоректальным метастатическим поражением печени выполнены одномоментные симультанные операции. Из них у 6 больных - передняя резекция прямой кишки, у 3 – резекция сигмовидной кишки, у 2 – гемиколонэктомия справа.

Полученные результаты. Средняя продолжительность оперативных вмешательств составила ($M \pm \sigma$) $214,9 \pm 53$ мин.

Медиана объема интраоперационной кровопотери равнялась - 316 ± 74 мл. Среди 65 оперированных больных в раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 16-ти, что составило (24,6%). Среди них были отмечены (по одному случаю), печеночная недостаточность, поддиафрагмальный абсцесс, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость и кровотечение в свободную брюшную полость. Другие характерные осложнения, связанные с особенностями оперативного пособия, распределялись следующим образом: некроз холедоха – 2, наружный желчный свищ – 3, перфоративные язвы желудка/ДПК – 3, ограниченное скопление желчи в подпеченочном пространстве – 4.

Общая послеоперационная летальность составила 3,1%. (2/65)

Заключение. Вопрос о возможности хирургического лечения больных КРР с метастазами в печень должен решаться индивидуально и мультидисциплинарно. Оперативные вмешательства на печени характеризуются высоким числом раневых осложнений (24,6%) и летальности (3,1%). Ввиду сложности и травматичности подобные вмешательства необходимо проводить в специализированных центрах, имеющих соответствующий опыт и необходимые условия.

Роль пероральной холангиоскопии в диагностике и лечении механической желтухи

Тетерин Ю.С. к.м.н., заведующий отделением эндоскопии и внутрипросветной хирургии, Сулейманова Ш.Х. врач-эндоскопист, Ярцев П.А. доктор медицинских наук, профессор, заведующий научным отделением неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» Россия, Москва.

Введение. Доля больных с механической желтухой составляет 18% от общего количества хирургических пациентов с патологией желчевыводящих путей.

При этом наиболее частыми причинами ее развития являются: холедохолитиаз (19,7%), холангиокарцинома (15,0%), рак желчного пузыря (7,5%), а также заболевания поджелудочной железы, в частности рак головки поджелудочной железы (38,1%). Основным методом диагностики патологии билиарной системы является эндоскопическая ретроградная холангиография. Однако данная методика не позволяет произвести прямую визуализацию патологического участка и при необходимости взять образцы ткани, что бывает необходимо для постановки правильного диагноза. Внедрение пероральной холангиоскопии (ПХ) значительно расширит возможности, как диагностики, так и лечения заболеваний билиарного тракта.

Цель настоящего исследования: улучшить результаты лечения пациентов с механической желтухой путем применения ПХ.

Материал и методы. За период с января 2019 года по январь 2023 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было пролечено 563 пациента с механической желтухой. Из них ПХ была использована у 112 (100%) больных, которые явились материалом данного исследования. 63 (56,2%) женщины и 49 (43,8%) мужчин, средний возраст составил $62 \pm 1,2$ лет. 48 (42,9%) пациентам ПХ выполнялась с диагностической целью, 64 (57,1%) - проводились оперативные вмешательства с применением ПХ.

Показаниями к диагностической ПХ являлись внутрипротоковые опухоли с целью определения локализации и границ опухолевого роста и прицельного взятия биопсии для морфологической верификации диагноза, а также исключение рецидивирующего холелитиаза.

Показания к оперативным вмешательствам с применением ПХ:

5. внутрипротоковые опухоли желчных путей – произведена деструкция при помощи радиочастотная абляции
6. инородные тела билиарного тракта – выполнено удаление эндоскопической петлей для холангиоскопа
7. крупный и рецидивирующий холедохолитиаз – применялась электрогидравлическая и лазерная литотрипсия
8. технические сложности при стентировании желчных протоков под Rg-наведением– выполнен избирательный доступ к протокам при помощи прямой визуализации

Результаты. При диагностической ПХ:

- 28 (25%) пациентам диагностическая холангиоскопия выполнена с целью исключения рецидивирующего холелитиаза интраоперационно либо в условиях эндоскопического кабинета

- 20 (17,8%) пациентам ПХ применялась с целью определения границ и локализации опухолевого процесса, 17 (15,2%) из них под визуальным контролем взята биопсия

Оперативные вмешательства с применением ПХ:

- в 51 (45,5%) случае ПХ использовалась для лечения крупного холелитиаза путем лазерной и/или электрогидравлической литотрипсии, из них в 18 (16,1%) случаях для лечения рецидивирующего холелитиаза без использования рентген аппаратуры, эффективность составила 100%

- 8 (7,1%) пациентам после верификации внутрипротокового роста по данным холангиоскопии была выполнена радиочастотная абляция с последующим стентированием желчных протоков

- 3 (2,6%) пациентам выполнено стентирование желчных путей, после выполнения избирательного доступа к протокам при помощи ПХ во время ретроградных вмешательств, при невозможности заведения струны стандартным методом

- в 2 (1,9%) случаях ПХ была выполнена с целью удаления инородных тел

Интраоперационных осложнений при использовании ПХ не отмечено. Послеоперационные осложнения встречались в 5 (4,5 %) случаях. У всех пациентов развился постманипуляционный панкреатит легкой степени тяжести (II класс по классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo), который был разрешен консервативными методами лечения.

Механическая желтуха разрешена в 100% случаях, что подтверждено лабораторными и инструментальными методами диагностики.

Заключение. Применение пероральной холангиоскопии в диагностике и лечении пациентов с патологией желчевыводящих путей показало 100% эффективность и низкий процент осложнений.

Хирургия брюшной полости

Результаты применения эндоскопического стентирования выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки при стенозирующих нерезектабельных опухолях

Самсонян Э.Х. (1), Богданов Д.Ю. (1), Секундова М.А. (2), Фролова Е.В. (1), Баширов Р.А. (2)

1) ФГБОУ ВО МГМСУ Минздрава России 2) Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность. На сегодняшний день, около 30% пациентам со злокачественными опухолями выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки показана паллиативная медицинская помощь в виду нерезектабельности опухоли с целью ликвидации застойного содержимого в желудке и восстановления пассажа пищевых масс. Данным пациентам, по рекомендациям ESGE, показано эндоскопическое стентирование (ЭС) самораскрывающимся металлическим стентом. Цель исследования. Исследовать результаты ЭС выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки при наличии стенозирующих нерезектабельных опухолей и частоту развития осложнений. Материалы и методы. В течении 5 лет было выполнено ЭС выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки у 83 пациентов со злокачественными нерезектабельными опухолями желудка и двенадцатиперстной кишки. Все пациенты были госпитализированы в стационар с клинической картиной непроходимости верхних отделов желудочно-кишечного тракта на фоне выраженного гастростаза (отмечалась многократная рвота большим количеством застойного содержимого) без явлений перфорации полого органа и перитонита. При

диагностической видеоэзофагогастродуоденоскопии в большинстве случаев опухолевая стриктура была непроходима эндоскопом и степень обтурации просвета опухолью составляла 3/4 просвета. При ЭС выходного отдела желудка и 12-перстной кишки мы использовали металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Duodenal (Boston Scientific). В 78 случаях ЭС проводилось под рентгеноскопическим контролем, в 5 – без рентгеноскопического контроля.

Результаты. Технический успех (реканализация просвета выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки) и клинический успех (купирование рвоты застойным отделяемым путем восстановления пассажа пищевых масс) был достигнут в 100% случаев.

Интраоперационных осложнений отмечено не было. Случаев кровотечений и перфораций не зафиксировано. Наблюдение за пациентами проводилось в течении 6 месяцев. Болевой синдром, локализованный в эпигастральной области, периоде был зарегистрирован у 21 пациента (25,3%), купирован ненаркотическими анальгетиками. Хронизация болей наступила у 4 пациентов (4,8%). При контрольном обследовании, через 5-6 месяцев после операции, рецидив повторной обструкции просвета стента опухолью на фоне продолженного роста был отмечен у 9 пациентов (10,8%). Данным пациентам было выполнено ЭС выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки по типу «стент в стент». Шестимесячная выживаемость пациентов в целом составила 84,7%.

Выводы. Эндоскопическое стентирование стенозирующих нерезектабельных опухолей выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки является эффективным и безопасным малоинвазивным вмешательством, характеризуется низкой частотой осложнений, а также позволяет возобновить энтеральное питание у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

Результаты применения эндоскопического колоректального стентирования у пациентов с нерезектабельной опухолью ободочной кишки

Самсонян Э.Х. (1), Богданов Д.Ю. (1), Секундова М.А. (2), Баширов Р.А. (2)

1)ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

2)Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность. Колоректальный рак составляет около 12% от общей структуры онкологической заболеваемости в Российской Федерации. У большинства больных на момент обнаружения заболевания при госпитализации в экстренные стационары имеются уже нерезектабельные опухоли с клинической картиной частичной или острой толстокишечной непроходимости. Данным пациентам в большинстве случаев показана паллиативная медицинская помощь, в частности, по рекомендациям ESGE, рекомендована эндоскопическое стентирование (ЭС) металлическим саморасширяющимся стентом.

Цель исследования. Исследовать результаты эндоскопического колоректального стентирования у пациентов при наличии стенозирующих нерезектабельных опухолей ободочной кишки.

Материалы и методы. Были исследованы результаты выполнения эндоскопического колоректального стентирования у 79 пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи: 48 пациентам (60,76%) было выполнено ЭС ректосигмоидного отдела; 27 (34,18%) – ЭС сигмовидной кишки; 4 (5,06%) – ЭС печеночного изгиба ободочной кишки. Госпитализация в стационар проводилась при наличии клинической картиной толстокишечной непроходимости, без явлений перфорации полого органа и перитонита; при выполнении диагностической видеокколоноскопии в большинстве случаев опухолевая стриктура была непроходима эндоскопом и степень обтурации просвета опухолью составляла 3/4 просвета. При выполнении эндоскопического колоректального стентирования применялись металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Colonic (Boston Scientific). В 72 случаях (91,14%) ЭС выполнялось под рентген-эндоскопическим контролем, в 7 (8,86%) – под эндоскопическим контролем. Баллонную дилатацию опухолевой стриктуры перед ЭС не применяли в виду большого риска интраоперационной перфорации опухоли.

Результаты. Во всех случаях ЭС был зарегистрирован технический и клинический успех. В ходе исследования не было зафиксировано интраоперационных осложнений, кровотечений и перфораций. В ходе шестимесячного наблюдения за пациентами были зарегистрированы: «ранний» болевой синдром - у 17 пациентов (21,52%), хронический болевой синдром - у 4 пациентов (5,06%); обструкция просвета стента опухолью - у 6 пациентов (7,59%), что потребовало повторного ЭС по типу «стент в стент»; обтурация стента каловыми массами с развитием частичной толстокишечной непроходимости - у 11 пациентов (13,92%).

Исследование шестимесячной выживаемости пациентов выявило данный показатель на уровне 71,38%.

Выводы. Применение с паллиативной целью у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями методики эндоскопического колоректального стентирования позволяет выполнить декомпрессию ободочной кишки и улучшить показатели качества и продолжительности жизни пациентов.

Результаты применения чрескожной пункционной эндоскопической гастростомии у пациентов с дисфагией различного генеза

Фролова Е. В. (1), Самсонян Э.Х. (1), Богданов Д. Ю. (1), Баширов Р.А. (2)

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

2) Больница Центросоюза, Россия

Актуальность. Врачи различных специальностей сталкиваются с больными с дисфагией различного генеза, нуждающимися в осуществлении длительного энтерального питания. По рекомендации ESGE, применение энтерального питания свыше 4 недель показано использовать методику чрескожной пункционной эндоскопической гастростомии (ЧПЭГ) или еюностомии, в зависимости от клинических условий.

Цель исследования. Изучить собственные результаты применения ЧПЭГ у пациентов с дисфагией различного генеза; проанализировать частоту возникновения осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В период с 2019 по 2022 год нами было выполнено ЧПЭГ у 103 пациентов с дисфагией различного генеза (72 пациента – неврологического генеза, 31 – опухолевого генеза). Все пациенты нуждались в осуществлении длительного энтерального питания (свыше 4 недель), для поддержания нутритивного статуса. Для формирования гастростомы применялись готовые наборы для ЧПЭГ Kimberly-Clark*МІС*. 53 пациентам ЧПЭГ была установлена по методике «на себя» и 50 пациентам- по методике «от себя».

Результаты. Технический успех (успешная установка ЧПЭГ с возможностью осуществления энтерального питания) и клинический успех (поддержание нутритивного статуса пациента путём осуществления энтерального питания) был достигнут в 100% случаев. У 3 (2,9%) пациентов наблюдалось диффузное кровотечение в месте установки

гастростомической трубки, гемостаз был достигнут путём плотного прижатия бампера и антибампера к стенкам органа на 24 часа. У 6 пациентов наблюдалась инфекция в месте размещения гастростомической трубки, всем пациентам была назначена антибиотикотерапия и перевязки с антибактериальными мазями. «Бампер-синдром» наблюдался у 1 пациента (внутренний бампер в пределах подслизистого слоя), которому было успешно выполнено эндоскопическое рассечение слизистой передней стенки желудка в области расположения внутреннего бампера. Подтекание желудочного содержимого вокруг стомы наблюдалось у 5 пациентов, всем пациентам была осуществлена замена гастростомической трубки. Аспирационная пневмония наблюдалась у 3 пациентов вследствие чрезмерного введения питательной смеси при осуществлении кормления, все пациенты были госпитализированы в отделение реанимации, где им была осуществлена санационная бронхоскопия, дезинтоксикационная и антибиотикотерапия. 30-дневный показатель летальности составил 3,9 % (4 пациента), что было обусловлено тяжелой соматической патологией. Шестимесячный показатель выживаемости составил 83,5 % (86 пациентов).

Выводы. Чрескожная пункционная эндоскопическая гастростомия является эффективным и безопасным малоинвазивным вмешательством для поддержания нутритивного статуса у пациентов с дисфагией различного генеза, нуждающихся в длительном (свыше 4 недель) энтеральном питании.

Использование винилина для лечения кишечных свищей

Исрапилов М.М, Омарова Х.З, Багаудинова С.Г, Гаджиев М.Ш, Курбанова З.В.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет", МЗ РФ, Россия

Актуальность. Кишечный свищ – это соустье между просветом кишки и внешней средой или соседними тканями и органами. Как правило, кишечные свищи возникают в раннем послеоперационном периоде и является грозным ятрогенным осложнением, которое становится серьезной проблемой для больного и врача. Множество барьерных средств и систем для сбора кишечного содержимого помогают справиться с местным воспалительным процессом, однако единого подхода в этом вопросе, не выработано до сих пор. Одним из вариантов решения этой

задачи является использование препарата винилина. Он оказывает антисептическое и противомикробное действие. При обработке пораженных участков винилин уменьшает рост патогенной флоры, таких основных возбудителей воспалительных и гнойных процессов как стафилококк, стрептококк, энтерококк и другие. При использовании средства значительно снижается вероятность развития осложнений, перехода болезни в хроническое состояние. Вещество обволакивает участок, препятствуя не только распространению бактерий, но и обезвоживанию здоровых клеток. Под влиянием сопутствующих патологий, ухудшается естественный процесс замены отмирающих тканей на новые, а винилин оказывает регенерирующее действие способствуя появлению грануляций. Таким образом, актуальность вопроса кишечных свищей обусловлена малоудовлетворительными результатами их лечения и необходимостью поиска новых методов. Цель исследования - улучшение результатов лечения больных тонкокишечными свищами при использовании препарата винилин.

Материала и методы обследования: за период 2018-2023 гг в отделении хирургии ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Махачкала» были пролечены 8 больных с тонкокишечными свищами.

1. Винилин вводился через наружное отверстие свища, в свищевой канал с помощью ниппельного дренажа меньшим диаметром, чем свищевой канал.
2. Количество вводимого винилина определялся протяженностью и диаметром свищевых каналов.
3. Затем, наружное отверстие свища фиксировался на тонкой поролоновой прокладке, мягкой повязкой на коже, прикрывая вход в свищевой канал.
4. Смена повязки производилась 1 раз в день.

Результаты исследования. При использовании данной методики сократились сроки заживления свищевых ходов у 5 больных, за счет ускоренного формирования грануляций в течение от 3 до 5 недель. У 3 больных данная методика обеспечила адекватную подготовку больных к реконструктивному оперативному вмешательству, что позволило значительно улучшить результаты лечения и снизило показатели летальности. Заключение. Применение винилина направлено на профилактику генерализации инфекции, снижение вероятности перехода болезни в хроническое состояние, оказывая регенерирующее действие, способствует появлению грануляций, сокращает сроки заживления свищей. Данную методику можно также рассматривать, как подготовительный этап до реконструктивных вмешательств, для

предотвращения необратимых метаболических изменений при потере химуса.

Установки лапаропортов с помощью навигационных технологий при атипичных формах аппендицита

Магомедова С.М., Меджидов Р.Т., Габидуллаев А.Ф., Алиев Б.О.
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, Махачкала, Россия

Актуальность. В большинстве случаев аппендэктомия при остром и хроническом аппендиците выполняют в видеолапароскопическом варианте с установлением лапаропортов в стандартных точках. Однако имеются атипичные формы аппендицита (ретроперитонеальное, ретроцекальное, медиальное, подпечёночное, тазовое), при которых нередко приходится переустанавливать троакары для более комфортного проведения операции. Адаптирование доступов к различным топографическим зонам брюшной полости имеет немаловажное значение в благоприятном течении хода операции и в профилактике послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Разработать компьютерную навигационную программу для выбора оптимальных доступов при лапароскопической аппендэктомии и оценить её эффективность в случаях атипичного расположения червеобразного отростка.

Материал и методы. К анализу подвергнуты 103 случая лапароскопических вмешательств при атипичных формах аппендицита, которым перед установкой лапаропортов была использована предложенная нами навигационная компьютерная программа.

Локализация червеобразного отростка уточняли путём проведения УЗИ брюшной полости. Тазовое расположение отростка имелось в 29 (28,1%) наблюдениях, подпечёночная локализация – в 21 (20,3 %) случае, ретроцекальное – в 34 (33,0%), ретроперитонеальное – в 19 (18,4%) наблюдениях.

Полученные результаты. Предоперационное использование компьютерной навигационной программы в случаях тазового расположения червеобразного отростка были определены следующие точки установки лапаропортов: параумбиликальная зона, левая подвздошная область. надлобковая область. В наблюдениях с подпечёночной локализацией червеобразного отростка точками установки

лапаропортов явились: параумбиликальная зона, надлобковая область, правая мезогастральная область по средне-ключичной линии на уровне пупка. Ретроперитонеальное или ретроцекальное расположение отростка: параумбиликальная зона, надлобковая область, правая подрёберная область по среднеключичной линии.

Интраоперационные осложнения (кровотечение из артерии червеобразного отростка) отмечено у 1 пациента. Оно остановлено электрокоагуляцией. Увеличить количество лапаропортов пришлось в 2(1,9%) наблюдениях, переустановить троакаров – в 2-х случаях.

Послеоперационные осложнения отмечены у 5 (4,8%) пациентов.

Морфологически были подтверждены следующие формы аппендицита: катаральный – 22 (21,4%), флегмонозный – 51 (49,5%), гангренозный – 27 (26,2%). Длительность пребывания в стационаре составила – $5,2 \pm 1, 2$ суток.

Атипичное расположение червеобразного отростка нередкое явление, уточняется путём проведения УЗИ, КТ, МРТ. Местный статус определяется при обзорной лапароскопии. Кроме того, обзорная лапароскопия позволяет при отсутствии в червеобразном отростке изменений выявить другие заболевания органов брюшной полости. Адаптирование доступов к вариантам расположения червеобразного отростка имеет значение в благоприятном течение хода операции и в профилактике интраоперационных осложнений. Такая тактика способствует укорочению длительности оперативного вмешательства и комфортности проведения самой операции.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия возможна при тщательном адаптировании доступов к вариантам расположения червеобразного отростка, и она имеет явные преимущества перед традиционной операцией. Более благоприятное течение хода оперативного вмешательства наблюдается при использовании, для выбора точек установки лапаропортов, разработанный нами компьютерной навигационной программы.

К вопросу о формировании анастомозов после сверхнизких резекций прямой кишки

Тотиков В.З., Ибрагимов Л.А., Тотиков З.В., Абдурзаков М-С. А-С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Актуальность. По мнению многих специалистов, при лечении опухолей дистальных отделов прямой кишки сохранение запирающего аппарата должно являться хирургическим приоритетом. Альтернативой брюшно-промежностным экстирпациям прямой кишки, позволяющей избежать формирования постоянной стомы при сопоставимости онкологических результатов, являются сверхнизкие и интерсфинктерные резекции. В то же время, предложенные способы этих оперативных вмешательств не лишены недостатков, делающих выполнение низкого анастомоза технически сложным, а также сопровождающиеся высоким числом осложнений как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периодах. Все это обуславливает поиски новых методов формирования низких колоанальных анастомозов, которые бы позволили улучшить результаты лечения.

Цель исследования: улучшить результаты лечения после выполнения сверхнизких резекций прямой кишки путем разработки нового способа формирования колоанального соустья.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 37 больных, которым был сформирован после ультранизких резекций прямой кишки разработанный в клинике колоанальный анастомоз (патент на изобретение №2786108). Оперативные вмешательства у всех 37 больных производились в плановом порядке, при отсутствии воспалительных изменений в прямой кишке и параректальной клетчатке. Кроме того, у всех больных после формирования соустья были сформированы проксимальные дивертивные стомы. Из 37 больных, у 29 пациентов сверхнизкие резекции были выполнены по поводу злокачественных опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки, у 5 пациентов из-за постогнестрельных и травматических стриктур прямой кишки, еще у 3 больных вследствие стриктур ранее сформированных низких колоректальных соустьев. По средствам лапаротомии операции были произведены у 34 пациентов, еще у 3 больных – лапароскопическим доступом.

Результаты. У 5 мужчин из-за узкого и высокого таза, ожирения I-II степени, ограниченного пространства в малом тазу сформировать предложенный оригинальный анастомоз не удалось, в связи с чем, им были наложены анастомозы конец в конец. Летальных исходов в послеоперационном периоде нами не отмечено. Признаки несостоятельности низкого колоанального анастомоза зафиксированы у 3 (9,4%) пациентов, при этом на фоне проводимых консервативных мероприятий проявления несостоятельности были ликвидированы. В

отдаленном периоде еще у 3 (9,4%) больных были выявлены стриктуры анального канала, которые были успешно устранены консервативно. Синдром низкой передней резекции различной степени выраженности наблюдался у 11 (34,4%) пациентов.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что разработанный способ формирования колоанальных анастомозов после сверхнизких резекций прямой кишки позволяет избежать травм сфинктера, снизить риски развития анальной инконтиненции, уменьшить частоту воспалительных осложнений, несостоятельности анастомоза, а также уменьшить риски развития синдрома низкой передней резекции.

Лапароскопическая хирургия ободочной и прямой кишки

Алибегов Р.А., Магомедов С.М., Магомедов М.С., Султанова Р.С.,
Магомедов М.М., Алиев А.К., Амирханов А.А., Нуров Р.И.
ГБУ РД «ГКБ», Махачкала, Россия

Актуальность. В последние годы лапароскопическая хирургия стала методом выбора в лечении многих хирургических болезней как доброкачественной, так и злокачественной этиологии. Этому способствовало быстрое восстановление больного после операции и сокращение пребывания в стационаре.

Цель исследования. Анализировать собственный опыт лапароскопических операций в колоректальной хирургии

Материал и методы. За последние три года выполнено 47 лапароскопических вмешательств на толстой и прямой кишке. Средний возраст пациентов составил $59 \pm 10,6$ лет. Мужчин – 19, женщин – 28. Колоректальный рак наблюдался у 29 пациентов, долихоколон, декомпенсированный колостаз – у 9, дивертикулит сигмовидной кишки – у 4, семейный аденоматоз – у 3, ректоцеле – у 2. При онкологических заболеваниях выполнены: лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия – 6, в том числе расширенная - 2, левосторонняя гемиколэктомия - 6, в том числе расширенная - 2, резекция сигмовидной кишки – 5, передняя резекция прямой кишки – 7, низкая передняя резекция прямой кишки – 5. При доброкачественных заболеваниях сделаны: субтотальная колэктомия – 9, резекция сигмовидной кишки - 4, проктоколэктомии с J-резервуаром и илеоанальным анастомозом -3, промонтофиксация -2. Критерии оценки результатов лечения: послеоперационные осложнения, летальность, количество конверсий,

объем кровопотери, количество койко-дней в стационаре, продолжительность операции

Результаты. После операции больных активизировали через 4 – 6 часов, В большинстве случаев больных из реанимации переводили в общую палату в течение первых суток. Продолжительность операций составила в среднем 210 мин., количество послеоперационных койко-дней - 7,1. Средняя кровопотеря во время операции составила 150 мл. Абсцесс в малом тазу наблюдался у 2 больных, несостоятельность анастомоза – у 2, некроз колостомы – у 1, дизурические явления после низкой передней резекции- у 1, нагноение минилапаротомной раны – у 1. Введение наркотических анальгетиков потребовалось в первые сутки троекратно 25 больным, двукратно – 13, однократно – 9. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Лапароскопическая хирургия является безопасным методом лечения заболеваний толстой и прямой кишки. При этом, лапароскопическая хирургия позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери, уменьшить сроки госпитализации пациентов и их реабилитации, минимизирует развитие послеоперационных осложнений. Немаловажное значение имеет и улучшение косметического эффекта операции.

Эффективность применения наночастиц серебра в профилактике несостоятельности швов при гастродуоденальной перфорации

Омаров М.Д., Магомедов А.А., Гаджиев К.И., Гаджиев Г.К.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»,
Махачкала, Россия

Аннотация. Послеоперационная несостоятельность при ушивании перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из важных причин перитонита после операции. Кроме того, в возникновении данного осложнения имеют значения технические погрешности при ушивании перфоративной язвы, нарушение кровоснабжения сшиваемых тканей, вовлечение в воспалительный процесс стенки кишки, прилегающей к зоне язвы, снижение ее защитно-барьерной функции для флоры, вегетирующей в просвете кишечника, анемия, гипопротеинемия.

Цель. Изучение влияния наночастиц серебра на профилактику несостоятельности швов при ушивании перфоративной язвы.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены на двух группах (контрольной и основной) кроликов породы шиншилла массой тела 3 – 4 кг. В каждой группе было по 5 кроликов. Операции выполняли под внутривенным калипсоловым наркозом из расчета 3 – 4 мг/кг. Была создана модель перфоративной язвы. Моделирование язвы желудка осуществлялось по известной методике Okabe S, которая является общепринятой и основанной на химическом повреждении стенки желудка 75 % раствором уксусной кислоты. В место перфорации инъекции производили через прокол стенки желудка с образованием отверстия диаметром 0,15 мм. Спустя сутки кроликам обеих групп выполняли релапаротомию. В основной группе ушивание перфоративного отверстия проводили викрилом 3/0, обработанным 5% раствором арговита. В контрольной группе проводили без обработки арговитом. После операции кроликам проводили стандартное лечение (40% раствор глюкозы 1,5 – 2,0 мл/кг внутривенно, цефтриаксон 15 мг/кг внутримышечно, 50% раствор анальгина 50 – 70 мг/кг, 1% раствор димедрола 1,5 мг/кг внутримышечно), но в основной группе введение цефтриаксона не проводили. Спустя 2 суток после операции кролики получали стандартную еду. Всем кроликам обеих групп на 5,7 сутки была выполнена релапаротомия и соответствующий сегмент ушитого желудка и двенадцатиперстной кишки взят для морфогистохимического исследования.

Результаты. Гистологическое и гистохимическое исследования препаратов, взятых во время экспериментов у подопытных животных контрольной группы, показали, что на 5, 7 и 14–е сутки после операции митозный индекс, фибриллогенез и ангиогенез низкие, сохраняются воспалительно–инфильтративные проявления, отмечаются грубые фибриллярные структуры и лимфоидно–эпителиоидные микрогрануломы. В аналогичные сроки у животных основной группы, по сравнению с контрольной группой, наблюдали высокий митозный индекс, уплотнение крипт и коллагеновых волокон, более интенсивный микроангиогенез. Была отмечена хорошая сохранность местных регуляторов моторно–эвакуаторной функции стенки анастомоза – интрамуральных вегетативных нервных стволов. Применение препарата викрила, обработанного 5% раствором арговита в этой группе подопытных животных, способствовало появлению равновесия в процессах фибриллогенеза и фибролизиса, а также сохранению мышечной прослойки, обеспечивающей моторно-эвакуаторную функцию (перистальтические движения) на оптимальном морфофункциональном

уровне. Это позволяет в будущем предупреждать появление возможной циркулярной гиперплазии и явлений фибросклероза.

У контрольной группы животных после ушивания перфоративной язвы наблюдалось несостоятельность швов с развитием перитонита, а в основной группе несостоятельности швов не наблюдалось.

Основываясь на результатах экспериментов, можно утверждать, что применение 5% раствора арговита усиливает регенерацию и ангиогенез в зоне анастомоза, так как у животных основной группы по сравнению с контрольной отмечали высокий митозный индекс, хороший ангиогенез и сохранность моторно–эвакуаторной функции.

Выводы. Полученные нами экспериментальные результаты дают основание считать приемлемым применение викрила, обработанной наночастицами серебра для профилактики несостоятельности швов при ушивании перфоративной гастродуоденальной язвы.

Лабораторные показатели при поступлении пациентов в прогнозировании хирургического исхода перфоративной гастродуоденальной язвы

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов М.А., Омаров М.Д
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Актуальность. Заболеваемость язвенной болезнью за последние десятилетия снизилась, эпидемиологическая картина осложнений, включая кровотечение и перфорацию, изменилась незначительно. Исходы при кровоточащих язвах улучшились благодаря современным эндоскопическим и интервенционным радиологическим стратегиям, при перфорациях остались практически неизменными. Даже в недавних отчетах смертность от перфоративной язвенной болезни остается на уровне 11- 12%, а осложнения отмечаются у 15-20 % пациентов.

Цель. Рассчитать прогностическую ценность лабораторных показателей при поступлении пациентов с перфоративной язвой.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное аналитическое наблюдательное исследование, включавшее 98 пациентов с подтвержденным диагнозом перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Средний возраст составил 46(диапазон 21- 77) лет с преобладанием мужчин 70,4% (n =69). Лабораторные показатели при поступлении были собраны из данных истории болезни больницы. Измеряемыми результатами были: госпитальные осложнения, смертность,

госпитализация в отделение интенсивной терапии (ОРИТ) и продолжительность пребывания. Значимость категориальных переменных была рассчитана с помощью критерия хи-квадрат и точного критерия Фишера. Для определения одномерных статистически значимых переменных был проведен логистический регрессионный анализ.

Результаты. Средняя продолжительность пребывания в больнице составила 7 (диапазон 6-24) дней, и 19,4% (n = 19) пациентов были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Что касается госпитальной смертности, возраст (p = 0,0091), гемоглобин (p = 0,0432) и креатинин (p < 0,0001) были значимыми в многофакторном анализе с AUC 0,83. При поступлении в отделение интенсивной терапии альбумин был исключен из модели из-за большого количества пропущенных значений, и четкая независимая связь с исходом не могла быть подтверждена. Многомерный анализ значимыми параметрами при поступлении в отделение интенсивной терапии были: возраст (p = 0,0441), биологический пол (p = 0,0352), количество тромбоцитов (p = 0,0409) и креатинин (p < 0,0001) с AUC 0,84. Чувствительность, специфичность и прогностические значения различных пороговых значений лабораторных переменных были рассчитаны для прогнозирования госпитальной смертности и госпитализации в отделение интенсивной терапии. У пациентов с низким содержанием калия среднее пребывание в больнице составило 8 дней (IQR 6-11 дней), у пациентов с высоким уровнем калия среднее пребывание в больнице составило 8,5 дней (IQR 6-11 дней), а у пациентов с нормальным уровнем калия среднее пребывание в больнице составило 6 дней (IQR 5-9 дней). У пациентов с низким уровнем альбумина средняя продолжительность пребывания составила 8 дней (IQR 6-15 дней) по сравнению с пациентами с нормальным уровнем альбумина, у которых средняя продолжительность пребывания составила 7 дней (IQR 4-8 дней).

Выводы. Уровень осложнений и смертности среди пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой по-прежнему значителен. Лабораторные показатели при поступлении показали статистическую значимость в качестве показателей исхода и были оценены для прогноза. Аномально высокий уровень креатинина в сыворотке был самым сильным единичным предиктором, как смертности, так и госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Прогнозирование факторов риска у пациентов, подвергшихся хирургическому лечению по поводу перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Магомедов М.М., Хамидов М.А., Магомедов М.А., Омаров М.Д., Гаджиев К.И., Магомедов А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Язвенная болезнь является проблемой здравоохранения во всем мире. Говорят, что в последние годы во всем мире заболеваемость язвенной болезнью снизилась. Также недавние достижения имели место как в диагностике, так и в ведении язвенной болезни, а именно улучшения в эндоскопических, диагностических и терапевтических средствах, более широкое использование ингибиторов протонной помпы и методов эрадикационной терапии. Несмотря на все это, частота перфорации пептической язвы осталась неизменной¹ и, следовательно, остается серьезной проблемой для здоровья. Общая смертность среди пациентов, перенесших операцию по поводу перфорации пептической язвы, увеличилась, несмотря на улучшения в периоперационном мониторинге и лечении.

Целью этого исследования было идентифицировать и описать периоперационные факторы риска, чтобы определить пути оптимизации лечения и улучшить исход пациентов с перфорацией язвы.

Материал и методы. Мы провели ретроспективное исследование пациентов, перенесших экстренную операцию по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы в период с 2019 по 2022 г. в больнице РКБ-СМП г. Махачкала. В исследование были включены 122 пациента со средним возрастом 38,6 года (диапазон: 25-78 лет), и 78% из них были мужского пола. Наиболее распространенным местом перфорации была препилорическая область (74%). Наиболее часто выполняемой операцией было первичное ушивание. Были проанализированы клинические проявления и результаты операции. Скорректированное отношение шансов (OR) каждого балла Воеу по заболеваемости и смертности сравнивалось с нулевым баллом риска. Анализ характеристической кривой "Приемник-операционная" использовался для сравнения прогностической способности между оценкой Воеу, классификацией Американского общества анестезиологов (ASA) и Мангеймским индексом перитонита (МИП).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 38,6 лет. У 19 пациентов были сопутствующие заболевания. Среднее время госпитализации

составило 7,1 дня. Среди зарегистрированных осложнений были пять случаев несостоятельности шовного материала из места перфорации язвы, 3 в группе лапаротомии и 2 в группе лапароскопии ($p = 0,15$) Несостоятельность шовного материала не были связаны со смертностью ($p = 0,585$). Общие показатели осложнений и смертности составили 12,3% и 5,7% соответственно. Многомерный логистический регрессионный анализ 47 пациентов показал, что возраст ($p < 0,006$) и позднее поступление ($p < 0,001$) были связаны с заболеваемостью. Уровень смертности, как правило, был связан с пожилым возрастом, задержкой лечения и сопутствующими заболеваниями. Уровень смертности прогрессивно возрастал с увеличением числа баллов по шкале Воеу: 1%, 8% (OR= 2,4), 23% (OR= 3,5) и 28% (OR=7,7) для 0, 1, 2 и 3 баллов соответственно ($p < 0,001$). Показатели осложнений по баллам Воеу 0, 1, 2 составили 11%, 37% (OR= 2,9), 45% (OR=4,3) и 47% (OR =4,9) соответственно ($p < 0,001$). Оценка Воеу и классификация ASA оказались лучше, чем МРІ, для прогнозирования результатов операции.

Выводы. 1. Заболеваемость и смертность можно снизить, избегая задержек в диагностике и лечении, особенно у пожилых пациентов, и назначая надлежащее лечение любого сопутствующего заболевания. 2. Изучена эффективность и целесообразность применения прогностических систем у пациентов с перфоративной язвой, ASA, Воеу, МИП для прогнозирования осложнений и летальности.

Диагностическая и лечебная эндовидеолапароскопия в ургентной абдоминальной хирургии

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э.
ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность: Несмотря на наличие современной клинико-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ - диагностики, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения ургентных заболеваний органов брюшной полости стали возможными благодаря стремительному развитию эндовидеолапароскопической хирургии.

Цель: улучшение диагностики и лечения острых хирургических заболеваний (ОХЗ) органов брюшной полости.

Материал и методы: Нами с 2015 по 2022г.г. диагностическая и лечебная эндовидеолапароскопия при острых хирургических заболеваниях и/или при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости произведено 870 больным в возрасте больных от 14 до 88 лет.

Мужчин –367 (42,1%), женщин – 504 (57,9%), следовательно, подавляющее большинство больных составили лица женского пола.

Диагностическую эндовидеолапароскопию производили в условиях эндовидеохирургической операционной под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких, в условиях искусственного карбоксиперитонеума. Обзор и ревизию органов брюшной полости производили по часовой стрелке, после верификации диагноза определялась дальнейшая хирургическая тактика.

Результаты исследования и обсуждение: Так, на диагностическом этапе - у 186 (21,3%) больных были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости, тем самым у этих больных удалось избежать напрасной лапаротомии. У остальных 684 (78,6%) больных выявлены следующие патологии требовавшие хирургической коррекции: Острый аппендицит - у 288 (42,1%) , из них 252 (87,5%) больным произведена эндовидеолапароскопическая аппендэктомия; в связи с ретроцекальным, ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка и наличием аппендикулярного инфильтрата и абсцесса 36 (12,5%) больным произведена конверсия. Острый холецистит выявлен – у 32 (3,6%) больных, во всех случаях произведена холецистэктомия с использованием мини-инвазивных технологий (открытая лапароскопическая холецистэктомия (ОЛХЭ),эндовидеолапароскопическая холецистэктомия (ЭВЛХЭ)). У 39 (4,4%) больных установлена перфоративная гастродуоденальная язва , из них ушиваниеперфоративной язвы желудка и ДПК из мини-доступа с санациейбрюшной полости эндовидеолапароскопически удалось произвести - у 28 (71,7%) больных, -у 7(17,9%) больных в связи с наличием выраженного язвенного инфильтрата ушиваниеперфоративного отверстия произведено из традиционного, лапаротомного доступа, еще у 4 (10,2%) больных в связи с разлитым перитонитом операция также завершена традиционным способом.

Острая спаечная кишечная непроходимость установлена -у 46 (5,2%), из них в 39 (84,7%) случаях удалось произвести рассечение спаек эндовидеолапароскопическим путем с восстановлением пассажа по

кишечнику. У 25 (2,8%) больных установлен острый геморрагический панкреатит. Диагноз был установлен по наличию геморрагического выпота в брюшной полости, в подпечёночном пространстве, отеку круглой связки печени, раздутию петли поперечно-ободочной кишки. Во всех случаях произведено вскрытие сальниковой сумки, производили санацию брюшной полости и обкалывание круглой связки печени 0,5% раствором новокаина с антибиотиками широкого спектра действия, операцию завершали дренированием сальниковой сумки, подпеченочного пространства и брюшной полости. У 17 (1,9%) пациентов установлен перекрут жирового подвеса ободочной кишки, им произведено лапароскопическая резекция жирового подвеса, - у 4 (0,4%) пациентов выявлено нарушение мезентериального кровообращения с некрозом кишечника, что привело к конверсии и резекции тонкого кишечника с формированием анастомоза «конец в конец», - у 5 (0,5%) пациентов установлено пристеночное ущемление тонкого кишечника в пупочном кольце, которым произведено традиционное грыжесечение с пластикой. У – 8 (0,9%) больных установлено воспаление дивертикула Меккеля, им произведено резекция дивертикуля из мини- лапаротомного доступа. Опухоль толстого кишечника с перифокальным воспалением было выявлено – у 9 (1,0%) больных. У 211 (24,2%) больных выявлены различные гинекологические заболевания органов малого таза. В ближайшем послеоперационном периоде больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались на первые сутки после операции. Нагноение послеоперационной раны (троакарной- лапаропорт места извлечения ч/о отростка) отмечено - у 8 (0,9%) пациентов. Средний койко-дней пребывания больных в стационаре составил $3,4 \pm 0,5$ дня.

Умер 1 (0,1%) больной с острым панкреатитом от острого инфаркта миокарда.

Таким образом, по данным нашего исследования у 781 (89,7%) больных после верификации диагноза удалось завершить операцию эндовидеолапароскопической методикой, – у 71 (8,1%) больных произведено конверсия, из них – у 12 (16,9%) больных для коррекции хирургической патологии Эндовидеолапароскопическая методика операции сочеталась мини-лапаротомным доступом.

Выводы: 1. Диагностическая видеолапароскопия в ургентной абдоминальной хирургии при подозрении на ОХЗ позволяет своевременно верифицировать диагноз, оптимизировать лечебно-диагностический процесс ургентных заболеваний органов брюшной полости;

2. Эндовидеолапароскопия позволяет избежать напрасных лапаротомий тем самым снизить риск развития различных осложнений до и в послеоперационном периоде.

Анастомозы никелид-титановыми кольцами при перитоните

Дибиров М.Д., Исаев А.И., Шихавов А.Р., Эльдерханов М.М.

МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Введение. Наложение анастомозов ЖКТ при распространённом перитоните является сложной проблемой и сопровождается частой (до 40-50%) не состоятельностью.

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность анастомозов с помощью никелид-титановых колец.

Материал и методы. У 46 больных после обструктивных резекций тонкой и ободочной кишки и 22 больных после открытого ведения живота с системой вакуум наложены межкишечные компрессионные анастомозы с помощью никелид - титановых колец Зиганьшина - Гюнтера по предложенной авторами технике. Тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ-II при обструктивных резекциях, через 3-5 санационных релапаротомий составляло 9-12 баллов, эндотоксикоз по В.К. Гостищеву- 1 стадии, органические дисфункции составили 1-2 балла. Перед наложением анастомоза достигали адекватного белково-энергетического состояния с общим белком крови не менее 50 г/л и альбумина больше 30 г/л. Время наложения анастомоза 8,5 мин. Всем больным после наложения анастомоза устанавливался назоэнтеральный зонд для декомпрессии и последующей нутритивной поддержки и антибиотикопрофилактики, согласно микробному пейзажу брюшной полости. Энтеральная терапия мономерно-солевыми растворами (до 500 мл) начинали через 48 часов, а энтеральное питание через 72-96 часов после наложения анастомозов. Кольца через 10 – 12 суток самостоятельно выходят естественным путём, отрываясь, создавая анастомоз 2,5 – 3 см.

В анализируемой группе из 68 больных с компрессионными анастомозами никелид-титановыми кольцами несостоятельность развилась у 2 (2,9 %) из-за допущенных во время операции технических ошибок, в одном случае захват в кольцо брыжеечной части тонкой кишки, во втором случае из – за недостаточной подготовки к операции.

Таким образом, никелид-титановые анастомозы при разрешающем распространённом перитоните с соответствующей предоперационной подготовкой и послеоперационным ведением являются безопасными и

надежными в плане создания герметичности и формирования адекватного анастомоза.

Спленодимексид в комплексном лечении ран промежности и анального канала

М.А.Алиев, С.Ю.Сафаров, Х.М.Абдулмажидов, Абдуллаев Ш.А., Рабаданова С.Р.

Кафедра хирургических болезней стом. пед. факультетов ДГМУ, городская клиническая больница №1.

Несмотря на очевидные достижения в лечении хирургической инфекции заживление послеоперационных ран промежности и анального канала остается одной из актуальных проблем в практике хирурга и проктолога. Частые нагноения ран этой области, по данным ряда авторов колеблется от 10 до 50%.

Целью исследования явилось оценка эффективности спленодимексида в лечения ран аноректальной области.

Противовоспалительный препарат димексид обладает способностью растворять лекарственные средства и с высокой скоростью проникать через биологические мембраны, слизистые, оболочки микробов.

Препарату свойственно так же анальгезирующее и антисептическое действия.

Селезенка богата природными цитокиновыми факторами и обладает высокими антисептическими, детоксикационными и иммуностимулирующими свойствами.

Материал и методы исследования: 112 проктологических больных после геморроидэктомии, иссечения анальных трещин, и параректальных свищей. Возраст больных колебалось от 18 до 78 лет, женщин было 49 мужчин – 63 человек. Все больные разбиты на две группы: основная – 62 и контрольная - 50 человек. Больные обеих групп по возрасту, сопутствующим заболеваниям и по нозологиям были идентичны.

Больных контрольной группы лечили по общепринятой методике: первые 3 дня после операции получают щадящую диету ЩД № 0, затем, после первого стула, означали основной вариант стандартной диеты ОВД 15. При отсутствии самостоятельного стула на 3-4-й день после операции выполняли очистительную клизму. Соблюдение постельного режима необходимо в течение 1-2 сут.

В лечении анальных ран больных основной группы местно использовали сочетание димексида и экстракта селезенки.

Методика лечения заключалась в следующем: в анальный канал и на рану перианальной области вводили турунду, смоченную 1% димексидом и экстрактом селезенки в соотношении 1:4.

Результаты исследований. Проведенные исследования показали, что процент послеоперационных осложнений довольно высок, что во многом объясняется наличием нескольких осложнений у одного и того же пациента. Такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны и острый парапроктит встречались в основной группе больных значительно реже, чем в контрольной. На 3-4 сутки лечения у 18,5% больных контрольной и у 17,1% больных основной группы отмечен реак-тивный отек перианальной области. Причиной его является естественная воспалительная реакция на вмешательство. Такое серьезное осложнение, как нагноение раны, наблюдалось у 6,5% больных контрольной и 2,9% больных основной группы. Острый парапроктит в ближайшем послеоперационном периоде возник у 3 больных в контрольной, а в основной группе не встречался.

В обеих группах до 3-го дня поверхность ран после иссечения анальных трещин и свищей прямой кишки полностью не очищалась от гноя, сохранялся отек тканей, грануляции были вялыми, сохранялась воспалительная реакция.

К 5-м суткам раны у больных контрольной группы характеризовались слабой степенью грануляции, болезненностью при пальцевом исследовании. В основной группе клиническая картина в тот же период у большинства больных характеризовалась уменьшением болевого синдрома, отсутствием гиперемии и отека в зоне операции и началом появления активных грануляций.

К 7-м суткам после геморроидэктомии в контрольной группе заживление раны первичным натяжением отмечены у 60% пациентов, в то время как в основной группе- у 84% больных.

Выводы: Применение спленодимексида в лечении ран аноректальной области приводит к достаточно быстрому снижению активности воспалительной реакции, уменьшению воспалительного инфильтрата, купированию болевого синдрома и снижению числа послеоперационных осложнений. Спленодимексид оказывает положительное влияние на местную тканевую реакцию, ускоряя репаративные процессы за счет стимуляции образования грануляционной ткани, ускорения эпителизации и рубцевания ран.

Диагностика и хирургическая тактика лечения сочетанных повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Мамаев К.Т., Канаев А.И.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"
МЗ РФ, Россия

Актуальность. На современном этапе развития хирургии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при поступлении пострадавших в отделение экстренной хирургии по поводу тупой травмы живота с большой кровопотерей и в состоянии шока, несмотря на применение высокотехнологичных методов диагностики (КТ, МРТ, R-скопия и R-графия, лапароскопия), сохраняются определенные трудности в плане постановки предоперационного диагноза и хирургической тактики лечения.

Цель исследования. Изучить результаты дифференцированного подхода в диагностике и хирургическом лечении экстренных больных с тупой травмой живота.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезни 62 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении РКБ за 10 лет по поводу тупой травмы живота, осложненной повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Из них 42 больных (68%) – мужчины, а 20 больных (32%) – женщины. У 41% пострадавших - транспортная травма, 22% - падение с высоты, 13% - бытовая травма, 11% - сдавление.

Из 48 оперированных больных: У 12 была повреждена селезёнка, операция закончилась спленэктомией. В 3 случаях выполнена органосохраняющая операция. При повреждении печени оперативное вмешательство заключалось в ушивании раны печени с тампонадой сальником на ножке (8). Во всех случаях разрыва кишечника (9) операция завершалась ушиванием раны кишечника, а в 3 случаях – резекцией тонкого кишечника с наложением анастомоза «конец в конец» и дренированием брюшной полости. Из клинических проявлений при закрытых повреждениях тонкого кишечника постоянным признаком выступают боли, усиливающиеся при пальпации. Они наблюдались у 32 пострадавших, сухой язык у 20. Напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдалось у 27 пострадавших. Ограничение или полное отсутствие дыхательных движений передней брюшной стенки – у 15.

Учащение пульса до 110-120 уд/мин – у 46 больных. Лейкоцитоз (от 10'000 до 20'000/мл) – у 17 больных. Исчезновение печеночной тупости (важный симптом разрыва полого органа в брюшной полости) – у 19 пострадавших. Притупление в отлогих местах живота – у 16 пострадавших, эти больные оперированы.

Из повреждений органов, расположенных забрюшинно: в 2 случаях – ушивание раны почки, санация и дренирование забрюшинной клетчатки. В 1 случае с полным размножением почки – нефрэктомия, санация и опорожнение урогематомы. В 2 случаях с повреждением поджелудочной железы – ушивание разрывов поджелудочной железы, санация и дренирование сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки

При тяжёлой сопутствующей травме симптомы повреждения органов живота выявлялись в связи с острой кровопотерей, шоком, нарушением дыхания и угнетением сознания. Особенно часто такие пострадавшие поступали с места ДТП с тяжёлой черепно-мозговой травмой в состоянии шока. В этих случаях мы в первую очередь попытались вывести пострадавшего из этого состояния.

В постановке диагноза нам помогало применение как старых, так и современных методов исследования: обзорная рентгенография и рентгеноскопия, латерография, цисто-урография, лапароцентез с обследованием брюшной полости "шарящим" катетром, УЗИ, КТ. В последние годы это позволило существенно сократить период установления диагноза и оперировать больных в ранние сроки, а также уменьшить число пробных лапаротомий при закрытых повреждениях. Результаты исследования и их обсуждение. Анализ нашего материала с применением современных методов диагностики при тупой травме живота показало эффективность лапароскопических исследований. Из 62 больных, в 34 случаях произведённых до операции уточняло диагноз, с сокращением пребывания больного в клинике и уменьшением послеоперационных осложнений.

Выводы. Хирургическая тактика при закрытых сочетанных повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства должна быть дифференцированной. Так, при остановившемся кровотечении целесообразно предпочесть операции противошоковую терапию, в первую очередь вливание крови и кровезаменителей и проведение мер по нормализации дыхания и сердечной деятельности.

И, наоборот, при продолжающемся кровотечении эти меры должны проводиться в период подготовки к операции и во время хирургического вмешательства.

Большое значение в обоих случаях имеет реинфузия аутокрови, излившейся в полость живота.

Некоторые аспекты хирургии травматических повреждений селезёнки

Рагимов Г.С., Киблаев И.Г., Рагимова Р.И., Мазанова Н.Г.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"

МЗ России, Махачкала, Россия

Актуальность. Остановка кровотечений при повреждениях селезёнки является одной из важнейших проблем хирургии паренхиматозных органов. Повреждения селезёнки при закрытой травме живота занимают 3-е место среди повреждений органов брюшной полости (Масляков В.В., Авраменко А.В., 2013; Смолькина А.В. и соавт., 2019.; Рагимов Г.С., 2010; Северинов Д.А., Бондарев Г.А. и соавт., 2020; Dalton B.G.A., al. etc., 2015) Частота ятрогенных интраоперационных повреждений селезёнки при операциях на органах брюшной полости составляет 0,4- 2%, с летальностью от 5 до 27% (Алексеев, В.С., 1997; Mooney D.P., 2002). Основной проблемой при этом остается обеспечение надежного гемостаза.

Цель исследования: разработка органосохраняющих операций на селезёнке при травматических повреждениях.

Материал и методы. Нами обобщены результаты лечения повреждений селезёнки в эксперименте на беспородных собаках обоего пола с соблюдением этических норм. Предварительно моделировали раны, создавали гематомы и разрывы селезёнки. В случаях сильного кровотечения использовали устройство для временного гемостаза, которое накладывали на паренхиму органа, проксимальнее раны, разрыва. В качестве шовного материала использовали хромированный кетгут, викрил и раренчумасет. В зависимости от длины и глубины ранений и характера повреждений апробировали разработанные нами способы гемостаза.

Результаты исследования и их обсуждение. Гемостаз удалось обеспечить при резаных ранах селезёнки в 17 случаях из 20 (85%) и при колото-резаных соответственно 15 из 20 (75%). В случаях кровотечения применили дополнительные меры гемостаза. При обширных ранах и разрывах селезёнки (12 животных) с целью гемостаза перевязывали зонально-сегментарные артерии и дополнительно накладывали швы с использованием пластических материалов в качестве подкладки. При разрывах диафрагмальной поверхности селезёнки в 5 наблюдениях на

место разрыва укладывали рассасывающуюся гемостатическую марлю, «Тахокомб» и фиксировали орган к брюшной стенке. При разрыве висцеральной поверхности селезёнки для обеспечения гемостаза у 4 животных фиксировали орган к большой кривизне желудка, проводя швы через его серозно-мышечный слой. При размозженных ранах и ранах, расположенных на краю органа и полюсах с повреждением крупных зонально-сегментарных сосудов, производили атипическую резекцию соответствующего участка с использованием сконструированных устройств. Атипическую резекцию селезёнки выполнили у 60 собак в трех сериях: в 1-й серии резецировали верхний полюс (20 собак), во 2-й серии нижний полюс (20 собак), в 3-й серии выполняли резекцию 2/3 органа (20 собак). Гемостаз удалось обеспечить в 52 случаях (86,6%) (1-я серия- 17, 2-я - серия-19, 3-я серия-16). У 5 собак при резекции селезёнки возникло кровотечение, остановленное наложением дополнительных швов, и у 3 перевязывали сосуды в плоскости резекции и применили дополнительные меры гемостаза с использованием гемостатической марли, пластинок «Тахокомба». Резецированную поверхность селезёнки укрывали пластическими материалами. Время, необходимое при атипической резекции селезёнки в среднем составило 7 -10 минут. Гематомы моделировали у 20 животных: подкапсульные – у 15, внутриорганные – у 5. При подкапсульных гематомах селезёнки малых размеров – диаметром до 3 см (15 случаев) с повреждением паренхимы органа и при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения проводили миниинвазивное лечение из-за опасности вторичного разрыва гематом с последующим кровотечением. При гематомах больших размеров и внутриорганных, расположенных по краю органа, занимающих целую зону или сегмент производили атипическую резекцию соответствующего участка органа. При повреждении ворот селезёнки и её сосудистой ножки (15 животных) производили спленэктомия с аутотрансплантацией ткани в большой сальник (6), предбрюшинную клетчатку (2), забрюшинное пространство (2), в ложе позади прямых мышц живота (5). В случаях сильной кровопотери (более 20-30% объема циркулирующей крови (500 мл и более в зависимости от массы тела) наряду с инфузионной терапией желательна осуществить реинфузию крови. У животных с ушитыми ранами селезёнки послеоперационный период характеризовался относительно благоприятным течением.

Клинические наблюдения. Предложенные нами швы использовали в клинике у 5 больных при ушивании резаных ран диафрагмальной поверхности селезёнки. У трех больных ушили сквозную рану нижнего

полюса селезёнки. Резекцию селезёнки выполнили в клинике 5 больным (травмы-4, киста нижнего полюса-1) с хорошим результатом. Подкапсульные гематомы диафрагмальной поверхности селезёнки лечили миниинвазивным методом 6 больным. Во всех случаях удалось обеспечить надёжный гемостаз.

Заключение. Таким образом, проведенные нами экспериментальные исследования и клинические наблюдения показали эффективность предложенных способов гемостаза при повреждениях селезёнки, что позволило значительно улучшить результаты операций

Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения пострадавших с автодорожными сочетанными травмами живота

Анисимов А.Ю., Андреев А.И., Ибрагимов Р.А.

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Актуальность. На современном этапе развития хирургии повреждений снижение летальности в группе пострадавших с автодорожной сочетанной травмой живота хотя бы до 20% рассматривается как существенное достижение в решении проблемы. Достигнуть такого результата возможно только при использовании комплексного подхода в специализированных травматологических центрах.

Материал и методы. За период с 2006 по 2022 год мы обладаем клиническим опытом лечения 35 пострадавших в ДТП при ведущих повреждениях органов живота, в комплексной лечебной программе которых была использована тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения. Они составили основную группу наблюдения. Группу сравнения составили 50 пострадавших, у которых в ходе первичной операции были устранены все повреждения (Early Total Care).

Результаты. В Республике Татарстан внедрена технология работы травмоцентров с маршрутизацией пострадавших вдоль всех автотрасс федерального и республиканского уровней. Начата реализация в качестве пилотного проекта организации в ведущих скоропомощных многопрофильных медицинских организациях стационарных отделений скорой медицинской помощи.

В клиническом аспекте реализуется современная концепция запрограммированного многоэтапного хирургического лечения,

направленная на минимизацию объема хирургического вмешательства у группы крайне тяжело травмированных пациентов и выполнение отсроченного окончательного вмешательства только по стабилизации состояния. Тактика Damage Control Surgery позволила сократить время первичных хирургических операций со 125,0 + 6,5 до 65,0 + 3,1 минут; уменьшить число ранних послеоперационных осложнений с 78% до 40%; снизить послеоперационную летальность с 22% до 14,3%.

Выводы. Тактика Damage Control Surgery далеко не безразличная для организма. Это тяжелая травматическая агрессия и применять ее следует по строго ограниченным показаниям. Решение об использовании этой тактики при автодорожных сочетанных травмах живота принимается при уровне систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст., температуре тела пострадавшего менее 34°C, показателе активированного частичного тромбопластинового времени более 60 с, уровне pH менее 7,2, наличии множественных повреждений непосредственно угрожающих жизни (крупных кровеносных сосудов либо паренхиматозных органов брюшной полости), при сочетании травмы живота с переломами таза. Успешное решение проблемы лечения пострадавших с автодорожными сочетанными травмами живота в раннем периоде травматической болезни ведет к появлению новой, не менее сложной и нерешенной в настоящее время проблеме – появлению инвалидов, требующих длительной и многопрофильной реабилитации. Таким образом, возрастет нагрузка на этапы специализированной реабилитационной помощи.

Этот и многие другие вопросы оказания хирургической помощи пострадавшим с автодорожными сочетанными травмами живота требуют дальнейшего углубленного всестороннего изучения и научно-практических шагов в разработке оптимальных режимов лечебной программы.

Наш опыт хирургического лечения пациентов с фибробезоарной тонкокишечной непроходимостью

Абдулжалилов М.К. (1,2), Хамидов М.А. (1), Иманалиев М.Р. (1,2),
Абдулжалилов А.М. (2), Исаев Х.М.-Р. (1), Гусейнов А.-К.Г. (1)
ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ (1) ГБУ РД РКБ СМП (2), Россия

Актуальность проблемы. Ремитирующее клиническое течение фибробезоарной тонкокишечной непроходимости (ФБКН) способствует

поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью и диагностическим ошибкам специалистов общехирургических отделений. Цель исследования. Изучить эффективность разных способов хирургических вмешательств при ФБКН.

Материал и методы. За последние 5 лет в нашей клинике прошли лечение 43 пациента с ФБКН. Из них мужчин было 27 (62,8%), женщин -16 (37,2%). Средний возраст пациентов составил 47,7±5,4 лет. Среди них в возрасте до 40 лет было 12(27,9%), 41- 60 – 21 (48,8%), 61-80 - 7(16,2%), старше 80 – 3 (7,0%). Больше всего пациентов составили лица трудоспособного возраста. Среди них 72,7% были городские жители, а 27,3% - сельские. При госпитализации на обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаруживали воздушные арки и чаши Клойбера. При УЗИ брюшной полости и продолжительности ФБКН до суток патологию не обнаружили. Через сутки после начала заболевания определяли наличие незначительного выпота в брюшной полости. Диаметр петель тонкой кишки достигал не более 31,5±3,4 мм, сохранялась активная перистальтика и маятникообразные движения ее содержимого. Через 3 суток - уже диаметр петель тонкой кишки достигал 37,6±5,6 мм, толщина стенки - до 5,0±1,5 мм, а также определялся скудный выпот и маятникообразное движение содержимого. Только у 2 (4,7%) пациентов при УЗИ был визуализирован фитобезоар в просвете тонкой кишки. Через неделю от начала заболевания определяли скудный серозный выпот, диаметр петель тонкой кишки уменьшался до 30,0±5,4 мм, что свидетельствовало о возможном опорожнении проксимальных кишечных петель «в обход» фитобезоара (ФБ) в результате сохранения перистальтики и расширения приводящей петли. На 10 сутки после начала заболевания в брюшной полости обнаруживали больше выпота, чем в предыдущие сроки наблюдения, диаметр петель тонкой кишки достигал до 40,1±3,9 мм, толщина стенки составлял 4,7±1,4 мм, перистальтика уже не определялась. Оперативное вмешательство выполнено 30(69,8%) пациентам в течение суток после госпитализации. Основными причинами задержки операции служили мнимое улучшение состояния пациентов, периодическое отхождение газов и стула и уменьшение болей в процессе предоперационной подготовки. Выполнены следующие операции: лапароскопическая фрагментация фитобезоара (ФФБ) – 7(23,3%), диагностическая лапароскопия, мини-лапаротомия и открытая ФФБ – 11(36,7%), лапаротомия и ФФБ – 9 (30,0%), лапароскопически ассистированная ФФБ – 3(10,0%).

Результаты и их обсуждение. При диаметре фитобезоара до 3,0 см количество выпота в брюшной полости составлял не более 40 мл, 4 см – до 100 мл, 5 см – более 200 мл. Средняя продолжительность операции при лапароскопической ФФБ составила 65,0+12,7 мин, при ФФБ через мини-лапаротомию – 108,3+22,5 мин, открытой ФФБ - 90,0+16,7 мин. Послеоперационные осложнения развились у 2(5,7%) пациентов после ФФБ через мини-доступ – развилась послеоперационная тонкокишечная непроходимость, что, по-видимому, была связана с выраженной прочностью ФБ и травматичностью операции. В обоих случаях выполнена релапаротомия, разъединение спаек, ликвидация тонкокишечной непроходимости, назоинтестинальное дренирование тонкой кишки. Умер 1(2,3%) пациент, но не от хирургических осложнений. Средняя продолжительность стационарного лечения в первой группе пациентов составил 7,6+2,3 к/д, во второй – 9,8+3,1 к/д, в третьей - 15,7+ 4,9 к/д, что связано с оперативным доступом. Заключение и выводы. Наблюдается рост числа пациентов с ФБКН. Ремитирующее ее течение способствует росту показателей поздней госпитализации пациентов и отказов пациентов от экстренной операции. Количество выпота в брюшной полости и состояние петель тонкой кишки выше препятствия ФБКН зависели от сроков госпитализации, размеров безоара и уровня обтурации. Лапароскопическая фрагментация фитобезоара малотравматична и показана при мягкой его консистенции. Фрагментация плотного фитобезоара лапароскопически затруднена, а через мини-доступ травматична, что диктует целесообразность энтеротомии в приводящей петле тонкой кишки с малоизмененной стенкой с целью облегчения удаления фитобезоара, профилактики послеоперационных осложнений и сокращения продолжительности операции.

Ключевые слова: фитобезоар, кишечная непроходимость, хирургическая тактика, доступы, послеоперационные осложнения.

Хирургические методы лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы в Ставропольской краевой клинической больнице
Айдемиров А.Н., Машурова Е.В., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А.,
Абдоков А.Д., Маланка М.И.
Ставропольская краевая клиническая больница. Ставропольский
государственный медицинский университет

Актуальность. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) составляют более 90% всех диафрагмальных грыж. Консервативная терапия носит лишь симптоматический характер, поэтому показано оперативное лечение, однако в настоящее время нельзя отдать предпочтение какому-либо одному из известных хирургических методов. Цель работы - сравнение результатов применения различных хирургических методов лечения ГПОД.

Материалы и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 112 больных, оперированных по поводу ГПОД. Средний возраст больных составил 58 лет, мужчин было - 25,8%, женщин – 74,2%.

Результаты и обсуждение. Основная группа - 95 (84,8%) пациентов - оперирована лапароскопическим способом, контрольную группу составили 17(15,2%) пациентов, оперированных традиционными способами. В основной группе с фиксированной грыжей было 29 (30,5%) больных и нефиксированной - 66 (69,5%); ГПОД I ст. выявлен у 2(2,1%) пациентов, II ст. – у 42 (44,2%), III ст. – у 51 (53,7%). В контрольной группе ГПОД I ст. была у 2(11,8%), II ст. -у 2 (11,8%), III ст. –у 13 пациентов (76,4%). В основной группе лапароскопическая фундопликация проводилась – по методу Nissen с задней крурорафией – у 91(95,8%) пациента, по Nissen с задней и передней крурорафией – у 2 (2,1%) и по Dog с передней крурорафией – у 2 (2,1%). В контрольной группе оперированы по Nissen с задней крурорафией – 14 (82,3%) больных, по Nissen с задней и передней крурорафией – 1 (5,8%) и по Dog с передней крурорафией – 2 (11,9%). В основной группе длительность стационарного лечения больных после операции составила в $7 \pm 1,2$ койко-дней, в контрольной - $13,3 \pm 2,3$. В основной группе больных в сроки наблюдения до 1 года рецидивов не было, в контрольной - выявлено 2 рецидива (11,7 %).

Выводы. Лапароскопическая герниопластика является достаточно эффективным и безопасным методом хирургического лечения ГПОД. Обеспечивается более благоприятное течение послеоперационного периода, сокращается длительность послеоперационного лечения в стационаре и социальной реабилитации оперированных без рецидивов в сроки наблюдения до 1 года

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения кардиоспазма

Айдемиров А.Н., Байрамкулов М.Д., Мнацаканян Э.Г., Делибалтов К.И., Машурова Е.В.

Ставропольская краевая клиническая больница
Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Кардиоспазм – нейромышечное заболевание пищевода, характеризующееся отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего происходит нарушение проходимости пищевода с супрастенотическим расширением и вторичными воспалительно-дистрофическими изменениями его стенки. Кардиоспазм составляет до 20% всех заболеваний пищевода и встречается во всех возрастных группах.

Цель исследования: изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения кардиоспазма с целью оптимизации тактики лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 48 больных с кардиоспазмом, находившихся на лечении в хирургическом торакальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 1995 по 2022 гг.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 3,0$ года (от 20 до 77 лет). Все пациенты в соответствии с классификацией Б.В. Петровского соответствовали кардиоспазму III и IV стадии. Распределение больных по стадиям кардиоспазма в соответствии с классификацией Б.В. Петровского было следующим: III стадия – 68.7% пациентов, IV стадия – 31.3% пациентов.

В качестве оперативного вмешательства всем пациентам выполнялась кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору, применялся открытый и эндоскопический доступ. Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору выполнена у 38 (79.1%) пациентов, открытая кардиомиотомия у 10 (20.9%) пациентов. Длительность оперативного вмешательства составила от 40 до 135 минут. Летальных исход не было. Зафиксировано 1 (2.1%) осложнение, при выполнении лапароскопической кардиомиотомии в послеоперационном периоде диагностирована перфорация пищевода в зоне миотомии, выполнена лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия. Качество жизни пациентов и эффективность хирургического лечения оценивались по шкале Eckardt. Клинически значимого рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде не выявлено. Явления дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде возникли у 2 (4.1%) пациентов.

Динамика уменьшения суммы баллов по шкале Eckardt является статистически значимой, только 2 пациента набрали более трех баллов, что интерпретируется как отсутствие эффекта от проведенного хирургического лечения. Качество жизни больных после хирургического лечения кардиоспазма выше, чем до оперативного вмешательства. Выводы. Выполнение кардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дору эффективно купирует явления дисфагии у пациентов с кардиоспазмом III –IV стадии и улучшает качество их жизни. Мы считаем, что кардиомиотомия в модификации Геллера с фундопликацией по Дору является наиболее оптимальным органосохраняющим оперативным способом для хирургического лечения кардиоспазма III-IV стадии, при этом предпочтение должно отдаваться эндоскопическому вмешательству.

Осложненная форма дивертикулярной болезни ободочной кишки и тактика лечения

Абдулаев М.А., Гаджибакаров Ш.М., Касимова Э.С.
ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ России

Актуальность. Заболеваемость дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК) увеличивается со старением населения (до 60% в возрасте 80 лет и старше). Многие вопросы диагностики и лечения острых и хронических осложнений дивертикулярной болезни изучены недостаточно.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с осложнённой формой ДБОК.

Материалы и методы. Изучено 156 медицинских карт пациентов с ДБОК с 2011 по 2023 гг. проходивших обследование и лечение в СПб ГБУЗ «Александровская больница», ГБУ РД ГКБ г.Махачкала. В исследовании рассматривались пациенты от 18 лет включительно и старше за время одной госпитализации, без учёта последующего лечения. Мужчины составили 27,4%, средний возраст 58,7±0,8 лет. Женщины- 72,6%, средний возраст 69,2±0,5 лет. Плановая госпитализация имела место в 3,5% случаях, а экстренная в 96,5%. Прооперировано 24,8% и пролечено консервативно 75,2% пациентов. Причины экстренной госпитализации - осложнения ДБОК: дивертикулит – в 79,6%, кровотечение – в 20,4%.

Результаты исследования. При поступлении основным синдромом был болевой с локализацией в проекции различных отделов ободочной кишки

и соответствующие локализации воспалённого дивертикула. А при появлении воспалительного экссудата или развитии перитонита, боли расширялись. Лабораторная диагностика включала определение С-реактивного белка и расширялась в случае развитием перфорации и гнойно-воспалительных осложнений. Ирригоскопия выполнена у 97,8% пациентов. Дивертикулы, выявленные с помощью этой методики: в сигмовидной кишке -55,0%, левой половине ободочной кишки -34,1%, тотальный дивертикулёз - 8,3% и поражение правого фланга у 2,0%. Ультразвуковая диагностика органов брюшной полости была выполнена в 98,6% случаев, а в 1,4% - пациенты оперированы экстренно, без предварительного УЗИ, в связи с клиникой разлитого перитонита. Фиброколоноскопия выполнена 67,5% больным. Выявить дивертикулёз удалось у 76,1% пациентов. Экстренные оперативные вмешательства в виде лапаротомии завершались выведением колостомы. Первоочередное использование лапароскопии позволило отказаться от этой калечащей операции у 54,8% пациентов, у 5,5% –удалось выполнить выведение колостомы лапароскопически. И только 45,2% больных требовалась лапаротомия. Отсроченные оперативные вмешательства выполнялись после консервативной терапии у 40,0% пациентов, и после лапароскопических операций у 60,0% больных.

Заключение: 1. Консервативная терапия, при лечении осложнённой формы ДБОК позволяет купировать развившиеся осложнения у 75,8% больных. Летальность - 2,6%, обусловлена, в первую очередь, тяжёлыми сопутствующими заболеваниями у пациентов старшей возрастной группы.

2. При ДБОК, осложнённой кишечным кровотечением, наиболее оправданной является консервативная терапия. Кровотечение возникло у 52,7% пациентов с различными формами атеросклероза на фоне приёма антикоагулянтов и антиагрегантов. При таком подходе, летальность составляет 0,8%.

3. Первоочередное использование лапароскопии, при осложнённой форме ДБОК, у пациентов нуждающихся в оперативном лечении, позволяет отказаться от калечащей колостомии у 60,6% больных и выявить 33,3% пациентов, действительно нуждающихся в лапаротомии. А также, добиться снижения количества осложнений на 10,5%, оставляя уровень летальности на прежнем уровне.

4. Выполнение отсроченных операций при дивертикулите позволяет выполнить радикальное лечение пациентам в период одной госпитализации, а полученные результаты сопоставимы с результатами плановых операций при неосложнённом дивертикулёзе.

5. Разработанный дифференциальный алгоритм оперативной тактики, в основу которого положено первоочередное применение лапароскопии и выполнение радикального хирургического лечения в отсроченном порядке, позволяет выписать 56,1% больных без колостомы и 31,8% радикально излеченных.

Идентификация SARS-CoV-2 в перитонеальной жидкости у пациентов с острым аппендицитом на фоне COVID-19

Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Султанова Ф.М.

СПб ГБУЗ "Городская больница Святого великомученика Георгия

Актуальность. Присутствие SARS-CoV-2 в перитонеальной жидкости является предметом оживленных дискуссий в мировой литературе, посвященной новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Целью исследования явилось идентификация SARS-COV-2 в перитонеальном выпоте у пациентов с острым аппендицитом на фоне новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. С 16 марта 2020 года по 31 декабря 2022 года в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» было выполнено 193 аппендэктомий по поводу острого аппендицита у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Критерии включения в работу: положительный результат полимеразной цепной реакции на SARS-CoV-2 (ПЦР) и/или характерная картина вирусной пневмонии по результатам компьютерной томографии; воспалительные изменения червеобразного отростка; наличие выпота в брюшной полости у пациентов

Результаты. Всем пациентам изначально выполнялась диагностическая лапароскопия. В 5 случаях потребовалась конверсия доступа из-за разлитого перитонита, выраженного пареза кишечника. 188 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Во время диагностической лапароскопии у 145 (75,13%) пациентов был выявлен серозный выпот в правой подвздошной ямке и малом тазу, у 48 (24,87%) гнойный выпот (43 местный, у 5 распространенный). Выпот отправлялся на анализ ПЦР с целью выявления SARS-CoV-2 и на бактериологическое исследование. Результат ПЦР оказался положительным в 140 случаях (72,53%). У 109 пациентов по результатам бактериологического исследования роста не выявлено, в 31 случаях выявлена ассоциация (положительный ПЦР на SARS-CoV-2, наличие роста бактерий). Наибольшее количество случаев

выявления SARS-CoV-2 в перитонеальной жидкости отмечено у пациентов, которые отмечали жалобы, связанные с COVID-19 первые 5 суток до проведения оперативного вмешательства.

Заключение. Пациенты с острым аппендицитом на фоне новой коронавирусной инфекции могут являться вирусоносителями не только со стороны слизистых дыхательных путей, но и серозных полостей, в частности брюшной.

Конверсия в лапароскопии как способ обучения открытой хирургии

Абдулжалилов М.К. (1,2), Иманалиев М.А. (1,2), Хамидов М.А. (1),
Абдулжалилов А.М. (2)

1) ФГБОУ ВО ДГМУ; 2) ГБУ РД РКБСМП

Актуальность. Сохраняются высокие показатели поздней госпитализации в экстренной хирургии, что способствует росту числа пациентов с запущенной хирургической патологией, требующих конверсию в открытый доступ. Цель исследования. Оценить значимость субоперационных технических сложностей (СТС) для конверсии доступа в экстренной хирургии для обучения открытой хирургии. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 9085 пациентов с экстренной хирургической патологией, оперированных и лапароскопически. С острым калькулезным холециститом выписаны 3682 (40,5%) пациентов, поздняя госпитализация - 1427 (38,8%). Хирургическая активность - 66,7%. Открыто оперировано 125 (5,8%) пациента. Умерли 2 (1,6%). Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - 2331(94,9%) пациента, после операции умерли 3 (0,1%). С острым аппендицитом выписаны 2742 (30,2%) пациентов, поздняя госпитализация - 650 (23,7%). Хирургическая активность - 97,5%. Открыто оперированы 1525 (57,1%) пациентов. Умер - 1 (0,07%). Лапароскопическим доступом оперированы 1147 (42,9%) пациента, умерших нет. С острым панкреатитом выписаны (1057 - 12,3%) пациентов, поздняя госпитализация - 345 (32,6%). Оперированы 87 пациентов, а хирургическая активность - 3,1%, что соответствует доле билиарных и деструктивных панкреатитов, при которых с целью профилактики рецидива заболевания выполняли лапароскопическую холецистэктомию и пункционное дренирование некротических абсцессов под УЗИ-контролем. Субоперационные технические сложности при лапароскопической холецистэктомии не возникли. С ущемленной грыжей

выписаны (785 – 8,6%) пациентов: 422 (53,8%) паховой, 205 (26,1%) послеоперационной и 158 (20,1%) грыжей других локализацией. Поздняя госпитализация: паховой грыже – 18,0%, послеоперационной – 19,0% и грыже иной локализации – 24,0%. Оперировано 679 (86,5%) пациентов Хирургическая активность при ущемленной паховой грыже - 98,8%. Открытая операция выполнена 314 (75,2%) пациентам, лапароскопическая – 103 (24,5%). Хирургическая активность среди госпитализированным позже суток составила 100,0%: открытая операция выполнена 48 (63,2%) пациентам, лапароскопическая – 28 (36,8%). Умер 1 (0,3%) пациент после открытой операции. Хирургическая активность при ущемленной послеоперационной грыже - 72,7%, среди госпитализированных позже суток – 97,4%. Послеоперационная летальность соответственно 0,8% и 3,0%. После лапароскопических операций летальных случаев не было. Хирургическая активность при других грыжах составила 69,6%. Открытые операции составили 79,0%, лапароскопические - 20,9%. Послеоперационная летальность после открытых операций – 1,2%, среди госпитализированных позже суток – 5,9%. После лапароскопических операций летальных исходов не было. С острой неопухоловой кишечной непроходимостью выписаны 648 (7,1%) пациентов. Поздняя госпитализация - 262 (40,4%). Хирургическая активность -38,9%. Открыто оперированы 199 (79,0%), лапароскопически – 53 (21,0%). Позже суток оперированы 117 (46,4%): открыто – 99 (84,6%), лапароскопически – 18(15,4%). Доля лапароскопических операций при поздней госпитализации снизился на 4,6%, что связано с прогнозируемыми субоперационными техническими сложностями. После открытых вмешательств из госпитализированных умерли 7 (3,5%) пациентов, из них позже суток – 5 (5,1%). С перфоративной язвой выписан 171 (1,9%) пациент. Показатель поздней госпитализации составил 15,2%. Все пациенты оперированы: открыто - 93 (54,4%), лапароскопически – 78 (45,6%). Позже суток оперированы: открыто 14 (53,8%), лапароскопически – 12 (46,2%). Умерли 6 (23,1%) пациентов среди госпитализированных позже суток: после открытой операции - 5 (35,7%), а после лапароскопической - 1 (8,3%). Полученные результаты, обсуждение. СТС при выполнении ЛХЭ возникли в 8,2% случаев, лапароскопической аппендэктомии – в 2,9%, лапароскопической герниопластике - в 5,9%, при неопухоловой тонкокишечной непроходимости – в 39,1%, ушивании перфоративной язвы - 26,3%. При возникновении СТТ этом операция длилась более трех часов, что сопровождается усталостью хирургов, удлиняется время принятия

оптимального решения, приводит к развитию субоперационных осложнений, сопровождается послеоперационными осложнениями, повышающих риск развития летального исхода, снижается экономическая эффективность операции. Заключение и выводы: 1. Показатели поздней госпитализации пациентов с экстренной хирургической патологией не имеет тенденцию к снижению, что способствует развитию деструктивных процессов в тканях пораженного органа, повышает показатель СТС и указывает на целесообразность конверсии доступа. 2. Обоснованная и своевременная конверсия лапароскопического доступа в открытый повышает опыт и уверенность хирургов в открытых операциях и предупреждает развитие осложнений.

Эффективность эмболизации сосудов при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов пожилого и старческого возраста

Абдулжалилов М.К. (1,2), Иманалиев М.Р. (1,2), Козлов В.И. (2).

Абдулжалилов А.М. (2)

1) ФГБОУ ВО ДГМУ; 2) ГБУ РД РКБСМП

Актуальность. Рост числа пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, высокая частота рецидивов и послеоперационной летальности. Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии у пациентов пожилого и старческого возраста. Материал и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов лечения 250 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК). Возраст пациентов составил 53,1±3,7 лет. Среди них мужчин было 232 (92,8%), женщин – 18(7,2%). Пациентов с язвой желудка было 65 (26,2%), язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 185(74,0%), соотношение составило 1:3. Всем пациентам в экстренном порядке в день госпитализации выполняли общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, АЧТВ, МНО, ФГДС. Среди пациентов молодого возраста как источник кровотечения превалировала язва ДПК, а пожилого и старческого возраста - язва желудка. Доставлены скорой медицинской помощью 172(68,8%) пациента. Показатель поздней госпитализации пациентов с ЯГДК составил 40,4%. Пациенты были распределены на 3 группы: Группа А получала общепринятую консервативную терапию (ОКТ) +

комбинированный эндоскопический гемостаз (КЭГ), группа Б – ОКТ + КЭГ + эмболизация сосудов по требованию, группа В - ОКТ, КЭГ + превентивная эмболизация сосудов пациентам с высоким риском рецидива кровотечения по Глазго-Блэчфорду.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе А 56 (70,9%) из 79 пациент с ЯГДК выполнили КЭГ + ОКТ. При рецидиве кровотечения повторно выполняли КЭГ. При рецидиве кровотечения после повторного КЭГ 3 (5,4%) пациентов оперировали: двум из них с язвой двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в головку панкреас, выполнили резекцию желудка по Гофмейстеру –Фингстереру и одному пациенту - клиновидную резекцию малой кривизны желудка с язвой. Умерли 2 из них. Послеоперационная летальность составила 66,7%.

В группе Б 69 (71,9%) из 96 пациентов с ЯГДК применили ОКТ+КЭГ, умерли 2 пациента (2,9%): пациент в возрасте 83 лет - от тромбоблоии легочной артерии, пациентка в возрасте 55 лет от церебральной комы. В виду отсутствия эффекта от комбинации ОКТ+ КЭГ 14 (14,6%) пациентам выполнили трансартериальную эмболизацию сосудов (ТАЭ). В связи с рецидивом кровотечения 1 (1,04%) пациенту с гигантской язвой малой кривизны желудка выполнили субтотальную резекцию желудка по Бальфуру с межкишечным Брауновским анастомозом. Причиной смерти послужили множественные перфорации острых язв тонкой кишки, развитие которых возможно связано с ишемией кишки после эмболизации.

При лечении пациентов группы В мы видоизменили тактику лечения пациентов с ЯГДК: КЭГ выполнили 43 (55,1%) пациентам с ЯГДК из 78. При высоком риске, не дожидаясь рецидива кровотечения, 15 (50,0%) пациентам сразу же выполнили ТАЭ. В данной группе пациентов мы не наблюдали рецидива кровотечения.

Необходимо отметить, что КЭГ не эффективен при язве ДПК, пенетрирующей в головку панкреас и глубокой язве малой кривизны желудка в виду отсутствия эндоскопического доступа. ТАЭ становится не эффективной при наличии врожденной аномалии сосудов гастропанкреатодуоденальной зоны и большом дефекте стенки сосуда, откуда происходит экстравазация микроэмболов и даже спирали Гиантурко. Полученные нами результаты полностью оправдывают тактику превентивной ТАЭ при лечении пациентов ЯГДК с высоким риском его рецидива особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Заключение и выводы: 1. КЭГ практически невозможен при большой глубокой язве ДПК, пенетрирующей в головку панкреас, а также при большой глубокой язве малой кривизны желудка в виду отсутствия оптимального эндоскопического доступа.

4.Эффективность гемостаза при ЯГДК возрастает при последовательном применении КЭГ и превентивной ТАЭ на фоне интенсивной терапии ингибиторами протонной помпы в условиях ОАРИТ при высоком риске рецидива кровотечения у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой анемией в виду высокой послеоперационной летальности.

Осложнение гастроэзофагеально-рефлюксной болезни: диагностика и лечение

Омарова Х.З., Курбанова З.В., Далгатов Г.М, Исрапилов М., Курбанисмаилова М.Г, Багаудинова С.Г, Омаров О.И, Алибегов Г.М
ФБГОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Актуальность. Наиболее грозным осложнением гастроэзофагально-рефлюксной болезни является пищевод Баррета, которое представляет собой заболевание, развивающееся в результате замещения многослойного плоского эпителия пищевода специализированным цилиндрическим эпителием. Частота выявления пищевода Барретта составляет от 2,4 до 4 % в среднем по популяции.

В случае длительного существования желудочно-пищеводного рефлюкса эпителий слизистой оболочки пищевода постепенно разрушается вследствие агрессивного воздействия желудочного сока, содержащего соляную кислоту и фермент, расщепляющий белки — пепсин.

Воздействие кислоты на пищеводный эпителий приводит к его повреждению, вызывая хронический эзофагит. В поврежденной слизистой инициируются метапластические процессы, что в последующем может приводить к развитию дисплазии и аденокарциномы.

Эндоскопически пищевод Барретта рассматривается как ярко-розовые патологические участки на фоне бледно-розовой слизистой пищевода, отходящие от слизистой оболочки выше кардиоэзофагеального перехода (КЭП) – “языки пламени”. Обязательным критерием диагноза является наличие кишечной метаплазии. Актуальность проблемы объясняется с одной стороны, возросшим интересом к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, на фоне которой у 5–10% пациентов диагностируется пищевод Барретта. С другой стороны, повышением заболеваемости

аденокарциномой пищевода, которая у ряда больных является исходом (осложнением) пищевода Барретта.

Материалы и методы. В ЧУЗ «Отделенческая клиническая больница» ОАО РЖД выполнено обследование пациентов с использованием эндоскопической стойки Olympus. За период 2020-2023 годы установлен 11 случаев диагноза – пищевод Барретта.

В качестве уточняющих методик осмотра слизистой мы использовали хромоскопию (прижизненное окрашивание слизистой) с 1,5% р-м уксусной кислоты, а также виртуальную хромоскопию, которая заключается в осмотре слизистой в особом узкополосном световом режиме (NBI). Для описания патологического состояния, мы использовали Пражские критерии и общепринятый стандартизованный международный протокол описания этого. Забор биоптатов проводили в соответствии с официально принятым Сиетловским протоколом: слепая 4-х-квadrантная биопсия через каждый 1 см поверхности цилиндроклеточной метаплазии, а также прицельная биопсия из всех видимых патологически измененных участков слизистой

Результаты исследования. Пациентам с цилиндроклеточной метаплазией протяженностью менее 3 см, без кишечной метаплазии и дисплазии рекомендовали курсовое медикаментозное лечение для коррекции причины заболевания – желудочно-пищеводного рефлюкса. Наблюдение не требуется. ЭГДС рекомендовали проводить с периодичностью 1 раза в 2-3 года.

Пациентам с цилиндроклеточной метаплазией (без кишечной метаплазии) протяженностью сегмента 3 см и более, а также пациентам с доказанным пищеводом Барретта (без дисплазии по результатам двукратной биопсии) вне зависимости от протяженности сегмента, рекомендовали выполнить аргоноплазменную абляцию очагов метаплазии.

Выводы: 1. Эндоскопический контроль с биопсией должен осуществляться через 3, 6 и 12 мес., а затем (при длине сегмента более 3 см) – 1 раз в год, при длине сегмента менее 3 см – 1 раз в 2 года.

2. Лечение пациентов с пищеводом Барретта должно иметь комплексный подход. Всем пациентам с пищеводом Барретта показано выполнение антирефлюксных операций. В пред- и послеоперационном периоде должна проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка.

3. Аргоно-плазменная коагуляция должна проводиться в зависимости от длины сегмента метаплазии, с интервалами 1–1,5 мес., с эндоскопическим

и гистологическим контролем. За 1 сеанс площадь коагуляции метаплазированного участка не должна составлять более 4 см².

Лечебная тактика при гастродуоденальных кровотечениях на фоне хронической почечной недостаточности

Закариев З.М. (1), Исаев Х.М-Р. (1), Закариева Э.А. (2), Закариев М-Р.З. 1) ФГБОУ ВО ДГМУ, 2) ГБУ РД РКБ

Актуальность. Метаболические нарушения в организме, вызванные хронической почечной недостаточностью, приводят к образованию гастродуоденальных язв, осложнённых кровотечением.

Цель исследования. Выбор оптимального лечения в зависимости от тяжести кровопотери и учётом стадии сопутствующей почечной недостаточности.

Материал и методы. Анализу подвергнуты 120 историй болезни пациентов клиники неотложной хирургии ГБУ РД РКБСМП и нефрологического отделения ГБУ РД РКБ за период 2019-2023 г.г. с гастродуоденальными кровотечениями. Мужчины составили– 65,1%, женщины–34,9%, средний возраст больных составило–51,2 ± 2,5 года. Тяжесть состояния кровопотери определяли по классификации А.И. Горбашко и по степени функционального состояния почек, т.е. их функциональной и выделительной функции. Пациенты распределены на 3 группы: лёгкая, средняя и тяжёлая степень. Всем пациентам кроме анамнестических данных для уточнения диагноза выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).

Результаты исследования и их обсуждение. В первой группе (54 пациент) при ЭФГДС установлено наличие язвенного кровотечения по Forrest IIВ и сопутствующая ХПН в стадии ремиссии. В анализах крови отмечена анемия лёгкой степени, Нв- 96-100 г/л, Нтс-36-40%, умеренная гипопротеинемия 60±1,5 г/л., мочевины в пределах 20-22 ммоль/л, креатинин – 0,25 ммоль/л, удельный вес мочи 1002-1005. В 29 случаях целях гемостаза выполнена периульцеральная медикаментозная инфильтрация (0,5% раствор новокаина 5 мл, амоксицилин 500 мг и квамател 20 мг), а 25 пациентам проводилась консервативная терапия с включением коллоидов, кристаллоидов, свежезамороженной плазмы, гемостатики, кетостерил и уросептики. Параллельно проводилась противоязвенная терапия. Особое внимание уделялось диетотерапии стол

7а (малобелковая диета). Летального исхода в данной группе не наблюдался.

Во вторую группу (36 человек) пациенты с кровотечениями по Forrest IIА и с умеренно выраженной ХПН, госпитализированы через 5-6 часов после начала клиники кровотечения. При клиническом исследовании крови показало гипопроотеинемию (общий белок $50 \pm 1,5$ г/л), снижение гемоглобина до $80,3 \pm 2,5$ г/л, креатинин 0,25-0,5 ммоль/л, мочевины 25 ммоль/л. Им проведен эндогемостаз с использованием вышеуказанной смеси и для коррекции функции почек получали инфузионно-трансфузионную терапию и кетостерил. У 4 (12,1%) пациентов имело место рецидив кровотечения, в связи с чем выполнен повторный эндогемостаз и в отделении эндоваскулярной терапии эмболизация левой желудочной и желудочно-двенадцатиперстной артерии. У одного пациента, которого ранее перенёс корона- вирусную инфекцию COVID-19, на фоне декомпенсации ХПН наступил летальный исход.

В третью группу (30 человек) пациенты, поступившие в первые 2-3 часа и по Forrest IA (13) и IB (17), в анамнезе перенесённая коронавирусной инфекцией COVID-19, сопутствующая ХПН III-IV стадии на фоне обострения, с уровнем креатинина 0,5-0,6 ммоль/л и мочевины 20-25 ммоль/л, гемоглобин $70 \pm 3,6$ г/л, общего белка $34,6 \pm 7,2$ г/л. Больным проведен комплекс консервативной противоязвенной, антибактериальной, инфузионной (коллоидные, кристаллоидные растворы, свежезамороженная плазма) терапии и коррекция функционального состояния почек (кетостерил). Особое внимание обращали на диетотерапию с учётом анемии, гипопроотеинемии, стол 7а– малобелковая диета, которая снижает риск развития отрицательного азотистого баланса и улучшает утилизацию белка. Из-за рецидива кровотечения 7 больным в этой группе выполнена эмболизация вышеуказанных артерий, кровотечение остановлено, но у 4 больных осложнился ТЭЛА с летальным исходом.

Заключение. Анализ материала показывает, что больные ХПН подвержены риску развития язв с кровотечением и тем самым способствуют обострению ХПН. Лечение этого тяжёлого контингента пациентов должно быть комплексным, малоинвазивным с применением эндогемостаза, при рецидивах кровотечения повторение эндогемостаза с добавлением эндоваскулярной эмболизации левой желудочной, желудочно-двенадцатиперстной артерии, продолжение противоязвенной терапии и коррекцию функционального состояния почек.

Хирургические аспекты в диагностике перитонита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Гасанов К.Г.

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Актуальность: За последние десятилетия наряду с прогрессивным ростом количества пациентов, находящихся на программном гемодиализе (ПГ), проявляются различные патологические изменения в органах брюшной полости и нередко необходимость в хирургической тактике введения данных пациентов остается дискуссионным решением. Однако у пациентов, находящихся на ПГ отмечается высокая выявляемость псевдоперитонеального синдрома, псевдоперитонита, острого ложного живота, как проявление системных заболеваний, в которых дифференциальный диагноз весьма затруднен, а для исключения абдоминальной катастрофы в большинстве случаев хирургам приходится прибегать к лапароскопии. Нередко хирургическая тактика лечения становится неоправданной или напрасной у пациентов, находящихся на ПГ, с клиническими проявлениями «острого живота» и является одной из причин тяжелого течения основного заболевания, неблагоприятного исхода. В дифференциации уремического характера «воспаления» в брюшной полости наряду с рутинным определением уровней креатинина и мочевины, интерес представляет органоспецифический белок почечной дисфункции в сыворотке крови β_2 -микроглобулин (β_2 -МГ), а в ранней диагностике перитонита хорошо зарекомендовали себя белки воспаления и деструкции С-реактивный белок (СРБ), лактоферрин (ЛФ).

Цель исследования: улучшение диагностики перитонита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы: Создан алгоритм дифференциальной диагностики перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ПГ.

Применен у 51 больных поступивших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот». Из них у 32 больных выявлен уремический псевдоперитонит, лечение продолжено проведением процедур экстренного гемодиализа, а у 19 больных диагностирован перитонит, которые подверглись оперативному вмешательству. В исследование не включены пациенты с подозрением на перитонит не получающих ПГ.

Результаты исследования и их обсуждение: Выявлено, что между группами с псевдоперитонитом и перитонитом статистически значимых различий концентрации креатинина и мочевины не выявлено. Наиболее

высокая концентрация $\beta 2$ -МГ выявлена в группе пациентов с псевдоперитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группах с перитонитом и контроля ($p < 0,001$). Высокие концентрации СРБ и ЛФ отмечены в группе пациентов с перитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группе контроля и с псевдоперитонитом ($p < 0,001$). Исходя из значений регрессионных коэффициентов, была установлена прямая связь $\beta 2$ -МГ, обратная связь СРБ и ЛФ с вероятностью развития уремического псевдоперитонита.

Алгоритм применен у 51 больных поступивших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот», находящихся на программном гемодиализе. Из них у 32 больных коэффициент дифференциальной диагностики (КДД) по формуле $\text{КДД} = \text{ЛФ} / \beta 2\text{-МГ}$ (Патент РФ №2761732) был менее 20 баллов, а $\text{КДД} = \beta 2\text{-МГ} / \text{СРБ}$ (Патент РФ № 2761725) был более 10 баллов, что свидетельствовало о наличии уремического псевдоперитонита. У данных больных после проведенного экстренного гемодиализа в течении суток отмечена стабилизация состояния (перитониальные симптомы отсутствуют). На 2-3 сутки наблюдалась тенденция к восстановлению клинико-лабораторных параметров. А у 19 больных $\text{КДД} = \text{ЛФ} / \beta 2\text{-МГ}$ был более 20 баллов, а $\text{КДД} = \beta 2\text{-МГ} / \text{СРБ}$ был менее 10 баллов, что диагностировало перитонит. Данные пациенты оперированы в экстренном порядке, диагноз перитонит подтверждён интраоперационно.

Заключение: Таким образом, использование предложенного алгоритма у больных находящихся на ПГ, поступивших с диагнозом перитонит (острый живот) позволяет избежать напрасных инвазивных методов диагностики (лапароскопии, лапаротомии) и выбрать рациональную тактику лечения.

Прогностическая ценность коморбидного статуса при оценке результатов у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями Магомедов А.А.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Введение. Язвенное кровотечение является частой причиной госпитализации. Несмотря на некоторые достижения в лечении, смертность, по-видимому, не изменилась и составляет по данным Ревишвили А.Ш. и соавт. (2022г) от 10 до 14%. Показано, что использование систем оценки риска является выгодным при первичной

оценке пациентов с симптомами язвенного кровотечения. Проведенные исследования, продемонстрировали, что использование систем оценки риска облегчает выявление пациентов с низким риском, подходящих для стационарного ведения. Тем не менее, эти системы не были внедрены для рутинного использования. Неоднородность больных с гастродуоденальным кровотечением определяет необходимость изучения результатов их лечения и в том числе с учетом уровня коморбидности.

Цель. Оценить прогноз и разработать модель прогностических факторов при гастродуоденальном кровотечении с учетом коморбидности.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 140 пациентов с ЯГДК, пролеченных на базе РКБ СМП за период с 2020 по 2022 г. в возрасте от 28 по 80 лет, средний возраст $45,7 \pm 4,3$ года. Мужчин было 102(72,9%), женщин – 38(27,1). Всем пациентам выполнено ФГДС в экстренном порядке с визуализацией источника кровотечения. Выявлено, что язвенный дефект локализовался на передней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки – в 99(70,7%) случаев, на задней стенке – 16(11,4%), на малой кривизне- 18(12,9%), на большой кривизне - 7(5%). В соответствии с классификацией по Forrest признаки продолжающегося кровотечения обнаружены у 14 (10%) пациентов(F1a) и у 28(20%) (F1b). Состоявшихся кровотечений выявлено у 52(37,1%) пациентов: (F2a - 35(25%), F2b - 7(5%), F2c - 4(2,9%). Была проведена стратификация 140 пациентов ЯГДК с разделением на три группы с учетом индекса коморбидности Charlson–Deyo (0–2 балла – 41 (29,3 %) пациентов, 3–4 балла – 55 (39,3 %) и более 4 баллов 44 (31,4 %) больных). В 125 (89,3 %) наблюдениях был выполнен комбинированный эндогемостаз, в 10 (7,1 %) – была проведена трансартериальная эмболизация сосудов, в 5 (3,6 %) – хирургическое лечение.

Построение модели прогноза лечения гастродуоденальных кровотечений осуществляли при помощи метода бинарной логистической регрессии, сравнение моделей – путем анализа кривых ошибок (ROC-анализ). Для стратификации осложнений и риска летальности использовали шкалы Blatchford и Rockall. Риск развития геморрагического шока (ГШ) был выше у больных с непродолжительным или отсутствующим анамнезом ЯБ ($2,4 \pm 1,8$ против $9,7 \pm 1,0$ г. У больных без ГШ; $r = 4,88$; $p = 0,004$), одновременно при длительном язвенном анамнезе была максимальной вероятностью обнаружения при первичной ЭГДС стигмат кровотечения FIB ($17,0 \pm 5,1$ г.; $F = 4,99$; $p = 0,027$). Геморрагический шок закономерно возникал в случае тяжелой кровопотери ($p = 0,35$; $p < 0,001$), характеризовался низким сист. артериальным давлением ($83,5 \pm 11,7$

против $128,8 \pm 23,6$ мм.рт. ст. у больных без геморрагического шока; $r = 61,6$; $p < 0,001$) и повышением ЧСС при поступлении ($99,7 \pm 18,4$ против $90,9 \pm 13,1$ уд. / мин. $r = 6,4$; $p = 0,012$), существенно ниже Hb ($56,3 \pm 18,6$ против $92,9 \pm 28,1$ г / л; $r = 27,6$; $p < 0,001$) и гликемии при поступлении ($7,5 \pm 1,2$ против $4,7 \pm 4,9$ ммоль / л соответственно ; $r = 5,0$; $p = 0,027$).

Результаты. В зависимости от уровня коморбидности при сравнениях частота послеоперационных осложнений в третьей группе (47,7%, 21/44) была статистически значимо выше по сравнению с первой (29,2 %, 12/41) и второй группами (23,6 %, 13/55) ($\chi^2 = 14,809$, $p < 0,001$).

Послеоперационная летальность в первой группе составила 2,4 % (1/41), во второй – 3,6 % (2/55), в третьей – 6,8 % (3/44) ($\chi^2 = 25,1$, $p < 0,001$).

Прогностически неблагоприятными считают размер язвы более 2 см. У больных с язвами диаметром ≥ 2 см чаще отмечали коллапс, АД сист. < 100 мм. рт. ст. при поступлении, стигматы ЯГДК подгрупп FI B, F II. При сравнительном анализе прогностическая модель, учитывающая коморбидный статус пациента, позволяла предсказывать развитие послеоперационных осложнений и летальности с наибольшей точностью (площадь под кривой ошибок (AUC) составила $0,968 \pm 0,01$ (95 % ДИ: 0,961–0,989), чувствительность – 92,1 %, специфичность – 96,4 %, диагностическая эффективность – 95,7 %).

Заключение. Внедрение разработанного клинически и патогенетически обоснованной модели с ЯГДК на фоне мультидисциплинарного подхода, позволило прогнозировать результаты развития послеоперационных осложнений и летальности, с учетом коморбидного статуса пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, что дает возможность с большей точностью прогнозировать развитие послеоперационных осложнений III–V степени по Clavien–Dindo.

Выводы. Прогнозирование послеоперационных осложнений при ЯГДК с подключением шкалы по Clavien–Dindo позволит определить осложнения и летальность после операции.

Совершенствование патогенетической терапии у пациентов острым перитонитом и сахарным диабетом

Власов А.П., Аль-Кубайси Ш.С., Сардаева Д.Г., Долгов А.В., Казаков Р.Р., Захаров А.А.

ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева

Введение. Проблема оптимизации схем лечения пациентов острым перитонитом в раннем послеоперационном периоде до настоящего времени актуальна. Особенно актуален вопрос течения заболевания и развитие осложнений у пациентов, имеющих сахарный диабет, когда у пациентов на фоне основной патологии возникают серьезные нарушения системы гомеостаза, что не может не отразиться на течении заболевания. Применение антибиотикотерапии ведет к значительному уменьшению гнойных раневых осложнений, однако она не всегда патогенетически обоснована.

Цель. У пациентов острым перитонитом и сахарным диабетом разработать эффективную патогенетическую схему лечения в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое исследование 37 пациентов острым перитонитом (ОП) в хирургических отделений ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница им. С. В. Каткова» (Саранск). Больные разделены на 2 группы: первая (основная, n=20) – пациенты острым перитонитом и сахарным диабетом I, лечение которых стандартное; вторая (сравнения, n=17) – аналогичные больные, комплексное лечение которых включало ремаксол (внутривенно капельно в суточной дозе 400,0 мл в течении 5 суток) и накожное лазерное облучение (2-канальный аппарат Матрик, мощность - 1,5–2 мВт, длина волны – 635 нм, экспозиция 20 минут, количество сеансов – 5).

Методы исследования. Определение степени интоксикации (молекулы средней массы (280 нм), индекса токсичности плазмы по альбумину (ИТ)), активности перекисного (ПОЛ) окисления липидов (диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид МДА)), фосфолипазы А2 (ФЛ), состояние антиоксидантной системы (активность супероксиддисмутазы (СОД)), микроциркуляции тканей (показатель микроциркуляции (ПМ), индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ)); цитологическое исследование раневого экссудата (регенеративно-дегенеративный индекс (РДИ), нейтрофильные лейкоциты (НЛ)). Период наблюдения – 1, 5 и 10-е послеоперационные сутки. Статистическая обработка данных произведена при помощи программы Microsoft Excel и Word 2013 и Statistica 12.0

Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у больных острым перитонитом и ОП выявлено, что процесс заживления лапаротомной раны протекал медленно и несовершенно. Анализ показал, что течение регенеративного процесса раны сопровождался пролонгацией воспалительной фазы. По данным цитологического исследования зарегистрировано увеличение НЛ в

экссудате на всех этапах на 31,4-26,8 % ($p < 0,05$). В то же время наблюдалось ингибирование РДИ на 45,1-36,1 % ($p < 0,05$). Микроциркуляция по линии ране была снижена: ПМ и ИЭМ были снижены на 1-10-е сутки на 28,6-24,8 и 26,4-19,8 % ($p < 0,05$). Применение комбинации ремаксола и лазеротерапии обеспечило более благоприятное течение послеоперационного периода: повышение лейкоцитов в ране выявлено в течение 5 суток на 28,9 и 16,7 % ($p < 0,05$), и снижение РДИ – на 36,1 и 21,4 % ($p < 0,05$). К 10-м суткам значение параметров соответствовало норме. Изменение микроциркуляции зарегистрированы на 1 и 5-е сутки, а к 10-м было восстановлено.

Анализ показателей системы гомеостаза показал увеличение МСМ и ИТ на всех этапах исследования на 35,8-29,5 и 30,2-21,7 % ($p < 0,05$), ДК и МДА – на 41,5-32,6 и 48,9-35,7 % ($p < 0,05$), ФЛ А2 – на 54,2-33,9 % ($p < 0,05$), депрессию антиоксидантной защиты на 29,5-23,6 % ($p < 0,05$). На фоне применения комплексной терапии данные показатели системы гомеостаза были нарушены на 1 и 5-е сутки: МСМ и ИТ превышали норму на 33,2 и 16,8 и 28,9 и 13,5 % ($p < 0,05$), в то же время ДК и МДА – на 40,2 и 26,8 и 45,4 и 31,2 % ($p < 0,05$), ФЛ А2 – на 51,3 и 30,3 % ($p < 0,05$), снижение СОД – на 27,6 и 19,9 % ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов острым перитонитом с сахарным диабетом в ранние сроки после операции отмечаются выраженные нарушения гомеостаза, расстройства трофики тканей лапаротомной раны, ухудшение микроциркуляции, что существенно отягощает течение раннего послеоперационного периода и располагает к развитию осложнений, в том числе раневых (более чем на 15 %). На фоне комплексной терапии у такой категории больных нарушения гомеостаза менее выражены, что в целом оптимизирует течение раннего послеоперационного периода.

Новый способ ультразвуковой диагностики спаек брюшной полости после хирургических операций

Магомедов А.-А.М., Рамазанов М.Р., Хамидов М.А., Магомедов М.А.,
Магомедов М.П.

ДГМУ

Актуальность. Ультразвуковая диагностика спаек в брюшной полости после хирургических операций является актуальной проблемой.

Существующие способы ультразвуковой диагностики спаек после хирургических операций являются мало эффективны.

Целью настоящего исследования является разработка нового способа ультразвуковой диагностики спаек в брюшной полости после хирургических операций.

Материал и методы исследования. На первом этапе новый способ применён в эксперименте на 20 кроликах.

Методика экспериментов заключалась в следующем. С целью премедикации кроликам водили внутримышечно 2 мг раствора димедрола и 0,5 мг кеторола на кг животного. Индукцию в наркоз проводили масочным наркозом закиси азота с кислородом в соотношении 2:1.

Основной наркоз поддерживали кетамином в дозировке 3 мг на кг веса животного. Обезболивание достигнуто введением внутримышечно 0,5–1 мг на кг веса кеторола. Производили лапаротомию. После лапаротомии выбирали кишечную петлю в начальном и терминальном отделах тонкой кишки и произведено десерозирование тонкой кишки у 20 кроликов: основной группы (10) и группы сравнения (10) в нескольких участках и узловыми швами ушиты эти участки. Между брюшиной передней брюшной стенки и остальными тканями передней брюшной стенки справа и слева устанавливали по одному микроиригатору – полиэтиленовую трубку в диаметре 2 миллиметра с дырками, чтобы после операции по этим трубочкам могли ввести 0, 25% раствор новокаина в это пространство в количестве 5 мл на кг животного.

По данным Балдева Р., Раджендрана В., Паланичами П. скорость продольной волны ультразвука в воде составляет 1480 м/с, а в газе составляет 330 м/с. Поэтому вводили в указанное пространство раствор новокаина для лучшей проводимости ультразвуковых волн. В послеоперационном периоде кролики получали обезболивающие препараты и антибиотик внутримышечно. В обеих группах антиадгезивные средства не вводили в брюшную полость во время операции и в послеоперационном периоде. На предмет наличия спаек между брюшной стенкой и с печенью, а также между петлями кишок кроликам выполняли обычное УЗИ стоя, лёжа и на боку. Затем производили лапароскопию и проверяли наличие или отсутствие спаек в брюшной полости. В основной группе у 5 кроликов выявлены спайки в начальном отделе тонкой кишки, а в терминальном отделе – у 1 после введения раствора в указанное пространство передней брюшной стенки. Новый способ выявления спаек в брюшной полости применён нами на первом этапе в эксперименте на 10 кроликах, а на втором этапе внедрён в клинику у 90 больных основной группы после лапароскопических операций (патент № 2736164).

Результаты исследования и их обсуждение. В эксперименте у 10 кроликов группы сравнения без введения раствора новокаина в указанное пространство спайки не обнаружены с помощью обычного ультразвукового исследования, хотя наличие спаек установлено после лапароскопии. При применении нового способа ультразвукового исследования у 15 больных после резекции кишки и формирования межкишечных анастомозов и у 75 больных после холецистэктомии основной группы в результате применения вископлюса спайки не обнаружены, которые подтверждены рентгенологическими и компьютерными исследованиями. У 30 больных группы сравнения в результате применения нового способа без применения методов профилактики спайкообразования после лапароскопических операций спайки обнаружены у 3 больных.

Положительный эффект от применения предлагаемого изобретения.

1. По предлагаемому способу в пространство между брюшиной передней брюшной стенки и остальными тканями передней брюшной стенки вводят 0,25% раствор новокаина, что повышает проходимость ультразвуковых волн и при этом достигается обезболивание, а также поступление жидкости в организм животного после операции, и на фоне раствора новокаина видны спайки в брюшной полости.

2. На фоне раствора новокаина видны лучше участки сужения и расширения кишечных петель.

3. После применения раствора новокаина не было осложнений.

Вывод. Разработанный способ ультразвуковой диагностики спаечной болезни после хирургической операции является простым и эффективным.

Новый способ операционной диагностики механической прочности межкишечного анастомоза в эксперименте и клинике

А.М. Магомедов, М.И. Нестеров, М.Р. Рамазанов., М.А. Хамидов, М.А. Магомедов, Х.М. Долгатов

Актуальность. Несостоятельность швов после формирования межкишечного анастомоза в настоящее время не преодолена. В связи с наблюдаемой частотой осложнения и летальностью эта проблема актуальна.

Нами поставлена задача разработки нового простого способа определения механической прочности межкишечного анастомоза на первом этапе в

эксперименте, а на втором этапе внедрить в клинику.

Целью настоящей работы является разработка нового способа определения механической прочности межкишечного анастомоза в эксперименте и клинике.

Материал и методы исследования. В эксперименте на 30 кроликах «Белый великан» выполнена лапаротомия под общим обезболиванием. Произведена мобилизация 20 см в начальном отделе тонкой кишки путём перевязки прямых сосудов. Между двумя прямыми зажимами электроножом пересечена кишка проксимально и дистально от мобилизованной кишки после определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в проксимальной и дистальной шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент № RU 2581266 С2). Зону формирования межкишечного анастомоза обкладывают стерильными салфетками. Узловыми швами наложен однорядный серозно-мышечный шов полисорбом № 3 на задней стенке анастомоза. Поверх прямых зажимов наложен узловой шов на переднюю стенку анастомоза. Отступя на 5 см от зажимов наложены на проксимальную и дистальную петли мягкий зажим Пайра. Приподнимая узловые швы передней стенки, извлечены прямые зажимы. В просвет кишки проксимальной и дистальной петель ведён метиленовый синий по 5 мл. Лигатуры узловых швов передней стенки завязывают, приподнимая лигатуры вверх, чтобы содержимое кишки не вытекало в брюшную полость. Проверяют прочность межкишечного анастомоза в механическом отношении. При технической ошибке метиленовый синий выходит в брюшную полость. На участок наличия утечки синьки накладывают дополнительный узловой шов и повторно проверяют механическую прочность анастомоза. Салфетки, обложенные зону анастомоза, удаляют.

Результаты исследования. У 30 кроликов основной группы не было несостоятельности швов в послеоперационном периоде. Во-первых, с помощью введения в кишку метиленового синего можно определить механическую прочность межкишечного анастомоза. Во-вторых, достигается стерилизация просвета кишки в зоне анастомоза. У 30 кроликов контрольной группы, у которых не определяли механическую прочность, установлена несостоятельность швов у 3 кроликов.

В клинике после резекции кишки при формировании межкишечного анастомоза у 124 больных основной группы применён разработанный в эксперименте способ определения механической прочности. В шовной полосе анастомозов также определяли насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, которое установлено в пределах нормы. В послеоперационном периоде не было несостоятельности швов

межкишечных анастомозов.

В группе сравнения у 128 больных, у которых не применяли наши разработки и изобретения, несостоятельность швов установлена у 12 больных (9,5%), что соответствует литературным данным.

Вывод. Разработанный способ определения механической прочности является простым и эффективным методом предупреждения несостоятельности швов межкишечного анастомоза механического генеза.

Цифровой способ профилактики несостоятельности швов межкишечных анастомозов

А.М. Магомедов, М.И. Нестеров, М.А. Хамидов, М.Р. Рамазанов, Х.М. Далгатова, Магомедов М.А.

Актуальность. Несостоятельность швов межкишечных анастомозов до настоящего времени не преодолена и по литературным данным в среднем составляет 12%. Профилактика несостоятельности швов после формирования межкишечного анастомоза является актуальной проблемой.

Целью исследования является разработка нового способа профилактики несостоятельности швов межкишечных анастомозов.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты резекций кишки в эксперименте на 40 собаках и в клинике у 126 больных основной группы, у которых применен разработанный нами аппарат для исследования гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза, и у 128 больных группы сравнения, которым резекцию кишки выполняли до наших разработок. Методика экспериментальных исследований заключалась в следующем. Под общим обезболиванием производили лапаротомию. Затем выбирали кишечную петлю и после мобилизации кишки производили ее резекцию. Жизнеспособность представлена цифрами насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент RU2581266 С2) перед формированием межкишечного анастомоза. Механическую прочность определяли путём ведения 1% -20 мл раствора метиленовой сини в зону анастомоза. Брюшную полость послойно зашивали. Через 7 дней, 14 дней, 30 дней собак выводили из эксперимента путем передозировки введенного внутривенно тиопентала натрия. Экспериментальные межкишечные анастомозы изучены при гистологическом исследовании. Биологическую и механическую прочность изучена также в клинике у 126 больных основной группы при формировании межкишечного анастомоза, а у 128 больных группы сравнения эти

исследования не проводились.

Результаты исследования. В эксперименте на 40 собаках разработан кислородный индекс шовной полосы межкишечных анастомозов. Из них в группу сравнения вошли 10 собак, а в основную – 30. В проекции интрамуральной части первой сохранённой прямой артерии проксимальной шовной полосы насыщение кислородом крови составило $97\pm 1,5\%$ при системном насыщении артериальной крови на лапе животного $95\pm 1\%$. Кислородный индекс (КИ) проксимальной шовной полосы равен: $КИ=(97\pm 1,5\%):(95\pm 1\%)=1,02$, что больше 1. В проекции сохранённого прямого сосуда дистальной шовной полосы обнаружено насыщение артериальной крови $96\pm 1\%$ при системном насыщении на лапе $95\pm 1\%$. Аналогично вычисляем кислородный индекс жизнеспособности дистальной шовной полосы и равен 1,01, что больше 1.

Межкишечные анастомозы сформированы при кислородном индексе выше единицы. В послеоперационном периоде несостоятельности швов межкишечного анастомоза не было. Все собаки через 14 дней, 20 дней, 1 месяц, 2 и 3 месяца после операции были выведены из эксперимента путём передозировки наркотических средств. При гистологическом исследовании межкишечные анастомозы были состоятельны.

У 10 собак группы сравнения моделировали критическую зону шовной полосы и формировали межкишечный анастомоз после резекции ободочной кишки.

В проксимальной шовной полосе межкишечного анастомоза кислородный индекс был ниже 1, и в дистальной шовной полосе также был ниже 1.

В послеоперационном периоде все 10 собак умерли от перитонита вследствие несостоятельности швов на 6–7 сутки. При вскрытии обнаружены гистологически некрозы шовных полос у всех 10 собак.

Обсуждение полученных результатов. В эксперименте у 30 собак основной группы кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы при формировании межкишечных анастомозов после резекций толстой кишки обнаружен выше 1. У всех 30 собак не установлена несостоятельность швов межкишечного анастомоза. У 10 собак группы сравнения, у которых кислородный индекс шовной полосы был ниже 1 при формировании межкишечного анастомоза, умерли после операции от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза.

В клинике у 2 больных из 126 больных основной группы при формировании межкишечных анастомозов после резекции кишки, кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы обнаружен ниже 1, то есть соотношение показателей насыщения кислородом артериальной крови шовной полосы

межкишечного анастомоза показателям насыщения кислородом пальца кисти было ниже 1. На фоне желудочного кровотечения по поводу сопутствующей язвенной болезни у этих 2 больных гемоглобин крови был равен 45, а количество эритроцитов составило 2,2 грамм/литр. У 128 больных группы сравнения, у которых операции были выполнены до наших разработок и изобретений, несостоятельность швов межкишечных анастомозов установлена у 12(9,5%) больных. У 124 больных основной группы, у которых кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы бы выше или равен 1 в зоне межкишечного анастомоза после резекции кишки, несостоятельность швов анастомоза не установлена.

Выводы. 1. Разработанный нами кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы эффективно исследует состояние гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза.

2. Формирование межкишечных анастомозов после резекции кишки рекомендуем при кислородном индексе жизнеспособности шовной полосы выше или равном 1 для профилактики несостоятельности швов.

Поражения печени и почек при остром перитоните различной тяжести

Власов А.П., Ситдинов И.И., Хозина Е.А., Дуваев З.А., Ларина В.С.,
Дормидонтов М.Ю.

ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева (Саранск)

Введение. Несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении острого перитонита, это заболевание до сих пор является одной из актуальных патологий хирургии. Это определяется высокой частотой встречаемости (15,1–22,1 %), развитием опасных осложнений (35–62%) и летальностью (до 23,3 %). Актуальность определена неполной изученностью патогенеза, недостаточной эффективностью стандартного лечения и др. [1]. Отмечено, что главными компонентами патогенеза ОП являются эндогенная интоксикация, нарушение микроциркуляции, изменения коагулирующих и реологических свойств плазмы крови, что приводит к развитию синдрома системного воспалительного ответа, полиорганной недостаточности.

Цель. Определить функциональное состояние печени и почек у пациентов острым перитонитом разной степени тяжести в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 пациентов ОП разной степени тяжести, которая была оценена по шкале APACHE 2. Больные по степени тяжести разделены на 2 группы: первая (n=20) – с легкой степенью

(по шкале APACHE 2 $3,5 \pm 0,11$ баллов); вторая (n=20) – с тяжелой формой ($15,3 \pm 0,69$ баллов).

Критериями включения: согласие на участие; возраст от 30 по 60 лет; продолжительность менее 3 суток; легкие сопутствующие заболевания. Критерия исключения: отказ от исследования; возраст старше 60 лет и моложе 30 лет; продолжительность более 3-х суток; наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Методы исследования: определение степени интоксикации по уровню эффективной (ЭКА) и общей (ОКА) концентрации альбумина с последующим расчетом индекса токсичности, функции печени (аланинаминотрансфераза (АЛТ) и аспартатаминотрансфераза (АСТ), общий билирубин (ОБ)), функции почек (креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКЛ), суточная протеинурия (СП)). Период наблюдения – 1, 4 и 9-е послеоперационные сутки. Для статистической обработки цифровых данных использовали Microsoft Excel и Word 2013 и Statistica 12.0

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлены существенные нарушения функционального состояния печени и почек, что выражалось в значительном увеличении уровня токсинов в крови, печёночной депрессии и снижении почечной фильтрации. Указанное выступает риском полиорганного поражения, развитию осложнений и гибели пациентов.

При оценке степени эндотоксикоза при остром перитоните выявлено, что у пациентов первой группы ЭКА и ОКА были понижены в 1 и 4-е сутки на 22,6 и 25,7 и 17,8 и 22,5 % ($p < 0,05$), увеличение индекса токсичности на 231,7 и 141,6 % ($p < 0,05$). К 9-м суткам эти параметры соответствовали норме. В тоже группе зарегистрировано активация печеночных параметров: АЛТ – на 159,8 и 89,6 % ($p < 0,05$), АСТ – на 187,3 и 102,7 % ($p < 0,05$), ОБ – на 164,2 и 99,1 % ($p < 0,05$). К финальному этапу данные показатели приближались к референсным значениям. При изучении почечной функции у пациентов первой группы установлено увеличение креатинина в крови на 1 и 4-е сутки на 95,8 и 45,7 % ($p < 0,05$). В то же время выявлено снижение СКФ на 39,8 и 20,4 % ($p < 0,05$) и повышение суточной протеинурии на 32,5 и 18,7 % ($p < 0,05$) соответственно.

Во второй группе (с тяжелой степенью ОП) нарушения системы гомеостаза регистрировались на протяжении всего срока наблюдения: эндотоксикоз (ЭКА – снижена на 40,1-29,6 % ($p < 0,05$), ОКА понижена на 35,4-22,7 % ($p < 0,05$)), увеличение индекса токсичности на 345,2-145,7 % ($p < 0,05$), печеночные изменения (АЛТ – повышена на 198,3-114,7 % ($p < 0,05$), АСТ – на 254,2-125,4 % ($p < 0,05$), ОБ – на 358,1-154,8 % ($p < 0,05$)), почечные

расстройства (креатинин повышен на 159,5-98,6 % ($p<0,05$), СКФ – понижена на 98,5-65,7 % ($p<0,05$), СП увеличена на 78,9-40,6 % ($p<0,05$)).

Выводы. Острый перитонит сопровождается существенными гомеостатическими изменениями: эндогенная интоксикацией, нарушением функционального состояния печени и почек. Значение этих расстройств сопряжены со степенью тяжести патологии: при легкой форме носят обратимый характер и сохраняются до 4-х суток, а при тяжелой – более выражены и резистентны к стандартизированному лечению.

Осложненная форма дивертикулярной болезни ободочной кишки и тактика лечения

Абдулаев М.А., Гаджибакаров Ш.М., Касимова Э.С.

ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ России. Махачкала

Актуальность. Заболеваемость дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК) увеличивается со старением населения (до 60% в возрасте 80 лет и старше). Многие вопросы диагностики и лечения острых и хронических осложнений дивертикулярной болезни изучены недостаточно.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с осложнённой формой ДБОК.

Материалы и методы. Изучено 156 медицинских карт пациентов с ДБОК с 2011 по 2023 гг. проходивших обследование и лечение в СПб ГБУЗ «Александровская больница», ГБУ РД ГКБ г.Махачкала. В исследовании рассматривались пациенты от 18 лет включительно и старше за время одной госпитализации, без учёта последующего лечения.

Мужчины составили 27,4%, средний возраст $58,7\pm 0,8$ лет. Женщины - 72,6%, средний возраст $69,2\pm 0,5$ лет. Плановая госпитализация имела место в 3,5% случаях, а экстренная в 96,5%. Прооперировано 24,8% и пролечено консервативно 75,2% пациентов. Причины экстренной госпитализации - осложнения ДБОК: дивертикулит – в 79,6%, кровотечение – в 20,4%.

Результаты исследования. При поступлении основным синдромом был болевой с локализацией в проекции различных отделов ободочной кишки и соответствующие локализации воспалённого дивертикула. А при появлении воспалительного экссудата или развитии перитонита, боли расширялись. Лабораторная диагностика включала определение С-реактивного белка и расширялась в случае развитием перфорации и гнойно-воспалительных осложнений. Ирригоскопия выполнена у 97,8% пациентов. Дивертикулы, выявленные с помощью этой методики: в сигмовидной кишке -55,0%, левой

половине ободочной кишки -34,1%, тотальный дивертикулёз - 8,3% и поражение правого фланга у 2,0%. Ультразвуковая диагностика органов брюшной полости была выполнена в 98,6% случаев, а в 1,4% - пациенты оперированы экстренно, без предварительного УЗИ, в связи с клиникой разлитого перитонита. Фиброколоноскопия выполнена 67,5% больным. Выявить дивертикулёз удалось у 76,1% пациентов. Экстренные оперативные вмешательства в виде лапаротомии завершались выведением колостомы. Первоочередное использование лапароскопии позволило отказаться от этой калечащей операции у 54,8% пациентов, у 5,5% –удалось выполнить выведение колостомы лапароскопически. И только 45,2% больных требовалась лапаротомия. Отсроченные оперативные вмешательства выполнялись после консервативной терапии у 40,0% пациентов, и после лапароскопических операций у 60,0% больных.

Заключение: 1. Консервативная терапия, при лечении осложнённой формы ДБОК позволяет купировать развившиеся осложнения у 75,8% больных. Летальность - 2,6%, обусловлена, в первую очередь, тяжёлыми сопутствующими заболеваниями у пациентов старшей возрастной группы.

2. При ДБОК, осложнённой кишечным кровотечением, наиболее оправданной является консервативная терапия. Кровотечение возникло у 52,7% пациентов с различными формами атеросклероза на фоне приёма антикоагулянтов и антиагрегантов. При таком подходе, летальность составляет 0,8%.

3. Первоочередное использование лапароскопии, при осложнённой форме ДБОК, у пациентов нуждающихся в оперативном лечении, позволяет отказаться от калечащей колостомии у 60,6% больных и выявить 33,3% пациентов, действительно нуждающихся в лапаротомии. А также, добиться снижения количества осложнений на 10,5%, оставляя уровень летальности на прежнем уровне.

4. Выполнение отсроченных операций при дивертикулите позволяет выполнить радикальное лечение пациентам в период одной госпитализации, а полученные результаты сопоставимы с результатами плановых операций при неосложнённом дивертикулёзе.

5. Разработанный дифференциальный алгоритм оперативной тактики, в основу которого положено первоочередное применение лапароскопии и выполнение радикального хирургического лечения в отсроченном порядке, позволяет выписать 56,1% больных без колостомы и 31,8% радикально излеченных.

Осложненная форма дивертикулярной болезни ободочной кишки и тактика лечения

Абдулаев М.А., Гаджибакаров Ш.М., Касимова Э.С.
ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ России. Махачкала

Актуальность. В последнее время участились случаи низкой диагностики болезни Крона, что приводит к позднему обращению пациентов и формированию осложнений болезни.

Цели. Повышение эффективности в диагностике болезни Крона, при проведении лучевых исследований.

Задачи. Представленный материал ознакамливает слушателей с современными подходами в диагностике болезни Крона. Позволит закрепить полученные знания на визуальном уровне восприятия.

Вывод. Разносторонняя диагностика болезни Крона дает возможность рентгенологу максимально точно выставить правильное заключение.

Современный взгляд на закрытие одноствольных илеостом

Зурнаджянц В.А., Кчибеков Э.А., Дадаев И.С.
ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет
Минздрава Росси. Астрахань

Актуальность: В последние годы ввиду непрерывного роста воспалительных заболеваний, травм, опухолей тонкого и толстого кишечника, которые приводят к острой кишечной непроходимости, большинство операций в ургентой хирургии заканчиваются выведением одноствольной илеостомы. Выведенная стома несмотря на наличие широкого спектра специальных средств ухода за стомами и современных возможностей реабилитации стомированных больных, приносит пациенту выраженный дискомфорт, снижение качества жизни, снижение трудоспособности, и требует восстановительного этапа операции.

Целью работы: разработать новый способ закрытия функционирующих одноствольных илеостом.

Задачи: разработка новой конструкции тонко-толстокишечного анастомоза, не нарушающего кровоснабжение кишечной стенки, обладающего арелфлюксной функцией, при этом не вызывающего стенозирования и рубцевания соустья, сокращение времени операции и ее травматичности.

Материалы и методы: Нами предложен новый способ выполнения реконструктивно-восстановительной операции при функционирующей одноствольной илеостоме. Схема операции: двумя окаймляющими илеостому иссекается кожа, подкожно-жировая клетчатка с иссечением рубцовых тканей между стенкой кишки и кожей, выделяется дистальный отдел тонкой кишки в виде готового «хоботка» длиной 4-5 см, с сохраненной брыжейкой, который подшивают однорядными узловыми серозно-мышечными швами в поперечном направлении к стенке толстой кишки с инвагинацией «хоботка» в просвет толстой кишки через поперечный разрез длиной 2,5 см на расстоянии 0,5 см от линии ранее наложенных швов, с последующим наложением однорядных узловых серозно-мышечных швов вокруг сформированного анастомоза. На данный способ получен Патент РФ №2793389 от 31.03.2023г.

Результаты и их обсуждение: После ликвидации илеостомы пациенты проходили лечение в условиях хирургического стационара. У прооперированных больных несостоятельности анастомозов не было, все наложенные анастомозы выполняли арефлюксную функцию, что подтверждено рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями.

Выводы: Данный способ формирования инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза обладает высокой механической и биологической герметичностью, заживление анастомоза происходит первичным натяжением, выделенная илеостома представляет собой уже готовый «хоботок» с вывернутой слизистой и адекватным кровоснабжением, которая при погружении в поперечно ободочную кишку играет роль клапана который препятствует рефлюксу содержимого толстой кишки в тонкую. Данный анастомоз более простой в техническом исполнении и менее травматичен. Использование способа позволяет предупредить развитие анастомозита и рубцовых изменений в зоне сформированного анастомоза.

Новый способ операционной диагностики механической прочности межкишечного анастомоза в эксперименте и клинике

Магомедов А-А.М., Рамазанов М.Р., Нестеров М.И., Хамидов М.А.,
Магомедов М.А., Далгатов Х.М. «ДГМУ». Махачкала

Актуальность. Несостоятельность швов после формирования межкишечного анастомоза в настоящее время не преодолена. В связи с наблюдаемой частотой осложнения и летальностью эта проблема актуальна. Нами поставлена задача разработки нового простого способа определения механической прочности межкишечного анастомоза на первом этапе в эксперименте, а на втором этапе внедрить в клинику.

Целью настоящей работы является разработка нового способа определения механической прочности межкишечного анастомоза в эксперименте и клинике.

Материал и методы исследования. В эксперименте на 30 кроликах «Белый великан» выполнена лапаротомия под общим обезболиванием. Произведена мобилизация 20 см в начальном отделе тонкой кишки путём перевязки прямых сосудов. Между двумя прямыми зажимами электроножом пересечена кишка проксимально и дистально от мобилизованной кишки после определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в проксимальной и дистальной шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент № RU 2581266 С2). Зону формирования межкишечного анастомоза обкладывают стерильными салфетками. Узловыми швами наложен однорядный серозно-мышечный шов полисорбом № 3 на задней стенке анастомоза. Поверх прямых зажимов наложен узловой шов на переднюю стенку анастомоза. Отступя на 5 см от зажимов наложены на проксимальную и дистальную петли мягкий зажим Пайра. Приподнимая узловые швы передней стенки, извлечены прямые зажимы. В просвет кишки проксимальной и дистальной петель ведён метиленовый синий по 5 мл. Лигатуры узловых швов передней стенки завязывают, приподнимая лигатуры вверх, чтобы содержимое кишки не вытекало в брюшную полость. Проверяют прочность межкишечного анастомоза в механическом отношении. При технической ошибке метиленовый синий выходит в брюшную полость. На участок наличия утечки синьки накладывают дополнительный узловой шов и повторно проверяют механическую прочность анастомоза. Салфетки, обложенные зону анастомоза, удаляют.

Результаты исследования. У 30 кроликов основной группы не было несостоятельности швов в послеоперационном периоде. Во-первых, с помощью введения в кишку метиленового синего можно определить механическую прочность межкишечного анастомоза. Во-вторых, достигается стерилизация просвета кишки в зоне анастомоза. У 30 кроликов контрольной группы, у которых не определяли механическую прочность, установлена несостоятельность швов у 3 кроликов.

В клинике после резекции кишки при формировании межкишечного анастомоза у 124 больных основной группы применён разработанный в эксперименте способ определения механической прочности. В шовной полосе анастомозов также определяли насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, которое установлено в пределах нормы. В послеоперационном периоде не было несостоятельности швов межкишечных анастомозов.

В группе сравнения у 128 больных, у которых не применяли наши разработки и изобретения, несостоятельность швов установлена у 12 больных (9,5%), что соответствует литературным данным.

Вывод. Разработанный способ определения механической прочности является простым и эффективным методом предупреждения несостоятельности швов межкишечного анастомоза механического генеза.

Новый способ профилактики спайкообразования в брюшной полости после лапароскопических операций

Магомедов А-А.М., Рамазанов М.Р., Хамидов М.А., Магомедов М.А.
ДГМУ. Махачкала

Актуальность. Спайкообразование после лапароскопических операций является актуальной проблемой. Предложено множество способов профилактики спайкообразования в брюшной полости после лапароскопических операций, что свидетельствует о не эффективности существующих способов в настоящее время.

Целью исследования является разработка нового способа предупреждения спайкообразования после лапароскопической операции в брюшной полости.

Материал и методы исследования. На первом этапе нами разработан новый способ предупреждения спаек в брюшной полости после лапароскопических резекций кишки в эксперименте на 40 кроликах «Французский баран», а затем на втором этапе способ внедрён в клинику у 15 больных после лапароскопических резекций кишки и формирования межкишечного анастомоза и 75 лапароскопических холецистэктомии.

На 30 кроликах основной группы под общим обезболиванием выполнена резекция начального отдела тонкой кишки. Исследовано интрамуральное кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в шовных полосах тонкой кишки перед формированием межкишечного анастомоза по методике М.З. Сигала (1974) аппаратом,

разработанный нами [2] (патент RU 2581266 C2, получена золотая медаль во Франции в 2017 году).

Затем произведено формирование межкишечного анастомоза однорядным серозномышечным швом конец в конец. Для того, чтобы предупредить образование спаек, после операции в брюшную полость кролика водили 1 раз в неделю искусственную синовиальную жидкость вископлюс 1% в количестве 0,04 мл на 1 кг веса животного, которую растворяли в 20 мл физиологического раствора. Получен Патент RU № 2736164 от 11.09.2020. В эксперименте на 10 кроликах группы сравнения под общим обезболиванием выполнена резекция тонкой кишки и формирование межкишечного анастомоза без исследования гемодинамики, а также без введения в брюшную полость антиадгезивных средств.

После заживления раны полиэтиленовые микроирригаторы удаляли, подтягивая их за концы на передней брюшной стенке.

После успешных экспериментальных исследований, учитывая отсутствие спаек у 30 кроликов основной группы после лапароскопических операций, на втором этапе 1% вископлюс нами применён у 80 больных после лапароскопических операций в клинике.

У 15 больных в клинике выполнена резекция кишки по воду спаечной кишечной непроходимости и рака толстой кишки. После резекции кишки и формирования межкишечного анастомоза у 15 больных, а также у 75 больных после холецистэктомии в брюшную полость через дренаж, установленный в области анастомоза, ведён в 20 мл физиологического раствора 1% вископлюс в количестве 0,04 мл на один кг веса больного. В послеоперационном периоде клинически не установлено наличие спаек и при ультразвуковом исследовании, а также при рентгенологическом, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии органов брюшной полости.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде под наркозом произведена лапароскопия на предмет наличия спаек в брюшной полости у экспериментальных кроликов.

В группе сравнения без применения вископлюса обнаружено образование спаек у 3 животных из 10, которые установлены не только при лапароскопической диагностике брюшной полости, но и подтверждены спайки при гистологическом исследовании в биопсийном материале. В основной группе у 30 кроликов после введения в брюшную полость 1% вископлюса в дозе 0,04 мл на кг веса кролика не было отмечено образование спаек после лапароскопических операций на органах брюшной полости. Нами получен патент RU № 2736164 от 11.09.2020 [2].

В клинике после резекции кишки и формирования межкишечных анастомозов у 15 больных и у 75 больных после лапароскопических холецистэктомий в результате применения вископлюса не установлено наличие спаек клинически и при ультразвуковом исследовании, а также при рентгенологическом исследовании, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии органов брюшной полости. Вывод. Разработанный способ является простым и эффективным для профилактики спайкообразования в брюшной полости после лапароскопических операций.

Оценка результатов лечения пациентов перфоративной гастродуоденальной язвой

1)ФГБОУ ВО ДГМУ, 2)ГБУ РД РКБСМП

Абдулжалилов М.К.(1,2), Хамидов М.А.(1), М.А.Газиева (1),
З.Ш.Бийарсланова (1), Ю.М.Агавова (1).

Актуальность. Перфоративная язва (ПЯ) является наиболее опасным осложнением язвенной болезни, сопровождающаяся тяжелыми послеоперационными осложнениями и летальностью.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения пациентов ПЯ.

Материал и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 620 пациентов ПЯ, выписанных из хирургических отделений республики. Среди них было 548 (88, 4%) мужчин и 72 (11, 6%) женщин. Соотношение между мужчинами и женщинами - 8:1. Возраст пациентов составил 38,0±2,9 лет. За анализируемый период наблюдается снижение заболеваемости ПЯ на 14,9%. Доставлены скорой помощью 482(77,7%), самоотекотом – 133 (22,3%). Поздняя госпитализация - 89(14,4%) пациентов с тенденцией к росту в 1,5 раза. Из анамнеза 155 (25,0%) пациентов имели «желудочный анамнез», но не обращались за медицинской помощью. 104 (16,89%) пациента с язвенным анамнезом не находились на диспансерном учете. Перфорация «немой» язвы развилась у 361(58,2%) пациента. При обзорной рентгенографии брюшной полости «свободный газ» был выявлен у 399 (64,4%) пациентов. При отрицательном тесте на «свободный газ» 59 (26,7%) пациентам выполнили пневмогастрографию, 73 (33,0% - диагностическую лапароскопию, что позволило подтвердить диагноз, а у 89(40,3%) – диагноз установлен при лапаротомии, что связано с отсутствием диагностического оборудования. ПЯ

желудка была диагностирована в 8,9% случаев, а ДПК - в 91,1%. Соотношение язв желудка к язве ДПК составила 1:10. Диаметр перфоративного отверстия язвы колебался в пределах 5 - 15 мм. При диаметре перфорации до 2 – 4 мм количество выпота в брюшной полости достигал до 500 мл, более 5 мм – до 3000 мл. Количество выпота в брюшной полости не всегда соответствовало диаметру перфорации. Пациенты были распределены на 2 группы: контрольную и основную, которые соответствовали друг другу по полу, возрасту, сопутствующей патологии, срокам заболевания. Контрольную группу составили 343 (55,3%) пациента, основную 277 (44,7%). В контрольной группе ушивание ПЯ по Неймарку выполнили 238 (69,4%) пациентам, по Опелю - Поликарпову - 63(18,4%), Островскому - 42 (12,2%). Продолжительность операции при местном перитоните составил 64,94±1,7, диффузном перитоните - 71,88±5,04, разлитом - 73,33±5,77 минут ($P>0,05$). При ушивании ПЯ у пациентов основной группы применили лапароскопический доступ и следующие способы ушивания: по Неймарку - в 147 (53,1%) случаях, эндошвами без оментопластики - в 130(46,9%). Продолжительность операции пациентов основной группы при лапароскопическом доступе составила: при местном перитоните 66,25±3,28, диффузном – 116,67±12,68 минут ($P<0,05$), что было связано с субоперационными техническими сложностями.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный период у 84(24,5%) пациентов контрольной группы с распространенным перитонитом протекал с паралитической кишечной непроходимостью, которая требовала проведение этиотропной терапии. В послеоперационном периоде в соответствии с классификацией Clavien – Dindo у пациентов контрольной группы наблюдались следующие осложнения: класса I - 91(26,5%), класса II - 7 (2,0%), класса III - 28 (8,2%), класса III B - 28(8,2%), класса IV - 10 (2,9%), класса IV B - 10(2,9%), класса V - 10 (2,9%). В послеоперационном периоде в соответствии с классификацией Clavien - Dindo у пациентов основной группы наблюдались следующие осложнения: класса I - 57(20,6%), класса III - 16 (5,8%), класса III B - 16(5,8%), класса IV - 3 (1,1%), класса IV B - 3(1,1%), класса V - 3 (1,1%). Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности лапароскопического ушивания ПЯ.

Выводы. 1. Каждый четвертый пациент с «желудочным» анамнезом не обследовался, шестой – не получал противорецидивное лечение.

3. У 58,2% пациентов перфорировала «немая» язва.

4. У 40,3% пациентов перфоративная язва диагностирована при лапаротомии.

5. Наиболее эффективным способом лечения ПЯ явилось лапароскопическое ушивание по Неймарку.

Прогнозирование и профилактика осложнений вторичного распространенного перитонита

Самарцев В.А., Кузнецова М.П., Гаврилов В.А., Пушкарев Б.С., Кузнецова М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ ПК ГKB №4 Пермь

Актуальность. Вторичный распространенный перитонит (ВРП) представляет собой одну из главных причин развития сепсиса у пациентов хирургического профиля. Это происходит несмотря на совершенствование методов диагностики, хирургического лечения, антибактериальной и интенсивной посиндромной терапии в периоперационном периоде. Ежегодно смертность от хирургических заболеваний, являющихся причиной ВРП, составляет около 1 млн человек во всем мире.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных вторичным распространенным перитонитом за счет прогнозирования и профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. На базе хирургического отделения ГАУЗ ПК ГKB №4, г. Пермь в 2016-2020 гг. проведено ретроспективно-проспективное исследование результатов хирургического лечения 232 пациентов с ВРП. Все пациенты были разделены на группу сравнения (n=116), лечение в которой осуществлялось согласно имеющимся стандартам оказания медицинской помощи, и группу наблюдения (n=116), лечение в которой было дополнено применением разработанного алгоритма прогнозирования и профилактики ранних послеоперационных осложнений ВРП. В обеих группах пациенты были разделены на подгруппы без абдоминального сепсиса (n=86 в группе наблюдения, n=79 в группе сравнения), с абдоминальным сепсисом (n=30 в группе наблюдения, n=37 в группе сравнения). Группы и подгруппы пациентов не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. Достоверность различий показателей определяли при помощи анализа таблиц сопряженности. Результат считали статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов без абдоминального сепсиса в группе сравнения и группе наблюдения повторные вмешательства «по требованию» выполнялись у 12 (15,19%) и 4 (4,65%), «по программе» – у 3 (3,80%) и 1 (1,16%) пациентов соответственно, лапаростомия не выполнялась ($p=0,024$). Повторные вмешательства не выполнялись у 64 (81,01%) и 81 (94,19%) пациентов соответственно. У пациентов с абдоминальным сепсисом в группе сравнения и группе наблюдения повторные вмешательства «по требованию» выполнялись у 4 (10,81%) и 7 (23,33%), «по программе» – у 21 (56,76%) и 5 (16,67%), лапаростомия – у 4 (10,81%) и 1 (3,33%) пациентов соответственно ($p=0,003$). Повторные вмешательства не выполнялись у 8 (21,62%) и 17 (56,67%) пациентов соответственно. Проспективно была произведена оценка влияния значений С-реактивного протеина (СРП) и прокальцитонина у пациентов с ВРП, осложненным абдоминальным сепсисом, на возникновение летального исхода. Была построена модель биномиальной логистической регрессии. Модель имела высокую достоверность ($p < 0,01$). По данным ROC-анализа чувствительность построенной модели составляет 89,47%, специфичность – 90,90% при значении коэффициента отсечения 0,75. Численный показатель площади под кривой составил 0,98. Показано, что при уровне СРП, равном 161,87 мг/л, и прокальцитонина 17,80 нг/мл вероятность возникновения летального исхода составляет 88%. Летальность у пациентов с абдоминальным сепсисом в группе наблюдения составила 19 (63,33%) пациентов, в группе сравнения – 34 (91,89%) пациентов ($p=0,004$). Общая летальность в группе наблюдения составила 29 (25,00%) пациентов, в группе сравнения – 47 (40,52%) пациентов ($p=0,012$).

Заключение и выводы. В качестве приоритетного варианта повторных хирургических вмешательств у пациентов с ВРП можно считать повторные вмешательства «по требованию», как открытые, так и мини-инвазивные. У пациентов с ВРП и абдоминальным сепсисом значения концентрации СРП более 161,87 мг/л и прокальцитонина более 17,80 нг/мл свидетельствуют о тяжелом течении инфекционного процесса и высоком риске неблагоприятного исхода, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

Герниология

Анализ результатов хирургического лечения пупочных и вентральных грыж с использованием имплантата REPEREN IPOM

Аджиева А.А., Алишихов Ш.А., Богданов Д.Ю., Кумуков М.Б.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность: Несмотря на то, что на сегодняшний день разработано большое количество методик оперативного лечения грыж, проблема осложнений после аллогерниопластик передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантатов до сих пор остается актуальной. При выборе варианта герниопластики хирурги нацелены не только на устранение самого заболевания, но и решение таких вопросов, как сокращение длительности и интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, уменьшение сроков госпитализации, трудовой реабилитации. Среди хирургов-герниологов продолжают дискуссии об адекватности выбора видов сетчатых имплантатов, их размеров, точки установки троакаров при лапароскопической герниопластике, способы фиксации имплантатов. Одним из перспективных сетчатых имплантатов является REPEREN IPOM -

двухслойный композитный имплантат с нерассасывающимся антиадгезивным слоем.

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения больных с пупочными и вентральными грыжами, оперированных с использованием имплантата REPEREN IPOM.

Материалы и методы: Было оперировано 135 пациентов с использованием имплантата REPEREN IPOM, из которых 90 (66,6%) - пациенты с вентральными грыжами, 45 (33,4%) пациентов с пупочными грыжами. Из них: 60 (44,4%) - мужчины, 75 (55,6%) - женщины. Критерием включения в исследование было наличие у пациента вентральной грыжи срединной или боковой локализации, наличие пупочной грыжи, при размерах грыжевых ворот до 5 см – S(m+1)W1R0. Все операции были выполнены лапароскопическим способом, имплантат фиксировался к передней брюшной стенке с помощью винтообразных тракеров.

Послеоперационный период составлял 2-3 койко-дня. Пациентам выполнялось контрольное УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки в области интеграции имплантата через 1 и 6 месяцев.

Результаты: Анализ клинических результатов в исследуемых группах выявил, что в 20 случаях (14,8%) по данным УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки были выявлены признаки серомы, объемом около 60 мл, в области интеграции имплантата, через 1 месяц после операции. Данным пациентам была выполнена пункция серомы под УЗ контролем. При повторном УЗИ данных пациентов через 6 месяцев у 4 пациентов (2,9%) вновь были выявлены признаки серомы в области интеграции имплантата, в связи с чем пациентам повторно выполнялась пункция. Данное осложнение наблюдали у пациентов, у которых не выполнялся этап выделения грыжевого мешка. По данным УЗИ органов брюшной полости у оперированных пациентов, на сроке наблюдения 6 месяцев, не было выявлено признаков формирования спаечного процесса со стороны брюшной полости в области установки имплантата – образования тканевых рубцово-спаечных структур с органами брюшной полости, изменения смещаемости или фиксации петель кишечника. При анализе отдаленных результатов было выявлено уменьшение сроков трудовой реабилитации, не было зарегистрировано случаев рецидивов грыж и формирования хронического болевого синдрома.

Выводы: Лапароскопическая герниопластика с использованием имплантатов REPEREN IPOM является перспективным методом в герниологии при пупочных и вентральных грыжах средних размеров. Данная методика продемонстрировала возможность получения

результатов, соответствующих требованиям к современным герниопластикам. Такое осложнение как серома в области интеграции имплантата напрямую связано с невыделением грыжевого мешка, что позволяет сделать вывод о необходимости коррекции оперативной техники герниопластики при применении данных имплантатов.

Ненатяжная герниопластика при ущемленных паховых грыжах

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э.

ГБУЗ ВО ГКБ СМП, Россия

Актуальность. Паховая грыжа самый распространенный тип грыж. За последние столетия для лечения паховых грыж предложено свыше 300 способов и различных модификаций радикальных операций, из которых только немногие нашли широкое применение в хирургической практике. Одним из главных факторов, вызывающее развитие паховых грыж у взрослых является ослабление поперечной фасции в результате коллагеновой недостаточности. Считается, что поперечная фасция обладает слабой внутренней прочностью и сама по себе она является далеко не лучшим материалом для пластики грыжевых ворот. При герниопластике применение этой заведомо ослабленной ткани, особенно с натяжением, совершенно неприемлемо, в то время как полное укрепление задней стенки пахового канала с помощью эндопротеза, без натяжения тканей можно считать методом более эффективным (L.L.Lichtenstein, 1970; P.K.Amidet al., 1994). Ущемленная грыжа – самое грозное осложнение и требует экстренного оперативного лечения. По нашим данным ущемленные паховые грыжи составили 3,4% от всех паховых грыж, поступивших в стационар.

Цель исследования. Изучить эффективность герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах у 168 больных, находившихся в клинике с 2016 по 2022 г. Гендерная структура: мужчин – 108(64,2%), женщин – 60(35,7%). Средний возраст больных составил 55+/- 2,4 года. Первичная грыжа наблюдалась в 156 (92,8%) случаях, рецидивная – в 12 (7,1%) случаях. Сроки поступления больных в стационар до 6 часов составляли в 64 (38,1%) случаях, от 6 до 12 часов – 46 (27,3%), от 12 до 24 часов – 38 (22,6%) случаях, свыше 24 часов в 20 (11,9%) случаях. По виду ущемленного органа: ущемление сальника – у 86

(51,2%) больных, кишечника – 58 (34,5%), смешанное – 24(14,2%) случаях. По степени перекрытия просвета ущемленного кишечника: полное – у 52 (30,9%) больных, неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера - Литтре) – 13 (7,7%) случаях, без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток) – в 2 (1,1%) наблюдениях. В диагностике, кроме общепринятых клинических исследований проводили рентген-исследование органов брюшной полости, УЗИ. Больных в случае самопроизвольного вправления в приемном отделении без введения анальгетиков и спазмолитиков, насильственного вправления госпитализировали в хирургическое отделение для динамического наблюдения. Оперативные вмешательства производились под местной анестезией или подспинальной анестезией. Задача операции при ущемленной грыже заключалась в ликвидации ущемления и освобождении органа путем рассечения ущемляющего кольца, обследовании ущемленного органа и решении вопроса о его жизнеспособности, резекции некротизированного участка, удалении грыжевого мешка и пластике грыжевых ворот. Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган осматривали путем перехода на герниолапаротомию или ниже-срединную лапаротомию. В своей практике для пластики грыжевых ворот мы использовали сетчатый эндопротез из инертного материала полипропилена («Линтекс»). Противопоказаниями к установке эндопротеза являлись ущемленная грыжа с некрозом кишки, флегмона грыжевого мешка и отказ пациента от установки эндопротеза. Основные этапы оперативного вмешательства по Lichtenstein при паховых грыжах – разрез кожи, рассечение апоневроза наружной косой мышцы, разделение элементов семенного канатика, выделение грыжевого мешка и его обработка выполнялись по традиционной методике. Перед проведением пластики стандартную сетку моделировали по размерам разрушения задней стенки пахового канала, затем сетку укладывали позади семенного канатика. Фиксацию сетки начинали путем подшивания ее П-образным узловым швом к надкостнице лонной кости полипропиленовой нитью 2/0, затем сетку к пупартовой связке подшивали непрерывным швом. Этап подшивания – к внутренней косой мышце выполняли узловыми швами, чтобы избежать захвата подвздошно - пахового нерва, при этом сетку подшивали как можно выше, где мышца имеет сухожильную часть.

Результаты. Из числа оперированных больных в раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения со стороны послеоперационной раны: инфильтраты в 16 (9,5%) случаях, серомы – 9

(5,3%), нагноение - 2 (1,1%). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В позднем послеоперационном периоде при сроках наблюдения от 3 месяцев до 4 лет выявлялись: сохранение хронического болевого синдрома у 7 (4,1%) пациентов, грубый послеоперационный рубец – 4 (2,3%), рецидив грыжи – 1 (0,5%), невралгия латерального кожного нерва – 2 (1,1%).

Выводы. Методика ненатяжной герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах обладает доступностью, малой травматичностью и значительным уменьшением числа рецидивов.

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э.

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность. Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) относятся к числу поздних осложнений. Частота возникновения их после оперативных вмешательств на органах брюшной полости составляет 20 – 27%.

Конкурирующими методами герниопластики являются ауто- и аллопластика передней брюшной стенки.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) путем оптимизации хирургической тактики в до-, интра- и послеоперационном периодах.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 230 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами за период с 2016 по 2022г.г., находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗВО «ГКБ СМП», г. Владимира.

Средний возраст пациентов составил 64 года, из них женщин было 110 (47,8%), мужчин – 120 (52,1%). Средний койко-день составил 12,8 суток.

Все пациенты прошли предоперационную подготовку с коррекцией сопутствующей патологии. Операции выполняли в плановом порядке – всем пациентам выполнялась аллопластика сетчатыми полипропиленовыми эндопротезами «ЛИНТЕКС» в модификации «sublay». Симультанные оперативные вмешательства выполнялись одномоментно при наличии сопутствующей (спайки) абдоминальной патологии.

По ширине грыжевых ворот все пациенты относились к группам W 2-3.

Полученные результаты. При оценке результатов пластики брюшной стенки принимали во внимание частоту местных раневых послеоперационных осложнений и рецидивов грыжи.

Отдаленные результаты (рецидив грыжи) изучены в сроки от 1 до 3 лет – рецидивов грыжи не отмечено. Оперированы все пациенты (100%).

В раннем послеоперационном периоде местные осложнения наблюдались у 10 (4,3%) пациентов: (инфильтрат послеоперационного рубца; в 6 (2,6%) случаях, серома в подкожной клетчатке; в 4 (1,7%) случаях. При этом дренирование раны по Редону осуществляли у всех пациентов.

В динамике для оценки состояния послеоперационной раны проводили её ультразвуковое исследование. При выявлении жидкостного образования (сером) области послеоперационной раны выполняли направленную пункцию полости экссудации под ультразвуковым контролем. Средний объем жидкостного образования составил до 10-15 мл. Потребовалось от 2 до 4 пункций для устранения данного осложнения.

Выводы. 1. Применение полипропиленовых сетчатых эндопротезов для герниопластики в модификации «sublay» при лечении ПВГ, по нашим данным, является наиболее оптимальным методом лечения данной патологии, при котором практически отсутствуют рецидивы заболевания.

2. Предпочтительно целесообразно отдавать подапоневротическому расположению эндопротеза, позволяющему снизить местные послеоперационные осложнения в виде жидкостных образований в области раны.

Рекомендации. 1. Анализ результатов лечения пациентов с ПВГ показал существенные преимущества герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза в модификациях «sublay».

2. Технология может быть рекомендована в качестве метода выбора при значительных размерах дефекта передней брюшной стенки.

3. Сепарация компонентов передней брюшной стенки позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ПВГ за счёт восстановления нормального взаимоотношения мышечно-фасциальных структур брюшной стенки без повышения внутрибрюшного давления.

Результаты пластик паховых грыж способом Лихтенштейна с применением различных способов фиксации сетчатых имплантатов
Навид М.Н. (1), Протасов А.В. (1), Горский В.А. (1), Рамазанов Р.Б. (2)

1) Российский университет дружбы народов, 2) Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Введение. В Российской Федерации распространенность грыж составляет порядка 20% в структуре общей заболеваемости, треть из которых приходится на долю паховых. Операция Лихтенштейна является «золотым стандартом» в лечении паховой грыжи открытым методом. При этом, влияние характера сетчатого материала, способа его фиксации на развитие раневых осложнений и хронического болевого синдрома вызывает интерес среди хирургов и до сих пор остается предметом споров и обсуждений со стороны герниологов во всем мире.

Цель исследования. Сравнить результаты паховых герниопластик по Лихтенштейну с применением бесфиксационных имплантатов и имплантатов, требующих фиксации нитью.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты 320 паховых герниопластик по Лихтенштейну, выполненные на базе ФГБУЗ КБ№85 ФМБА России. Среди них 187 – с имплантацией полипропиленовой сетки и фиксацией ее с помощью лигатур (1 группа) и 133 – с применением бесфиксационной сетки Parietene Progrid (2 группа). Средний возраст пациентов в группах составил $58,8 \pm 4,3$ лет. Грыжа носила первичный характер в 92,0% случаев в 1-ой группе и 90,2% - во второй. Для оценки характера и размера грыжи мы использовали классификацию, рекомендованную EHS для паховых грыж. Грыжи L-типа выявлены в 59,4% в первой группе и 63,9% - во второй, на долю грыж M-типа приходилось 40,6% и 36,1% соответственно. Все пациенты были сопоставимы по размеру грыжи и сопутствующей патологии. Оценка качества жизни пациентов, перенесших паховую герниопластику по Лихтенштейну, производилась с помощью опросника EuroHS QoL. Нами был опрошен 161 пациент (94 оперированных по стандартной методике Лихтенштейна с фиксацией полипропиленового имплантата, и 67 - с применением имплантата Parietene Progrid).

Результаты и обсуждение. В группе пациентов, где применялся бесфиксационный способ, среднее время составило 39,4 мин. против 55,3 мин. ($39,4 \text{ min. } sd=23,42 \text{ vs } 55,3 \text{ min. } sd=16,70; p<0.001$). Выраженность болевого синдрома в первые и шестые сутки после герниопластики с применением Progrid была достоверно ниже, чем после пластики полипропиленовым имплантатом с фиксацией швами ($\chi^2 = 7.925, p = 0.005$ and $\chi^2 = 24.740, p < 0.001$). Мы также смогли оценить продолжительность

болевого синдрома в послеоперационном периоде в группах, исходя из продолжительности приема анальгетиков. В первой группе средняя продолжительность приема НПВС составила $4,03 \pm 1,25$ дня, во второй – $3,14 \pm 1,03$ дня ($U=11723$, $p<0.001$). В раннем послеоперационном периоде мы получили 27 (8,4%) местных осложнений. В структуре раневых осложнений преобладали серомы и гематомы. Однако, достоверной разницы в развитии раневых осложнений в обеих группах получено не было ($p>0,05$). Проанализировав отдаленные результаты лечения, мы также не получили статистически значимых различий в группах сравнения по всем показателям качества жизни опросника EHS ($p > 0.05$).

Заключение. Герниопаластика по методике Лихтенштейна в хирургическом лечении паховых грыж передним доступом имеет достаточно хорошие результаты. Применение самофиксирующихся имплантатов имеет перспективное направление, результаты их применения сопоставимы с таковыми при использовании шовной фиксации полипропиленового имплантата в отношении частоты развития раневых осложнений и уровня качества жизни на поздних сроках наблюдения. При этом отсутствие необходимости в фиксации имплантатов имеет явные преимущества, связанные с сокращением времени оперативного вмешательства, выраженности болевого синдрома и сроков приема анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

Двухэтапный метод лечения больных с инцизионными послеоперационными грыжами (W3) с применением ботулотоксина типа А

Полозова К.В. (2), д.м.н. Дарвин В.В. (1,2), Тутолмин В.Р. (2)

1) БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Актуальность. Современная концепция хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж подразумевает одномоментный возврат анатомии передней брюшной стенки и конфигурации брюшной полости без учёта того фактора, что их изменения происходили длительно. При этом вентральные грыжи формируются длительно, в течение нескольких месяцев. Это несоответствие приводит к увеличению рисков повышения внутрибрюшного давления, развития компартмент-синдрома и соматических осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования - разработать и проанализировать результаты внедрения двухэтапной технологии лечения больных с большими послеоперационными вентральными грыжами (W3) с химической денервацией боковых мышц передней брюшной стенки препаратом ботулинического токсина типа А (БТТ А) с последующей герниопластикой сетчатым имплантом, задней сепарацией компонентов передней брюшной стенки.

Материал и методы. Проведена ретроспективная оценка результатов лечения группы пациентов (n=52) с инцизионной вентральной грыжей W3, оперированных в одном центре (БУ «СОКБ») в 2021-2022 гг.

Проведен поиск и анализ публикаций по методике химического релизинга мышц передней брюшной стенки в системе PubMed и др. Разработана и внедрена методика введения раствора БТТ А (Диспорт 300 ЕД или Ксеомин 500 ЕД) в боковые мышцы живота под контролем ультразвукового исследования в качестве первого этапа лечения.

Проанализировано изменение размеров и конфигурации боковых мышц живота по результатам сонографии и компьютерной томографии до и через 1–2 мес после инъекции БТТ А. Произведена сравнительная оценка результатов лечения контрольной группы и группы пациентов (n=19), получивших двухэтапное лечение. У пациентов обеих групп применен открытая задняя сепарационная пластика по методике Новицкого.

Результаты.

Разработанная методика введения раствора ботулотоксина в боковые мышцы передней брюшной стенки показала хорошую переносимость и отсутствие постъинъекционных осложнений. Сравнительный анализ сонографии и компьютерной томографии передней брюшной стенки показал уменьшение толщины косых мышц живота, уменьшение диаметра грыжевых ворот в точках наибольшего удаления, уменьшение общей площади грыжевого дефекта. Клинический анализ показал уменьшение послеоперационного койко-дня, длительности пребывания в РАО после операции, необходимости оксигенотерапии, снижение частоты развития послеоперационных осложнений.

Отсутствовали случаи развития компартмент-синдрома, транзиторного повышения ВДБ, повторных операций.

Выводы.

Сравнительный анализ показал отсутствие статистически достоверных различий пациентов контрольной и основной групп по половому составу, возрасту, риску развития рецидива (EHS). Доказана клиническая эффективность и безопасность метода. Временная химическая

денервация боковых мышц передней брюшной стенки значительно повышает ее пластичность, является обратимой и не приводит к каким-либо осложнениям. Применение ботулотоксина минимизирует риски развития компартмент-синдрома в послеоперационном периоде у пациентов групп риска.

Пластика передней брюшной стенки у пациентов со сложными вентральными и паховыми грыжами

Хамидов М.А. (1), Мехтиханов З.С. (4), Мухучиев А.А. (3,5), Бациков Х.А. (2), Дамадаев Д.М. (2)

1) Дагестанский государственный медицинский университет 2) ГБУ РД "РКБ СМП" 3) МСЧ МВД РФ по РД 4) Клиника "Здоровая нация" 5) 3-я городская больница

Актуальность. Лечение сложных грыж брюшной стенки с «потерей домена» является актуальной проблемой современной герниологии. Послеоперационная летальность при таких грыжах достигает 10%, что может быть связано с повышением внутрибрюшного давления и развитием компартмент синдрома в брюшной полости. С другой стороны, у пациентов с «потерей домена» зачастую возникают проблемы с герниопластикой. Наиболее признанными методиками сепарации являются операция Ramirez и TAR (transversus abdominis release). Вместе с тем, существуют другие методики, которым уделяется меньше внимания, хотя они могут успешно применяться в нестандартных ситуациях. По мнению многих хирургов, на первом этапе лечения этих больных должна применяться химическая сепарация с использованием ботулотоксина А и (или) нарастающий пневоперитонеум.

Цель исследования – изучить возможность некоторых нестандартных вариантов пластики брюшной стенки с целью профилактики компартмент-синдрома.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 12 пациентов со сложными срединными, боковыми и паховыми грыжами. У всех имела потерю домена и констатирован операционно-анестезиологический риск ASA I-II. Возраст пациентов варьировал от 42 до 68 лет. Средний индекс массы тела – 34,2. Всем больным измеряли внутрибрюшное давление (ВБД) до, во время и после операции. Первым этапом у 9 из 12 больных проводилась химическая сепарация ботулотоксином А (300 ед).

Срединные грыжи были у 7, боковые – у 3, паховые – у 2 пациентов. При лечении срединных грыж использовалось сочетание методик Ramirez , IPOM, Hernia sac flap technic, Sandwich; при лечении боковых грыж – предложенный нами подход - операция Ramirez из минидоступа на контрлатеральной стороне и создание единого межмышечного и ретромускулярного пространства; гигантские паховые грыжи оперировали с использованием двустороннего эндоскопического варианта Ramirez и открытой методики Stoppa с пластикой мошонки.

Результаты. Компартмент-синдром не отмечен ни в одном случае. Серома послеоперационной раны была выявлена у 4 пациентов. Гематома послеоперационной раны, некроз кожи, лигатурный свищ встречались по 1 случаю. Имелся один летальный исход у пациентки с ТЭЛА. Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 2 лет.

Заключение. Профилактика компартмент-синдрома и выбор способа сепарации ПБС является многофакторным процессом, требующим часто нестандартных решений. Химическая сепарация на первом этапе и сочетание различных технических вариантов позволяют избежать развития компартмент-синдрома и выполнить адекватную пластику передней брюшной стенки. Требуется дальнейшее накопление клинического материала.

Лапароэндоскопическая пластика при паховой грыже: показания, техника, результаты

Студентка 5 курса лечебного факультета Рустамова Д.Р. Научный руководитель - проф. Хамидов М.А.

Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии

Медико-санитарная часть МВД РФ по РД Махачкала

Актуальность проблемы. 20 миллионов пациентов ежегодно оперируется по поводу паховой грыжи. Лапароэндоскопическая пластика в мире выполняется с 1991 года, в развитых странах она выполняется от 40 до 60 % случаев.

Материал и методы. Всего в хирургической клинике медико-санитарной части МВД РФ по РД выполнено 204 трансабдоминальных преперитонеальных герниопластик (ТАРП) 192 пациентам с 2017 года.

Средний возраст составил 51 год. Мужчины составили 95,3%, женщины 4,6% . Двухсторонние грыжи составили 5,8%. Симультанные операции

составили 6,8%, они выполнялись при сочетании паховых грыж с ЖКБ, варикоцеле, кистами почек и пупочными грыжами.

В нашей клинике используется классификация европейского общества герниологов (EHS-2011).

Показаниями к ТАРР герниопластике считали:

- 1) Рецидивные грыжи после открытой пластики
- 2) Двухсторонние грыжи
- 3) Грыжи у женщин
- 4) Симультанная операция
- 5) Хроническая паховая боль у спортсменов
- 6) Воспалительные заболевания кожи в области пахового доступа
- 7) Молодой возраст

Противопоказаниями к ТАРР считались:

- 1) Ущемленные грыжи с явлениями перитонита
- 2) Гигантские пахово-мошоночные грыжи
- 3) Перенесенные ранее операции на органах нижнего этажа брюшной полости с массивным спаечным процессом
- 4) Беременность
- 5) Сопутствующие заболевания, при которых противопоказана общая анестезия
- 6) Сопутствующие онкологические заболевания органов малого таза

Основой операции ТАРР является адекватная диссекция преперитонеального пространства, которая может быть достигнута только при хорошем знании анатомических ориентиров и границ. В своей практике мы пользуемся анатомической концепцией 5 треугольников и перевернутой буквы Y по Марсело Фортадо (2021)

Анатомические ориентиры диссекции:

- Вверху - на 3-4 см выше верхнего края грыжевых ворот доходя до *lig. umbilicalis medialis*, не пересекая ее
- Медиально - на 1-2 см за лонное сочленение
- Латерально - до верхней передней ости подвздошной кости
- Внизу - на 2-3 см ниже связки Купера и далее в латеральном направлении на 4-5 см ниже подвздошно-лонного тракта

Ориентиры для фиксации сетки (при больших грыжах - MLIII по EHS)

- Над лонной костью
- Медиально к эпигастральным сосудам
- Латерально к эпигастральным сосудам
- На 2 см выше подвздошно-лобкового тракта

Результаты. Средняя длительность операций 58 минут. В среднем интраоперационная кровопотеря составила 15 мл, средний койко-день -4. Хирургические осложнения нами оценивались по классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo: 3 случая серомы (1,4%), одна релапароскопия по поводу гематомы. Отмечен один случай хронической боли, который разрешился консервативно (после проведения физиопроцедур) в течении 3х месяцев. Этот случай наблюдался у нас на этапе освоения, после фиксации сетки к musculus iliopsoas. Рецидивов после TAPP пластики не наблюдалось.

Выводы: 1) Основа обучения задней анатомии паховой области, по нашему мнению, это концепция перевернутой Y и пяти треугольников по Марсело Фортадо (2021);

2) Границы диссекции – не жесткие ориентиры, а достаточные оверлапы вокруг грыжевого дефекта и слабых зон.

3) Операция должна включать в себя критический взгляд на миопектинеальное отверстие.

4) Выполнение TAPP герниопластики при паховой грыже может считаться операцией выбора как у мужчин, так и у женщин.

Репродуктивная функция у мужчин при паховых грыжах

Аскерханов Г.Р., Айтекова Ф.М.-П.

Кафедра госпитальной хирургии №2, Даггосмедуниверситет, г. Махачкала

Актуальность. Ежегодно в Российской Федерации выполняются более 200000 тысяч операций по поводу паховой грыжи. Как и любое оперативное вмешательство паховая герниопластика сопряжена с возможностью развития неспецифических (образование гематом и сером, нагноение послеоперационной раны, формирование лигатурных свищей) и специфических (повреждение мочевого пузыря, бедренных сосудов, водянка яичка, пахово-генитальная невралгия, рецидив грыжи) осложнений, на долю которых приходится 1-30%. Частота рецидивов по разным данным составляет 15-20%. Исходя из этого, и с учетом особенностей лапароскопической технологии паховой герниопластики следует ожидать сравнительно лучшие результаты операции в плане сохранения репродуктивной функции у мужчин.

Целью исследования является проведение сравнительного анализа влияния методов герниопластики на фертильность пациентов мужского пола, для дальнейшего выбора способа пластики паховых грыж.

Методы и методы исследования. Для изучения влияния хирургического вмешательства при паховой грыже на показатели фертильности пациентов сформирована выборка из 135 пациентов мужского пола в возрасте 18-40 лет

Исследование количественного и качественного состава эякулята, а также уровня тестостерона в крови проведено до операции и в отдаленном периоде: к исходу 4 и 12 месяцев после вмешательства. Средний возраст пациента составил $31,1 \pm 6,5$ лет. Из 135 пациентов 45 больным была выполнена традиционная герниопластика (I группа), 75 – герниопластика по Лихтенштейну (II группа) и 16 – лапароскопическая герниопластика (III группа). Средний возраст мужчин в первой, второй и третьей группа статистически значимо не отличался: $29,7 \pm 6,1$ лет, $31,6 \pm 6,8$ лет и $32,4 \pm 6,3$ лет соответственно ($p > 0,05$).

Результаты. В целом наличие грыжи и грыжесечение пагубно отражается на фертильности мужчин, хотя некоторые показатели спермограммы укладываются в нормальные значения.

После хирургического лечения паховой грыжи у мужчин традиционными методами развиваются уменьшение числа сперматозоидов в единице объема эякулята на $41,0 \pm 12,3$ млн/мл, что примерно в 2 раза меньше исходного показателя. Относительное число подвижных форм также уменьшается примерно на 10% от исходного соотношения. К концу года после операции указанные показатели несколько коррегируются, хотя в целом остаются хуже исходных значений.

После герниопластики по Лихтенштейну отрицательные изменения по концентрации сперматозоидов и их подвижности значительно менее выражены, чем после традиционной герниопластики. Средняя концентрация сперматозоидов в единице объема эякулята после операции уменьшается на $7,8 \pm 10,9$ млн/мл, что составляет примерно 9% от исходного показателя. Причем к исходу 12 месяцев после операции по Лихтенштейну концентрация сперматозоидов уменьшается в еще большей степени – в среднем на $15,3 \pm 20,9$ млн/мл, что составляет примерно 15% от исходного значения. Снижение подвижности сперматозоидов по данным на 4 и 12 месяцев после герниопластики по Лихтенштейну не столь выражено, хотя и статистически достоверно.

После лапароскопической герниопластики как по показателю концентрации сперматозоидов, так и по показателю их подвижности отрицательной динамики не наблюдается. Напротив, по показателю подвижности к исходу 12 месяцев после операции отмечается некоторое увеличение относительного числа подвижных сперматозоидов.

Выводы. Проведение герниопластики ненапряжным способом в меньшей степени сказывается на ухудшении фертильности пациентов мужского пола. Выполнение герниопластики лапароскопическим способом практически не ухудшает показатели сперматогенеза, что должно быть учтено при определении показаний к различным методам хирургического лечения паховых грыж у мужчин.

Сравнительная оценка лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной (ТАПП) и тотальной эндоскопической (ТЭП) протезирующих пластик при паховых грыж

Мехтиханов З.С., Хамидов М.А., Аммаев М.Р.

Медицинская клиника «Здоровая нация», Махачкала

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная (ТАПП) и тотальная эндоскопическая (ТЭП) протезирующие пластики при паховых грыжах были разработаны в начале 1990-х годов. В практическую работу отделений общей хирургии прочно вошла лапароскопическая ТАПП пластика, в то время как значение тотальной эндоскопической пластики (ТЭП) осталось недооцененной среди практических хирургов.

Цель исследования: оценить эффективность и надежность трансабдоминальной преритонеальной (ТАПП) и тотальной эндоскопической (ТЭП) протезирующей пластики в лечении больных с паховыми грыжами.

Материалы и методы. В исследовании включены 168 больных после лапароскопическая ТАПП и 26 больных после ТЭП пластик, которые были выполнены с июля 2015 года по ноябрь 2023 год. Мужчин было 179, женщин – 15. Возраст больных варьировал от 19 лет до 71 года.

У 123 больных была односторонняя и у 71 (36,6%) - двухсторонняя локализация грыжи. Рецидивные грыжи имелись у 73 больных (37,6%), из них у 12 больных рецидивы были двусторонними, а у одного больного в возрасте 71 года с двухсторонними паховыми грыжами рецидивы наблюдались дважды с обеих сторон. Ранее всем пациентам были выполнены пластики паховой области собственными тканями преимущественно по способу Бассини и Жирару-Кимбаровскому. Для подтверждения диагноза паховой грыжи всем больным в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) паховой области, а 22 больным дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) из-за избыточного веса и выраженной подкожной

клетчатки в паховой области. Лапароскопический ТАПП и эндоскопический ТЭП протезирующие пластики паховых областей проводились традиционными известными методами. Использовалась стандартная установка трех троакаров (двух 5 мм и одного 10мм). В случае симультанных операций устанавливались необходимые дополнительные лапаропорты. При ТАПП пластике брюшина рассекалась латерально от грыжевого дефекта и отсепаровывалась медиально и вниз, освобождая латеральную ямку и стараясь не травмировать семенной канатик и семенные сосуды, а затем освобождалась медиальная ямка до срединной складки визуализируя верхнюю лонную кость и заднюю поверхность прямой мышцы. При ТЭП пластике проводилось формирование предбрюшинного пространства у 19 без баллона и у 7 пациентов с помощью баллона. В обязательном порядке извлекалась липома из грыжевого канала. Если возникали затруднения технического плана в полном извлечении грыжевого мешка при больших и врожденных пахово-мошоночных грыжах при ТАПП пластике, то он пересекался на некотором протяжении от шейки. Особое внимание уделялось гемостазу. Пластику задней стенки пахового канала выполняли предварительно моделированными полипропиленовыми сетками 15x15 см без разреза. Сетку фиксировали тейкерами герниостеплера "PROTACK" и перитонизировали брюшиной при ТАПП пластике, а при ТЭП пластике фиксация сетки не применялась. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль зоны оперативного вмешательства для определения наличия серозной жидкости в парапротезном пространстве. В сроки до 3-х лет: через месяц, 3 месяца, полгода, год, два и три года после операции, проведено контрольное обследование у 153 ранее оперированных больных, включающее наряду с физикальным обследованием детальное УЗИ и рентгенографию паховой области, а у трех из них дополнительное рентгеновское компьютерное томографическое исследование при подозрении на рецидив грыжи.

Результаты. При проведении диагностического этапа лапароскопической ТАПП герниопластики у 32(19,0%) больных выявлены грыжевые лакуны с противоположной стороны и им выполнены одновременно герниопластики с обеих сторон. Врожденного характера пахово-мошоночной грыжи установлен у одного больного 27 лет – при лапароскопическом осмотре грыжевого мешка на дне его обнаружено яичко. После мобилизации грыжевого мешка на расстоянии до 2 см от шейки он пересечен и лигирован эндопетлей, а затем проведена обычная ТАПП пластика. Однако в послеоперационном периоде у больного

развилась водянка оболочек яичка и через год после операции он был оперирован - выполнена операция Винкельмана. У 23 (13,7%) больных выполнены симультантные операции: из них у 16 лапароскопическая холецистэктомия, у 6 выполнено удаление кисты яичника и у одного больного удаление аппендикса фиксированного к грыжевому мешку. Не было ни одного случая конверсии в традиционную открытую операцию. Продолжительность лапароскопической ТАПП герниопластики составило в среднем $56,2 \pm 0,3$ мин. Болевой синдром в послеоперационном периоде был невыраженный и корригировался назначением анальгетиков «по требованию». В раннем послеоперационном периоде у 27 (16,1%) больных наблюдались серомы пахово-мошоночной области, гематомы области мошонки отмечены у двух. Средний послеоперационный койка/день составил $1,8 \pm 0,4$ дня. В сроки наблюдения от одного до трех месяцев серомы пахово-мошоночной области спонтанно разрешились. У двух больных через год после операции сохранялись нейропатические ощущения в паховой области. Рецидив выявлен через два года после операции у одного больного 62 лет (0,6%), занятого тяжелым трудом в горной местности, от повторного оперативного вмешательства он отказался. При ТЭП пластике во время формирования предбрюшинного пространства без баллона разрывы брюшины были отмечены у 3 больных, во всех случаях они были лигированы эндопетлей, а затем проведена обычная ТЭП пластика. Продолжительность ТЭП пластики составило в среднем $61,2 \pm 0,3$ мин. Конверсий в ТАПП и открытую операцию не было. Болевой синдром в послеоперационном периоде был менее выражен и не требовал приема анальгетиков. У одного больного с формированием рабочего предбрюшинного пространства баллоном в раннем послеоперационном периоде отмечена при УЗИ гематома парапротезного пространства. Гнойно-септических осложнений не было ни в одном случае.

Выводы. Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) паховая герниопластика представляет универсальный эффективный и надежный способ лечения паховых грыж, особенно рецидивных, позволяет выполнить симультантные лапароскопические операции на органах брюшной полости, легок в освоении, а также приводит к быстрой социальной и трудовой реабилитации больных. Тотальная эндоскопическая (ТЭП) пластика сложнее в обучении, на этапе освоения метода лучше использовать баллон для формирования предбрюшинного пространства и проводить тщательный гемостаз, показана при односторонних грыжах у лиц

молодого возраста. Но по мере накопления опыта показания к ее использованию могут быть расширены до определенных пределов, что требует дальнейших исследований.

Периоперационная профилактика осложнений в герниологии - проблемы и перспективы

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Паршаков А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
ГАУЗ ПК ГKB №4
Пермь

Актуальность. Актуальной проблемой современной герниологии является прогрессирующий рост количества пациентов с большими вентральными (ВГ) и послеоперационными грыжами (ПГ) W3 с отягощенным коморбидным статусом, а также наличием сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости (БП). Риск развития послеоперационных осложнений (ПО) у данной группы больных увеличивается на 20-30% относительно пациентов с неотягощенным коморбидным статусом. В настоящий момент не представлены единые протоколы периоперационного ведения данной группы больных, а отдельные предложенные прогностические шкалы и алгоритмы не адаптированы для хирургии грыж у групп высокого операционно-анестезиологического риска.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 450 пациентов, оперированных по поводу ВГ и ПГ. Из них у 95(21%) пациентов были ущемленные грыжи (УГ). У 76(16,9%) пациентов с большими ВГ и ПГ W3 и распространением дефекта на несколько анатомических областей с сопутствующим ожирением выполнялось дополнительное обследование. Для прогнозирования риска развития в послеоперационном периоде венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) использовалась шкала Caprini в модификации АССР. Вне зависимости от группы риска всем пациентам применялась ранняя активизация в послеоперационном периоде и ношение противоэмболической эластической компрессии. У пациентов с умеренным и высокой группой риска дополнительно применялись низкомолекулярные гепарины в профилактической дозировке. Для стратификации риска развития ПО

использовались шкалы ASA и MHGS. Для прогнозирования сердечно-сосудистого риска в периоперационном периоде использовались следующие шкалы: при выполнении экстренных операций – Goldman и Detsky: пациентов I класса (риск осложнений 1-7%) было 35(37%) человек, II класса (риск: 7-11%) – 34(36%), III класса (риск: 14-38%) – 15(16%), IV класса (риск – 38-100%) – 11(12%) человек. В плановой герниологии использовалась шкала Lee: I(очень низкий) – 98(28%) человек, II (низкий) – 167(47%), III (промежуточный) – 56(16%), IV классы (высокий) – 34(10%) человек. Пациентам III и IV классов по Goldman и Lee, высоким риском ВТЭО и ASA, а также потерей домена более 15% от объема БП перед операцией проводили дополнительное обследование ЭХО-КТ, доплерография вен нижних конечностей, КТ грудной и БП с 3D-моделированием грыжевого дефекта и брюшной стенки и др. Также использовался оригинальный алгоритм выбора способа герниопластики (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ №201961699 от 19 июля 2019 г.). При наличии сопутствующей хирургической патологии органов БП проводились одномоментные симультанные оперативные вмешательства. Для реабилитации больных широко использовались технологии ERAS.

Результаты. Учитывая прогрессирующий рост заболеваемости COVID-19, перепрофилирование хирургических стационаров и снижение доступности плановой хирургической помощи отмечается рост числа УГ, а также пациентов с классами III и IV классами по ASA. Герниопластика Sublay выполнена у 204(45,3%) больных, IPOM – у 81(18,0%) пациентов, TAR - у 152(33,8%) пациентов. У 13(2,9%) пациентов с пупочными грыжами выполнена герниопластика с установкой имплант-системы Hernia-Patch. Симультанные операции выполнены у 84(18,7%) пациентов: sleeve-резекция желудка - 21(25,0%) пациентов, лапароскопическая холецистэктомия - 30(35,7%), герниопластика TAPP - 16(19,0%), герниопластика eTEP - 5(6,0%), поперечная абдоминопластика - 12(14,3%). Всего в послеоперационном периоде ПО отмечены у 38(8,4%) пациентов: из них после операции по методике sublay - у 15(7,4%); TAR - у 19(12,5%), IPOM - у 4(4,9%) пациентов.

Выводы. Таким образом, использование в предоперационном периоде предложенного алгоритма с использованием шкал ASA и MHGS, Goldman и Lee, Detsky у пациентов с грыжами W3 и отягощенным коморбидным фоном, позволяет достоверно и своевременно стратифицировать периоперационные риски развития осложнений и выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства.

Сравнительная оценка лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной (ТАПП) и тотальной эндоскопической (ТЭП) протезирующих пластик при паховых грыж

Мехтиханов З.С., Хамидов М.А., Аммаев М.Р.

Медицинская клиника «Здоровая нация», Махачкала

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная (ТАПП) и тотальная эндоскопическая (ТЭП) протезирующие пластики при паховых грыжах были разработаны в начале 1990-х годов. В практическую работу отделений общей хирургии прочно вошла лапароскопическая ТАПП пластика, в то время как значение тотальной эндоскопической пластики (ТЭП) осталось недооцененной среди практических хирургов.

Цель исследования: оценить эффективность и надежность трансабдоминальной преперитонеальной (ТАПП) и тотальной эндоскопической (ТЭП) протезирующей пластики в лечении больных с паховыми грыжами.

Материалы и методы. В исследовании включены 168 больных после лапароскопическая ТАПП и 26 больных после ТЭП пластик, которые были выполнены с июля 2015 года по ноябрь 2023 год. Мужчин было 179, женщин – 15. Возраст больных варьировал от 19 лет до 71 года.

У 123 больных была односторонняя и у 71 (36,6%) - двухсторонняя локализация грыжи. Рецидивные грыжи имелись у 73 больных (37,6%), из них у 12 больных рецидивы были двусторонними, а у одного больного в возрасте 71 года с двухсторонними паховыми грыжами рецидивы наблюдались дважды с обеих сторон. Ранее всем пациентам были выполнены пластики паховой области собственными тканями преимущественно по способу Бассини и Жирару-Кимбаровскому. Для подтверждения диагноза паховой грыжи всем больным в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) паховой области, а 22 больным дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) из-за избыточного веса и выраженной подкожной клетчатки в паховой области. Лапароскопический ТАПП и эндоскопический ТЭП протезирующие пластики паховых областей проводились традиционными известными методами. Использовалась стандартная установка трех троакаров (двух 5 мм и одного 10мм). В случае симультантных операций устанавливались необходимые дополнительные лапаропорты. При ТАПП пластике брюшина рассекалась латерально от грыжевого дефекта и отсекаровалась медиально и вниз,

освобождая латеральную ямку и стараясь не травмировать семенной канатик и семенные сосуды, а затем освобождалась медиальная ямка до срединной складки визуализируя верхнюю лонную кость и заднюю поверхность прямой мышцы. При ТЭП пластике проводилось формирование предбрюшинного пространства у 19 без баллона и у 7 пациентов с помощью баллона. В обязательном порядке извлекалась липома из грыжевого канала. Если возникали затруднения технического плана в полном извлечении грыжевого мешка при больших и врожденных пахово-мошоночных грыжах при ТАПП пластике, то он пересекался на некотором протяжении от шейки. Особое внимание уделялось гемостазу. Пластику задней стенки пахового канала выполняли предварительно моделированными полипропиленовыми сетками 15x15 см без разреза. Сетку фиксировали тейкерами герниостеплера "PROTACK" и перитонизировали брюшиной при ТАПП пластике, а при ТЭП пластике фиксация сетки не применялась. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль зоны оперативного вмешательства для определения наличия серозной жидкости в парапротезном пространстве. В сроки до 3-х лет: через месяц, 3 месяца, полгода, год, два и три года после операции, проведено контрольное обследование у 153 ранее оперированных больных, включающее наряду с физикальным обследованием детальное УЗИ и рентгенографию паховой области, а у трех из них дополнительное рентгеновское компьютерное томографическое исследование при подозрении на рецидив грыжи.

Результаты. При проведении диагностического этапа лапароскопической ТАПП герниопластики у 32(19,0%) больных выявлены грыжевые лакуны с противоположной стороны и им выполнены одновременно герниопластики с обеих сторон. Врожденного характера пахово-мошоночной грыжи установлен у одного больного 27 лет – при лапароскопическом осмотре грыжевого мешка на дне его обнаружено яичко. После мобилизации грыжевого мешка на расстоянии до 2 см от шейки он пересечен и лигирован эндопетлей, а затем проведена обычная ТАПП пластика. Однако в послеоперационном периоде у больного развилась водянка оболочек яичка и через год после операции он был оперирован - выполнена операция Винкельмана. У 23 (13,7%) больных выполнены симультантные операции: из них у 16 лапароскопическая холецистэктомия, у 6 выполнено удаление кисты яичника и у одного больного удаление аппендикса фиксированного к грыжевому мешку. Не было ни одного случая конверсии в традиционную открытую операцию. Продолжительность лапароскопической ТАПП герниопластики составило

в среднем $56,2+0,3$ мин. Болевой синдром в послеоперационном периоде был невыраженный и корригировался назначением анальгетиков «по требованию». В раннем послеоперационном периоде у 27(16,1%) больных наблюдались серомы пахово-мошоночной области, гематомы области мошонки отмечены у двух. Средний послеоперационный койка/день составил $1,8+0,4$ дня. В сроки наблюдения от одного до трех месяцев серомы пахово-мошоночной области спонтанно разрешились. У двух больных через год после операции сохранялись нейропатические ощущения в паховой области. Рецидив выявлен через два года после операции у одного больного 62 лет (0,6%), занятого тяжелым трудом в горной местности, от повторного оперативного вмешательства он отказался. При ТЭП пластике во время формирования предбрюшинного пространства без баллона разрывы брюшины были отмечены у 3 больных, во всех случаях они были лигированы эндопетлей, а затем проведена обычная ТЭП пластика. Продолжительность ТЭП пластики составило в среднем $61,2+0,3$ мин. Конверсий в ТАПП и открытую операцию не было. Болевой синдром в послеоперационном периоде был менее выражен и не требовал приема анальгетиков. У одного больного с формированием рабочего предбрюшинного пространства баллоном в раннем послеоперационном периоде отмечена при УЗИ гематома парапротезного пространства. Гнойно-септических осложнений не было ни в одном случае.

Выводы. Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) паховая герниопластика представляет универсальный эффективный и надежный способ лечения паховых грыж, особенно рецидивных, позволяет выполнить симультанные лапароскопические операции на органах брюшной полости, легок в освоении, а также приводит к быстрой социальной и трудовой реабилитации больных. Тотальная эндоскопическая (ТЭП) пластика сложнее в обучении, на этапе освоения метода лучше использовать баллон для формирования предбрюшинного пространства и проводить тщательный гемостаз, показана при односторонних грыжах у лиц молодого возраста. Но по мере накопления опыта показания к ее использованию могут быть расширены до определенных пределов, что требует дальнейших исследований.

Хирургическая инфекция

Наша тактика лечения больных острым гнойным сиаладенитом при сахарном диабете

Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Махачкала, Россия

Введение. Являющиеся следствием сахарного диабета и воспалительного процесса метаболические нарушения, взаимно усугубляя друг друга, создают определенный порочный круг. Поэтому при оказании помощи больным сахарным диабетом важно, чтобы лечение было направлено одновременно как против воспалительного процесса в челюстно-лицевой области, так и на нормализацию углеводного обмена. Отмечено, что сиаладенит, в том числе острый, может быть осложнением сахарного диабета. Бурный рост заболеваемости сахарным диабетом и его осложнений во всем мире указывают на актуальность совершенствования лечения заболеваний слюнных желез при сахарном диабете.

Цель. Изучить состояние больных острым сиаладенитом на фоне сахарного диабета и разработать оптимальную тактику лечения этих больных.

Материал и методы исследования. Мы наблюдали 120 больных острым гнойным сиаладенитом, которые страдали сахарным диабетом. Больные были в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 40, женщин – 80. Легкая форма сахарного диабета была у 40 больных, средняя – у 50, тяжелая – у 30. У 20 наблюдавшихся больных сахарный диабет выявлен впервые. При обследовании у 90 больных старше 40 лет выявлены гипертоническая болезнь и атеросклероз с ишемическим поражением сердца.

Результаты исследования и обсуждения. Наблюдение за этими больными и их лечение позволили нам выработать определенную врачебную тактику. Прежде всего, необходима коррекция уровня сахара в крови больного, он должен быть в пределах 7,5-10,0 ммоль/л. Умеренная гипергликемия у больного в предоперационном периоде предохраняет его от гипогликемического шока, который угрожает в послеоперационном периоде. Нам удавалось достичь таких показателей углеводного обмена путем проведения кратковременной предоперационной подготовки в течение 4-6 часов. Для этого применяли дробно индивидуальные дозы инсулина: в/в вводили поляризующую смесь (10% раствор глюкозы - 500 мл, 1% раствор СаС1 - 100 мл, инсулин - 12 Ед), 5% раствор бикарбоната натрия, кокарбоксылазу, витамины (группы В, РР, С), сердечные гликозиды, проводили дезинтоксикационную терапию. При тяжелом течении сиаладенита в виде исключения приходилось оперировать без коррекции углеводного обмена.

Хирургическая тактика при лечении больных сахарным диабетом должна быть по возможности щадящей. Особенно важным является правильный выбор метода анестезии, при котором должны быть учтены имеющиеся у больных значительные нарушения метаболизма.

При декомпенсированном течении сахарного диабета повышена склонность к некрозам и распространению гнойного процесса на ткани соседних областей за счет значительного нарушения тканевого метаболизма. Для его снижения, а также для профилактики вторичного остеомиелита ветви нижней челюсти, необходимо назначать внутримышечное введение масляного раствора ретаболила по 50 мг каждые 2 недели. Своевременное оказание неотложной помощи больным и проведение комплексной терапии позволили нам во всех случаях добиться их выздоровления. Но, тем не менее, заболевание имело затяжной характер, койко-день в среднем составлял 18 ± 4 .

Оптимальным вариантом ведения этого контингента больных при тяжелом течении процесса следует признать их лечение в палатах интенсивной терапии с обязательным контролем и коррекцией основных показателей гемодинамики и состояния системы гомеостаза.

Выводы. Помощь больным с гнойным сиаладенитом, страдающим сахарным диабетом, заключается, прежде всего, в предоперационной коррекции углеводного обмена, правильном выборе метода обезболивания, своевременном операционном лечении и проведении массивной антибактериальной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, направленной на поддержание и восстановление нарушенных болезнью функций организма.

Анализ ошибок в лечении больных диабетической стопой в догоспитальном этапе

Сафаров С.Ю. (1), Алиев М.А.(1), Сулейманов Ш.А.(1), Рабаданова С.Р.(1), Гереева З.К. (1), Магомедов З.М-С. (1), Далгатов Г.М. (1).
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, ГБУ РД «ГКБ», Махачкала, Россия

Актуальность. Эпидемией современного мира именуют сахарный диабет (СД): наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и онкологией он бьет все рекорды по количеству больных. К началу 2019 г. в мире насчитывался 420 млн диабетиков, в РФ – 10 млн, в Дагестане более 32 тысяч больных. Коварство болезни в том, что она развивается и

прогрессирует безболезненно и малосимптомно. От таких грозных осложнений диабета, как ретинопатия, нефропатия, синдрома диабетической стопы (СДС), страдает весь организм. Около 30-40% больных с диабетом развивается СДС, который влечет за собой калечащая операция -ампутация нижней конечности, с послеоперационной летальностью от 20 до 50%, а в последующие 5 лет из числа оперированных умирают 75%. Диабетики, обращающиеся в Республиканское отделение хирургической инфекции, с трофической язвой, флегмоной, гангреной стопы, до этого длительное время лечатся в амбулаторно-поликлиническом звене, а затем в хирургических стационарах по месту жительства. Немалую роль в неблагоприятных исходах диабетической стопы играют врачебные ошибки, допущенные на начальных этапах диагностики и лечения, которые существенно ухудшают прогноз пациентов.

Цель. Выявить наиболее частые ошибки врачей системы первичного обращения в свете общепринятых стандартов по диагностике и лечению СДС и, указав на них, избежать их повторения впредь.

Материал и методы. В 2016-2018 годы к нам, в Республиканское отделение хирургической инфекции, поступили 192 пациентов СДС с декомпенсированным сахарным диабетом и гнойно-некротическими поражениями стоп. Из них 91 поступили в экстренном, и 101 – в плановом порядке. На момент госпитализации лишь у 22 пациентов сахарный диабет был компенсирован и уровень гликемии у них составлял 6.4-8.8 ммоль/л. В стадии декомпенсации углеводного обмена поступило 146 больных, а в субкомпенсации -24. Мужчин было- 62, женщин- 130, в возрасте от 44 до 78 лет. До обращения к нам, они в длительное время лечились по месту жительства. Все пациенты нами поделены на 3 группы: в первую вошли 145 лиц, начавшие обследование и лечение в амбулаторно-поликлиническом звене, затем в хирургических стационарах районных и городских больниц республики; во вторую - 28 человек, наблюдавшиеся в ведомственных и частных медицинских структурах Махачкалы и сопредельных республик (Чечни и Азербайджана); в третью - 19 больные, занимавшиеся самолечением дома. Средняя давность проявления «синдромности» диабетической стопы на момент обращения к нам- 3.4 месяца.

Кроме сахарного диабета, осложненным диабетической стопой, чаще всего эти больные еще страдали: ожирением разной степени, ИБС, артериальной гипертензией, атеросклерозом нижних конечностей, терминальной стадией заболевания почек, лекарственной и пищевой

аллергией, алкоголизмом, полу или полностью слепотою, около половины мужского контингента были курильщиками со стажем.

Нами оценивалось выполнение общепринятых национальных рекомендаций в обследовании и лечения больных СДС хирургическими службами общей практики городов и районов республик, частными медицинскими структурами и теми, кто занимался самолечением. А сформулированы рекомендации на основе Международного соглашения по диабетической стопе (Нидерланды, 1991), где были выделены три формы синдрома: невропатическая инфицированная стопа (безболевая), ишемическая гангренозная стопа (с болевым синдромом) и смешанная нейроишемическая форма.

Как сказано выше 145 пациентов были из бюджетных учреждений городов и районов, у которых на руках были краткие выписки из поликлиник или хирургического отделения, где указан диагноз, скудные результаты обследования и названия препаратов, которые они получили. У 28 поступивших из частных клиник такие выписки были примерно у половины, у остальных- направления в связи с безуспешностью лечения. У 19, занимавшихся самолечением, поступили самотеком или доставлены «Скорой». Таким образом, материал нашего анализа- это информация из выписных эпикризов, направлений, амбулаторных карт, которые часть больных имели при себе, и те сведения, что мы получили при тщательном сборе анамнеза при поступлении к нам.

Результаты. По части диагностики синдрома диабетической стопы у пациентов при первичном обследовании по месту жительства были допущены ошибки у 55 пациентов: - у более половины пациентов диагноз был обозначен, как «Синдром диабетической стопы», без идентификации клинических форм; - только в единичных случаях больные были консультированы сосудистым хирургом, эндокринологом, неврологом, нефрологом и т.д. - ни одному больному не была выполнена доплерография сосудов конечности, лишь 50% больных имели на руках рентгенографии сосудов костей стопы; - треть больным не производили посевы из раны и больше половины случаев не проверяли кровь на стерильность.

Ошибки лечебного характера. В алгоритме лечения диабетической стопы предусмотрены: - коррекция уровня сахара в крови; - борьба с инфекцией и интоксикацией; - иммобилизация или разгрузка пораженной конечности; - применение антикоагулянтную и дезагрегантную терапии; - местное лечение гнойно-некротических поражений стопы. При

выполнении этих основных и обязательных компонентов лечения у 102 пациентов были выявлены 5 видов ошибок следующего характера.

1. Лишь у половины пациентов 1 и 2 и шестеро из 3 группы имели индивидуальные глюкометры, которые определяли уровень сахара в крови 1-2 раза в 10 дней. Остальным уровень гликемии определяли 2-3 раза в месяц. В большинстве случаев больные догадывались, что сахар в крови повышен из-за резкой слабости, сухости во рту, обильному мочевыделению. Особенно те, кто занимались самолечением принимали сахароснижающие препараты, подбирая дозу наугад.

2. Около 90% пациентов получали антибиотики, ровно половина из них в виде таблеток (по 1 табл. 3 раза в день). Не всем, даже стационарно леченым, производили бак.посевы раневого отделяемого на вид флоры и ее чувствительность к вводимым препаратам. Зачастую после получения результатов посева антибактериальную терапию не корректировалась. Имело место также неадекватность курсов (слишком короткие или низкодозовые).

3. Дезинтоксикационная терапия призвана после вскрытия гнойных очагов и некрэктомий, удалять циркулирующие в крови и лимфы токсических продуктов и отработанных шлаков. Этот важный раздел терапии был применен не всем тяжелым больным из-за недооценки тяжести состояния. Форсированный диурез, который прост и основан на использовании естественного процесса удаления токсинов почкам выполнялся лишь 6 пациентам из городов.

4. Иммобилизация стопы - необходимый компонент лечения после вскрытия гнойных очагов, некрэктомий, ампутации пальцев и т.д. А ведь это условия заживления раны, исключение повторной травматизации и профилактика повторных инфицирований стопы. Ни у одного пациента при поступлении к нам не была фиксирована стопа, даже гипсовой лангетой, будто разгрузка конечности - невыполнимый стандарт.

5. При местном лечении не применялись специальные перевязочные материалы, пропитанные антибиотиками, антисептиками, мазями обладающих такими же свойствами. Основным методом во всех лечебных учреждениях, откуда поступали наши больные - это марлевая повязка с мазью «Левомиколь». У трех больных после вскрытия подошвенных субфасциальных флегмон стопу перевязывали с использованием дубящих антисептиков, противопоказанных при сахарном диабете – бриллиантовая зелень, перманганат калия, спиртовые компрессы.

Анаэробная неклостридиальная инфекция. Анализ двух клинических наблюдений флегмоны верхних конечностей, развившихся после случайных проколов

Сафаров С.Ю.(1), Алиев М.А.(1), Сулейманов Ш.А.(1), Свелиманов З.А.(1), Магомедов З. М-С.(1), Далгатов Г.М.(1).

ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, ГБУ РД ГКБ, Махачкала, Россия

Анаэробная флора в 21 столетии занимает 11 из 19 частей всего разнообразия микробного микромира. Она отличается тяжестью течения, высокой скоростью распространения некротического процесса на обширные площади мягких тканей и, наконец, с высоким уровнем (14-80%) летальности. Сказанное подтверждает наши два случая панфлегмоны верхней конечности.

Клинический случай № 1. Б-й М. 31 год, доставлен в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) на «Скорой» в сопровождении врача. Неделю назад, дома, когда ложился на диван незамеченной иглой укололся в область левого плеча на глубину 1-1.5 см. На 2-3 день беспокоили боли, на 5 день они усилились, хирург назначил аналгетики. На 7 день возникли ознобы, слабость и разбитость.

Госпитализировали в хирургическое отделение и в течение 4 ч. ему вводили цефотоксин, амикоцин, метрагил, димедрол, анальгин 50%, ПСС, реамбирин, которые никак не повлияли на его самочувствие. В тот же час с диагнозом Начинаяющаяся некластридиальная анаэробная флегмона левого плеча? переплавили к нам в РОХИ.

При поступлении состояние тяжелое, жаловался на боли при активном и пассивном движении плечевого сустава, сухость во рту, нарастающая слабость, ознобы, t-39.1, пульс 92-100/мин, ЧДД- 24-26/мин, АД – 110/70. Местно: левая рука согнута в локтевом суставе, в области плечевого сустава с переходом на боковую поверхность грудной клетки определяется участок d - 10-15 см болезненного уплотнения, гиперемии, местный жар, и припухлость с флюктуацией в центре. Здесь же точечная рана – место укола без выделений. Сомнений не было, что это анаэробная флегмона левого плечевого пояса. После краткой подготовки, под в/в обезболивание разрезом длиной 8-10 см вскрыта флегмона передней поверхности левого плечевого сустава, спускаясь вниз до середины плеча. В ране преобладал некроз жировой клетчатки, поверхностных фасций мышц, со скудным гнойным выпотом (ок. 20 мл), серо-желтого цвета, зловонным запахом и капельками жира. В ходе ревизии вскрыты несколько гнойных затеков вокруг сустава. Суставная капсула интактна.

После тщательной некрэктомии, раны обильно орошены и рыхло тампонируются салфетками, смоченными 3% H₂O₂, введены перчаточные выпускники. Асептическая повязка. Послеоперационный д-з: Обширная анаэробная некластридиальная флегмона левого плеча с распространением процесса в надплечье, грудную клетку, и в лопаточную область. Некротический фасциит, Тяжелый сепсис. Назавтра отек распространился до ключично-акромиального сочленения и предплечья. Под в/в анестезии вскрыты и эти участки. Сделаны новые разрезы на внутренней поверхности плеча и предплечья. Из этих ран также выделилась в умеренном количестве серозно-гнойный выпот с характерным ихорозным запахом. Выявлены участки некроза дельтовидной и двуглавой мышц плеча, которые по ходу иссечены. Больной переведен в реанимацию. Кровь: Лейк- 9.7x10⁹/л, Нв снизился со 150 до 83 г/л, Эр. с 5.2 до 2.710/л, Нтс с 41 до 24, Общ. белок с 63 до 47 г/л.

В целом пациент перенес 8 вскрытий гнойно-некротических очагов и 19 этапных некрэктомий. Местно при лечении раневого процесса применяли антисептики и мази на водорастворимой основе - левомиколь, левосин; аргосульфамид и др. Проводили инфузионную терапию: реамбирин по 500 мл в/в, СЗП около 2 литров, дважды перелита одноклассовую кровь- 566 мл, дисоль, ацессоль по 400 мл в/в, физ. р-р по 500 мл+ трентал 10 мл в/в и др. Для усиления эффекта проводимой детоксикационной терапии подключены 5 сеансов ГБО, 7 сеансов в/в УФОК из подключичного доступа. Большие раневые поверхности облучали лучами лазера. К концу второй недели раны закрыты с использованием метода дозированного тканевого растяжения и на 18 день выписан с рекомендацией обратиться в реабилитационный центр – для разработки функции плечевом и локтевом суставах. Осмотрен через 8 месяцев: движения в суставах почти в полном объеме, устраивается на работу.

Клинический случай №2. Б-я А. 51 года, поступила с колотой раной 1 пальца правой кисти, с выраженной слабостью и головокружением. 3 дня назад, срывая подростковую траву в огороде колючкой проколола палец. На следующий день появились боли на этом месте, принимала анальгетики, не помогли, еще через два дня боли усилились. И «Скорая» привезла её к нам в РОХИ.

Локально: первый палец правой кисти утолщен, болезнен и гиперемирован, заметна колотая рана со скудным гнойным отделяемым. Отек тыла кисти охватывает и нижняя треть предплечья. Диагноз: Панариций 1 пальца. В этот же день под м/о, панариций вскрыт, при этом

выделилось 2-3 мл гноя. Сделан разрез и на тыле кисти длиной 7 см, вышло грязно-серого цвета выпот около 13 мл. Раневая полость санирована, дренирована и рука фиксирована. На завтра боли, отек, гиперемия распространились до в/3 плеча, отмечены отслоение эпидермиса и буллы серозно-геморрагическим содержимым. Под в/в обезболивание сняты швы на тыле кисти, сделаны 4 лампасных разреза на предплечье длиной от 5 до 10 см, а также 2 разреза с целью декомпрессии в н/3 плеча. При этом выделилось обильное количество грязно-серого цвета мутный экссудат с резким гнилостным запахом. Подкожно-жировая клетчатка и фасциальные образования были пропитаны этим же экссудатом и имели тусклый грязно-серый вид с признаками сосудистого тромбоза. Выставлен клинический диагноз: Обширная гнойно-некротический процесс правой в/к. Некротизирующий целлюлит и фасциит. Тяжелый сепсис. Больная в реанимации.

Состояние больной крайне тяжелое: АД 90/60, пульс 90-100/мин, слабого наполнения. Мы стартовыми назначили препараты активные в отношении как аэробов, так и анаэробов- ампициллин, клиндамицин. На 6 день из-за их неэффективности подключили антибиотики резерва: тиенам, метрагил, ципрофлоксацин. Добавили в/в лазерное облучение крови, плазмаферез.

На 8 день психомоторное возбуждение, «металась в постели», на вопросы не отвечала, Невролог – психомоторная энцефалопатия, АД 150/10, пульс 94/мин. На 10-й алая кровь из НГЗ и мелена. На ФГДС- Язва ДПК d-1 см с налетом фибрина и гематина. Эрозивный гастрит и дуоденит.

Состоявшееся кровотечение. Интенсивной гемостатической терапией кровотоечение остановлено. Давление поднялось до 110/55, пульс 88-100/мин. на следующий 11-й день – рецидив кровотечения и на её высоте остановка сердца. Реанимационные пособия безуспешны.

Посмертный диагноз. Основной: Панфлегмона правой верхней конечности, осложненная некротизирующим целлюлитом, фасциитом и сепсисом. ПОН. Конкурирующий д-з: Острая стрессовая язва луковицы ДПК, осложненная рецидивами кровотечений. Сопутствующий д-з: Гипертонический нефросклероз. Сморщенная левая почка Нефрогенная анемия. ХБП 4 ст. Гипертоническая болезнь. АГ 3 ст. Риск 4 ст.

Токсическая энцефалопатия смешанного генеза. Эрозивный гастрит, дуоденит. Причина смерти: Геморрагический шок.

Заключение Некротические инфекции мягких тканей агрессивны, быстротечны, жизнеопасны, а также редки и малоизучены. Как правило, тяжелые случаи регистрируются при позднем обращении больного и запоздалом хирургическом вмешательстве. Наши больные поступили на

7-й день заболевания после безуспешных самолечений. Следовательно, было упущено много времени для своевременного оказания эффективной помощи. Надеемся, что данная публикация внесет свою лепту в информационный вакуум по проблеме лечения анаэробной некластридиальной инфекции мягкотканых структур, расширить кругозор практических врачей первичного звена, что позволит минимизировать число диагностических ошибок на ранней стадии развития тяжелого недуга.

Наш опыт лечения Гангрены Фурнье с системным и местным использованием физических методов детоксикации организма

Сафаров С.Ю. (1), Алиев М.А.(1), Сулейманов Ш.А.(1), Рабаданова С.Р.(1), Гереева З.К.(1), Свелиманов З.А.(1).

ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, ГБУ РД ГКБ, Махачкала, Россия

Актуальность. Гангрена Фурнье (ГФ) сегодня рассматривается как редкая форма инфекционно - некротизирующего фасциита гениталий и промежности полимикробной этиологии. Она относится к острым хирургическим заболеваниям с септическим течением и летальностью до 88%. Фурнье считал травму гениталий одним из факторов предрасполагающий к заболеванию и описал молниеносную гангрену пациента, развившуюся вследствие перевязывания наружных половых органов (НПО) лигатурой с целью предотвращения ночного энуреза или с целью контрацепции. Полагают, что в патогенезе ГФ повинны три фактора: высоковирулентная инфекция; острое нарушение кровообращения в мошонке; снижение иммунной резистентности организма. Для оценки распространенности ГФ из ряда предложенных классификаций наиболее проста и практична трехстадийная классификация Датуашвили Т.Д. с соавт. (1988), где 1 стадия – поражение мошонки; 2 – вовлечение в процесс полового члена, промежности, область лобка; 3 – флегмона тазовой клетчатки и забрюшинного пространства. Болезнь чаще встречается у пожилых, асоциальных лиц, с иммунодефицитным статусом, больных сахарным диабетом 2 типа (СД), лиц, страдающих ожирением и хроническим алкоголизмом. Болезнь считается редкой, недостаточно изученной и малознакомой врачам, особенно первичного звена. В то же время с начала XXI века по сегодняшний день по данным литературы заболеваемость ГФ выросла от 2.2 до 6.4 раз и за этот же период число публикаций возрос 1.5-1.7 раз.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения ГФ путем включения в комплекс терапии физических методов детоксикации организма.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет в наше Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) поступило 48 мужчин с Гангреной Фурнье, возраст которых от 42 до 78 лет. Из них первой стадией страдал 12 пациентов, второй – 29 и третьей – 7 чел. Почти у всех были выявлены тяжелые сопутствующие патологии:

атеросклеротический коронарокардиосклероз, ИБС, ожирение, отеки, анемии, хронический варикотромбофлебит нижних конечностей - у 14 больных; тяжелый декомпенсированный инсулинозависимый сахарный диабет 2 типа (сахар в крови 9,6-21,2 ммоль/л) – у 15 (31.2%), пятеро пациентов были инфицированы несколькими вирусными гепатитами (А, В, С); различными заболеваниями ЖКТ страдали 7, асоциальными были 5 чел. В течение 3 суток от начала заболевания в клинику поступило 10 больных, в сроки от 4 до 7 сут – 24 чел., от 8 до 12 суток – 14 чел.

Большинство больных при поступлении жаловались на боли жгучего характера возникшие без видимой причины в области мошонки, промежности и левой паховой области, периодический озноб, высокую температуру, общую слабость, в крови гиперлейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Местно: болезненная, напряженная шарообразная мошонка, кожа промежности и бедер синюшная фиолетово-бурой окраски местами с черным оттенком, у четырех больных складки были сглажены и в области отека - крепитация. В день поступления после кратковременной подготовки, направленной на стабилизацию сердечно-сосудистой и дыхательной системы под общим обезболиванием пациентам выполнялись экстренные хирургические вмешательства- радикальные иссечения пораженных тканей, раны широко раскрывали, ревизовали глубокие пространства и санировали. Параллельно проводили антибактериальную, дезинтоксикационную, сахароснижающую, общеукрепляющую терапию. Все это они получали в условиях реанимационного отделения.

В дальнейшем больные были поделены на 2 группы: в первую - опытную вошли 27 больных, во вторую контрольную – 21 чел. Пациентам опытной группы вышеупомянутый комплекс лечения мы дополнили интракорпоральными детоксикационными методами. Это в/в ультрафиолетовое облучение крови (ВУФОК) в зависимости от тяжести состояния от 6 до 12 сеансов, длившиеся 40-60 мин; в/в лазерное облучение крови (ВЛОК), количество процедур 6-12 сеансов, длившиеся по 20-30 мин; низкоинтенсивные лазерное излучение малой мощности

(10-20 мВт) инфицированных раневых поверхностей в течение 5-10 мин; в/в введение 300 мл озонированного раствора в концентрации 5-6 мкг/мл, капельно 1 раз в день. В самом начале этих процедур кроме подробного описания местного статуса язв и инфицированных ран, у каждого больного зафиксировали температуру тела, уровень лейкоцитоза и сдвига влево лейкоцитарной формулы, показатели СОЭ, заметных биохимических сдвигов и выраженность симптомов эндотоксемии. Эффективность лечения мониторировали динамическими клинико-лабораторными исследованиями.

На 6-8 сутки использования ВУФОК, ВЛОК, лазерного излучения гнойных ран и в/в введения озонированного раствора улучшилось самочувствие пациентов, появился аппетит и интерес к окружающему. Особенно была заметна тенденция к снижению температуры тела, показателей лейкоцитов и СОЭ. Действия лучей лазера на раневую поверхность были самыми наглядными: с 3-5 сеанса результаты бакпосевов стали отрицательными. Интегральные показатели тяжести общего состояния и эндотоксемии прокальцитонин-тест в унисон с улучшением клинических показателей приобрели устойчивую тенденцию к снижению.

Эффективность методов ВУФОК, ВЛОК, местного облучения ран низкоинтенсивными лучами лазера в сочетании с озонотерапией объяснима выраженным окислительным и антисептическим свойством кислорода, оживляющий в крови и тканях бактериоцидные, детоксикационные, иммуномоделирующие действия. При ВЛОКе облучая форменных элементов крови лучи лазера активируют в них ферментный и энергетический обмен, усиливая тем самым функциональные их возможности. Бактериоцидные лучи лазера способны за короткий срок достоверно снижать микробную обсеменённость поверхности ран, минимизируя тем самым, всасывание токсинов и способствуя падению напряженности эндотоксемии.

Восстановление физиологических механизмов раневого процесса обеспечивало отграничение некрозов, очищение раневой поверхности и активизация сложного репаративного процесса в ране. Все это создает благоприятные условия для успешного выполнения восстановительных операций, что является обязательным компонентом хирургического лечения инфицированных ран и поверхностей. Устранение дефекта осуществлялось на фоне компенсации общего состояния пациента, устранения инфекции и купирования ишемии тканей стопы. Мы

применяли следующие виды пластик: пластика местными тканями, метод дозированного тканевого растяжения и аутодермопластики.

В процессе лечения мы потеряли 9 больных (18.75%). Они пожилого и старческого возраста с декомпенсированным сахарным диабетом, в сочетании мультифокальным атеросклерозом, больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, на закате жизни у них развился сепсис, вызвавший полиорганную недостаточность, которая и унесла их жизнь.

Выводы. 1. Заболеваемость Болезнью Фурнье в последние десятилетия заметно растет. Об этом свидетельствуют и данные нашего Центра хирургической инфекции: 15-20 лет назад ежегодно к нам поступали 4-7 больных с ГФ, теперь их число возрос до 16-21.

2. Больные с ГФ в силу особенностей клинического течения подлежат срочной госпитализации в специализированные отделения. Хирургическая обработка гнойно-некротического очага, нерациональная антибактериальная терапия, неадекватная борьба с эндотоксемией, без учета тяжелых сопутствующих патологий, выполненные в районных лечебных учреждениях малоэффективны, затягивают сроки оказания санационных некрэктомий ухудшают результаты и прогноз заболевания.

3. Очевидная эффективность и низкая стоимость, простота использования и безопасность при этом позволяют апробированные нами интракорпоральные методы детоксикации (ВУФОК, ВЛОК, обработка инфицированных поверхностей низкоинтенсивными лазерными лучами) рекомендовать к широкому применению пациентам с аналогичными нозологиями.

4. Причинами летальных исходов у наших пациентов были тяжелые осложнения, как эндотоксемии, способствовавшей развитию сепсиса, который породил синдром полиорганную недостаточность, ставшей раковым для измученного тяжелыми сопутствующими патологиями.

Влияние способа ведения раны на продолжительность госпитализации пациентов с постернотомными осложнениями

Андреев Д.Ю., Айдемиров А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. С момента освоения хирургического доступа к переднему средостению хирургов не оставляли в покое проблемы раневых инфекционных осложнений. Рассматриваемый нами вид осложнений –

гнойно-деструктивные заболевания [осложнения] грудной стенки. Согласно мировой статистике XXI-го века эта патология имеет большую значимость для медицины ввиду высокой частоты встречаемости – до 10% случаев от общего числа оперативных вмешательств, 30% которых приводят к летальному исходу.

Цель исследования. Изучить длительность пребывания в стационаре пациентов с инфекционными осложнениями после выполнения оперативных вмешательств на грудной клетке с учётом способа вспомогательного ведения послеоперационной раны. Объяснить выбор определённой тактики вспомогательного лечения.

Материалы и методы. В результате проведённого нами ретроспективного анализа случаев госпитализации пациентов в период с 2016 года по 2021 год со следующими гнойно-деструктивными заболеваниями [осложнениями] грудной стенки: остеомиелит грудины и стерномедиастенит.

Осуществлена выборка в количестве 49 пациентов, которые были распределены в две группы: 29 – остеомиелит грудины (№1), 20 – стерномедиастенит (№2).

Далее каждая из групп разделялась на подгруппы, в зависимости от способа вспомогательного лечения раневого дефекта передней грудной стенки: применение отрицательного давления (NPWT) и сквозная промывная дренажная система (СПС).

В группе №1 NPWT применено у 22 пациентов ($\mu \approx 38$), СПС у 7 пациентов ($\mu \approx 17$). В группе №2 NPWT применялось в 15 случаях ($\mu \approx 52$), СПС в 5 случаях ($\mu = 24$).

В группе №1, где использовалась NPWT, диапазон сроков пребывания в стационаре составлял 170 дней (179-9). В группе №2, с применением NPWT, диапазон сроков пребывания в стационаре составлял 115 дней (131-16).

В группе №1, где применялась СПС, диапазон сроков пребывания в стационаре составляет 19 дней (28-9). В группе №2, с применением СПС, диапазон составляет 31 день (42-11).

Таким образом, на основе приведённых выше данных, можно сказать, что вне зависимости от патологии, период госпитализации в тех случаях, когда для лечения применяется NPWT, удлиняется. Использование СПС существенно уменьшает количество койко-дней, проведённых пациентом в стационаре.

Заключение. На основе полученных результатов, формируется закономерность, что вне зависимости от этиологических факторов

постстернотомных осложнений, период госпитализации, в случае применения терапии ран с отрицательным давлением (Negative pressure wound treatment (NPWT)), удлинится $\approx 2,2$ раза. Использование сквозной промывной дренажной системы (СПС), наоборот, сокращает период госпитализации $\approx 2,2$ раза.

Однако, при выборе способа ведения раны, необходимо рассматривать каждый клинический случай в отдельности.

Результаты комплексного лечения пациентов с некротизирующей инфекцией мягких тканей

Сулейманов Ш.А., Ибрагимов У.М., Магомедов З.А., Омаров И.Ш., Сатуллаева М.А-А., Магомедрасулова М.И., НУрмагомедов М.С.
ГБУ РД "Городская клиническая больница", Россия

Актуальность. Анаэробная неклостридиальная инфекция – глубокопроникающая инфекция подкожных тканей, которая быстро прогрессирует и распространяется вдоль фасциальных футляров, сопровождаясь тяжелой интоксикацией, сепсисом и летальностью. Данная группа пациентов тяжело и высокочувствительно поддается лечению.

Некротические фасцииты и миозиты, относящиеся к III и IV уровню гнойно-воспалительных процессов в мягких тканях (по Ahrenholz D.H., 1991), по данным литературы от 40,0 до 60,0 % заканчиваются летальным исходом, что и определяет актуальность изучения данной патологии.

Цель исследования: оценка эффективности и результатов лечения пациентов с некротизирующими инфекциями мягких тканей.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ лечения 48 пациентов с НИМТ, находившихся на лечении в отделении хирургической инфекции ГБУ РД «ГКБ», г.Махачкала с 9 марта 2022 по 1 мая 2023 гг. (постковидный период).

У 21 пациентов инфекционный процесс поражал нижние конечности. 3 человек пролечено с некротической формой рожи той или иной локализации. Некротический фасциит наблюдался у 10 пациентов, Некротический миозит, соответственно, пролечен у 5 пациентов. В плане хирургического лечения 46 больным было проведено оперативное вмешательство с последующими вторичными хирургическими обработками ран и пластическим закрытием раневых дефектов тем или иным способом при стабилизации состояния.

Лечение больных было комплексным и включало активную хирургическую тактику и полноценную реанимационную поддержку. Средний возраст больных составил 53,4 лет. Мужчин было 22 (45,8 %), женщин – 26 (54,1 %) человек. Некротический дерматоцеллюлит диагностирован у 26 (54,1%) пациентов, фасциит – у 14 (29,1 %) больных, из них у 5 человек была гангрена Фурнье. Фасциомиозит имел место в 8 (16 %) наблюдениях. Сепсис развился у 20 (41,6 %) больного, септический шок – в 5 (10,4 %) случаях. У 31 (64,6 %) пациентов была высеяна грамм-положительной кокковой флорой. В 23 (47,9 %) случаях имело место 3 и более фоновых заболеваний. Сахарный диабет встречался в 19 (39,6 %) случаях. В ходе лечения проводилась хирургическую обработку гнойно-некротического очага с последующими этапными некрэктомиями («по требованию»), эмпирическую антибактериальную терапию с последующей корректировкой по результатам посева из раны, инфузионную и дезинтоксикационную терапию, противоязвенную терапию, антикоагулянты, местное лечение, пластическое замещение дефектов после очищения ран. 34 (70,8 %) пациента с целью стабилизации состояния и предоперационной подготовки были госпитализированы в ОАиР. Это пациенты с клиникой сепсиса, а также в коморбидном состоянии. При поступлении пациентов с НИМТ проводилась оценка тяжести состояния и органной дисфункции с применением шкалы qSOFA. Всем пациентам с сепсисом проводили экстренные анализы крови на прокальцитонин, газовый состав крови, микробиологическое исследование крови и раневого отделяемого, выполняли КТ органов грудной клетки и брюшной полости, Эхо-КТ. При необходимости выполняли рентгенографию, ультразвуковое исследование мягких тканей и сосудов. Для восполнения белково-энергетических потерь назначалось парентеральное и энтеральное питание. С целью коррекции анемии – трансфузия компонентов крови. Респираторная поддержка по необходимости. Выполнение гемодиализацию в наших условиях не представляется возможным. До стабилизации состояния пациента выполнялись следующие экстракорпоральные методы детоксикации: гемосорбция, плазмоферез, УФОК, ВЛОК.

Результаты исследования. Средние сроки стационарного лечения составили 15,5 сут. В 31 (64,6 %) случае было выполнено 2 и более оперативных вмешательства. Количество выполняемых кожно-пластических операций после полного очищения раневой поверхности составило 21 (43,7 %) случаев. Летальный исход наступил в 10 случаях (20,8 %). 1 пациент скончался без оперативного вмешательства в

ближайшее время от поступления, так как поступал в крайне тяжелом состоянии, получали лечение в отделении реанимации, но стабилизации состояния, при котором можно было бы выполнить операцию, не наступило. По 1 случаю выполнена ампутация нижней конечности на уровне бедра и верхней конечности на уровне плеча.

Выводы. Лечение некротизирующих инфекций кожи и мягких тканей является сложной и высокочувствительной проблемой гнойной хирургии. Комплексный подход к лечению данной категории больных способствует быстрому купированию проявлений сепсиса, снижению летальности, уменьшению сроков нахождения пациентов в реанимационном отделении, а также скорейшему очищению раны и подготовки ее к пластическому закрытию. Ранняя диагностика, своевременная и адекватная операция, интенсивная терапия и пластическое закрытие раневых дефектов позволяют добиться успеха в лечении данной патологии.

Опыт применения комбинированных методов эфферентной терапии и фотогемокоррекции в лечении гнойно-септических ран

Гусенов З. А.

ГБУ РД "ГКБ", Махачкала, Россия

Актуальность. Терапия пациентов с гнойно-септическими состояниями является актуальной проблемой здравоохранения в связи с высокими показателями летальности и затратами на лечение.

Цель исследования: Сравнить эффективность применения эфферентных методов детоксикации и фотогемотерапии на результаты лечения пациентов с септическим шоком с полиорганной дисфункцией, по сравнению с «традиционной» терапией.

Материал и методы. Проводился ретроспективный анализ пациентов, находившихся в отделении АиР ГКБ г.Махачкалы с гнойно-септическими состояниями различной этиологии.

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по нозологии, степени тяжести состояния, возрасту и полу.

Первая группа пациентов получала «традиционную» интенсивную терапию септического шока.

В контрольной группе к «традиционной» терапии были включены эфферентные методы детоксикации и фотогемотерапии.

В качестве шкалы оценки тяжести состояния пациентов была использована шкала SOFA.

Степень тяжести эндотоксикоза оценивали по шкале Федоровского Н.М.(1993г).

Проводился динамический контроль таких показателей, как: уровень ПКТ(прокальцитонин), индекс ЛИИ(лейкоцитарный индекс интоксикации), СРБ (С-реактивный белок).

Критерии включения: больные с септическим шоком, с явлениями полиорганной дисфункции. (по шкале SOFA-12 баллов и выше, по шкале эндотоксикоза- 2-3 балла, ПКТ> 2нг./мл., СРБ>100, ЛИИ>4).

Критерий исключения: стабильные пациенты без септического шока и эндотоксикозом 1 степени.

«Традиционная» терапия септического шока включала в себя: АБ-ую, инфузионно-трансфузионную, дезинтоксикационную. антикоагулянтную терапию, вазопрессорную/инотропную поддержку.

В контрольной группе применялись следующие методы эфферентной терапии:

-Плазмоферез (мембранный, в режиме плазмообмена), - на аппарате Гемос ПФ-12. (Объем плазмоэкспузии за сеанс- 1200-1500мл., на курс-2-3 процедуры (3000-4000мл.)

-Гемосорбция (неселективная, угольная), - на аппарате Гемос ПФ-12, колонка объемом 150 мл., время сорбции-1-1.5часа в объеме 7-10 литров крови, на курс- 2-3 процедуры.

- Р-р гипохлорита натрия (0.06%, в объеме 400мл., курсом 2-3 инфузии в центральную вену, через день, а также местное применение в виде 0.12% раствора,-орошение гнойных ран.

-Фотогемотерапия: с целью иммуномодуляции- методика ВЛОК, - 635нм-2мВт., по 15мин./5 сеансов, с антисептической целью - методика УФОК,- 365нм-2мВт., по 5 мин./ 5 сеансов, чередуя процедуры через день,- на аппарате Лазмик-ВЛОК.

Эти методы применялись в наиболее ранние сроки поступления пациента в отделение Аир (в 1-й же день) и комплексно: на фоне устранения гиповолемии и старта АБ-терапии, вводился р-р Гипохлорита натрия в центральную вену, далее проводилась гемосорбция с лазерным/УФ-облучением крови на входе в колонку, и, в завершении- плазмообмен. Сеансы проводились ежедневно, либо через день, курсом на 3-5 сеансов.

Результаты исследования и их обсуждение. В контрольной группе пациентов были получены следующие показатели:

-уменьшение сроков стабилизации гемодинамики и отмены вазопрессорной поддержки (в среднем,- 3-5дней против-7-10 дней у первой группы.)

- Уменьшение степени эндогенной интоксикации (уже после 1-й схемы комбинированной терапии- до 2-х баллов, а после курса терапии- до 1 балла).
 - Улучшение общего состояния пациентов (по шкале SOFA- уменьшение общего балла на 50% на 4-й день терапии против 40% у первой группы, достигнутых на 7-й день).
 - Уменьшение длительности применения АБ-терапии и общей их дозы. (7-10 дней, против 12-18 дней).
 - И, как следствие всего вышеперечисленного, -уменьшение смертности в контрольной группе на 35%.
- Выводы: Комплексное применение эфферентных методов детоксикации и фотогемотерапии является существенным фактором, дополняющим методы интенсивной терапии септического шока и позволяет в наиболее ранние сроки уменьшить степень эндотоксикоза и улучшить выживаемость этой категории больных.

Лечение гнойно-воспалительных процессов нижних конечностей при хронической артериовенозной недостаточности.

Магомедов М.Г (1)., Мусаев З. М-С (1)., Магомедов Н.М (2)., Магомедов И.М (1).

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.2) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2» г.Махачкала, Россия

Актуальность. Хроническая артериовенозная недостаточность нижних конечностей (ХАВН НК) является распространенной патологией взрослого населения, преимущественно встречается среди лиц пожилого возраста, у женщин в 25-35%, у мужчин в 10-20% случаев.

При ХАВН НК различаем два типа трофических язв (ТЯ) голени: поверхностные и глубокие. Сокращение сроков заживления язв и улучшение трофики тканей, на наш взгляд, лежит через совершенствование методики предоперационной подготовки и проведения малотравматичных хирургических вмешательств.

Несмотря на многообразие средств, применяемых для лечения этого вида патологии, количество препаратов, эффективно влияющих на образование грануляций и эпителизацию (вторая и третья фазы раневого процесса), невелико.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с трофическими язвами нижних конечностей при ХАВН.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 26 больных в возрасте от 57 до 93 лет с ХАВН НК в основе которых у 17 (65,4%) выявлена посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ), а у 9 (34,6%) – варикозная болезнь (ВБ). Продолжительность существования язв составляла от 1 года до 27 лет. Площадь их варьировала от 1 до 330 см². Сопутствующая патология выявлена у всех больных. В 14 случаях пациенты обратились за медицинской помощью впервые, остальные получали лечение неоднократно. Оперативное вмешательство на венозной системе выполнено 23 (88,5%), местнопластические операции – 12 (46,2%) больным.

Терапия проводилась комплексно, по трем направлениям: общая консервативная терапия; местное лечение гнойно-воспалительного процесса при ХАВН на фоне трофических нарушений, оперативная коррекция флебогипертензии и дефекта кожных покровов. Общая медикаментозная терапия включала применение традиционных лекарственных средств и антибактериальных препаратов. Объем и продолжительность его варьировали в зависимости от состояния больного. Местное лечение основывалось на применении средства «Ихтиосин». Объем оперативного вмешательства определялся этиологией и степенью хронической венозной недостаточности.

Оценку эффективности лечения проводили при контрольном осмотре на 7, 14, 21-е сутки на основании изменения клинических проявлений заболевания, степени бактериальной обсемененности, цитологической картины и показателей качества жизни, при этом учитывали длительность заболевания, частоту рецидивов, эффективность предыдущих видов лечения и размеры трофического дефекта.

Результаты и их обсуждение. Больные были статистически достоверны между собой по основным исходным показателям. В результате лечения у всех больных основной группы удалось добиться полной эпителизации язвенного дефекта, а «спонтанное» заживление отмечено в 69,2% больных, а у пациентов контрольной группы – в 25,4%. Уже в первые дни лечения количество раневого отделяемого уменьшилось, а к окончанию практически отсутствовало у 98% больных, получивших средство «Ихтиосин», в то время как в контрольной группе только у 59% пациентов.

Местное применение препарата способствовало более быстрому регрессу отека. Выраженность последнего исходно имевшегося у 97%

больных основной группы, быстро регрессировала, и к 21-м суткам отек наблюдался лишь у 4% больных (для сравнения, в контрольной группе – у 35% пациентов).

Пациенты с ТЯ имеют всегда в той или иной степени выраженности болевой синдром. Средство «Ихтиосин» обладает хорошим обезболивающим эффектом. До лечения средством «Ихтиосин» боль в ране отсутствовала у 8% больных, после лечения – у 96% пациентов; в контрольной группе этот показатель составил 6 и 32% соответственно.

Трофические язвы полностью очищались от гнойно-некротического отделяемого в основной группе на $4,1 \pm 0,9$ сутки, сроки появления грануляций составили $3,4 \pm 0,6$ суток, срок начала эпителизации – $6,1 \pm 0,6$ суток, скорость заживления раневой поверхности трофической язвы составила $7,2 \pm 0,8\%$. Кожная пластика выполнялась на $7,0 \pm 1,2$ сутки. Полное приживление лоскутов при аутодермопластике отмечено в 98,5% случаев, а в контрольной группе эти показатели были хуже в 2-2,5 раза.

Прослежены отдаленные результаты в основной группе в сроки от 6 мес. до 1,5 года у 25 больных (судьба 1 больного не известна). ТЯ зажили тонким, подвижным рубцом. Отмечено значительное уменьшение степени дерматосклероза параязвенных тканей и гиперпигментации. Рецидива язв не было.

Выводы. Местное лечение ТЯ при ХАВН НК средством «Ихтиосин» в сочетании с оперативными вмешательствами, направленными на нормализацию гемодинамики в микрогемолимфоциркуляторном русле дистальных отделов нижних конечностей, является эффективным; позволяет повысить количество положительных исходов лечения; предупреждает возникновение рецидивов и улучшает качества жизни больных.

Низкотемпературная плазменная струя в лечении длительно незаживающих ран и трофических язв

Магомедрасулова М.Н., Патахова Ф.Р

Магомедрасулова М.Н (1), Патахова Ф.Р. (2).

1) ГБДУ РД «Городская клиническая больница», 2) ДГМУ

Актуальность. Низкотемпературная плазменная струя оказывает бактерицидное и бактериостатическое действие на микроорганизмы и стимулирует процессы в ране.

Цель исследования. Определить эффективность использования низкотемпературной плазменной струи в лечении длительно незаживающих гнойных ран и трофических язв.

Материал и методы. За последние 5 лет в отделении хирургической инфекции ГБУ РД «Городская клиническая больница» прошли лечение 62 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. Из них длительно незаживающие гнойные раны имелись у 49 пациентов, трофические язвы нижней трети голеней и стоп – у 13 больных. Пациенты распределены на 2 группы: основная группа (ОГ), где применялась плазменная струя и группа сравнения (ГС), где использована традиционная методика лечения ран в зависимости от фазы течения раневого процесса. Обработка раневой поверхности низкотемпературной плазменной струей проводилась в течение 4 минут. Выполнялись: макроскопическая оценка раны; измерение площади раневой поверхности; микробиологическое исследование; цитологическое исследование мазков-отпечатков. Статистический анализ проводили в программе Statistica 13.3.

Результаты и обсуждение. При макроскопической оценке раны у всех пациентов ОГ и ГС в равной степени присутствовали признаки гнойного воспаления и наличие некротических тканей. На 6- день преобладание фибрина в ОГ в 32% случаях, а ГС- 35%. При поступлении общая площадь раневой поверхности сопоставима в обеих группах. На 6-день медиана площади в группах существенно не отличалась, но к 12-му дню отмечалась тенденция к более значимому уменьшению площади раны у пациентов ОГ и в сроки с 21 по 25 дней произошло полное заживление раны. На 6 день - в исследуемых группах отсутствовали различия в цитологической картине. На 12- день темпы заживления ран в ОГ начинают существенно опережать пролиферативные процессы, на 18-й день у 94% пациентов процесс заживления перешел в 3-ю фазу.

Микробный пейзаж ран был представлен как грампозитивными бактериями, так и грамотрицательными. На 6-й день после обработки ран плазменной струей в ОГ обсемененность бактериями была меньше по сравнению с ГС, на 12-день встречаемость микрофлоры в ОГ уменьшилась на 58%, а ГС – 71% и на 18-й день 28% и 69% соответственно. Проведенные исследования подтверждают благоприятное воздействие низкотемпературной плазменной струи на заживление ран, она способствует ускорению заживления раны на всех фазах раневого процесса, обладает выраженным антибактериальным действием, улучшает трофику окружающих рану тканей.

Заключение. Применение в комплексном лечении длительно незаживающих ран и трофических язв низкотемпературной плазменной струи позволяет обеспечить быстрое их заживление и своевременно повысить качество жизни пациентов и уменьшить сроки их стационарного и амбулаторного лечения.

Применение миниинвазивных технологий в лечении параколярных абсцессов

Абдуллаев А. Э.², Левчук А.Л.¹, Стойко Ю.М.¹, Абдуллаев Э. Г.²,

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

² ГКБ СМП, Владимир

Цель. Изучить информативность УЗИ исследования у больных с параколярным абсцессом, оценить лечебно-диагностическую эффективность миниинвазивного лечения абсцессов брюшной полости и малого таза при данной патологии.

Материалы и методы. В период с 2016-2021г, пролечено 85 больных, перенесших миниинвазивное дренирование параколярных абсцессов, под УЗИ и РТВ наведением. У 72 (84,7%) больных диагноз подтвержден на МСКТ. У 12 (14,1%) пациентов выполнено трансвагинальное, у 25 (29,4%) трансректальное УЗИ. В 18 (21,1%) случаях диагноз был установлен на МРТ малого таза.

Результаты. Дивертикулит у 65 (76,4%) больных привел к развитию параколита, с образованием у 40 (47%) внутрибрюшных и у 25 (29,4%) забрюшинных инфильтратов. Перкутанное дренирование выполнено в 85 случаях. По объему абсцессы разделились: в 19 (22,3%) 8-10 см; у 42 (49,4%) человек – 5-8 см; в 24 (28,2%) наблюдениях – до 5 см. Наиболее тяжелыми были пациенты с объемом абсцесса от 8 до 10 см. Время стояния дренажей у пациентов с размерами 8-10 см - 16-18 дней, 5-8 см – 10-14 дней, до 5 см – не более 10 суток. Радикальное оперативное лечение выполнено у 15 (17,6%) пациентов.

Заключение. Параколярный абсцесс является показанием к его миниинвазивному дренированию. Миниинвазивное дренирование нами рассматривалась как возможный «мост» к плановой хирургии ДБТК. УЗИ обладает высокой чувствительностью и специфичностью при ДБТК. Это позволяет использовать его не только как метод первичного исследования и

миниинвазивного дренирования гнойника, но и как способ объективизации за динамикой состояния пораженного участка толстой кишки.

Значение поливалентного микробного спектра возбудителей инфекций синдрома диабетической стопы на стационарном и амбулаторном этапах лечения

А.Б. Земляной¹ Зубрицкий В.Ф. ¹, Т.А. Зеленина², В.В. Салухов²,
¹ ФГБУ ВО РОСБИОТЕХ, г.Москва

² ВМА им. С.М. Кирова, г.Санкт-Петербург

Введение. Продолжительно существующие язвенные дефекты у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) подвержены реинфицированию, персистенции первичной и присоединившейся внутрибольничной инфекции, а возбудителями инфекционного процесса зачастую оказываются полирезистентные микроорганизмы (ПРМ).

Цель. Сравнить частоту встречаемости и видовые особенности микрофлоры у больных с гнойно- некротическими формами СДС на стационарном и амбулаторном этапах лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 62 больных СД 2 типа (группа 1) (38 мужчин и 24 женщины) с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей.

В исследование включено также 102 больных (группа 2) (56 мужчин и 46 женщин) проходивших амбулаторное лечение в связи с наличием послеоперационных ран после оперативного лечения по поводу гнойно-некротических форм СДС.

В исследование включены 62 больных сахарным диабетом (группа 1) с гнойно- некротическими поражениями нижних конечностей, находившихся на стационарном лечении, а также 102 больных (группа 2), проходивших амбулаторное лечение в связи с наличием послеоперационных ран.

Пациентам группы 1 биопсия послеоперационных ран с последующим определением видового состава возбудителей и чувствительности к антибактериальным препаратам выполнялась сразу после операции и на 14-й день пребывания в стационаре, в группе 2 микробиологическое обследование проводили в случае клинических признаков воспаления.

Результаты и обсуждение. Тяжелый инфекционный процесс в обеих группах был сопряжен с ассоциациями микроорганизмов. У пациентов с

острым инфекционным процессом в начале стационарного лечения (1-я группа) преобладали Гр (+) микроорганизмы, тогда как на 14-й день стационарного лечения и при хроническом инфекционном процессе (2-я группа) соотношения между Гр (+) и Гр (-) микроорганизмами были равными. Отмечена высокая суммарная частота выделения неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов среди Гр (-) бактерий при инфекционных осложнениях СДС как на стационарном, так и на амбулаторном этапах лечения.

Заключение. На стационарном этапе лечения Гр (+) микроорганизмы существенно преобладают (*Staphylococcus aureus*) над Гр (-). При продолжительном некупированном инфекционном процессе частота встречаемости становится одинаковой. Высокая частота выделения *Enterobacterales* с увеличением продолжительности инфекционного процесса делает эту группу микроорганизмов столь же значимой, как и *Staphylococcaceae* в осложненном течении СДС. Участие в инфекционном процессе поливалентного микробного спектра возбудителей существенным образом снижает эффективность лечения.

Детская хирургия

Анализ повреждения скелета и мягких тканей лица

Жахбаров А.Г., Гаджиев З.З., Махачев Б.М., Абдулмеджидов А.Ю., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т.

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева» Махачкала ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Травматические повреждения костей и мягких тканей лица у детей встречаются довольно часто. Повреждения значительно различаются в зависимости от характера травмы. Нуждающихся в стационарном лечении составляют около 30-40%.

Цель. Провести анализ результатов лечения повреждений костей и мягких тканей лица.

Материал. Проведен ретроспективный анализ результатов амбулаторного обращения в травпункт ДРКБ и лечения детей в отделении челюстно-лицевой хирургии ДРКБ за период 2019-2021 годы.

За указанный период в травпункт ДРКБ обратились 10329 пациентов с различными повреждениями мягких тканей и переломами, из них 3579 с повреждениями мягких тканей лица и переломами костей лица, что составляет – 35%, стационарное лечение получили – 235 пациентов, 96% составляли повреждения мягких и 4% в сочетании с переломами костей лица.

Возрастной контингент различный, 70% эти дети школьного и дошкольного возрастов, до года прошли лечение – 7 детей.

Результаты. Из 235 поступивших детей с повреждениями мягких тканей и костей подвергнуты к оперативному лечению- 194, что составляет – 82,6%. Среднее пребывание до операции составляет- 0%, потому что все повреждения были подвергнуты первичной хирургической обработке, несмотря на загрязненность. После тщательной санации загрязненных ран под общим обезболиванием накладывали приводящие швы, получали антибиотики, перевязки и УФО по показаниям. Среднее пребывание в послеоперационном периоде составило – 3,3 койко-дней.

Заключение. Травматические повреждения у детей это в первую очередь в отсутствие наблюдения за детьми со стороны родителей. Необходимо провести профилактические мероприятия в школах, детских садах.

Анализ детского травматизма по данным травмпункта ДРКБ им Кураева Н.М.

Махачев Б.М., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т., Гаджиев З.З,
Абдулмеджидов А.Ю.

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева»
МахачкалаФГБОУ ВО « Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Детский травматизм является проблемой всего общества. Выявление причин травматизма, профилактика и лечение имеет важное значение.

Цель. Провести анализ структуры травм у детей и разработать своевременные меры профилактики.

Материал. Анализ проведен по данным травмпункта ДРКБ за последние 3 года 2019-2022 годы.

За указанный период в травмпункт ДРКБ обратились 81020 детей различных возрастов до 16 лет (2019г -26090, 2020г- 27876, 2022 -27054). Среди них бытовая травма – 24654- 30,4%, уличная – 41867 -51,7%, школьная – 7656 - 9,4%, спортивная – 4898 – 6,4%, ДТП – 542 – 0,7%.

Госпитализированы – 6898 (8,5%). Среди госпитализированных с переломами -2787(40,4%), раны и ушибы -196(2.8%), черепно-мозговые травмы – 865(12.5)%, укусы – 734(10.6)%, инородные тела- 53(0.8%).

Результаты. Уличная травма из года в год остается на высоких цифрах - 51.7%, бытовая травма- 30.4%. Процент госпитализированных составляет 8.5%, амбулаторная помощь – 92.5%.

Заключение. Среди детского травматизма преобладает уличная и бытовая травмы. Основная причина травм – недостаточный уход за детьми.

Профилактическую работу детского травматизма надо регулярно проводить в школах, участковой сетью поликлиник, использовать доступные средства СМИ.

Инородные тела пищеварительного тракта у детей

Махачев Б.М., Мейланова Ф.В., Тихмаев А.Н., Садыкова М.М.,
Нурмагомедов М.М., Атабиев М.А., Исмаилов Ш.Я., Курбанова М.К.

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», Махачкала, Россия

Актуальность. Инородные тела (ИТ) - это наиболее часто встречаемая и очень опасная патология детского возраста всех возрастных групп детей,

но чаще всего это малыши 1-3 лет, что обусловлено привычкой «пробовать все на вкус».

Цель. Выявление алгоритма обследования и лечения ИТ у детей.

Материалы и методы. За последние 5 лет в ДРКБ им. Кураева в г.

Махачкала на лечении находилось 617 детей с инородными телами ПТ. По возрасту больные распределились следующим образом: до 3 лет - 431(70%); 4 -7 лет – 123 (20%) 7-15 лет – 63 (10%).

ИТ пищевода, общее количество 332. Из них монеты 128 - 38%, батарейки - 117- 35%, иголки – 45 - 13%, булавки – 33 - 10 %, стекло – 9 - 2,7 %. ИТ желудка, общее количество 78. Монеты – 25 - 32%, батарейки 24 - 30%, иголки – 15 -19%, булавки – 10 – 13 %, магниты – 14 – 18 %. ИТ кишечника, общее количество 207; монеты – 20 - 9,6%, батарейки - 28 - 13,5, иголки – 13 - 6,2%, магниты – 16 – 7,7 %

Результаты. Из 617 детей у 382 детей ИТ извлечены эндоскопически (332 из пищевода, 50 из желудка). У 225 ИТ вышло со стулом (24%). 10 детей (1,6%) ребёнка оперированы по поводу перфорации кишечника магнитами. Выполнена лапаротомия, удаление ИТ, ушивание перфоративных отверстий. У 5 детей (0,8%) детей электрохимический ожог пищевода. 2 (0,4%) детям из них потребовалось длительное бужирование. В 4 случаях (1.2%) ИТ (батарейка) вызвала перфорацию пищевода, повреждение стенки пищевода и трахеи

Заключение. 1. При подозрении на инородное тело верхних отделов ЖКТ необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.

2. Отсутствие рентгенологических признаков инородного тела не отвергает выполнения диагностической ФГДС.

3. Применение гибких эндоскопов сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет улучшить качество диагностики.

Лечение детей с рецидивом врожденной косолапости

Алиев И.А., Рустамов Г.Н., Гитинов М.А., Магомедов Т.А.

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», Махачкала, Россия

Актуальность. При изучении отдаленных результатов лечения косолапости в 7% случаев отмечается рецидив, что требует дополнительного хирургического вмешательства.

Цель. Оценить результаты лечения рецидива ВК методом перемещения сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость стопы.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2022 гг. в отделении ортопедии ДРКБ им. Кураева состояло на лечении 200 детей с тяжелой ВК (250 стоп). Из них одностороннее поражение было отмечено у 140/200 детей (70%), двустороннее у 58/200 (30%). После консервативного лечения отмечены рецидивы деформации у 15/200 (7%) детей, в возрасте от 3 до 6 лет.

Результаты. Подавляющее число рецидивов определялось несоблюдением рекомендованного режима пользования брейсов, который врач на последнем визите определяет исходя из возраста ребенка.

Детям в возрасте от 3 до 6 лет для коррекции рецидива врожденной косолапости рекомендуется транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость стопы.

Перед выполнением перемещения все компоненты деформации должны быть откорректированы с помощью 5 или 6 гипсовых повязок. Тыльно-медиальный разрез делается над местом инсерции сухожилия передней большеберцовой мышцы, сухожилие вскрывается и отсоединяется от места его прикрепления. Прошивается свободный конец сухожилия. Затем в подкожно-жировом слое проделывается туннель, чтобы позволить двигаться сухожилию в латеральном направлении. Нитки от сухожилия, заряженные в две иголки прокалываются через латеральную клиновидную кость, натягиваются и завязываются на пуговице на подошвенной поверхности. Далее накладывается асептическая и гипсовая повязка на длину всей ноги.

Послеоперационные результаты нами оценены, как удовлетворительные, рецидив косолапости у оперированных детей не отмечался.

Выводы. На сегодняшний день в лечении рецидивов ВК в возрасте от 3 до 6 лет эффективным является метод предложенный по Понсети.

104.

Лапароскопическое лечение эхинококкоза печени у детей

1,2 Махачев Б.М., 2 Мейланова Ф.В., 1 Тихмаев А.Н., 1 Магомедов А.Д., 1,2 Гебекова С.А., 2 Казиров Б.Р., 2 Ашурбеков В.Т., 2 Муртузаалиев З.Н., 2 Толбоева Г.Н., 1,2 Магомедов Р.Р., 2 Меджидова П.А.

1) ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева» 2) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Развитие лапараскопии позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом.

Цель. Оценка эффективности лапараскопической эхинококкэктомии

Материалы. В период с 2019 по 2022 гг. в клинике детской хирургии ДГМУ на базе ДРКБ проведена лапараскопическая эхинококкэктомия 8 детям - 5 (62,5%) мальчикам и 3(37,5%)девочкам в возрасте от 6 до 16лет. Алгоритм диагностики включал в себя лабораторные обследования, УЗИ и КТ печени, рентгенография грудной клетки. По сегментарному делению кисты располагались преимущественно в 4 и 5 сегментах (70%).

Показаниями для проведения лапараскопической эхинококкэктомии являлись солитарные, поверхностно расположенные кисты, диаметром не более 5см

Результаты. Во всех случаях лапараскопического лечения технические трудности не отмечены. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. У двоих детей при контрольном обследовании сформировались псевдокисты. В одном случая псевдокиста осложнилась нагноением, что потребовало повторного оперативного вмешательства.

Выводы: - преимуществом лапараскопической эхинококкэктомии - малотравматичный доступ

- при соблюдении показаний не уступает по качеству ближайших и отдаленных результатов традиционному лапаротомному вмешательству
- должна быть приоритетом и методом выбора, поскольку она позволяет получить выраженный клинико-экономический эффект, при этом значительно сокращаются сроки пребывания больного в стационаре
- при всех ее преимуществах не может полностью заменить лапаротомный подход к печени.

Анализ хирургического лечения гидроцефалии у детей в Республике Дагестан

Шамхалов Х.Ш., Оцокова А.Н., Магомедов Д.С., Абдулаев Д.А., Ханов М.М., Османова Э.М.

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», Махачкала, Россия

Актуальность. Гидроцефалия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Ее выявляют у 0,1–2,5% новорожденных, часто сопутствует врожденным порокам развития ЦНС. Она занимает 2 место в структуре детской нейрохирургической патологии после ЧМТ. Основными методами лечения гидроцефалии являются эндоскопический и метод имплантации шунтирующей системы, что обеспечивает разрешение внутричерепной гипертензии.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения детей с гидроцефалией.

Материал и методы. В условиях НХО ДРКБ г.Махачкала по поводу гидроцефалии различной этиологии за период 2020-2022 гг. было прооперировано 118 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет. Из них 62 пациента относятся к категории первичных, 56 пациентов обратились по причине дисфункции ранее установленной шунтирующей системы. Из 62 пациентов в 50 случаях проводилась установка ВПШ, в 1 случае-ВАШ, в 10 случаях использовался метод вентрикулосубгалеального дренирования для недоношенных детей, в 1 случае метод эндоскопической тривентрикулостомии.

Результаты. Благоприятное течение послеоперационного периода и регрессирование внутричерепной гипертензии отмечалось у всех 118 пациентов. В дальнейшем 3(4%) из первично оперированных пациентов обратились по причине дисфункции т.е. нарушения целостности шунтирующей системы, 1(1,6%) с увеличением роста и необходимостью замены катетера, с гипердренированием 3(5%), с шунтиинфекцией 2(3%), с некорректной имплантацией вентрикулярного катетера 1(1.6%).

Летальность на фоне тяжелой декомпенсированной гидроцефалии среди всех пациентов составила 2,5 %.

Выводы. Таким образом, изучение результатов хирургического лечения пациентов с разными формами гидроцефалии показывает, что индивидуальный выбор метода хирургического лечения гидроцефалии обеспечивает разрешения гидроцефального синдрома и нормальное психическое и физическое развитие ребенка. Эндоскопический метод обеспечивает достижение результата, минуя установку шунтирующей системы.

Лечение перекрутов придатков матки у девочки

1,2 Махачев Б.М., 2 Мейланова Ф.В., 1 Тихмаев А.Н., 1 Садыкова М.М., 1 Хайирбеков Т.Х., 1 Нурмагомедов М.М., 1 Керимова А.М., 1 Исмаилов Ш.Я., 2 Толбоева Г.Н.,

1ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева» 2ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Перекрут придатков матки является нередкой причиной острой боли в животе, требующей немедленного оперативного лечения. Цель. Определить эффективность лапароскопических вмешательств при перекрутах придатков матки.

Материалы и методы. С 2018 по 2022 гг в ДРКБ находились 36 девочек с перекрутом яичников. Возраст от 8 мес. до 15 лет. Давность заболевания от нескольких часов до 4 суток. Правосторонний перекрут наблюдался в 24 случаях, левосторонний в 12. 12 детей оперировано эндоскопически. При лапароскопии применялся трехпортовый доступ. Использовалось оборудование фирмы KarlStorz. Средняя продолжительность операции-30-40 мин. Оперативное пособие включало деторсию придатков. При наличии кисты яичника, производилась цистэктомия. В 5 случаях у детей с некрозом яичника выполнялась видеоассистированная аднексэктомия. Производим удаление придатков только в случаях явной нежизнеспособности.

Результаты. Осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде не было. После органосохраняющих операций УЗ мониторинг показал во всех случаях наличие кровотока в яичниках. Средний срок пребывания в стационаре составил 7 дней. Рецидивы перекрута не наблюдались.

Выводы. Лапароскопическая технология позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного

Сравнительный анализ открытого и торакоскопического способов лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорождённых Ахмедулаева Ф. Ш.

Клиника детской хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, Махачкала, Россия

Актуальность. Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) является одним из самых сложных пороков развития, о чем свидетельствует высокая летальность.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов лечения детей с ДГ после открытого и торакоскопического способов.

Материалы и методы. На базе ДРКБ им. Н.М. Кураева г. Махачкалы с 2012 по 2022гг. поступило 46 новорожденных с ВДГ. С 2017г коррекция данного порока стала выполняться торакоскопическим способом. Все оперированные нами дети разделены на 2 группы в зависимости от способа хирургической коррекции ДГ. 1-ю группу составили 23 (56%) новорожденных, оперированных открытым способом. Во 2-ю группу вошли 18 (44%) новорожденных, оперированных торакоскопическим способом.

Результаты. Сравнительную оценку результатов проводили по следующим критериям: продолжительности операции, течение послеоперационного периода, интра-, послеоперационные осложнения и летальность. Во 2-й группе отмечено заметное и статистически значимое увеличение продолжительности операции.

Коррекция порока местными тканями в 1-й группе выполнена 19 (83%) детям, во 2-й группе 16 (89) детям. Пластика диафрагмы с применением имплантационных материалов выполнена в 1-й группе у 4 (17%) детей, во 2-й группе у 2 (11%) детей с агенезией купола диафрагмы.

Во 2-й группе конверсия выполнена в 2 (11%) случаях.

Интраоперационные осложнения возникли только во 2-й группе у 1 ребенка (5,5%) – перфорация подвздошной кишки при вправлении в брюшную полость, которая ушита узловыми швами. Послеоперационные осложнения возникли в 1-й группе у 1 (4%) ребенка, во 2-й группе у 4 (22,2%) детей.

Выводы. Торакокопия является предпочтительным доступом в лечении ВДГ, так как обеспечивает малотравматичность, создает хорошую визуализацию операционного поля, способствует достижению хорошего косметического эффекта.

Инородные тела пищеварительного тракта у детей

Бургуева А.Б.

Клиника детской хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, Махачкала, Россия

Актуальность. Инородные тела (ИТ) - это наиболее часто встречаемая и очень опасная патология детского возраста, но чаще всего это малыши 1-3 лет, что обусловлено привычкой «пробовать все на вкус».

Цель. Анализ результатов лечения детей с ИТ пищеварительного тракта.

Материалы и методы исследования. За последние 5 лет в ДРКБ им.

Кураева в г. Махачкала на лечении находилось 617 детей с инородными

талами ПТ. По возрасту больные распределились следующим образом: до 3 лет - 431(70%); 4 -7 лет – 123 (20%) 7-15 лет – 63 (10%).

ИТ пищевода, общее количество 332. Из них монеты 128 - 38%, батарейки - 117- 35%, иголки – 45 - 13%, булавки – 33 - 10 %, стекло – 9 - 2,7 %. ИТ желудка, общее количество 78. Монеты – 25 - 32% , батарейки 24 - 30% , иголки – 15 -19%, булавки – 10 – 13 %, магниты – 14 – 18 %.

ИТ кишечника, общее количество 207; монеты – 20 - 9,6% , батарейки - 28 - 13,5, иголки – 13 - 6,2%., магниты – 16 – 7,7 % (и другое).

Диагностика проводилась первоначально по обзорной рентгенографии, а потом по мере необходимости, проводился дополнительный метод исследования – фиброгастродуоденоскопия.

Осложнения:

1.Перфорация кишечника магнитами -15 детей

2.Перфорация пищевода- 4 детей

Результаты исследования. Из 617 детей у 382 детей ИТ извлечены эндоскопически (332 из пищевода, 50 из желудка). У 225 ИТ вышло со стулом (24%). 15 детей (2,4%) оперированы по поводу перфорации кишечника магнитами. Выполнена лапаротомия, удаление ИТ, ушивание перфоративных отверстий. У 10 детей (1,6%) детей электрохимический ожог пищевода. 2 (0,4%) детям из них потребовалось длительное бужирование. В 4 случаях (1.2%) ИТ (батарейка) вызвала перфорацию пищевода, повреждение стенки пищевода, и в 1 случае- повреждение стенки трахеи.

Выводы. 1. При подозрении на инородное тело верхних отделов ЖКТ необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.

2. Отсутствие рентгенологических признаков инородного тела не исключает выполнения диагностической ФГДС.

3. Применение гибких эндоскопов сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет улучшить качество диагностики.

Эндоскопическое лечение перекрута придатков матки у девочек

Давудгаджиева А.М. (1), Рамазанова С.Э. (2)

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Актуальность. Перекрут придатков матки является нередкой причиной острой боли в животе, требующей немедленного оперативного лечения.

Цель. Определить эффективность лапароскопических вмешательств при перекрутах придатков матки.

Материалы и методы. С 2018 по 2022 гг в ДРКБ находились 36 девочек с перекрутом яичников. Возраст от 8 мес. до 15 лет. Давность заболевания от нескольких часов до 4 суток. Правосторонний перекрут наблюдался в 24 случаях, левосторонний в 12. 12 детей оперировано эндоскопически. При лапароскопии применялся трехпортовый доступ. Использовалось оборудование фирмы KarlStorz. Средняя продолжительность операции-30-40 мин. Оперативное пособие включало деторсию придатков. При наличии кисты яичника, производилась цистэктомия. В 5 случаях у детей с некрозом яичника выполнялась видеоассистированная аднексэктомия. Производим удаление придатков только в случаях явной нежизнеспособности.

Результаты. Осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде не было. После органосохраняющих операций УЗ мониторинг показал во всех случаях наличие кровотока в яичниках. Средний срок пребывания в стационаре составил 7 дней. Рецидивы перекрута не наблюдались.

Выводы. Лапароскопическая технология позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня.

Результаты лапароскопического лечения эхинококкоза печени у детей

Гусейнова М.С., Меджидова П.А.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Актуальность. Развитие лапароскопии позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом.

Цель. Оценка эффективности лапароскопической эхинококкэктомии

Материалы. В период с 2019 по 2022 гг. в клинике детской хирургии ДГМУ на базе ДРКБ проведена лапароскопическая эхинококкэктомия 8 детям - 5 (62,5%) мальчикам и 3(37,5%)девочкам в возрасте от 6 до 16лет. Алгоритм диагностики включал в себя лабораторные обследования, УЗИ и КТ печени, рентгенография грудной клетки. По сегментарному делению кисты располагались преимущественно в 4 и 5 сегментах(70%).

Показаниями для проведения лапароскопической эхинококкэктомии

являлись солитарные, поверхностно расположенные кисты, диаметром не более 5см

Результаты. Во всех случаях лапароскопического лечения технические трудности не отмечены. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. У двоих детей при контрольном обследовании сформировались псевдокисты. В одном случае псевдокиста осложнилась нагноением, что потребовало повторного оперативного вмешательства.

Выводы: -преимуществом лапароскопической эхинококкэктомии - малотравматичный доступ

- при соблюдении показаний не уступает по качеству ближайших и отдаленных результатов традиционному лапаротомному вмешательству
- должна быть приоритетом и методом выбора, поскольку она позволяет получить выраженный клинико-экономический эффект, при этом значительно сокращаются сроки пребывания больного в стационаре
- при всех ее преимуществах не может полностью заменить лапаротомный подход к печени.

Анализ результатов хирургического лечения гидроцефалии у детей в республике Дагестан

Вагабова Э.Б.

ДГМУ

Актуальность. Гидроцефалия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Ее выявляют у 0,1–2,5% новорожденных, часто сопутствует врожденным порокам развития ЦНС. Она занимает 2 место в структуре детской нейрохирургической патологии после ЧМТ. Основными методами лечения гидроцефалии являются эндоскопический и метод имплантации шунтирующей системы, что обеспечивает разрешение внутричерепной гипертензии.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения детей с гидроцефалией.

Материал и методы. В условиях НХО ДРКБ г.Махачкала по поводу гидроцефалии различной этиологии за период 2020-2022 гг. было прооперировано 118 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет. Из них 62 пациента относятся к категории первичных, 56 пациентов обратились по причине дисфункции ранее установленной шунтирующей системы. Из 62 пациентов в 49 случаях проводилась установка ВПШ, в 1 случае-ВАШ, в 10 случаях использовался метод вентрикулосубгалеального дренирования

для недоношенных детей, в 2 случаях метод эндоскопической тривентрикулостомии.

Результаты. Благоприятное течение раннего и позднего послеоперационного периодов и регрессирование внутричерепной гипертензии отмечалось у всех 118 пациентов(100%). В дальнейшем 1(2%)из первично оперированных пациентов обратились по причине дисфункции шунтирующей системы, с гипердренированием 3(5%), с шунтиинфекцией 2(3%),с некорректной имплантацией вентрикулярного катетера 1(1.6%). Летальность на фоне тяжелой декомпенсированной гидроцефалии среди всех пациентов в 2020 г составило 29%. В 2021 году 12,5%,в 2022 г 2,5%.

Выводы. Таким образом, изучение результатов хирургического лечения пациентов с разными формами гидроцефалии показывает, что индивидуальный выбор метода хирургического лечения гидроцефалии обеспечивает разрешение гидроцефального синдрома и нормальное психическое и физическое развитие ребенка. Адекватное дренирование ЦСЖ после установки шунтирующей системы способствует уменьшению размеров желудочков, исчезновению перивентрикулярного отека, утолщению вещества мозга, появлению субарахноидальных пространств. Эндоскопический метод позволяет обеспечить достижение результата, минуя установку шунтирующей системы при окклюзионной гидроцефалии.

Сравнительный анализ открытого и торакоскопического лечения способов лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорождённых.

Ахмедулаева Ф. Ш. ФГБОУ ВО ДГМУ. Махачкала.

Актуальность. Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) является одним из самых сложных пороков развития, о чем свидетельствует высокая летальность.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов лечения детей с ДГ после открытого и торакоскопического способов.

Материалы и методы. На базе ДРКБ им. Н.М. Кураева г. Махачкалы с 2012 по 2022гг. поступило 46 новорожденных с ВДГ. С 2017г коррекция данного порока стала выполняться торакоскопическим способом. Все оперированные нами дети разделены на 2 группы в зависимости от способа хирургической коррекции ДГ. 1-ю группу составили 23 (56%) новорожденных,

оперированных открытым способом. Во 2-ю группу вошли 18 (44%) новорожденных, оперированных торакоскопическим способом.

Результаты. Сравнительную оценку результатов проводили по следующим критериям: продолжительности операции, течение послеоперационного периода, интра-, послеоперационные осложнения и летальность. Во 2-й группе отмечено заметное и статистически значимое увеличение продолжительности операции.

Коррекция порока местными тканями в 1-й группе выполнена 19 (83%) детям, во 2-й группе 16 (89) детям. Пластика диафрагмы с применением имплантационных материалов выполнена в 1-й группе у 4 (17%) детей, во 2-й группе у 2 (11%) детей с агенезией купола диафрагмы.

Во 2-й группе конверсия выполнена в 2 (11%) случаях.

Интраоперационные осложнения возникли только во 2-й группе у 1 ребенка (5,5%) – перфорация подвздошной кишки при вправлении в брюшную полость, которая ушита узловыми швами. Послеоперационные осложнения возникли в 1-й группе у 1 (4%) ребенка, во 2-й группе у 4 (22,2%) детей.

Выводы. Торакоскопия является предпочтительным доступом в лечении ВДГ, так как обеспечивает малотравматичность, создает хорошую визуализацию операционного поля, способствует достижению хорошего косметического эффекта.

Ятрогенные повреждения полового члена при циркумцизии

1,2Махачев Б.М., 2Казиров Б.Р., 2Муртузаалиев З.Н., 2Мейланова Ф.В.,
1Магомедов А.Д., 1Балаев В.Б., 2Казиров Ю.Б., 1,2Магомедов Р.Р.,
2Гусейнова М.С. 1ГБУ РД

«Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», Махачкала
2ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Минздрава России, Махачкала

Актуальность. Циркумцизию, как ритуальный обряд в республике Дагестан, проводится практически всеми специалистами. Соответственно мы сталкиваемся с большим количеством осложнений, порою очень серьезных. Цель. Анализ причин тяжелых ятрогенных повреждений полового члена после ритуального обрезания.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2022г. мы столкнулись со следующими тяжелыми осложнениями: ампутация головки полового члена – 1, частичное повреждение головки полового члена – 3, повреждение уретры – 1.

Ребенку, поступившему с ампутацией головки полового члена, обрезание проводилось по месту жительства, в условиях перевязочного кабинета. После ятрогенного отсечения, на месте, головка полового члена фиксирована к кавернозным телам на уретральном катетере.

3 детям, поступившим с частичным повреждением головки полового члена, ритуальное обрезание проводилось на дому.

В 1 случае отмечалась резаная рана по боковой поверхности головки полового члена.

У 1 ребенка отмечался дефект дистальной части головки (меатус с ладьевидной ямкой иссечены).

1 ребенок поступил с повреждением края головки по вентральной поверхности полового члена.

Пациенту, поступившему с травмой уретры, врачом не распознан порок развития уретры (дивертикул).

Результаты. Дети, поступившие с частичным повреждением головки полового члена, после ушивания дефекта и заживления раны, на 7 сутки выписаны домой с рекомендациями. У всех имелся косметический дефект головки.

У ребенка с ампутацией головки полового члена, отмечался полный некроз головки, что потребовало её удаление с последующей пересадкой букального лоскута.

Пациенту с травмой уретры и формированием свища, рекомендована плановая госпитализация через 2 – 3 месяца для проведения полного урологического обследования.

Выводы. Всем детям, поступившим с ятрогенными повреждениями полового члена обрезание проводилось непрофильными специалистами. Возраст детей составлял от 1 года до 4 лет, что доставляло дополнительные трудности при проведении обрезания.

Онкология

Пути улучшения результатов лечения колоректального рака, осложненного острой обтурационной непроходимостью

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Абдурзаков М-С. А-С., Медоев В.В., Калицова М.В., Халлаев Р.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. Колоректальный рак является наиболее частой причиной развития острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТКН). Результаты лечения данной категории больных нельзя признать удовлетворительными, несмотря на многочисленные исследования, посвященные этой проблеме. Частота послеоперационных осложнений и летальных исходов остается высокой (45-50% и 15-20% соответственно), без заметной тенденции к снижению. Необходим дальнейший поиск и разработка оптимального лечебно-диагностического алгоритма у больных колоректальным раком, осложненным ОТКН, который бы позволил улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Цель исследования. Разработка оптимального лечебно-диагностического алгоритма, позволяющего улучшить результаты лечения больных колоректальным раком, осложненным ОТКН.

Материалы и методы. Нами были изучены результаты лечения 568 больных колоректальным раком, осложненным ОТКН. Подавляющее большинство пациентов, вошедших в исследование (71,7%) были пожилого и старческого возраста. В лечении всех 568 больных нами был использован разработанный в клинике лечебно-диагностический алгоритм.

Результаты. Первая стадия ОТКН, характеризующаяся полным разрешением клинических и рентгенологических признаков ОТКН на фоне декомпрессионной терапии, была диагностирована у 174 (30,6%) больных. После купирования ОТКН этим пациентам спустя 7-12 дней проводились радикальные или циторедуктивные вмешательства, при этом у пациентов с опухолями прямой кишки и наличием соответствующих показаний проводилось сначала неoadьювантное лечение. Оперативные вмешательства с формированием первичного анастомоза осуществлены у 166 (95,4%) из 174 пациентов, а у 8 (4,6%) больных вследствие канцероматоза были сформированы из минидоступа постоянные стомы.

Вторая стадия ОТКН (волнообразное течение на фоне декомпрессионной терапии) была диагностирована у 197 (34,9%) больных, третья стадия (прогрессирующее течение на фоне декомпрессионной терапии) была выставлена у 139 (24,5%) пациентов. Успешная эндоскопическая реканализация опухолевой стриктуры с последующим разрешением проявлений ОТКН была выполнена у 44 (13,1%) больных со II и III стадиями ОТКН, всем этим больным были выполнены одноэтапные вмешательства в отсроченном порядке, как и больным с I стадией ОТКН. В течение 24 часов оставшимся 170 больным со второй стадией и в течение 12 часов 122 больным с третьей стадией были сформированы разгрузочные илео или трансверзостомы из минидоступа. После ликвидации явлений ОТКН спустя 7-12 дней всем им были выполнены радикальные или циторедуктивные вмешательства с наложением анастомозов и сохранением ранее наложенных стом. При наличии показаний у больных с опухолями прямой кишки после формирования стом проводилась неоадьювантная терапия, после завершения которой – оперативное лечение. Четвертая стадия ОТКН (наряду с явлениями ОТКН наличие клиники перитонита) была диагностирована при поступлении у 58 (10,2%) больных. Этим пациентам выполнялись оперативные вмешательства в экстренном порядке. Резекции толстой кишки с формированием стом были выполнены у 48 больных, еще у 10 больных были сформированы постоянные колостомы вследствие распространенного опухолевого процесса. Ликвидация ранее сформированных стом осуществлялась через 2-3 месяца после основного этапа лечения. Различные послеоперационные осложнения после всех этапов лечения наблюдались у 102 (17,9%) больных, при этом 29 (5,1%) пациентов умерло. У 33 пациентов была проведена предоперационная лучевая или химиолучевая терапия, у 122 больных внутрибрюшная и внутритазовая химиотерапия, у 456 пациентов - адьювантная системная химиотерапия – у 456 больных.

Заключение. Как показали результаты исследования, разработанный в клинике лечебно-диагностический алгоритм дает возможность улучшить результаты лечения больных колоректальным раком, осложненным ОТКН, а также проводить комбинированные и комплексные методы лечения.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы. Есть ли перспективы?

Алибегов Р.А. (2), Жвйтиашвили И.Д. (1), Афанасьев Д.В. (3), Сергеев О.А. (3)

1) ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», 2) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», г. Махачкала, 3) ФГБОУ ВУ СГМУ Минздрава России.

Актуальность: хирургическое лечение рака головки поджелудочной железы (РГПЖ) является одной из наиболее сложных задач, что обусловлено как анатомическими особенностями, так и высокой биологической агрессивностью данных опухолей. На момент выявления опухоли зачастую имеется сосудистая инвазия, что увеличивает вероятность интра- и послеоперационных осложнений и снижает отдаленную выживаемость.

Цель: улучшить результаты радикального лечения РГПЖ.

Материалы и методы: Анализированы результаты 200 панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у пациентов РГПЖ. St.I – 18 (9,0%), St.II – 146 (73,0%), St.III – 33 (16,5%), St.IV – 3 (1,5%). Мужчины – 146 (73,0%), женщины – 54 (27,0%). При венозной инвазии выполнялись: циркулярная резекция воротной/верхнебрыжеечной вены (ВВ/ВБВ) – 15, тангенциальная резекция – 8, протезированием ВВ/ВБВ – 4. Пациенты разделены на группы: 1 группа стандартные вмешательства - 173, 2-я группа онковаскулярные вмешательства - 27.

Результаты исследования: панкреатическая фистула (ПФ) – 15,5% (31): ВЛ - 17, гр. В - 10, гр. С – 4; билиарная фистула – 6,0% (12); панкреонекроз – 2,0% (4); гастростаз – 4,0% (8); послеоперационное кровотечение – 5,0% (10): гр. А - 3, гр. В - 5, гр. С – 2; абсцесс брюшной полости – 3% (6); раневая инфекция – 2,0% (4); другие – 8,0% (16). Общая частота осложнений 45,5% (91), общая летальность 4,0% (8). В 1-й гр. осложнения/летальность - 44,5% (77)/4,0% (7) случаях, во 2-й – 51,9% (14)/3,7% (1). ПФ в 1-й гр. – 15,0% (26), во 2-й – 18,5% (5). Кровопотеря: в 1-гр. – 350 мл, во 2-й – 470 мл. R1 резекции в 1-й гр. – 4 (2,3%), во 2-й – 1 (3,7%). Отдаленные результаты: общая/безрецидивная выживаемость – 24,5/18,4 мес. В 1-й гр. - 26,8 и 19,7 мес., во 2-й – 20,2 и 16,4 мес. Одногодичная выживаемость – 54,3%, трехлетняя – 17,1%, пятилетняя – 11,4%.

Выводы: 1) пациенты из 2-й группы это лица с Т3 опухолью, что увеличивает продолжительность операции и кровопотерю, несмотря на это получены статистически сравнимые ближайшие и отдаленные результаты; 2) выполнение ПДР у пациентов с погранично

резектабельными опухолями ПЖ технически сложнее и сопровождается худшими непосредственными и отдаленными результатами; 3) сосудистые резекции при венозной инвазии опухоли с достижением margin R0 позволяют обеспечить сравнимые показатели общей и безрецидивной выживаемости с группой стандартной ПДР. Полученные результаты позволяют с надеждой смотреть на радикальное хирургическое лечение при инвазии РППЖ в ВВ/ВБВ.

Роль лапароскопии в диагностике и лечения рака ободочной кишки, осложненный нарушением кишечной проходимости

Абдулаев М.А., Гаджибакаров Ш.М., Касимова Э.С., Абдуллаева А.З.
ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ Россия

Актуальность. Рак толстой кишки в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости составляет 9,4%, становясь причиной острой толстокишечной непроходимости (ОТКН) в 93% случаев. Частота диагностических ошибок, по разным данным достигает 16–34%. При рентгенологическом исследовании, острая кишечная непроходимость может быть выявлена в 64% - 100% случаев.

Лапароскопия, применявшаяся в наиболее трудных диагностических ситуациях у больных с подозрением на острую кишечную непроходимость, позволяет в 86,9 % установить топический диагноз.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с ОТКН различного генеза, путем внедрения современных эндовидеохирургических технологий в клиническую практику.

Материал и методы. Настоящее исследование проведено на кафедре госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова, городской Александровской больнице и ГБУ РД ГКБ в период с 2006 по 2023гг, с включением 106 пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью. Пациенты распределены на две группы:

- основная группа (ОГ) (n= 56) - пациенты, которым выполнялась лапароскопия в экстренном порядке с диагностической или лечебной целью
- группа клинического сравнения (ГКС) (n= 50) - пациенты, оперированы «открытым» способом. Больные сопоставимы по возрасту, полу, тяжести состояния по SAPS II, наличию сопутствующих заболеваний, уровню внутрибрюшного давления времени: от начала заболевания и до госпитализации и от госпитализации до операции. Из исследования исключены пациенты: 1. с поздними стадиями кишечной непроходимости

с абдоминальным компартмент-синдромом; 2. с непроходимостью в грыжевом мешке; 3. с операционно-анестезиологическим риском по ASA – IV и более классов. Данные обрабатывались с помощью методов современной вариационной статистики.

УЗИ выполнено в 100% случаев и картина зависела от стадии ОТКН. Фиброколоноскопия выполнена 33 пациентам.

У 22 больных выявлен обтурированный опухолью участок толстой кишки и взят материал для патогистологического исследования. В 11 случаях выявлено резкое сужение просвета кишки, что заставило предположить опухолевую этиологию стеноза.

МСКТ органов брюшной полости применялось в основном перед вторым этапом оперативного лечения

Больные оперированы с соблюдением онкологических принципов:

1. в два этапа- в стадиях субкомпенсации и декомпенсации при опухолях левого фланга; 2. в один этап- в стадии компенсации и при опухолях правого фланга.

Объем лимфодиссекции D2. Объем операции зависел от интраоперационной находки:

- 1) локализации раковой опухоли;
- 2) распространенности процесса;
- 3) стадии ОКН (По Э.Г.Топузову);
- 4) тяжести сопутствующей патологии

После первого этапа на $6\div 9$, среднее $7,4\pm 0,2$ сутки после лапароскопически-ассистированной колостомии, выполнялась радикальная операция с удалением пораженного опухолью участка и восстановлением непрерывности толстой кишки. В этих случаях операция завершалась с формированием превентивной илеостомы (после левосторонней гемиколэктомии – 7) и трансверзостомы (после передней резекции прямой кишки – 2 и резекции сигмовидной кишки – 19).

Результаты исследования и их обсуждение. 1. Лапароскопическая диагностика и лечение с формированием разгрузочной колостомы при раке левых отделов ободочной кишки, осложненном ОТКН, позволяет в кратчайшие сроки устранить непроходимость, подготовить пациента к плановому радикальному хирургическому вмешательству в рамках одной госпитализации, сократить сроки реабилитации больных с 6-12 месяцев при традиционной двухэтапной операции за две госпитализации до $25\pm 0,6$ суток, при двухэтапной операции за одну госпитализацию с применением лапароскопии

2. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет значительно (в 5 раз) сократить время диагностики при подозрении на кишечную непроходимость.

Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном перифокальным воспалением

Абдулаев М.А., (2), Гаджибакаров Ш.М.,(2), Касимова Э.С., (2)

Шекилиев В.А. (1)

1) ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ России, 2) СПбГМУ

Актуальность. Рак толстой кишки, осложненный перфорацией встречается в 2,3 -22,3%. Послеоперационная летальность достигает 23–88,9%. Сведения, касающиеся хирургической тактики при раке ободочной кишки осложненным перфорацией (РОКОП) в отечественной и зарубежной литературе фрагментарны. Нет однозначных суждений по хирургическому лечению в зависимости от макроморфологических характеристик перфоративной опухоли, распространенности онкопроцесса, распространенности и фазы перитонита и исходной тяжести состояния пациента. Спорной остается целесообразность выполнения в условиях перитонита резецирующих радикальных и паллиативных операций - одномоментных и многоэтапных.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения РОКОП путем совершенствования хирургической тактики

Материалы и методы. Проведен анализ 1217 больных с РОКОП, поступивших в неотложном порядке в клинику кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппея СЗГМУ им. И.И. Мечникова, хирургические отделения СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», ГБУЗЛО Выборгская межрайонная больница и ГБУ РД ГКБ г. Махачкала с 2003 г. по 2023 гг. Из них РОКОП или разрывом кишки установлены у 217 (18%) пациентов, перифокальное воспаление у 44 (3,6%). Первичный осмотр пациента включал изучение: жалоб, анамнеза, физикальных данных. Симптомы, выявленные при поступлении: боль в животе – 93% , рвота - 48%, вздутие живота - 41%, задержка стула и газов - 34%, симптомы раздражение брюшины - 14%, анемия- 7%, лихорадка- 25%, пальпируемая опухоль - 18%, шум плеска - 29%. УЗИ органов брюшной полости выполнено 44 пациентам. Диагностическая лапароскопия – 33 (75%). Компьютерная томография -28 пациентов, ирригоскопия – 7, ФКС – 32. Перифокальное воспаление в виде прикрытой микроперфорации опухоли

с сальником, жировым подвеском, париетальной брюшиной – 16 пациентов, микроперфорация с параколярным абсцессом – 23 пациента, ободочнокишечные свищи – 5, свищ с тонкой кишкой – 2, свищ с перивезикальной клетчаткой и передней брюшной стенкой – 3 пациента. В отсутствие перитонита, ОКН проводилась корригирующая терапия, антибактериальная и подготовка к диагностической лапароскопии для дифференциальной диагностики с другими urgentными заболеваниями органов брюшной полости.

Характер выполненных вмешательств: радикальные операции- лапаротомия, с резекцией кишки выполнено -9 больным, умерло 3 (33%); лапароскопически ассистированные – 18, летальность -0, паллиативные - лапаротомия с резекцией кишки – 1, лапароскопически ассистированные резекции – 2; симптоматические операции: лапаротомия – 9, летальность 2 (22%) лапароскопически ассистированные – 5, летальность- 0.

Всего оперированы 44, умерло 5, летальность 11,3%

Выводы. 1. Больные, поступившие в многопрофильную городскую больницу по поводу РОКОП составляют 10% по отношению ко всем больным с осложнениями рака ободочной кишки, а перифокальным воспалением 2%.

2. Лапароскопия является «золотым стандартом» в диагностике рака ободочной кишки, осложненного перифокальным воспалением и позволяет установить распространенность онкопроцесса, а в ряде случаев при наличии перифокального воспаления опухоли и отсутствии перитонита прибегнут к лапароскопически ассистированным операциям

3. Лапароскопическое формирование колостомы позволяет минимизировать риск экстренного хирургического вмешательства – лапаротомии, сократить период реабилитации с 6 месяцев (при лапаротомии) до $23 \pm 0,6$ дней (при лапароскопии) и снизить послеоперационные осложнения с 42% до 20% соответственно.

Щадящая хиатальная резекция печени при опухоли Клацкина

Меджидов Р.Т., Курбанисмаилова Р.Р., Муртузалиева А.С., Абдуллаева А.З.

Кафедра общей хирургии ДГМУ

Актуальность. Только хирургический метод является единственным радикальным способом лечения, позволяющим улучшить отдаленные результаты выживаемости пациентов с опухолью Клацкина.

Цель исследования. Оценить эффективность использования щадящей хиатальной резекции печени типа «Тадж-Махал» с реконструкцией билиарной системы по разработанной нами методике при опухоли Клацкина.

Материал и методы. К анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 73 пациентов с опухолью Клацкина, которые находились в клинике общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ. Средний возраст пациентов составил $63,4 \pm 7,8$ года. Первый тип опухоли (по Bismuth-Corlette) был выявлен в 8 (11,1%) наблюдениях, II тип – в 16 (21,9%), IIIa – в 11 (15,1%), IIIb – в 12 (16,4%) и IV тип – в 26 (35,6%) случаях. Синдром механической желтухи (СМЖ) отмечен в 96,8% случаях, холангит – в 33,6% наблюдениях. Всем пациентам, наряду с общеклиническими и биохимическими анализами крови выполняли определение содержания онкомаркеров: СА-19-9, РЭА, альфафетопротеин; УЗИ органов брюшной полости, МРТ, МСКТ, лапароскопию и ЭРХПГ по показаниям.

Декомпрессия билиарного тракта (БТ) по срочным показаниям выполнена в 64 (87,7%) наблюдениях, из них в 5 (6,8%) случаях проведено стентирование БТ.

Оперативные вмешательства выполнены в 36 наблюдениях, из них щадящая хиатальная резекция печени типа «Тадж-Махал» проведена в 29 случаях. На реконструктивном этапе проведены: бигепатикоюностомия – в 12 случаях, тригепатикоеюностомия – в 8 наблюдениях. По разработанной нами методике (Патент РФ №2453280).

Результаты и обсуждение. Наиболее характерными эхосонографическими признаками были: дилатация внутривенечного отдела БТ, в отсутствие визуализации БТ ниже участка стриктуры, изо- или несколько гиперэхогенная структура в воротах печени. МР-холангиопанкреатография с высокой точностью позволяла определить уровень окклюзии БТ, визуализировать очаг опухоли, отдаленные метастазы и распространенность опухолевого процесса по стенке желчных протоков. Высокочувствительным и точным оказалась МСКТ с контрастированием БТ и сосудистой системы. Специфические осложнения, связанные с техническими аспектами декомпрессии БТ отмечены у 5 пациентов. В 7 случаях имело место неадекватное дренирование БТ, выполнена переустановка катетера. Синдром «ускоренной» декомпрессии БТ отмечен в 23,3% наблюдениях, холангит, ассоциированный с эндобилиарным вмешательством – 20,2%.

Интраоперационные осложнения отмечены в 15,3% наблюдениях, послеоперационные – 17,2%. Летальность составила 3%. Стеноз

билиодигестивного соустья отмечен у 28,6% пациентов, пятилетняя выживаемость составила 17,0%.

Отбор пациентов для радикальных оперативных вмешательств следует проводить на основании тщательного анализа данных УЗИ, МРТ, МСКТ, а также дебита суточного количества желчи и данных холангиографии.

Наши наблюдения показывают, что двухэтапная тактика хирургического лечения опухоли Клацкина более оправдана.

Заключение. Выполнение щадящей хиатальной резекции типа «Тадж-Махал» обеспечивает радикальность вмешательства. Формирование билидигестивных соустьев по нашей методике практически исключает их несостоятельность.

Диалектика стандартных и торако-лапароскопических технологий при раке и доброкачественных стриктурах пищевода и кардии (22 летний опыт)

Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Гасанов М.К., Закаржаева З.М., Магомедов С.М., Рохоев Х.Н.

ГБУ РД "НКО " Дагестанский центр грудной хирургии"Кафедра онкологии с УВ Дагестанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность темы. Идеология, методологические аспекты и технические варианты онкохирургического лечения рака пищевода и кардии с выходом энциклопедических работ из ведущих онкологических учреждений страны, позволили обеспечить прорыв в этом разделе со снижением летальности от 25% до 3% и улучшением отдаленных результатов. По инициативе академика Давыдова М.И. принципы, разработки, технические основы онкохирургии пищевода и кардии РОНЦ были экстраполированы в регионы РФ с созданием специализированных торакоабдоминальных отделений.

Логическим продолжением междисциплинарных разработок явилось первое Российское многоцентровое исследование под руководством проф. Хатькова И.Е., которое показало преимущество эндоскопических, тораколапароскопических технологий в клинической онкологии.

Цель исследования. Повышение эффективности и качества хирургического лечения при раке пищевода и кардии, доброкачественных заболеваниях кардиоэзофагеального перехода с включением малоинвазивных вмешательств.

Материал и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения 1115 пациентов при раке пищевода, кардии, доброкачественных заболеваниях кардиоэзофагеального перехода в возрасте от 19 до 94 лет прооперированных с 2000 по 2022г.

Кроме общеклинических методов исследования с включением КТ, МРТ использованы: наработки методик радикальных операций на пищеводе и кардиоэзофагеальном переходе с расширенной лимфодиссекцией D2-3, F2 в лапаро-торакоскопическом варианте.

821 из проанализированных случаев оперированы по поводу рака пищевода (1 группа n=366), кардии (2 группа n=455) и 294 пациента по поводу доброкачественных стриктур кардиоэзофагеального перехода. В первую группу вошли 366 больных с радикальными операциями на пищеводе. Они распределены по стадиям: I-II - 26%, III - 59%, III-IV -15%. Им выполнены операции типа Льюиса в модификации Давыдова М.И., экстирпации пищевода по Черноусову А.Ф. Послеоперационная летальность составила, соответственно 3,5%, 2,1%.

Во вторую группу вошли 455 больных с гастрэктомией, гастроэзофагеальной резекцией. По стадиям они распределились следующим образом: I-II -11%, III - 62%, III-IV -27%, с послеоперационной летальностью 1,4%.

В третью группу вошли больные(n=294) с доброкачественными стриктурами с 5 летальными исходами (0,7%).

Приоритетными остаются задачи с совершенствованием операций при ахалазии кардии (АК), ГЭРБ, ятрогенных повреждениях кардиоэзофагеальной зоны, а также органосохраняющих: вагус- сплено-пилоруссохраняющих, практически вытесняющих стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака кардии, проксимального отдела желудка.

По тораколапароскопическим технологиям оперировано 54 больных, из них: а) операции типа Льюиса (n=11), б) проксимальные резекции желудка, гастрэктомии (n=9). в) 34 больным с осложненной формой ахалазии кардии выполнены операции типа Nissen-Rossetti, по Dor, Toupet. Летальных случаев нет.

Непосредственные результаты после радикальных операций являются вполне удовлетворительными, в то время, как функциональные результаты и 5-летняя выживаемость неутешительны.

Самостоятельными задачами явились и изыскания в онкохирургической стратегии рака резецированного желудка, симультанных, сочетанных, первично-множественных опухолевых заболеваниях кардии и пищевода.

- Выводы. 1. Операция типа Льюиса по усовершенствованной методике Давыдова М.И. универсальна, абластична, эффективна. Выходом явилось разрешение проблемы несостоятельности швов анастомоза.
2. Отработаны стратегические, тактические и технические аспекты с расширением показаний к гибридным малоинвазивным тораколапароскопическим технологиям при онкохирургических заболеваниях пищевода и кардии.
3. Включение лапароскопического этапа операции с формированием «грудного желудка», дополненного чресхиатальной, расширенной, медиастинальной лимфодиссекцией позволяет избежать лапаротомии при операциях типа Льюиса.
4. Сведены к минимуму противоречия к показаниям чресплевральных и трансмедиастинальных операций.

Новый доступ к подключичным лимфатическим узлам при хирургическом лечении рака молочной железы (T1-2N3a M0)

Абдурахманова З.М., Рамазанов М.Р., Рамазанова М.М.

ДГМУ

Актуальность. Подключичная лимфаденэктомия является одним из этапов при хирургическом лечении рака молочной железы в случае метастаза. Более 100 лет стандартом доступа к подключичным лимфатическим узлам был доступ W.S. Halsted (1889) при мастэктомии, заключающий в том, что пересекали большую и малую грудные мышцы у места прикрепления, а затем удаляли их вместе с молочной железой и регионарными лимфоузлами. Однако приведённый доступ нельзя применить при органосохранных операциях на молочной железе, так как в настоящее время приведённый доступ не применяется при инфильтрации раком или метастазах в грудные мышцы

О.Б. Дружков (1999) разработал доступ, который заключается в том, что большую и малую грудную мышцы не пересекают, а раздвигают мышечные волокна большой грудной мышцы с помощью крючка и выполняют подключичную лимфаденэктомию. При раздвижении мышечных волокон невозможно создать широкий доступ к подключичным лимфатическим узлам. Во – первых, раздвигаются волокна большой грудной мышцы, а волокна, оставшейся не тронутой малой грудной мышцы, ограничивают доступ к подключичным лимфатическим узлам. Во - вторых, для раздвижения грудных мышц

необходимо приложить силу равную 20 килограммам, что не реально во время операции для выполнения ассистенту. В–третьих, при раздвижении грудных мышц ранорасширителем Кабанова К.В.Сигала М.З. (1959) были в нашей практике отрывы этих мышц у места прикрепления и после выполнения подключичной лимфаденэктомии обратно зашивали, что затрудняет операцию и наложение швов высоко к месту прикрепления мышц.

Разработка нового доступа к подключичным лимфатическим узлам актуальна в настоящее время.

Целью исследования является разработка нового доступа к подключичным лимфатическим узлам для выполнения подключичной лимфаденэктомии при органосохранных операциях на молочной железе по поводу рака (T1-2N3aM0).

Материал и методы исследования. В клинике у 55 пациенток основной группы применён разработанный новый доступ. Для этого применяют интраоперационную диагностику (патент № 2736163) на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле и с помощью разработанного нами аппарата определяют уровень насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови. При насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови равному $90 \pm 1,5\%$ в грудных мышцах констатируют отсутствие метастазов в них и последних пересекают, а затем концы грудных мышц раздвигают в противоположные стороны. Далее определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичных лимфатических узлах и при насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичном лимфоузле равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируют наличие метастаза в подключичном лимфатическом узле и выполняют этап подключичной лимфаденэктомии. После выполнения подключичной лимфаденэктомии соединяют концы пересечённых грудных мышц с помощью швов и восстанавливают их целостность.

Результаты исследования. У 55 пациенток основной группы применён новый доступ к подключичным лимфатическим узлам для выполнения подключичной лимфаденэктомии по поводу рака молочной железы приведённой стадии. Во время операции применяли разработанный нами аппарат (патент № RU 2581266 C2) и предложенную нами интраоперационную диагностику. У 60 пациенток группы сравнения аппарат не применяли. У пациенток основной группы (55) не обнаружено

рецидивов и метастазов рака молочной железы, а у пациенток группы сравнения (60) обнаружены рецидивы у 7 пациенток и метастазы у 3. Вывод. Разработанный доступ к подключичным лимфатическим узлам для подключичной лимфаденэктомии при раке молочной железы является простым и эффективным.

Цифровая интраоперационная диагностика рака молочной железы Абдурахманова З.М., Рамазанов М.Р., Рамазанова М.М. ДГМУ

Актуальность. Рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных заболеваний у женщин в Российской Федерации. Интраоперационная диагностика рака молочной железы с целью распространённости его в региональные лимфатические узлы является актуальной проблемой в настоящее время для решения вопроса объёма оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. Впервые в мире нами разработана цифровая интраоперационная диагностика рака молочной железы во время операции и получен патент RU № 2736163) [2].

В клинике у 55 пациенток основной группы применена разработанная нами новая цифровая интраоперационная диагностика рака молочной железы. Для этого применяют разработанную нами интраоперационную диагностику рака молочной железы на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации в самой молочной железе или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле или в других региональных лимфатических узлах с помощью разработанного нами аппарата определяют уровень насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови. В норме насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови нормальной паренхимы молочной железы составляет $90 \pm 1,5\%$. В раковой опухоли молочной железы насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составляет $50 \pm 1,5\%$. При насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови равному $90 \pm 1,5\%$ в грудных мышцах констатируют отсутствие метастазов в них. Далее определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичных лимфатических узлах и при насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичном лимфоузле равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируют наличие метастаза в

подключичном лимфатическом узле и выполняют операцию в том или ином объёме.

Результаты исследования. У 55 пациенток основной группы применена цифровая интраоперационная диагностика рака молочной железы. Во время операции применяли разработанный нами аппарат (патент № RU 2581266 С2) [1] и предложенную нами цифровую интраоперационную диагностику. У этих 55 больных выполнена органосохранную операцию на молочной железе по поводу рака. Патогистологическое исследование удалённого препарата подтвердило наличие рака молочной железы в той или иной распространённости в региональных лимфатических узлах.

У 60 пациенток группы сравнения во время операции аппарат не применяли. У пациенток основной группы (55) не обнаружено рецидивов и метастазов рака молочной железы, а у пациенток группы сравнения (60) обнаружены рецидивы у 7 пациенток и метастазы у 3.

Вывод. Разработанная цифровая интраоперационная диагностика рака молочной железы во время операции эффективна и даёт объективную информацию для решения вопроса объёма операции.

Новые подходы к онкологическим принципам лечения рака молочной железы

Рамазанов М.Р., Абдурахманова З.М., Рамазанова М.М.
ДГМУ

Актуальность. Лечение рака молочной железы является сложной и быстро развивается по сравнению с другими локализациями. Тем не менее до настоящего времени проблема остаётся актуальной. Существующие клинические формы рака молочной железы лечат с применением того или иного метода лечения.

Целью настоящего исследования является разработка новых подходов к известным принципам лечения рака молочной железы.

Материал и методы исследования. В клинике у 115 больных с раком молочной железы проведено лечение с учётом новаторского подхода к следующим принципам.

1. Размеры рака молочной железы (масса опухоли).
2. Распространённость рака молочной железы: интраорганный или отдалённый.
3. Чувствительность рака молочной железы к химиопрепарату.
4. Биологический подтип рака молочной железы.

5. Результаты иммуногистохимического исследования.

6. Результаты гистологического исследования.

7. Клиническая форма рака (инфильтративная или узловая).

Рассмотрим первые два принципа лечения рака молочной железы: 1) размеры рака молочной железы (масса опухоли); 2) распространённость опухоли (интраорганный или отдалённый). Для лечения рака этого органа нами учитывали такие принципы как размеры опухоли и интраорганный распространённость рака молочной железы. Для этого нами применена интраоперационная диагностика рака данного органа (патент на изобретение № 2736163) [3] на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле и в других регионарных лимфоузлах при помощи определения уровня насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови с помощью разработанного нами аппарата (патент RU 2581266 C2) [2] у 55 пациенток основной группы. При показателе насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови грудных мышц или подключичного лимфатического узла равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируется наличие метастаза рака молочной железы.

Рассмотрим третий принцип лечения данного органа: чувствительность рака молочной железы к химиопрепарату.

Нами разработан также способ определения чувствительности химиопрепарата к раку молочной железы (патент RU 2534410 C2) [4], который применён у 55 пациенток основной группы для предоперационной и послеоперационной химиотерапии. В результате применения данного способа не было рецидивов и метастазов после комбинированного лечения. Проведённый сравнительный анализ клинических наблюдений лечения рака молочной железы (T1-2N3aM0) у больных с применением наших разработок (55 пациенток основной группы) и без их применения (60 пациенток группы сравнения) показал высокую эффективность наших изобретений и разработок на практике. Имеет большое значение четвёртый и пятый принципы лечения рака молочной железы: биологический подтип рака молочной железы и результаты иммуногистохимического исследования. В настоящее время люминальный А рак принято лечить с помощью гормонотерапии, люминальный В негативный лечат гормонотерапией и химиотерапией. При лечении HER 2- позитивного рака применяют химиотерапия с таргетной терапией, а при лечении тройного негативного рака

применяют оперативное лечение. Специальные гистологические типы, у которых благоприятный прогноз лечат:

А – гормоночувствительный гормонотерапией,

В – гормононечувствительный химиотерапией. Поэтому необходимо определить чувствительность раковых клеток молочной железы к гормону или к химиопрепарату по вышеприведённому нашему патенту.

Обязательно учитывают шестой принцип- гистологический вариант. При этом учитывают гистологическую форму. При

низкодифференцированной форме рака течение более злокачественное.

Лечение начинают с химиотерапии и применяют комбинированное

лечение. Прогноз неблагоприятный. Поэтому актуальность лечения данной формы рака молочной железы более значима чем других форм

рака. Необходимо также учитывать седьмой принцип: инфильтративная

форма или узловая. При инфильтративной форме лечение начинают с

многократных курсов химиотерапии и лучевой терапии. При данной

форме рака молочной железы прогноз неблагоприятный. Узловой рак

молочной железы более благоприятный. В начальной стадии узловой рак

можно излечить с помощью хирургической операции, лечение следующих

стадий – комбинированное. При инфильтративной форме целесообразно

применение нашего патента (патент RU 2534410 С2) [4] для определения

чувствительности химиопрепарата к раку молочной железы. При узловом

раке целесообразно применение наших патентов (патенты RU 2581266 С2

и № 2736163) [2,3], которые приведены выше.

Результаты исследования. У 55 больных основной группы не было

рецидивов и метастазов рака молочной железы после применения наших

разработок и изобретений. У 60 больных группы сравнения, у которых не

применены наши изобретения обнаружены рецидивы и метастазы (7 и 3

соответственно) в ближайшем в послеоперационном периоде

Вывод. Разработанные нами новые подходы к онкологическим

принципам рекомендуется учитывать при лечении рака молочной железы.

Продольная резекция желудка у пациентки с гастроинтестинальной стромальной опухолью (gist)

Лапшина С.Е., Неймарк А.Е.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. Гастроинтестинальная стромальная опухоль — злокачественная мезенхимальная опухоль, исходящая, предположительно, из клеток Кахала. Являются редкими опухолями желудочно-кишечного тракта, средний показатель заболеваемости в мире составляет 1,0-1,5 случая на 100 тысяч человек. Но несмотря на редкость, в свою очередь, данная патология является наиболее частой мезенхимальной опухолью ЖКТ. Наиболее частой локализацией является желудок (дно и тело) и тонкий кишечник, 60% и 30% соответственно. Симптомами опухоли могут быть боли в животе, кровотечения из зоны опухоли, а также бессимптомное течение. Наиболее частым первичным методом диагностики является ультразвуковое исследование или компьютерная томография. Но у пациентов с ожирением ультразвуковая диагностика, особенно, если опухоль маленького размера, как правило, является затрудненной из-за большого количества жировой ткани, а также толщины передней брюшной стенки, а рутинное выполнение компьютерной томографии не является оправданным. По мере увеличения количества выполняемых бариатрических вмешательств, в частности у пациентов, которым выполнена продольная резекция желудка, стала увеличиваться частота выявления ГИСО, как интраоперационно, так и во время гистологического исследования резецированной части желудка. Более того, именно выполнение резекции желудка, позволяет осуществить радикальное лечение данной патологии, при отсутствии метастазирования.

Цель. Обсуждение клинического случая радикального бариатрического вмешательства у пациентки с ожирением и гастроинтестинальной опухолью желудка больших размеров.

Материалы и методы. В статье изложен клинический случай пациентки с ожирением и гастроинтестинальной опухолью (ГИСО), выявленной во время предоперационного обследования. По ультразвуковым и рентгенологическим (КТ) данным было описано мягкотканное образование с бугристыми контурами размерами 116x98x110мм, вплотную прилежащее к большой кривизне желудка и поджелудочной железе. В рамках дообследования была выполнена ЭУС-ТАБ (через стенку желудка пунктировано образование размером 12x9 см), по данным гистологического исследования — GIST, экспрессирующая DOG1, CD117, Ki-67 - 1-2% Пациентке выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопической продольной резекции желудка единым блоком с опухолью. Операция выполнена в стандартной технике: мобилизация желудка по большой кривизне от привратника до угла Гиса, обходя зону

соединения с/3 желудка с опухолью, мобилизация опухоли от окружающих тканей, резекция желудка на зонде 39 Fr с последующим ушиванием степлерной линии. Резекцированная часть желудка с опухолью удалены через минилапаротомный доступ по Пфанненштилю. Послеоперационное гистологическое исследование подтвердило гастроинтестинальную опухоль.

Выводы. Бариатрическая операция, а именно продольная резекция желудка, может являться эффективным методом лечения пациентов с гастроинтестинальными опухолями, а также увеличивать частоту их выявления. В случае случайного обнаружения ГИСО во время бариатрической операции резекция опухоли так же может рассматриваться как радикальное онкологическое лечение, если по данным послеоперационного гистологического исследования края резекции без признаков опухолевого роста. Обязательным является выполнение иммуногистохимического исследования опухоли с оценкой митотического статуса. Все пациенты после резекции ГИСО должны находиться под длительным послеоперационным наблюдением.

Непосредственные результаты лечения результаты больных с метастазами колоректального рака в печени

Ш.О. Дарбишгаджиев^{1,2}, Н.Г. Гасанов¹, В.Ф. Брежнев¹, Д.А. Чичеватов¹

¹ ГБУ РД «Республиканский онкологический центр»

² ПИУВ-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Синхронное метастатическое поражение печени при первичном колоректальном раке (КРР) определяется у четверти больных, еще у 40% метастазы выявляются метасинхронно при дальнейшем динамическом наблюдении. По данным разных авторов, у 14-54% больных КРР, встречаются солитарные и изолированные метастазы в печень, из них у 30% пациентов, выявляется поражение обеих долей печени. Резекция печени при метастатическом КРР является основным условно радикальным методом, позволяющим позитивно влиять на прогноз жизни этой тяжелой категории больных. Пятилетняя выживаемость после хирургического удаления метастазов в печень по данным литературы колеблется от 25 до 40%.

Цель. Анализ хирургического лечения больных с метастазами КРР в печень.

Материал и методы. Ретроспективное многоцентровое когортное клиническое исследование, включающее 65 больных, проходившие лечение в ГБУЗ ООД (г. Пенза) и ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России (г. Димитровград) в период с 2015 по 2022 гг.

Всего в исследование включено 65 больных КРР с метастазами в печень, подтвержденными как данными интраоперационной ревизии, так и биопсии. Из них 39 (60 %) мужчин и 26 (40 %) женщин. Возрастной диапазон составил от 46 до 79 лет, средний возраст – $63,9 \pm 7,1$ года. Единичные метастазы колоректального рака были у 28 (43%) больных, множественные – у 37 пациентов, что составило - 47%. Распределение больных в зависимости от объема оперативных вмешательств было следующим: гемигепатэктомия – 26, сегментэктомия – 19, метастазэктомия – 9, трисекционэктомия – 6, ALPPS – 5. У 9 (13%) больных с синхронным колоректальным метастатическим поражением печени выполнены одномоментные симультанные операции. Из них у 6 больных - передняя резекция прямой кишки, у 3 – резекция сигмовидной кишки, у 2 – гемиколонэктомия справа.

Полученные результаты. Средняя продолжительность оперативных вмешательств составила ($M \pm \sigma$) $214,9 \pm 53$ мин.

Медиана объема интраоперационной кровопотери равнялась - 316 ± 74 мл. Среди 65 оперированных больных в раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 16-ти, что составило (24,6%). Среди них были отмечены (по одному случаю), печеночная недостаточность, поддиафрагмальный абсцесс, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость и кровотечение в свободную брюшную полость. Другие характерные осложнения, связанные с особенностями оперативного пособия, распределялись следующим образом: некроз холедоха – 2, наружный желчный свищ – 3, перфоративные язвы желудка/ДПК – 3, ограниченное скопление желчи в подпеченочном пространстве – 4.

Общая послеоперационная летальность составила 3,1%. (2/65)

Заключение. Вопрос о возможности хирургического лечения больных КРР с метастазами в печень должен решаться индивидуально и мультидисциплинарно. Оперативные вмешательства на печени характеризуются высоким числом раневых осложнений (24,6%) и летальности (3,1%). Ввиду сложности и травматичности подобные вмешательства необходимо проводить в специализированных центрах, имеющих соответствующий опыт и необходимые условия.

Новый способ органосохраняющей операции при раке молочной железы с метастазом в подключичный лимфатический узел (T1-2N_{3a}M₀)

З.М. Абдурахманова, М.Р. Рамазанов, М.М. Рамазанова

Актуальность. Рак молочной железы у женского населения занимает первое место, и заболеваемость составляет 91,95 на 100 тыс. женского населения. На современном этапе исследования показали возможность выполнения органосохраняющей операции при раке молочной железы. Целью настоящего исследования является разработка новой органосохраняющей операции при раке молочной железы (T1-2N_{3a}M₀). Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами разработана и применена интраоперационная диагностика (патент № 2736163) на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле и в других регионарных лимфоузлах определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови у 55 пациенток основной группы с помощью предложенного нами аппарата (патент № RU 2581266 C2). При показателе насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови грудных мышц или подключичного лимфатического узла равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируется наличие метастаза рака молочной железы. У 60 пациенток группы сравнения насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови не определяли.

Во время операции производят послойный разрез в виде двух полуовалов отступя открывая опухоли в пределах здоровых тканей верхне-наружного квадранта молочной железы. Пересекают фасцию над грудными мышцами. Выявляют границы пораженных отделов молочной железы, т.е. проводят интраоперационную диагностику на предмет определения границ раковой инфильтрации. При отсутствии раковой инфильтрации пересекают большую грудную мышцу и малую грудную мышцы. Концы пересечённых мышц отводят в противоположные стороны. При наличии метастаза в подключичном лимфатическом узле выполняют этап подключичной лимфаденэктомии. После выполнения подключичной лимфаденэктомии концы пересечённых грудных мышц соединяют с помощью швов и восстанавливают их целостность. Далее выполняют органосохраняющую резекцию молочной железы с очагом рака в пределах здоровых тканей. По резекционной линии определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови. При

нормальных показателях насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови (90%) по резекционной линии рану зашивают (подана заявка на патент).

Результаты исследования. У 55 пациенток основной группы установлен следующий положительный эффект от применения прилагаемого изобретения.

1. Очаг рака молочной железы исследуют на предмет насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, что дополнительно подтверждается наличие рака на операционном столе при показателе 50%.

2. По предлагаемому способу после пересечения грудных мышц и отведения их концов создается широкий доступ к подключичным лимфатическим узлам.

3. Метастатический подключичный лимфоузел исследуют на предмет насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, и при метастазе этот показатель составляет 50%.

4. Резекционную линию молочной железы исследуют с помощью определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на предмет наличия ракового роста.

У 55 пациенток основной группы рецидивов и метастазов не обнаружено после операции, а у 60 пациенток группы сравнения обнаружены рецидивы у 7 пациенток и метастазы у 3.

Вывод. Разработанная органосохраняющая операция является эффективным методом лечения рака молочной железы (T1-2N_{3a}M₀).

Цифровая интраоперационная диагностика жизнеспособности шовной полосы кожи после органосохраняющей операции на молочной железе

З.М. Абдурахманова, М.Р. Рамазанов, М.М. Рамазанова, С.М. Рамазанова

Актуальность. Профилактика несостоятельности швов сшитой кожи после органосохраняющей операции на молочной железе является актуальной проблемой хирургии рака молочной железы. Разумеется, данную проблему целесообразно решить на первом этапе в эксперименте, а на втором этапе целесообразно внедрить в клинику.

Целью исследования настоящей работы является разработка цифровой диагностики жизнеспособности шовной полосы кожи после органосохраняющей операции на молочной железе для профилактики несостоятельности швов кожи и некроза кожных краёв после ушивания раны.

Материал и методы исследования. В эксперименте на 20 собаках женского пола производили органосохранные операции на молочной железе. Из них в основную группу вошли 10, а в группу сравнения- 10. Под общим обезболиванием производили органосохранные операции на молочной железе. В проекции шовной полосы кожи после органосохранной операции показатели кровяного давления и насыщения гемоглобина артериальной крови снижаются в связи с тем, что кровь не поступает в сшиваемые кожные края вследствие мобилизации кожи после этой операции. Для получения объективных результатов вычисляют кислородный индекс в виде соотношения показателя насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови шовной полосы кожи к показателю насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на пальце передней лапки собаки.

Сущность способа заключается в следующем. После органосохранной операции на молочной железе под наркозом готовят шовные полосы кожных краёв в проходящем свете для ушивания раны. Моделируют шовные полосы путём мобилизации кожных краёв. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови определяют с помощью разработанного нами аппарата (патент RU 2581266 C2) в шовных полосах кожных краёв после органосохранной операции и бритья кожи на лапе собаки. При экспериментальных исследованиях у собак выявлены 3 зоны кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в шовной полосе мобилизованной кожи: А – зона нормальной гемоциркуляции; В – зона пониженной гемоциркуляции; С – зона критической гемоциркуляции.

У 10 собак основной группы в зоне («А») нормального кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови кровяное давление составило $75,4 \pm 1,2 / 46 \pm 1$ мм.рт.ст. при системном давлении $120,2 \pm 1,8 / 75,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст., а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило $85 \pm 1,2\%$ медиальной шовной полосы и системное насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в проекции лапы после бритья составило $92 \pm 1\%$. В пониженной зоне «В» кровяное давление составило $56 \pm 0,5 / 45,2 \pm 0,4$ мм.рт.ст. при системном давлении $120,2 \pm 1,8 / 75,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст., а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило в медиальной шовной полосе $48 \pm 0,8\%$ при том же системном насыщении кислородом в проекции лапы верхней конечности. В критической зоне «С» кровяное давление составило $20 \pm 0,4 / 20 \pm 0,4$ мм.рт.ст. при том же системном давлении, а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило $17 \pm 0,6\%$. Соотношение насыщения кислородом артериальной крови шовной полосы кожи после органосохранной операции к системному

насыщению артериальной крови в лапе верхней конечности собаки нами назван кислородным индексом жизнеспособности шовной полосы кожи после приведённой операции. Вычисленный индекс должен быть равен 0,5 или больше 0,5. Кислородный индекс в медиальной шовной полосе в проекции зоны «А» обнаружен 0,9, а в проекции зоны «В» – 0,5 ($48:92=0,5$). Кислородный индекс в зоне «С» составил 0,2, что ниже индекса 0,5 зоны «В». Также индекс жизнеспособности кожи в зоне «С» составил 0,2 ($20 \text{ мм.рт.ст.} : 120 \text{ мм.рт.ст.} = 0,2$). У 10 собак основной группы кожные края соединены с помощью узловых швов после органосохранной операции при индексе жизнеспособности кожи и кислородном индексе равному 0,5. В послеоперационном периоде осложнений не было. Все собаки забиты через 14 дней, 20 дней, 1 месяц, 2 и 3 месяца после операции путём передозировки наркотических средств. При гистологическом исследовании в шовных полосах кожи швы были состоятельны и некроза кожных краёв не обнаружено.

У 10 собак группы сравнения моделировали критическую зону шовной полосы кожи путём отдалённой мобилизации кожных краёв после приведённой операции и ушивали рану при низких нежизнеспособных показателях (17% и 16%) насыщения гемоглобина артериальной крови и кровяного давления $20 \pm 0,4 / 20 \pm 0,4$ мм.рт.ст. в ушиваемых кожных краях при системном насыщении (92%) гемоглобина артериальной крови в передней лапке собаки. В медиальной шовной полосе кожи кислородный индекс был критический - ниже 0,5 ($17:92=0,2$), и в латеральной шовной полосе кожи также было ниже 0,5 ($16:92=0,2$). Индекс жизнеспособности кожи также был равен 0,2.

В послеоперационном периоде у всех 10 собак обнаружены некрозы ушитых кожных краёв и швы были не состоятельны на 6–7 сутки. При гистологическом исследовании обнаружены некрозы шовных полос кожи у всех 5 собак.

Результаты исследования. После исследования кровяного давления и определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови при кислородном индексе равному 0,5 у 10 собак после органосохранной операции в эксперименте не было несостоятельности швов кожи. Наоборот, у 10 собак группы сравнения при низком кислородном индексе 0,2 обнаружена несостоятельность швов и некрозы кожи в послеоперационном периоде. Получен патент RU 2776214 от 14.07.2022 [2].

Вывод. Для предупреждения несостоятельности швов кожи после органосохранной операции на молочной железе в шовных полосах кожи необходим кислородный индекс равному 0,5.

Бариатрическая и пластическая хирургия

Новый способ коррекции тотального тазового пролапса

Тотиков В.З., Тарамов У.У., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. Проплапс тазовых органов представляет собой полиэтиологическое заболевание, распространенность которого увеличивается с возрастом. Данная патология может существенно влиять на качество жизни женщин. Несмотря на большое количество предложенных на сегодняшний день методик хирургической коррекции тазового пролапса результаты лечения не могут устраивать специалистов, в первую очередь из-за большого числа рецидивов. Необходим дальнейший поиск и разработка новых методов лечения пролапса тазовых органов.

Цель исследования: разработать новый способ аллопластики тазового дна у больных с тотальным тазовым пролапсом (ТПТО), позволяющий улучшить результаты лечения.

Материалы и методы: исследование основано на результатах наблюдения и лечения 66 пациенток с ТПТО III-IV степени, которым осуществлялась пластика тазового дна по разработанному в клинике способу (патент № 2764370). При этом 37 (52,1%) пациенткам методика была выполнена лапароскопическим доступом, а у 29 (43,9%) больных – открытым. С целью уточненной диагностики, помимо общеклинических методов обследования, нами производились проктодефекография, трансректальное УЗИ, УЗИ брюшной полости и малого таза, КТ и МРТ органов малого таза и промежности. Оценка качества жизни определялась по опроснику PFDI-20. Степень тазового пролапса определялась по классификации POP-Q. С целью оценки результатов лечения и качества жизни у наблюдаемых пациенток контрольные исследования производились через 6, 12 и 36 месяцев после оперативного вмешательства.

Результаты. Неблагоприятных исходов, как и воспалительных постоперационных осложнений у больных в послеоперационном периоде не выявлено. Серомы в области послеоперационных ран наблюдались у 4 (6,1%) пациенток, при этом все серомы были дренированы. В процессе наблюдения все больные отметили улучшение качества жизни и улучшение функциональных показателей. Рецидивов заболевания в течение 3-летнего периода наблюдений не наблюдалось ни у одной больной.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что разработанный новый метод аллопластики при III-IV степенях ТПТО как при открытом варианте операционного доступа, так и при лапароскопическом позволяет улучшить непосредственные результаты лечения путем снижения числа послеоперационных осложнений,

улучшить функциональные результаты, снизить вероятность рецидива и улучшить качество жизни пациенток в отдаленном периоде.

Непосредственные результаты бариатрических операций

Алибегов Р.А., Магомедов С.М., Султанова Р.С., Магомедов М.М., Алиев А.К., Амирханов А.А., Магомедов М.С., Нуров Р.И.

ГБУ РД «ГКБ»

Хирургическое лечение морбидного ожирения предусматривает улучшение здоровья и качества жизни. Устойчивое снижение веса более чем на 10% от общей массы тела является профилактикой диабета 2 типа, гипертонии, жирового гепатоза печени, обструктивного апноэ сна.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты

бариатрических операций у пациентов с морбидным ожирением

Материал и методы. За последние два года в клинике выполнено 407 бариатрических операций при различных стадиях ожирения.

Лапароскопическая продольная резекция желудка (ПРЖ) сделана 313 пациентам, минигастрошунтирование (МГШ) – 81, гастрошунтирование по Ру – 1, повторные бариатрические вмешательства выполнены 12 пациентам. В качестве повторной операции чаще выполняли МГШ - 7 (переделка ПРЖ - 5, гастропликации -2), затем гастрошунтирование по Ру-3 (переделка ПРЖ -2, МГШ – 1) и ПРЖ - 1 (переделка гастропликации – 1). В одном случае произведена реконструктивно-восстановительная операция после МГШ, путем формирования гастро-гастроанастомоза и еюнопластики. Возраст пациентов от 18 до 63 лет (средний возраст $39,3 \pm 10,5$ лет). Мужчин - 19, женщин -388, средняя масса тела $115,6 \pm 22,5$ кг (от 86 до 225 кг), средний индекс массы тела (ИМТ) $41,3 \pm 7,2$ ($33,1 - 77,8$) кг/м². Показания к операции: возраст от 18 до 65 лет, ИМТ >40, ИМТ >35 при наличии сопутствующих заболеваний (метаболический синдром), ИМТ >30 при наличии сахарного диабета 2 типа.

Результаты. Летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде не было. На 30 день после операции несостоятельность степлерного шва желудка после ПРЖ развилась у одного пациента (0,2%). Выполнена лапароскопия санация, дренирование брюшной полости и формирование питательной еюностомы. Этот пациент с функционирующей фистулой выписан домой.

Выводы. Лапароскопические бариатрические операции демонстрируют безопасность и низкую частоту послеоперационных осложнений. Это

позволяет все шире внедрить метаболитические операции в лечении морбидного ожирения.

Особенности анестезии при продольной резекции желудка у пациентов с морбидным ожирением

Исмаилов Х.М., Чейшвили Е.Г.

ГБУ РД "РКБ№2"

Актуальность. Морбидное ожирение – избыточное отложение жировой массы с ИМТ ≥ 40 кг/м² или с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением

Распространенность ожирения в настоящее время приобрела масштабы эпидемии. В мире, по опубликованным в 2009 г. сведениям Всемирной организации здравоохранения, около 2,1 млрд человек имели избыточную массу тела или ожирение. В России 51,7% женщин и 46,5% мужчин имели избыточную массу тела или ожирение, в том числе морбидное.

Несмотря на значительные экономические затраты по профилактике и лечению ожирения, летальность в возрасте 20-35 лет при патологическом ожирении превышает среднестатистическую в 12 раз, в основном от сердечно-сосудистых осложнений (Bellami M., Struys M., 2007).

Избыточная масса тела - состояние, которое значительно осложняет течение периоперационного периода. Оно увеличивает риск развития осложнений и неблагоприятного исхода, поскольку затрагивает практически все органы и системы – сердце, легкие, костно-мышечный аппарат. Частой проблемой, сопровождающей ожирение, является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

СОАС вызывает легочную и системную гипертензию, поражение миокарда, персистирующую гиперкапнию, гипоксемию, компенсаторный эритроцитоз.

В Республиканской клинической больнице №2 (РКБ№2) за 2022-2023 годы широко применяется метод эндоскопической хирургии, продольная («рукавная») резекция желудка -удаление значительной части желудка, включая большую кривизну и фундальный отдел с сохранением кардиального сфинктера и привратника, в связи с чем приобретает актуальность совершенствование методов анестезии.

Цель настоящего исследования - является улучшение результатов лечения больных с морбидным ожирением с продольной резекцией желудка путем разработки стратегии безопасности проведения анестезии.

Материалы и методы. В настоящем сообщении представлены результаты периоперационного ведения 130 пациентов, которым была выполнена продольная резекция желудка лапараскопическим методом, по поводу морбидного ожирения в хирургическом отделении РКБ№2. Возраст пациентов от 20 до 65 лет, (в среднем 42 года). Женщин-109, Мужчины - 21, (соотношение 6:1). ИМТ от 40,5 до 65,2 (Морбидное ожирение-3 степень ≥ 40 кг/м²; 4 степень ≥ 50 кг/м²; ИМТ 5 степень ≥ 60 кг/м²), длительность операции от 1 ч10мин до 2ч10мин (в среднем 1ч30 мин). Свыше 60% наблюдавшихся больных –с различной патологией сердца и легких: ИБС, стенокардия напряжения ФК II с различными нарушениями ритма сердца, гипертоническая болезнь II ст., хроническая сердечная недостаточность 1-II ст., ХОБЛ с явлениями ДН 1-II ст. Всем больным проводилась соответствующая предоперационная подготовка, в том числе лечение сопутствующих заболеваний в профильных отделениях больницы. Все оперативные вмешательства проведены в плановом порядке.

С целью профилактики периоперационных осложнений (тошнота, рвота), пациентам назначен дексаметазон 4мг подкожно и ондасетрон 4мг внутрь за 2 часа до операции. Омепразол 40 мг внутривенно накануне вечером и за 2 ч до операции, с целью предупреждения стресс индуцированного повреждения ЖКТ. Метоклопромид (церукал) 10 мг в/в после индукции анестезии.

У всех пациентов проведена оценка трудных дыхательных путей, оценивали вероятность трудностей масочной вентиляции, ларингоскопии и интубации трахеи. (ИМТ > 26 кг/м²; подозрение на СОАС; окружность шеи >40 см.)

Перед индукцией пациента укладывали в положение на спине с поднятым головным концом (обратном положении Тренделенбурга) для увеличения функциональной остаточной емкости (ФОЕ) и улучшения оксигенации, во время преоксигенации и индукции анестезии использовали постоянное положительное давление в дыхательных путях и фракцию вдыхаемого кислорода не более 80% под контролем SpO₂ $\geq 95\%$, а у пациентов с трудно проходимыми дыхательными путями FiO₂ - 100% , также применяли неинвазивную вентиляцию легких (НИВЛ) , вместо стандартной преоксигенации в течение индукции анестезии.

Операции проводили в условиях комбинированной в/в общей анестезии пропофолом +НЛА с ИВЛ на фоне тотальной миоплегии. Введение в анестезию осуществляли в/в введением 1% р-ра пропофола от 200 мг до 400 мг с дробным введением, Расчет дозы пропофола осуществляли на

основании тощего веса тела с учетом показателя сердечного выброса, а при выключении сознания 0,2-0,3 мг фентанила. ИВЛ проводили аппаратом Drager Savina 300. Минутный объем вентиляции во время анестезии выбирали в соответствии с исходными значениями. ИВЛ осуществляли в режиме VCV AC: ДО = 6-8 мл/кг ИМТ, поддержание давления в конце вдоха <30 см H₂O. Маневр рекрутмента сразу после интубации, использование давления ≥40 см H₂O в течение 8-10 сек, РЕЕР (10-12 см H₂O).

Анестезию поддерживали дробным в/в введением пропофола из расчета 4-6 мг/кг/час, фентанила 0,003 мг/кг/час, и рокурония с расчетом на идеальный вес тела (ИВТ). Расчет дозы препаратов для анестезии выполнялся на основании общего веса тела, идеального веса тела, индекса массы тела или тощего веса тела в зависимости от используемого препарата.

Результаты исследования и их обсуждение. В двух случаях предоперационной оценке вероятности трудной интубации. Трудности с интубацией возрастают с увеличением ИМТ. Частота трудных интубаций при ИМТ > 40 при проведении общей анестезии достигает 24 %. (Bellami M. Struys M., 2007). Интубация в сознании потребовалась 1 пациенту с ожирением. Маневр рекрутмента проводилась всем сразу после интубации, использование давления ≥40 см H₂O в течение 10 сек, повторное использование маневра рекрутмента приходилось двум пациентам в связи снижением максимальной оксигенации до 94%, достигнутых после рекрутмента.

Тошнота отмечалась у 22 пациентов (16%), для купирования в послеоперационном периоде использовали метоклопрамид 10 мг и ондансетрон 4 мг.

Восстановление сознания, нервно-мышечной проводимости и защитных рефлексов в течении 10 минут после окончания анестезии. В длительной вентиляции не нуждался ни один пациент.

Выводы. 1. Преоксигенация должна быть начата в палате и продолжена при транспортировке в операционную и применение непрерывного положительного давления в дыхательных путях (CPAPc ПДКВ-10-12 см H₂O) в течение 5 минут перед индукцией.

2. Пропофол является препаратом выбора для индукции анестезии у пациентов с ожирением.

3. Миоплегия - использовать релаксанты средней продолжительности действия- рокуроний, атракурий, а поддержание миорелаксации под контролем глубины нервно-мышечного блока (НМБ).

4. Стратегия ИВЛ: PCV-VCV, ДО- 6–8 мл/кг из расчета на ИВТ, ПДКВ не менее 10 см H₂O. ETСO₂ не выше 45 мм рт. ст., а также использование рекрутирующего маневра после интубации и сразу после окончания операции.

Комбинированное хирургическое лечение недостаточности тазового дна у больных пожилого и старческого возраста

Мелконян Г.Г., Качурин С.А.

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ г Москвы»

Недостаточность тазового дна (тазовый пролапс), является проблемой на границе хирургии, колопроктологии, гинекологии, урологии и длительное время остается под вниманием врачей этих специальностей и с учетом увеличения продолжительности жизни, с каждым годом частота встречаемости этого заболевания неуклонно увеличивается. В настоящее время нет четких показаний к выполнению того или иного вида хирургического вмешательства, а так же остается достаточно большое количество рецидивов после хирургического лечения. Нельзя забывать о «интимности» этой проблемы о которой пациенты не так часто сообщают своему лечащему врачу, предпочитая справляться своими силами или при помощи подручных средств.

Множество причин развития данного состояния, а так же череда причинно-следственных изменений в этой анатомо-функциональной зоне формирует патологический, аутодеструктивный процесс в организме женщины. Принцип «порочного, замкнутого круга» лежит в основе этого состояния, основными клиническими проявлениями которого являются затруднение опорожнения кишечника, недержание мочи, опущение или выпадение прямой кишки и женских мочеполовых органов.

Сведения о распространении недостаточности тазового дна – наиболее часто описанные в литературе – в России ограничены, так как отсутствуют масштабные популяционные исследования, а также то, о чем было сказано выше – редкость обращения за квалифицированной медицинской помощью. Как указывается в различных источниках последних лет – распространенность недостаточности тазового дна составляет от 4,5 до 30% или от 2,9 до 53% со ссылками на зарубежные источники (М.Ю. Гвоздев, 2016, В.А. Сейкин, 2017).

Клинически значимый пролапс тазовых органов встречается в среднем у более чем 50% женщин в возрасте от 15 до 60 лет. Среди женщин в

возрасте 20 – 29 лет частота пролапса тазовых органов составляет 20%, в возрасте 30 – 39 лет – 50%, в возрасте 40 – 49 лет – 77%, в возрасте 50 – 59 лет – 74% с формированием плато в распространенности в течении десятилетия после менопаузы.

По российским данным, 47% больных с клиническими проявлениями недостаточности тазовых органов – женщины трудоспособного возраста (В.И. Кулаков, 2004).

Большинство экспертов уверено в том, что это не предел:

распространенность пролапса тазовых органов будет расти. Например, по данным М. К. Lindsay (2009), частота пролапса тазовых органов с 2010 по 2030 г. увеличится на 35%. Согласно прогнозам J. M. Wu и соавторов (2009), к 2050 году 58,2 миллионов женщин США будут иметь как минимум одно дисфункциональное расстройство, связанное с состоянием тазового дна. При этом 41,3 миллиона из них будут страдать недержанием мочи, 25,3 миллиона – недержанием кала (или проявлениями синдрома обструктивной дефекации) и у 9,2 миллионов будут выявляться комбинированные формы пролапса тазовых органов. Можно предположить, что к середине XXI века частота хирургических вмешательств по поводу несостоятельности мышц тазового дна и связанных с ней состояний увеличится более чем на 40%, а ежегодные расходы на операции будут расти в 2 раза быстрее, чем численность населения.

За всю историю лечения данного заболевания предложено более 300 различных вариантов оперативных способов коррекции пролапса тазовых органов. Хирургическое лечение направлено на устранение выпадения органов малого таза, а также восстановление их функции. В настоящее время оперативные вмешательства принято подразделять по доступу: на внутрибрюшные и промежностные и промежностные. А также оперативные пособия, по характеру вмешательства, делятся на резекционные и фиксирующие. А также комбинированные варианты лечения, когда используются одновременно либо разные доступы, либо операцию приходится выполнять для коррекции всех трех компартментов. С учетом большого количества предложенных вариантов коррекции недостаточности тазового дна, можно думать о определенном несовершенстве каждого из предложенных способов хирургического лечения.

В ГБУЗ «Госпитале для ветеранов войн №3» ДЗМ г. Москвы за 2022 год нами прооперировано 23 пациентки с комбинированной формой пролапса тазовых органов. Все пациентки были прооперированы в возрасте от 60

лет и старше. Средний возраст прооперированных пациенток составил 68,5 лет. У всех пациенток была выявлена комбинированная форма пролапса тазовых органов. В 14 случаях (61%) – это было сочетание переднего ректоцеле 3 – 4 степени, апикального пролапса и стрессового недержания мочи, в 5 случаях (22%) – сочетание апикального пролапса и стрессового недержания мочи и в 4 случаях (17%) – сочетание переднего ректоцеле 3 – 4 степени и стрессового недержания мочи. Чаще всего при обращении пациентки предъявляли жалобы на ощущение инородного тела в промежности, симптомы обструктивной дефекации, непроизвольное подтекание мочи во время смеха, кашля или другого варианта повышения внутрибрюшного давления. Так же все пациентки жаловались на ухудшение качества жизни и постоянную необходимость использовать гигиенические прокладки.

Из 23 пациенток: в 12 случаях (52%) – это были женщины рожавшие один раз, в 6 случаях (26%) – рожавшие дважды, в 5 случаях (22%) – рожавшие трижды и более раз.

Все пациентки, находясь в госпитале были обследованы. Кроме общепринятого комплекса лабораторных и инструментальных предоперационных обследований, каждая пациентка осмотрена врачом – гериатром с определением «Комплексной гериатрической оценки», консультирована гинекологом, урологом. Из «специфических» исследований, всем пациенткам выполнялось: УЗИ брюшной полости и малого таза (трансабдоминально/ трансректально/трансвагинально), КТ брюшной полости и органов малого таза, рентген-дефектография. В 18 случаях (78%) – выявлено переднее ректоцеле 3 – 4 степени. Все пациентки были отягощены коморбидной патологией. Чаще всего встречались: ИБС – 21 (91,3%), Гипертоническая болезнь – 23 (100%), Сахарный диабет 2 типа – 13 (56,5%), ХБП – 7 (30,4%), ХОБЛ – 5 (21,7%), ЦВБ, ХИГМ – 16 (69,6%), Морбидное ожирение – 18 (78,2%). У всех пациенток присутствовало более двух сопутствующих заболеваний. Решение о хирургической коррекции пролапса тазовых органов в каждом случае принималось путем проведения мультидисциплинарного гериатрического консилиума. В состав которого обязательно входили: хирург, анестезиолог, врач-гериатр, уролог, гинеколог и все необходимые смежные специалисты. Всем пациенткам на дооперационном этапе проводилась оценка анестезиолого-операционного риска (ASA, МНОАР, риск развития кардиальных осложнений Lee, риск развития респираторных осложнений ARISCAT).

Все пациентки оперированы. В своей рутинной практике мы используем комбинированную фиксирующую операцию направленную на фиксацию и поддержание органов всех трех компартментов, с использованием сетчатых имплантов. А именно – лапароскопическую поперечную кольпопексию (Операция предложенная А.В. Аболмасовым, 2016) и переднюю ректосакропексию (операция предложенная Andre D'Hooge, 1999). Во время выполнения оперативного пособия больная находится в положении Тренделенбурга. Оптический порт устанавливается в околопупочной области, рабочие порты 10мм, 5мм, 5мм и 5мм, устанавливаются в подвздошных областях и гипогастрии по типу «веера». На первом этапе в поперечном направлении вскрывается в поперечном направлении брюшина пузырно-маточного пространства, оголяется шейка матки и задняя стенка мочевого пузыря, а так же выделяются Куперовские связки с двух сторон. Сетчатый имплант, в виде ленты шириной около 3х см центрально фиксируется тремя швами к шейке матки, латерально двумя швами с каждой стороны фиксируется к Куперовским связкам, для фиксации импланта используется нерассасывающийся монофиламентный шовный материал. Во время выполнения этого этапа для установления правильной позиции матки нами используется маточный манипулятор. После фиксации шейки матки к импланту и Куперовским восстанавливается брюшина пузырно-маточного пространства непрерывным швом. После выполнения этого этапа удаляется маточный манипулятор. Матка фиксируется к передней брюшной стенке либо путем прошивания через переднюю брюшную стенку лигатурами, либо используется «T-Lift», с целью открыть доступ к заднему компартменту. Далее мы вскрываем брюшину малого таза в виде «клюшкообразного» разреза. Доступ начало берет на уровне мыса кресца, далее продолжается по правой внутренней поверхности малого таза, далее переходит на переднюю стенку прямой кишки, на уровне шейки матки и переходит на левую внутреннюю поверхность стенки таза. Выполняется формирование рабочей полости в рамках эмбрионального слоя, по наружной поверхности мезоректальной фасции начиная с задней стенки с переходом на правую боковую и переднюю стенку прямой кишки. Очень важным является визуализация и сохранение нервов нижнего гипогастрального сплетения. Мобилизация проводится до визуализации мышц поднимающих задний проход с двух сторон от прямой кишки. Далее, в сформированную ректовагинальную полость, устанавливается сетчатый имплант в виде ленты шириной около 4см и длиной около 30см. Дистально фиксация производится 3 – 4 швами к мышцам поднимающим задний проход, с

двух сторон от передней стенки прямой кишки и передней стенке прямой кишки, далее отдельными швами имплант фиксируется к передней стенке прямой кишки, задней стенке влагалища, мезоректальной фасции и, проксимально к надкостнице мыса кресца, двумя швами. После чего производится восстановление брюшины малого таза непрерывным швом с устранением «избытка» брюшины Дугласова пространства. При правильном выполнении операции не происходит избыточной кровопотери и оперативное пособие не требует установки контрольных дренажей. В нашем исполнении операция длилась от 90 до 120 минут. В послеоперационном периоде все наши прооперированные пациентки не потребовали наблюдения в условиях реанимационного отделения и им не потребовалось назначения наркотических анальгетиков. Критерием выписки из стационара для нас являлось появление первого самостоятельного акта дефекации. В группе исследованных пациенток это происходило на 2 – 6 день послеоперационного периода (в среднем – 4,2 день). В исследуемой группе пациенток осложнений в раннем послеоперационном периоде нами не отмечено. Заживление ран передней брюшной стенки не выявлено.

Все пациентки были нами госпитализированы для динамического обследования в послеоперационном периоде через 3 и 6 месяцев от выполненной операции. Через 3 месяца от момента выполненной операции все пациентки отмечают общее улучшение качества жизни: уменьшение проявлений синдрома обструктивной дефекации, уменьшение проявлений стрессового недержания мочи. Отсутствовали ощущения инородного тела в промежности, практически не требовалось использование гигиенических прокладок. Однако у 7 пациенток (30,4%) сохранялись проявления обструктивной дефекации, требовавшие применения микроклизм «Микролакс» в среднем 2 – 3 раза в неделю и применения «Вазелинового масла» внутрь. Через 6 месяцев после выполненной операции проявления синдрома обструктивной дефекации отмечались только у 3 (13%) пациенток. В настоящее время продолжается динамическое наблюдение за оперированными пациентками.

Резюмируя, можно сказать, что выполнение лапароскопической комбинированной фиксирующей операции при сочетанном пролапсе тазовых органов (поражении всех трех компартментов), с учетом всестороннего дооперационного обследования, использования принципов мультидисциплинарного подхода в лечении каждого пациента, позволяет добиться хорошего функционального результата и улучшения качества жизни у больных пожилого и старческого возраста.

Применение современных инновационных повязок при осложнениях после абдоминопластики

Омарова Х.З, Курбанова З.В, Исрапилов М.М, Багаудинова С.Г, Омаров О.И, Далгатов Г.М, Алибегов Г.М
ФБГОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Актуальность. Абдоминопластика является одной из наиболее часто выполняемых эстетических хирургических процедур во всем мире. Основной целью абдоминопластики является изменение контура тела путем иссечения лишней кожи и жировой ткани для ремоделирования брюшной стенки.

Цель исследования: анализ осложнений после абдоминопластики и усовершенствование методов их устранения.

Материалы и методы: за период 2019-2022 годы было прооперировано 213 пациента. Осложнения абдоминопластики были различны по тяжести и воздействию на эстетические результаты: серомы, кожное воспаление в области внутренних кожных швов, инфекционные осложнения, ишемия кожно-жирового лоскута.

Результаты и обсуждение. Скопление серозной жидкости под кожным лоскутом явилось наиболее частым осложнением после абдоминопластики, что составляло 11,4 %. Большинство сером прошли после единичной или повторной аспирации. Кожное воспаление в области внутренних кожных швов проявилось в 5% случаев. После удаления остатков нити или удаления не рассасывающегося шва, воспаление нивелировалось. Инфекционные осложнения были диагностированы у 2 пациентов, что составило 4,2 %, которым выполнена ревизия раны и продолжено лечение антибиотиками. Ишемия кожно-жирового лоскута привело к несостоятельности шва и некрозу кожи у 2 пациентов, заживление при этом было весьма проблемным. Данное осложнение привело к длительно незаживающим ранам в области шва. Применение современных инновационных повязок, усовершенствованных по собственной методике позволило нам добиться хороших результатов.

Выводы. Согласно опубликованными нами случаев, местные осложнения встречаются значительно чаще, чем осложнения с системными последствиями. Как и при любом другом хирургическом вмешательстве, абдоминопластика и липоабдоминопластика подвержены осложнениям. Во время операции необходима качественная хирургическая техника,

основанная на последних данных и индивидуальном опыте хирурга. Поиск улучшенных эстетических результатов, снижение частоты осложнений и методов их коррекции должны продолжаться.

Опыт первых 1000 операций. Результаты и осложнения

Абдурашидов Г.А., Гасанов Х.М.

ФГБУ ЮОМЦ ФМБА России «Махачкалинская клиническая больница»,
Махачкала

Актуальность. По статистике Всемирной организации здравоохранения, в 2016 г. более 1,9 млрд человек старше 18 лет имели избыточную массу тела. В России, по данным на конец 2016 г., зарегистрировано 23,5 млн лиц с ожирением. Также показано прогрессирующее увеличение распространенности ожирения среди детей. Бариатрические методы лечения ожирения признаны наиболее эффективными, а также наиболее действенный метод лечения патологического ожирения и самый эффективный метод лечения основных составляющих метаболического синдрома.

При всем относительном благополучии, бариатрическая хирургия остается непростой в плане осложнений и ее последствий.

Цель исследования. Целью исследования являются не только уменьшение веса пациента и достижение благоприятных метаболических эффектов, а также при возникновении осложнений, подобрать наиболее оптимальный метод его лечения.

Материалы и методы. С 2020 по 2023г в ФГБУ ЮОМЦ ФМБА России «Махачкалинская клиническая больница» в Центре бариатрической хирургии выполнено 1000 операций.

Из них: Лапароскопическая продольная резекция желудка (ПРЖ)-913

Лапароскопическое мини-гастрошунтирование (МГШ) - 43

Реконструктивные операции:

из ПРЖ в МГШ-12

из ПРЖ в ререзекцию -3

Удаление бандажа с переводом в ПРЖ-5,

Удаление бандажа в МГШ-2

Удаление баллона в ПРЖ-12

Гастропластика в ПРЖ-2

Гастропластика в МГШ-4

Баллонирование-4

Наблюдение в течение 3х лет

Отличные результаты-75%

Хорошие результаты-20%

Удовлетворительные-4,9%

Нет эффекта-0,1%

Возврат веса-

Все пациенты наблюдаются у эндокринолога с контролем анализа 3,6,12 месяцев.

К году после операции пациенты возвращались к параметрам исходного веса по ИМТ, в подавляющем большинстве случаев.

Практически все пациенты, через год отмечают качественное изменение в самочувствие, физической активности, явный прогресс в личной жизни, самодисциплину в плане питания.

География пациентов обширная: от Камчатки до ближнего зарубежья.

Операции проводятся по газовым наркозом, значимых осложнений не отмечались.

Результаты исследования и их обсуждения. При всем относительном благополучии, бариатрическая хирургия остается непростой в плане осложнений и ее последствий.

На 1000 операций, мы имели следующие осложнения (1,2%):

Интраоперационные (кровотечения, повреждения соседних органов), которые удалось решить тут же – 6, кровотечение в брюшную полость, первые сутки – 12, из них: Релапароскопия, гемостаз, санация брюшной полости – 8. Консервативно - 4

Несостоятельность шва: после ПРЖ -1, выполнена релапароскопия, ушивание дефекта, санация брюшной полости и дренирование, пациентка выписана на 5е сутки после МГШ, перфорация приводящего отдела тонкой кишки, возле анастомоза- 1, выполнена релапароскопия, ушивание дефекта, санация дренирование брюшной полости, на 6е сутки выписана Стриктура пауча при прж – 2, 1- релапароскопия, рассечение перетяжки в средней трети желудка, с интраоперационным видеоэндоскопическим контролем.

1 - эндоскопическое бужирование. Летальность – 0

Заключение. С целью профилактики кровотечений ушивание степлерного шва. При кровотечениях максимально ранняя релапароскопия, с целью гемостаза и санации брюшной полости. При несостоятельности - предпочтительно считаем, активная хирургическая тактика с целью ушивание дефекта, с адекватным дренированием брюшной полости.

При стриктурах, после уточнения причины структуры релапароскопия, с одномоментном ЭГДС интраоперационно для контроля.

При отдаленных стриктурах - бужирование, а при неэффективности реконструкция с одним из вариантов гастроэнтероанастомоза.

Современный взгляд на закрытие одноствольных илеостом

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Дадаев И.С.

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет
Минздрава России.

Актуальность: В последние годы ввиду непрерывного роста воспалительных заболеваний, травм, опухолей тонкого и толстого кишечника, которые приводят к острой кишечной непроходимости, большинство операций в ургентой хирургии заканчиваются выведением одноствольной илеостомы

Выведенная стома несмотря на наличие широкого спектра специальных средств ухода за стомами и современных возможностей реабилитации стомированных больных, приносит пациенту выраженный дискомфорт, снижение качества жизни, снижение трудоспособности, и требует восстановительного этапа операции.

Целью работы: разработать новый способ закрытия функционирующих одноствольных илеостом.

Задачи: разработка новой конструкции тонко-толстокишечного анастомоза, не нарушающего кровоснабжение кишечной стенки, обладающего арефлюксной функцией, при этом не вызывающего стенозирования и рубцевания соустья, сокращение времени операции и ее травматичности.

Материалы и методы: Нами предложен новый способ выполнения реконструктивно-восстановительной операции при функционирующей одноствольной илеостоме. **Схема операции:** двумя окаймляющими илеостому иссекается кожа, подкожно-жировая клетчатка с иссечением рубцовых тканей между стенкой кишки и кожей, выделяется дистальный отдел тонкой кишки в виде готового «хоботка» длиной 4-5 см, с сохраненной брыжейкой, который подшивают однорядными узловыми серозно-мышечными швами в поперечном направлении к стенке толстой кишки с инвагинацией «хоботка» в просвет толстой кишки через поперечный разрез длиной 2,5 см на расстоянии 0,5 см от линии ранее наложенных швов, с последующим наложением однорядных узловых

серозно-мышечных швов вокруг сформированного анастомоза. На данный способ получен Патент РФ №2793389 от 31.03.2023г.

Результаты и их обсуждение: После ликвидации илеостомы пациенты проходили лечение в условиях хирургического стационара. У прооперированных больных несостоятельности анастомозов не было, все наложенные анастомозы выполняли арефлюксную функцию, что подтверждено рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями.

Выводы: Данный способ формирования инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза обладает высокой механической и биологической герметичностью, заживление анастомоза происходит первичным натяжением, выделенная илеостома представляет собой уже готовый «хоботок» с вывернутой слизистой и адекватным кровоснабжением, которая при погружении в поперечно ободочную кишку играет роль клапана который препятствует рефлюксу содержимого толстой кишки в тонкую. Данный анастомоз более простой в техническом исполнении и менее травматичен. Использование способа позволяет предупредить развитие анастомозита и рубцовых изменений в зоне сформированного анастомоза.

Азиатские веки: Сангапури и эпикантопластика

Муртузовна Д.М., Муртузалиева А.С.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"

Актуальность: Выражение глаз находится в прямой зависимости от состояния век и преорбитальных тканей. Веки играют важную эстетическую роль в лице человека. Кожа в этой области очень часто поддается возрастным изменениям, что является одной из главных причин проведения блефаропластики. Помимо возрастных изменений блефаропластика способна на изменение черт лица человека.

Данная операция будет носить название-Сангапури, которая получила большое распространение в азиатских странах.

Зачастую в европейских странах блефаропластика применяется при блефароптозе, выраженных морщинах и мешках под глазами. Применение же азиатской блефаропластики в основном используется при отсутствии супраорбитальной складки на верхних веках, нависающего века и наличии эпикантуса.

Цель исследования: Ознакомиться с опытом проведения эпикантопластики у лиц азиатского происхождения и выяснить количество осложнений.

Методы и материалы: В исследование были включены пациенты азиатского происхождения, которым была проведена эпикантопластика с верхней блефаропластикой в период с 2022-2023 годы. Было оценено межэпикантальное расстояние и видимость рубца после операции.

Результаты: В исследование анонимно было включено около 40 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет. Все пациентки были женского пола, не имевших серьезных осложнений после операции и большинство достигли максимального эстетического результата. Повторной операции никому не потребовалось.

В среднем межэпикантальное расстояние у всех пациентов уменьшалось на 2-3 мм. У 46% пациентов не было видимых рубцов, а у 53% были минимальные рубцы. Количество же послеоперационных осложнений составило 1,02%. Степень удовлетворенности после операции- 96%.

Вывод. Сангапури и эпикантопластика-это самые распространенные виды блефаропластики в странах Азии, так как чаще всего складка верхнего века формируется по-новому. Европеизация век заключается в удалении избытка кожи верхнего века, формировании естественной складки и удалении эпикантуса, характерного для лиц азиатского происхождения.

Разное

Опыт лечения огнестрельных переломов конечностей в хирургическом отделении МВД РФ по РД

Ибрагимов И.А., Расулов М.М., Курбанмагомедов М.И.
ФКУЗ Медико-санитарная часть МВД РФ по РД, Россия

Актуальность. В настоящее время огнестрельная травма является проблемой не только военной медицины, но и гражданского здравоохранения. В последние десятилетия как в мире, так в нашей стране отмечается нарастание частоты огнестрельных повреждений у военных и среди мирного населения.

Цель исследования: Определить эффективность предпринятой нами лечебной тактики

Материал и методы. Под нашим наблюдением находится 43 пациентов с различными огнестрельными повреждениями конечностей

Огнестрельные ранения конечностей наблюдались у 43 из них:

-повреждения бедренной кости у 10 (23,2%);

- голени и стопы у 14 (32,5%);

- плечевой кости у 12 (27,9%);

-предплечья и кисти у 7(16,2%). Из них:

-крупных суставов конечностей-5,71%.

- 3,7% случаев боевые повреждения сопровождаются повреждением магистральных сосудов

Остеосинтез плечевой кости по Илизарову был выполнен:

-в первые 3- 6 и 12 часов с момента ранения у 25 пострадавших (58,1%);

-спустя 12 часов и более после ранения у 18 (1,9%) пострадавших (в связи с доставкой раненых в госпиталь МСЧ МВД РФ по РД в более отдалённые сроки из районных и городских клиник Республики);

Результаты. Хорошие результаты получены у – 11 (25,6%),

удовлетворительные у -11(25,6,6%), неудовлетворительные у – 2(4,7%).

Причины неудовлетворительных результатов: стойкая контрактура сустава у 2(4,7%) пациентов.

Преимущества использования аппаратов Илизарова в лечении огнестрельных переломов трубчатых костей:

малая инвазивность, минимальная кровопотеря, минимальная общая площадь вмешательства на фоне обширных огнестрельных ран и приличной кровопотери.

Значительное снижение болевого синдрома при ограничении размеров хирургического доступа уменьшает потребность раненых в обезболивающих препаратах. Стабильность фиксации, ранняя активизация пациента и поврежденной конечности позволяет начинать восстановительное лечение в ранние сроки и облегчает уход за ранами.

Аппарат накладывается по времени быстро 30-45 мин, легко управляем, устраняет деформации костей во всех плоскостях, регулирует процесс

остеорепарации, в большинстве случаев при правильном подходе своевременно устраняет возникающие погрешности в лечении.

Выводы. Остеосинтез аппаратом Илизарова трубчатых костей по настоящее время остаётся одним из наиболее эффективных методов в лечении огнестрельных переломов, что позволяет обеспечить: внеочаговость фиксации костных отломков; минимальную травматичность операции; функциональный стабильный остеосинтез с сохранением микроподвижности костных фрагментов, а также возможность раннего восстановления мышечной активности и объёма движений в суставах повреждённого сегмента.

Меры профилактики послеоперационных осложнений у гериатрических пациентов

Магомедов М.М., Раджабов О.Г., Раджабов И.О.

1) Кафедра хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ МЗ РФ» 2) ГБУ РД «Тляратинская ЦРБ», Россия

Актуальность. Как правило, сравнительно с молодыми пациентами, люди пожилого возраста более подвержены риску развития послеоперационных осложнений. Это связано у них со снижением физиологических функций, нарушением обменных процессов, наличием множества сопутствующих заболеваний. Наблюдающаяся тенденция к увеличению продолжительности жизни, появления при этом все больше пожилых лиц, прибегают хирургов найти эффективные меры предупреждения послеоперационных осложнений у пациентов данной категории.

Перспективным в этом направлении является воздействие на патологические процессы в организме через лимфатическую систему. Значимость лимфатической системы в поддержании гомеостаза организма достаточно изучена и доказана. Лимфатическая система играет огромную роль в патогенезе заболеваний и осложнений, так как, является основным путем транспорта токсинов в кровеносное русло и местом их концентрации.

Цель исследования – снижение и предупреждение возможных послеоперационных осложнений у пожилых пациентов, путем воздействия медикаментозных средств через лимфатическую систему.

Материал и методы. Нами проведен сравнительный анализ эффективности применения лимфотропной и традиционной терапий с хирургической патологией брюшной полости и передней брюшной стенки у

гериатрических пациентов. Обобщен опыт их введения в процессе подготовки к операции и послеоперационном периоде. Данная методика применена при лечении и плановых, и экстренных больных. Плановые больные - это в основном грыжи передней брюшной стенки, к экстренным входили больные с экстренной патологией брюшной полости, включая тазовых органов.

С целью воздействия на патологические процессы через лимфатическую систему в предоперационном периоде, экстренным больным непосредственно до операции, проводили лимфотропную терапию с применением медикаментов: антибиотика (цефатоксим, клафоран и др.), антиоксиданта (мексидол), антикоагулянта (гепарин), иммуностимулятора (тактивин и др.). Плановым хирургическим больным в предоперационном периоде за 1 или 2 дня до операции проводили лимфотропную терапию 1-2 раза в день. В послеоперационном периоде терапию продолжали по той же схеме в течении 5-6 дней. Лечение проводили в комплексе с другой терапией по поддержанию функций органов и систем. Наш опыт накоплен на лечении 27 гериатрических пациентов по данной методике.

Сравнительный анализ проведен с контрольной группой, по опыту лечения такого же количества пожилых лиц с хирургической патологией брюшной полости и передней брюшной стенки, которые получали лечение по традиционной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Насыщение лимфатической системы лекарственными средствами непосредственно ближе к месту патологического процесса и оперативного вмешательства способствовало снижению или недопущению воспалительных процессов операционных ран, более раннему снятию имеющихся воспалительных процессов в очаге поражения. При этом отмечено снижение температуры тела у больных с воспалительными процессами брюшной полости с первых же суток. У больных оперированных в плановом порядке лихорадочные состояния встречались 2 раза реже, чем у контрольной группы. Нормализация лабораторных показателей крови наступала 1.5-1.7 раза быстрее, чем у леченных традиционным методом. Послеоперационный период протекал более гладко, рано исчезали симптомы интоксикации. Наблюдалось также заметное снижение и других возможных послеоперационных осложнений со стороны органов и систем организма. Соответственно, сроки пребывания гериатрических больных в стационаре сокращались в 1.3-1.5 раза сравнительно с больными контрольной группы.

Выводы. Применение лимфотропной терапии способствовала равномерному и пролонгированному сохранению терапевтических концентраций медикаментов в кровеносной и лимфатической системе ближе к очагу патологического процесса и операционной раны. Ее использование, с целью предупреждения осложнений оперативных вмешательств у гериатрических больных, показало высокую эффективность в предупреждении или снижении осложнений оперативных вмешательств, раннему снятию воспалительных процессов брюшной полости, более гладкому течению послеоперационного периода, заживлению ран без воспалительных процессов.

Оценка гемодинамики и нарушений ритма сердца при оперативных вмешательствах у пожилых: проблемы и особенности анестезиологического пособия

Исмаилов Х.М.

ГБУ РД "РКБ№2", Махачкала, Россия

Актуальность. Ежегодно около 100 млн. взрослого населения подвергаются хирургическим операциям некардиологического профиля, при этом у 500-900 тыс. человек в периоперационном периоде развиваются сердечно-сосудистые осложнения. Частота развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений при внесердечных хирургических вмешательствах у больных без ИБС составляет менее 1%, в то время как у 20-40% пациентов с ИБС развивается периоперационная ишемия миокарда.

Пусковым фактором аритмий после хирургического вмешательства обычно являются транзиторные изменения, такие, как гипоксия, ишемия миокарда, гиперкатехоламинемия или электролитные расстройства. Вместе с тем, большую актуальность приобретает разработка методов патогенетически обоснованной интенсивной терапии хирургических больных пожилого и старческого возрастов на всех этапах лечения, что позволит снизить интраоперационные и послеоперационные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уменьшить летальность. Особая роль в приспособлении организма к операционной травме принадлежит системе кровообращения, обеспечивающей снабжение органов и тканей кровью в соответствии со степенью их функциональной активности.

Особенности лапароскопических операций с точки зрения анестезиолога заключаются в том, что: радикальные оперативные вмешательства проводятся в условиях искусственного пневмоперитонеума (ИПП) или карбоксиперитонеума (ИКП), под контролем видеомонитора, через точечные проколы тканей. ИПП достигается путем нагнетания (инсуффляции) в брюшную полость 8-14-16 л CO₂ или воздуха. Абсорбция брюшиной CO₂ или воздуха, каждый из которых по разному всасывается брюшиной и неодинаково воздействует на жизненные функции организма.

Цель настоящего исследования - изучить гемодинамику, нарушения ритма сердца, оксигенацию тканей (SaO₂- сатурация кислорода) у больных в пожилом и старческом возрасте при эндоскопических операциях и операциях с лапароскопическим доступом на внепеченочных желчных путях.

Материалы и методы. В настоящем сообщении представлены результаты изучения нарушений гемодинамики, сердечного ритма и сатурации кислорода у 45 больных в возрасте от 60 до 89 лет (основная или эндоскопическая группа). У 37 больных выполнена эндоскопическая холецистэктомия, у 6 - эндоскопическая эхинококкэктомия, у 2- холецистостомия в связи с высоким риском радикальной операции. Для сравнительного изучения нарушений гемодинамики, сердечного ритма и сатурации кислорода была сформирована вторая (контрольная или лапаротомическая группа) - 40 больных того же возраста с аналогичными заболеваниями. Оперативное вмешательство проводили на внепеченочных желчных путях по поводу хронического калькулезного холецистита, осложнившегося в 9 случаях механической желтухой. Всем больным произведена холецистэктомия, у 2 с дренированием холедоха, у 7 с наложением холедоходуоденального анастомоза, 8- эхинококкэктомия печени. Сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, ИБС: стенокардия, атеросклероз церебральных сосудов и нижних конечностей, ХОБЛ, аденома предстательной железы и др.) выявлены у 88-91% больных в обеих группах. Премедикация в обеих группах была идентичной и включала промедол 2%-1,0; димедрол 1%-1,0 –седуксен-2,0; атропин 0,1%-0,5-1,0 в/м за 30 мин до начала анестезии. Операции проводили в плановом порядке в условиях однотипной комбинированной в/в общей анестезии пропофолом +НЛА с ИВЛ на фоне тотальной миоплегии. Введение в анестезию в обеих группах осуществляли в/в введением 1% р-ра пропофола от 200 мг до 400 мг с дробным введением и тест дозы ардуана (1 мг), а при выключении сознания 0,2-0,3 мг фентанила

и дитилина 2% в дозе 1,5-2 мг/кг. ИВЛ проводили аппаратом Drager Savina 300. Минутный объем вентиляции во время анестезии выбирали в соответствии с исходными значениями. ИВЛ осуществляли в режиме умеренной гипервентиляции у больных обеих групп. Анестезию поддерживали дробным в/в введением пропофола из расчета 4-8 мг/кг/час, фентанила 0,003 мг/кг/час, и ардуана 0,1-0,2 мг/кг/час. В связи с тем, что характер сердечного ритма иногда существенно изменяется за короткие промежутки времени, для более полного анализа ритма сердца и ЭКГ было установлено мониторное наблюдение системой мониторинга фирмы «Dixion Storm 5500 GE B 650» в 3 стандартных отведениях. Контроль за сатурацией кислорода на н/конечностях осуществлялся аппаратом «Pulsoxymeter», а на в/конечностях - аппаратом фирмы «Dixion Storm 5500 GE B 650». Первичный контроль за А/Д (сист., диаст., сред.), ЧСС, сатурацией и ЭКГ (нарушения ритма) осуществлялся в ходе обследования и лечения больных в профильных отделениях в зависимости от сопутствующих заболеваний. Вторичный контроль - на операционном столе до начала анестезии и операции. Третий контроль - во время анестезии и операции на фоне тотальной миоплегии дробными дозами деполяризующих и недеполяризующих миорелаксантов.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных обнаружено увеличение систолического и среднего артериального давления, уменьшение ЧСС, особенно в основной группе. Повышение А/Д систолического и среднего обусловлено активацией симпатической нервной системы на влиянием CO₂ на показатели кровообращения. Обнаруживается активация симпато-адреналовой системы при гиперкапнии, повышение содержания адреналина и норадреналина в крови, активация симпатической нервной системы в результате центрального действия CO₂, имеются сообщения о проявлении симпатической активности под влиянием анестетиков.

Исследования последних лет позволили суммировать негативные последствия гиперактивации САС, которая из компенсаторной реакции превращается в патогенный процесс: ухудшение гемодинамики, провокация ишемии миокарда, провокация аритмий. Активация ренин-ангиотензиновой системы при ишемии почек, обусловленной ИПП является важным звеном в нарушении гемодинамики. Отмечается снижение сатурации на 5-6% у больных в основной группе по сравнению с контрольной группой, и по нашему мнению, связано это с пневмоперитонеумом (карбоксиперитонеумом) и сдавливанием нижней полой вены, что существенно уменьшает венозный возврат крови из

органов брюшной полости и нижних конечностей в грудную клетку. Повышение ВБД (внутрибрюшного давления) вследствие смещения диафрагмы вызывает изменения функции внешнего дыхания. При этом увеличивается общее легочное сопротивление и уменьшение экскурсии легких, что и приводит к снижению функциональной емкости легких. Абсорбция углекислого газа через брюшину в ткани организма с последующим проникновением в кровоток, по литературным данным, оказывает прямое влияние на дыхательный центр и на хеморецепторы каротидной зоны.

Высокая концентрация углекислоты в крови снижает сократительную способность миокарда, ухудшает предсердно-желудочковую проводимость, повышает тонус блуждающего нерва и, в связи с этим уменьшается ЧСС. У больных, страдающих атеросклерозом и ИБС, существует опасность сердечной недостаточности вследствие одновременного увеличения ОЦК в результате инфузии во время операции с одной стороны, а также ограничение движений диафрагмы и грудной клетки при «вредных» операционных позициях. В связи с тем, что CO₂ диффундирует через альвеолярную мембрану во много раз легче, чем O₂, первым серьезным последствием альвеолярной гиповентиляции является артериальная гипоксемия. Когда давление в брюшной полости превышало 14-16 мм.рт.ст., на ЭКГ наблюдались экстрасистолы и склонность к брадикардии. Из 45 больных в основной группе аритмии до начала анестезии и операции отмечались у 12 б-х, у 33 б-х нарушений ритма не было. В контрольной группе – у 10 б-х из 40 наблюдались аритмии. Во время анестезии и операции отмечены следующие показатели: в основной группе нарушения ритма отмечались в 24 случаях, в 21 – без нарушений, а в контрольной группе - 13 случаев с нарушениями и 27- без нарушений ритма сердца. Преимущественно наблюдались брадикардия, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Причиной возникновения синусовой брадикардии является повышение содержания CO₂, повышение тонуса блуждающего нерва вследствие его раздражения при карбокси- и пневмоперитонеуме. Усиление вагусной стимуляции играет особенно важную роль в формировании наджелудочковых экстрасистол, источником раздражения которого является ИПП, желчный пузырь. Аритмогенный эффект активации САС подтверждается литературными данными. В появлении частых, политопных желудочковых экстрасистол играют важную роль возрастные изменения, такие как уменьшение количества кардиомиоцитов, увеличение левого желудочка, ослабление хронотропного ответа,

снижение чувствительности барорецепторов, и возраст-зависимая патология (ИБС, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ХСН и др.).

Выводы: 1. На основании анализа изменений гемодинамики и характера нарушений ритма сердца у больных пожилого и старческого возраста при лапароскопических операциях необходим мониторинг с целью профилактики и лечения нарушений ритма сердца, связанных с карбокси- и пневмоперитонеумом.

2. Нарушения в гемодинамике и сатурации кислорода можно ликвидировать по ходу обезболивания и операции изменением режима ИВЛ и в/в введением атропина и антиаритмических препаратов.

3. Лапароскопические операции у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей сердечно-легочной патологией должны проводиться под минимальным пневмо(карбокси)перитонеумом (не более 10-12 мм.рт.ст.). Перспективным является использование безгазовой лапароскопии.

Синдром полиорганной недостаточности у пациентов хирургического профиля, общие механизмы развития, тактика лечения

Исмаилов Х.М.

ГБУ РД "РКБ№2", Махачкала, Россия

Актуальность. Своевременная диагностика и эффективное лечение полиорганной недостаточности (ПОН) является одной из важнейших задач современной реаниматологии ввиду того, что данная патология является одной из ведущих причин смертности больных реанимационного профиля. Полиорганная недостаточность является одной из ведущих причин смерти пациентов отделений интенсивной терапии, частота смертности при данной патологии достигает 80%. В СПОН примерно с одинаковой частотой вовлекаются сердечно-сосудистая система (60,2%), центральная нервная система (60,2%), почки (60,2%) и печень (56,1%). По данным ряда исследований, несмотря на проводимую терапию, смертность при данной патологии составляет от 40 до 60%. Значительный прогресс методов интенсивной терапии, протоколов респираторной поддержки, заместительной почечной и антибактериальной терапии статистически значимо повлиял на исход СПОН, однако остается определенный пул пациентов, у которых имеет место прогрессирование органических нарушений с выходом в критическое состояние.

Цель настоящего исследования - улучшение результатов лечения синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) у больных хирургического профиля, путем комплексной коррекции параметров органной дисфункции.

Материалы и методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии РКБ№2 за 2020-2023гг мы наблюдали 35 больных, перенесших различные хирургические заболевания, осложнившиеся СПОН. Из них 30 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости и 5 больных с инфекционно-токсическим шоком.

Средний возраст больных составлял 64 года.

Синдром полиорганной недостаточности диагностировали при поражении двух и более органов и систем. Для оценки полиорганных нарушений использовали клинические и биохимические критерии. Респираторная дисфункция определялась, как нарушение оксигенации со снижением индекса PaO_2/FiO_2 , необходимостью в дополнительной инсуффляции кислорода, повышении ПДКВ или искусственной вентиляции лёгких. Сердечно-сосудистая дисфункция - артериальной гипотензией, аритмиями, необходимостью применения инотропных и вазопрессорных средств. Недостаточность сердечно-сосудистой системы оценивали по показаниям центральной гемодинамики, данным электро и эхокардиографии. Печеночную недостаточность оценивали по нарастающей билирубинемии, гиперферментемии АСТ, АЛТ, снижении протромбина, фибриногена, общего белка в крови, нарастающей токсической энцефалопатии. Почечную недостаточность оценивали по снижению диуреза, удельного веса мочи, нарастанию мочевины, креатинина в крови. Гематологическая дисфункция - тромбоцитопенией, лейкоцитозом или лейкопенией и маркерами коагулопатии, включая протромбиновое время, активированное частичное тромбиновое время, Д-димеры и другие признаки ДВС, снижением гематокрита $< 0,2$ л/л. Гастроинтестинальная дисфункция определялась признаками динамической кишечной непроходимости, наличием эрозий и острых язв слизистой оболочки пищевода, желудка, кишечника, бескаменного холецистита, панкреатита, перфорации кишечника или некротизирующего энтероколита.

Для ранней диагностики критического состояния и оценки тяжести состояния использовали интегральные шкалы: APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, упрощенная шкала SAPS (Simplified Acute Physiology Score, а также специфические шкалы оценки органных дисфункций: MODS (Multiple Organ Dysfunction Score, оценка

множественной органной дисфункции) — 6 систем (+ ЦНС), предложена J. Marshall в 1995 г., и SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessments Score/Sequential Organ Failure Assessment - Шкала оценки органной недостаточности. Перечисленные шкалы дают возможность оценивать наличие или отсутствие дисфункций органов, а также определять их степень по принципу ступенчатой оценки. Стратегию интенсивной терапии (ИТ) строили исходя из выявленных патогенетических закономерностей возникновения СПОН.

Первоначальную интенсивную терапию начинали немедленно после распознавания синдрома. Целью её было достижение следующих конечных пунктов: ЦВД 100 – 160 мм вод ст; Среднее артериальное давление (САД) 65 мм рт ст; Диурез >0,5 мл/кг/ч; Сатурация венозной крови 70%. В первые 6 часов интенсивной терапии и сатурации венозной крови менее 70% , при уровне ЦВД 100 – 160 мм вод ст, прибегали к переливанию эритроцитной массы для достижения уровня Ht >0,3 л/л или назначали инфузию добутамина (не более 20 мкг/кг/мин).

Первейшей задачей, по нашему мнению, является попытка восстановления нарушенной функции клеточных и сосудистых мембран. Реамберин в виде 1,5% раствора является сбалансированным препаратом с осмолярностью, приближенной к нормальной осмолярности плазмы крови человека, т.е. изотоническим раствором и слабощелочным, в пределах нормальных значений рН для крови.

Реамберин применяли только внутривенно капельно в суточной дозе до 1 литра раствора. Скорость введения и дозирование препарата определяли в зависимости от состояния больного, но не более 90 капель в минуту (1–1,5 мл/мин) на протяжении 5-7 дней.

При шоке препарат использовали совместно с кровозаменителями, растворами кристалло-идов, применением вазопрессорных и инотропных агентов.

При уникальной разносторонности проявлений биологической активности янтарной кислоты, сфера ее применения в медицине остается пока еще узкой.

Результаты исследования и их обсуждение. Следует подчеркнуть что у 25 больных (71%) со СПОН проводилась респираторная терапия в виде ИВЛ, показанием к которой были нарастающие признаки гипоксии, неэффективное спонтанное дыхание (снижение сатурации кислорода крови ниже 85%). ИВЛ проводились респираторами типа Drager Savina 300, в режиме умеренной гипервентиляции, чаще с ПДКВ. Длительность

ИВЛ в данной группе больных составила: до суток у 5 больных (20%); от 1 до 3 суток у 17 больных (68%); от 3 до 7 суток у 3 больных (12%)

У 2 больных с явными признаками дистресс синдрома для улучшения дренажной функции легких и с учетом предполагаемой длительности ИВЛ канюлирована трахеостома.

Следует отметить что не может быть стандартных подходов к ИТ у больных со СПОН. Так, стойкая сердечно-сосудистая недостаточность в ряде случаев (5 больных) потребовала не только полноценного восполнения ОЦК (уровень ЦВД), но и длительных (до 7 суток), дозированных введений вазопрессоров: допмина, норадреналина и кортикостероидов: дексазона, гидрокортизона. Норадреналин или допамин являются вазопрессорными агентами первого выбора. У больных с низким сердечным выбросом препаратом первого выбора использовали добутамин. У больных с септическим шоком вводили гидрокортизон в дозе 300 мг/сут в течение 3 дней.

Водно-электролитный, белковый и углеводный обмены коррегировали инфузионной терапией с использованием растворов кристаллоидов и альбумина. Эритроцитную массу назначали при снижении уровня Нв ниже 70 г/л., при стойкой тканевой гипоперфузии и отсутствии признаков кровотечения.

Печеночная недостаточность отмечена у 18 больных что составило 33% от всех больных.

Лечение проявлений печеночной недостаточности проводили стандартными методами (растворы глюкозы, витаминотерапия, эссенциале, гептрал и др. При тяжелом течении - глюкокортикоиды. Нефропатии различных степеней выявлены у 7 больных, а ОПН у 3 больных. Неэффективность консервативных методов лечения заставила у 2 больных провести гемодиализ .

Практически у всех 35 больных с СПОН потребовалась антибиотикотерапия. Оптимальным назначением является назначение антибиотиков с учетом бактериограммы. Стартовая эмпирическая антибактериальная терапия включала средства с высокой активностью против вероятных патогенов и прониканием в ткани предполагаемого очага инфекции.

Анализ бактериограмм позволил выявить особую вирулентность стафилококка, синегнойной и кишечной палочки, протея, чувствительных к фторхинолонам, карбапенемам, аминогликозидам, диоксидину.

Профилактика тромбозов глубоких вен. больные, находящиеся в реанимации, получали профилактические дозы нефракционированного или низкомолекулярного гепарина.

Положительная динамика разрешения СПОН с тенденцией к нормализации перечисленных клинических и параклинических показателей наблюдалась нами уже к исходу первых суток ИТ. Многие из приведенных терапевтических методов носят универсальный, полифункциональный характер.

Выводы: 1. У больных с исходными признаками системного воспалительного ответа и органными нарушениями применение реамберина приводит к повышению потребления кислорода, утилизации лактата и глюкозы, улучшению функции печени, что сопровождается улучшением общего состояния больных, быстрым регрессом полиорганных нарушений, улучшением клинических исходов с повышением выживаемости и качества жизни.

2. Подобный подход позволял начинать протезирование нарушенных витальных функций в наиболее ранние сроки и предупреждал развитие необратимых полиорганных поражений, отчётливая положительная динамика с улучшением общего состояния больных в баллах АРАНЕ II и регрессом органных нарушений

3. Реализация на практике такого подхода сокращала длительность течения СПОН, предупреждала развитие смертельных осложнений, снижала летальность.

Частота встречаемости сиаладенитов среди жителей

Ордашев Х.А., Тагирова А.М., Османова Д.М.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Махачкала, Россия

Актуальность. Медико-демографическое исследование населения при различных аспектах заболеваний органов и систем организма представляет собой научный интерес, как с точки зрения изучения характеристик и структуры заболеваний, так и с позиции обоснования системного подхода к интеграции окончательных выводов во взаимосвязи с отдельными социальными гигиеническими аспектами. В связи с этим, нами проведено анкетирования населения РД, проживающих в различных регионах республики.

Цель исследования. Изучить распространенность скрытых форм хронических сиаладенитов в РД. Выявить этиопатогенетические аспекты воспалительных заболеваний слюнных желез (СЖ) в Республике, экспериментально обосновать динамику функциональных изменений СЖ в зависимости от характера питания и количества потребляемой жидкости. Материал и методы. Инструментом исследования служили разработанные нами анкеты – опросники.

Все опрошенные жители РД, были распределены по регионам проживания следующим образом:

1. г. Махачкала.
2. Равнинные районы республики – Южно-сухокумский, Кочубейский, Тарумовский, Кизлярский и Бабаюртовский районы.
3. Горные районы республики – Акушинский, Левашинский, Шамильский, Гунибский, Гергебильский, Ботлихский, Буйнакский, Рутульский, Цумадинский районы.

В процессе анкетирования мы акцентировали внимание на следующих вопросах: отмечались ли у наших респондентов наиболее характерные проявления воспалительных заболеваний СЖ - припухания в области слюнных желез, сезонность их проявления, частота, с чем связывают опрошенные их возникновение, изменение вкуса слюны, ощущение сухости в полости рта, анамнестические данные о заболеваниях слюнных желез, лимфатических узлов.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных позволяет уточнить некоторые аспекты этиопатогенеза воспалительных заболеваний СЖ, а, следовательно, возможности их реабилитации и профилактики.

Одним из характерных признаков хронического сиаладенита является выделение слюны с кислым или солоноватым привкусом. Это объясняется застойными явлениями в СЖ, когда, вследствие длительного нарушения слюнооттока и ее застоя, меняется ее вкус.

294 опрошенных (14%) периодически отмечали появление слюны с кислым или солоноватым привкусом. Отмечались значительные изменения в зависимости от характера принимаемой пищи.

Следующий характерный признак поражения СЖ – это периодически отмечающаяся сухость в полости рта, она возникает как проявление нарушения функции СЖ вследствие воспалительных или дистрофических заболеваний.

Ощущение сухости в полости рта 13,9% отмечали с детства, а 15,7% с начала профессиональной деятельности. Несмотря на такие большие

цифровые показатели, только 10,1% опрошенных обращались за медицинской помощью к специалистам.

При изучении патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики, воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ большое значение имеет состояние лимфатической системы и, в частности, лимфатических узлов. Поэтому в процессе опроса мы задавали вопросы о состоянии лимфоузлов, расположенных в области СЖ. При этом 32,7% опрошенных отметили, что у них периодически припухали лимфоузлы, расположенные в области околоушных и поднижнечелюстных СЖ. Исследуя вероятность влияния сопутствующих заболеваний на развитие воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ, мы выясняли их наличие у наших респондентов. По данным В.В. Афанасьева (1993), сопутствующие общие заболевания и хронический сиаладенит имеют один этиологический фактор – слабое звено в целостном организме. Со слов опрошенных нами жителей, заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 183 человек (13,6%), желудочно-кишечного тракта – 358 (27,1%), болезнь Боткина – 234 (11,5%), заболевания щитовидной железы – 114 (10,1%), поджелудочной железы – 119 (9,4%), эпидемический паротит – 75 (5%). Большое значение в происхождении и развитии воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ имеют характер питания и количество потребляемой жидкости.

При анкетировании на эти вопросы опрошенные распределили свои пищевые предпочтения следующим образом:

- жирная пища – 44,9%
- растительная пища – 30,6%
- острая пища – 24,5%

Чтобы подтвердить приведенные данные, нами было исследовано влияние характера пищи на показатели вязкости слюны и кислотно-щелочного равновесия в полости рта 20 человек (студенты добровольцы ДГМУ, ДБМК и их родственники).

Средняя вязкость смешанной слюны до приема пищи (контроль) равна $5,399907 \pm 0,3$ (5,39). Средняя вязкость смешанной слюны после приема острой пищи снижалась до $3,566402 \pm 0,2$ (3,57). Средняя вязкость смешанной слюны после приема сухой углеводистой пищи еще более снижалась и составляла $2,118711 \pm 0,4$ (2,12). Первоначальный показатель рН смешанной слюны до приема пищи равнялся $7,0 \pm 0,2$, после приема острой пищи увеличивался до $8,02 \pm 0,3$; после приема сухой углеводистой пищи рН снижалось незначительно до $7,61 \pm 0,1$.

Выводы. По результатам опроса жителей РД установлено, что у большого количества опрошенных имеются скрытые или недиагностированные заболевания СЖ.

I. В г. Махачкала людей с симптомами воспалительных заболеваний СЖ - припухания (отек), изменения вкуса слюны было обнаружено 27,1% (129 больных), а лечилось только 34,9% из них;

- в равнинных районах лечилось лишь 31,9% от всех лиц, имеющих симптомы заболевания СЖ;

- в горных районах лечилось 29,5% от всех лиц; имеющих симптомы заболевания СЖ.

Это говорит о большом количестве носителей скрытой патологии СЖ.

II. Сухость в полости рта:

- Махачкала – 73,3%, из них 14,1% (67 человек) отмечали сухость часто, и даже ежедневно, что говорит о развивающихся дистрофических процессах.

- равнинные районы соответственно – 67,8% и 14,4%

- горные районы соответственно – 58,3% и 12,8%

III. Высокий процент заболеваний (32,7%) говорит о нарушении и снижении компенсаторных процессов со стороны иммунной системы.

IV. В этиопатогенезе воспалительных заболеваний СЖ большую роль играет характер питания и количество потребляемой жидкости, а также имеющиеся сопутствующие заболевания.

Диабетические сиаладенопатии

Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Махачкала, Россия

Актуальность. Анализ литературы, посвященный патологии СЖ при воздействии эндокринной патологии, показал, что наиболее изученной является морфология сиалоза, причем на стадиях далеко зашедшего процесса, когда в клинике доминирует нарастающее снижение секреторной функции СЖ и связанные с этим вторичные поражения органов ротовой полости и желудочно-кишечного тракта. Вопросы этиологии и патогенеза этих заболеваний недостаточно раскрыты, только единичные клинические наблюдения указывают на связь этих заболеваний с нарушениями стероидного гомеостаза. Не вызывает

сомнения, что прогрессирование поражения СЖ связано с развитием аутоиммунного процесса, который в большинстве случаев имеет вторичный характер, обусловленный изменениями антигенной структуры СЖ. В то же время, в литературе недостаточно раскрыт вопрос о том, какие эндогенные факторы могут быть причиной повреждения СЖ.

СД поражает все органы и системы человеческого организма, в том числе пищеварительную систему. В патогенезе СД значительное место занимают нарушения водно-солевого обмена, проявляющиеся сухостью слизистых оболочек ротовой полости. Однако поражение слюнных желез при СД изучено недостаточно.

Цель. Изучить состояние слюнных желез при СД.

Материал и методы исследования. Больные СД подвергались полному клиническому обследованию. Дополнительно определялись гигиенический индекс по Грину-Вермильону, периодонтальный индекс, проводилась сиалометрия, определялись рН, вязкость, цвет, прозрачность, содержание общего белка, активность альфа-амилазы, щелочной фосфатазы в слюне. Выполнялось цитологическое и микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки полости рта.

Результаты исследования. Наши наблюдения показали, что поражение слюнных желез наблюдается у 29,5% больных СД. В 92,8% это поражение проявляется в виде интерстициального сиалоза. У лиц с инсулиннезависимым СД (СД II типа) с избыточной массой тела сиалоз наблюдается достоверно чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. У жителей горной местности частота сиалозов при СД достоверно ниже, чем у жителей равнины. При инсулинзависимом СД (СД I типа) чаще поражаются поднижнечелюстные слюнные железы, при СД II типа - околоушные. Нередко поражение слюнных желез по типу паренхиматозного, интерстициального, протокового сиаладенита является предвестником СД. Данные изучения ферментов в слюне указывают на однонаправленность воздействия повреждающих факторов на поджелудочную и слюнные железы, а также синхронность возникающих в них патологических процессов. Нарушения экзокринной функции слюнных желез отражаются на состоянии гигиены полости рта, создавая "кариесогенную ситуацию", одновременно способствуя росту воспалительных явлений в пародонте. Характер сдвигов в составе слюны указывает на необходимость дополнения программ лечения СД стимулирующей, секретолитической и заместительной коррекцией функции слюнных желез.

Выводы. СД отрицательно влияет на состояния слюнных желез и ротовой полости. В связи с этим, очевидна необходимость контроля за состоянием слюнных желез, зубов, слизистой оболочки полости рта у больных СД и незамедлительное лечение при выявлении какой-либо патологии в челюстно-лицевой области. В случае выраженного нарушения метаболического контроля, лечебные мероприятия, направленные на нормализацию деятельности слюнных желез, органов полости рта и санацию зубов, должны откладываться до достижения приемлемого контроля заболевания. Тем не менее, острые инфекции требуют немедленного, тщательного лечения - вскрытия и дренирования острых воспалительных процессов в слюнных железах, антибактериальной терапии. Усиление метаболического контроля часто приводит к улучшению течения заболеваний челюстно-лицевой области. Но лечение их должно начинаться уже при наличии приемлемого метаболического контроля, не дожидаясь идеальной компенсации заболевания. В этом случае огромное значение имеет тесное взаимодействие между диабетологами и стоматологами.

Первые 100 РИРХ, с использованием одноразовых гибких уретероскопов и тулиевого волоконного лазера, выполненных в Республике Дагестан

Раджабов Р.М., Саидов С.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.П., Гамзатов З.Г., Ахмедов Т.Ю., Муртазалиева П.А., Магомедов М.А., Аммаев М.Р.

Республиканская клиническая больница № 2 Махачкала, Россия

Введение. Ретроградная интратенальная хирургия (РИРХ) одно из современных малоинвазивных вмешательств по лечению мочекаменной болезни (МКБ). За последнее десятилетие этот вид эндоскопического вмешательства стал неотъемлемой частью при лечении пациентов с конкрементами верхних мочевых путей. В 2016 году компанией BostonScientific был представлен первый в мире одноразовый гибкий уретероскоп LithoVue. В последствии были представлены и другие одноразовые инструменты, которые также часто используются в клинической практике. Благодаря одноразовым инструментам эти операции стали доступными не только в центральных крупных городах страны, но и появилась возможность проводить подобные операции на периферии страны.

Целью нашего исследования являлась оценка безопасности и эффективности данного метода лечения у пациентов с камнями менее 2х см.

Материалы и методы. Одноцентровое, ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное 2019- 2023 гг. в Республиканской клинической больнице № 2 г. Махачкалы. В исследование включено 125 пациентов, которым были выполнены РИРХ. Из них 68 мужчин и 57 женщин. Со средним возрастом 54 ± 8 лет. Перед операцией всем пациентам выполнялась МСКТ почек без контрастирования.

Интраоперационно всем пациентам выполнялась установка мочеточникового коужуха 11/13 Ch, также оценивались следующие показатели: время операции; время литотрипсии; степень повреждения мочеточника по шкале PULS.

Оценка осложнений в послеоперационном периоде осуществлялась с помощью модифицированной шкалы Clavien-Dindo.

Использовались уретероскопы LithoVue (BostonScientific), Innovex (Umitex).

Источник энергии при литотрипсии- тулиевый волоконный лазер- FiberLase U2, толщина волокна 200 мкрн.

На 2-е сутки после операции всем пациентам выполнялась МСКТ почек без контрастирования для оценки показателя stone free rate (SFR).

Результаты. Средний размер конкрементов по данным МСКТ - 12 ± 4 мм; плотность 550 ± 59 HU.

Среднее время операции 52 ± 8 мин; время литотрипсии 28 ± 8 мин.

Степень повреждения мочеточника по шкале PULS: Grade 0 – 45; Grade 1 – 33; Grade 2 – 32; Grade 3 – 15; Grade 4 – 0; Grade 5 - 0.

Послеоперационные осложнения по модифицированной шкале Clavien-Dindo: Grade I – 75 пациентов; Grade II – 32 пациентов; Grade IIIa - 13 пациентов; Grade IIIb – 5 пациентов; Grade IVa – V – 0 пациентов.

SFR по данным МСКТ почек выполненной на вторые сутки после операции - 79 ± 4 %.

Заключение. Первые результаты выполнения данного оперативного вмешательства говорят о его безопасности и эффективности. Однако необходимо провести оценку отдаленных осложнений пациентам, перенесшим данное оперативное лечение.

Опыт эндоскопической декомпрессии плечевого сплетения в сочетании с артроскопией плечевого сустава

к.м.н. Е.А. Беляк^{1,2}, Д.Л. Пасхин², д.м.н. Ф.Л. Лазко^{1,2}, член-корр., д.м.н. Суфианов А.А.³, к.м.н. А.П. Призов^{1,2}, к.м.н. Лазко М.Ф.^{1,2}, член-корр., к.м.н. Асратян С.А.², к.м.н. Абдулхабирова М.А.¹, д.м.н. Загородний Н.В.¹

1) Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов».

Российская Федерация, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая д.6, 117198.

2) Городское бюджетное учреждение здравоохранения «Городска», Россия

Введение. Брахиоплексопатия является достаточно распространённой проблемой в нейрохирургии и травматологии и ортопедии и развивается, как правило, вследствие компрессии плечевого сплетения в узких анатомических пространствах: в области малой грудной мышцы, грудной апертуры, межлестничного пространства. Достаточно часто брахиоплексопатия комбинируется с суставной патологией плечевого сустава и является следствием общей травмы. В случае неэффективности консервативного лечения выполняют оперативное вмешательство – декомпрессию плечевого сплетения. Разработка эндоскопической методики выполнения декомпрессии плечевого сплетения в ассоциации с артроскопией плечевого сустава позволит минимизировать интраоперационную травму, снизить риск осложнений, интенсифицировать и облегчить восстановительный период.

Цель исследования. Отследить и проанализировать результаты эндоскопической декомпрессии плечевого сплетения в сочетании с артроскопией плечевого сустава у пациентов с комбинированной нейро-ортопедической патологией, описать используемую хирургическую технику.

Материал и методы. За период с 2019 по 2022 гг. нами было прооперировано 7 пациентов, которым была выполнена эндоскопическая декомпрессия плечевого сплетения в сочетании с артроскопией плечевого сустава. Половое распределение было следующим: 5 мужчин (71%) и 2 женщины (29%). Средний возраст пациентов составил $52,2 \pm 7,2$ лет. У 3 пациентов имелась компрессия плечевого сплетения в области малой грудной мышцы (синдром Райта), у двух пациентов в области грудной апертуры, у двух пациентов в области грудной апертуры в сочетании с синдромом межлестничного пространства. Также у пациентов имелась сопутствующая патология смежного плечевого сустава.

Хирургическая техника. Эндоскопическое вмешательство начиналось с лечебно-диагностической артроскопии плечевого сустава и коррекции

внутрисуставной патологии. Далее производилось иссечение тканей ротаторного интервала, релиз в области клювовидного отростка, отсечение малой грудной мышцы и декомпрессия плечевого сплетения. Далее производилось отсечение латеральной порции подключичной мышцы от ключицы, доступ к плечевому сплетению и его декомпрессия в области грудной апертуры. Далее производился доступ к плечевому сплетению в области межлестничного пространства путем формирования надключичных портов и декомпрессия сплетения в этой области.

Результаты. На сроках наблюдения 6 мес. после операции оперативное вмешательство оказалось эффективным у 6 пациентов из 7 (86%). У этих пациентов отметили стойкое снижение болевого синдрома, регресс неврологических расстройств и улучшение функции верхней конечности. Интенсивность болевого синдрома в группе наблюдения по шкале ВАШ снизилась с $7 \pm 0,8$ см до $2,2 \pm 1,4$ см. Пациенты отметили увеличение амплитуды активных движений в плечевом суставе и составило: сгибание $155 \pm 23^\circ$ (было $104 \pm 11^\circ$), отведение $156 \pm 24^\circ$ (было $105 \pm 16^\circ$), наружная ротация $44 \pm 12^\circ$ (было $23 \pm 4^\circ$). Степень дисфункции верхней конечности по шкале DASH уменьшилась с 70 ± 9 баллов до 24 ± 15 балл. Шесть из семи пациентов (86%) отметили регресс неврологических расстройств и вернулись к нормальной бытовой и умеренной спортивной активности.

Обсуждение. Результаты, полученные в ходе нашего исследования, получились сопоставимыми с результатами в работах T. Lafosse (2017), K. Furushima (2021), D. Naeni (2022) и др., что свидетельствует об эффективности и перспективности эндоскопической декомпрессии плечевого сплетения.

Заключение. Эндоскопическая декомпрессия плечевого сплетения является эффективной и малоинвазивной методикой, позволяющей выполнить невролиз и декомпрессию плечевого сплетения в области малой грудной мышцы, грудной апертуры, межлестничного пространства с минимальной травматизацией мягких тканей, которую возможно сочетать с одномоментной лечебно-диагностической артроскопией плечевого сустава. Методика требует высокого артроскопического навыка и знания топографической анатомии плеча и шеи.

Влияние тактики противорецидивной терапии альбендазолом на рецидив эхинококковой болезни после хирургического лечения
Ахмедов И.Г.

Актуальность. Специальные научные исследования и многолетняя практика показали, что длительный прием альбендазола снижает вероятность развития рецидива эхинококкоза. Вместе с тем остается актуальным поиск оптимальной тактики применения препарата и убедительных критериев достижения противорецидивного эффекта его применения.

Материал и методы. Проанализирован клинический материал использования альбендазол с противорецидивной целью у больных, оперированных по поводу эхинококкоза за период с 1999 по 2015 год. Из получивших противорецидивную терапию альбендазолом нам удалось отследить отдаленный результат лечения у 381 пациентов с различной формой эхинококкоза: эхинококкоз легких (одного легкого - 29, обоих - 18), эхинококкоз печени (247 пациентов), печени и брюшной полости (41), сочетанный эхинококкоз органов брюшной и грудной полостей (18), другие различные формы поражения органов и тканей, включая изолированное или сочетанное поражение сердца, головного мозга, костей (28). Солитарный эхинококкоз из всех включенных в анализ случаев наблюдался у 260 пациентов, множественный – у 121. Рецидивный эхинококкоз имел место у 47 пациентов.

Тактика проведения противорецидивной терапии не была единой. Применялось различное число курсов противорецидивной терапии альбендазолом как до операции, так и после. Чаще проводились один-два курса. Каждый курс терапии длился до 28-30 дней, суточная дозировка - до 9-13 мг/кг массы тела (по 300 или 400 мг на прием, 2 раза в сутки). В первые 2,5-3,5 лет после операции, как правило, удавалось проводить регулярные обследования каждые 6 месяцев для выявления рецидива. В более поздние сроки из-за низкой комплаентности пациенты прекращали регулярные профилактические обследования и обращались в диагностические кабинеты (УЗИ, рентген) лишь при наличии каких-либо клинических проявлений.

Рецидивом заболевания считали выявление эхинококковой кисты любой локализации на любом этапе наблюдения, а также выявление новых кист СL-типа (по ВОЗ) любой локализации за такой же период при отсутствии данных за непаразитарный характер этих кист.

Полученные результаты и обсуждение. Рецидив заболевания был выявлен у 8 (2,1%) пациентов. Вероятность (таблица данных по анализу Kaplan-

Meier) обнаружения рецидива эхинококкоза при целенаправленном обследовании к первым 36 месяцам после операции составила $2,18 \pm 1,09\%$, что значительно ниже публикуемых показателей при оперативном лечении без противорецидивной терапии. Кроме того, при проведении противорецидивной терапии альбендазолом рецидивы развивались в более поздние сроки. Так, по результатам follow-up в сроки 42 месяца после операции вероятность обнаружения рецидива составила $3,11 \pm 1,42$, в 54 месяца - $5,93 \pm 2,42$, в 78 мес – $10,88 \pm 5,34$

Очевидно, имеющаяся статистическая мощность не достаточна, чтобы получить научно обоснованные выводы по эффективности той или иной тактики проведения противорецидивной терапии. Однако отсутствие влияния числа курсов и особенностей тактики проведения терапии альбендазолом на рецидив эхинококкоза можно считать тенденцией. Заключение. Для оценки эффективности противорецидивной терапии и выработки оптимальной тактики ее применения необходимы многоцентровые исследования с длительным (десять лет) наблюдением за оперированными пациентами.

Первый опыт проведения перкутанных нефролитотрипсии в РКБ №2

Гамзатов З.Г., Арбулиев К.М., Саидов С.Г.

Республиканская клиническая больница № 2, Махачкала, Россия

Введение. Мочекаменная болезнь – одно из наиболее распространенных и часто рецидивирующих заболеваний. Пациенты с данным заболеванием проводят в стационаре практически половину (48,3%) койко-дней от всех урологических нозологий. Благодаря развитию альтернативных малоинвазивных методов оперативного лечения, доля открытых методик неуклонно уменьшается.

Благодаря совершенствованию и внедрению в лечебный процесс новых технологий, эндоскопического оборудования и методов литотрипсии, перспективы и возможности хирургии уrolитиаза выросли многократно. Чрескожные пункционно-дилатационные методы позволили достичь результатов, сопоставимых с результатами традиционно-открытых операций, а зачастую и превышающих их по критериям полного освобождения от конкрементов, уменьшение сроков пребывания в стационаре и снижение количества послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Одноцентровое, ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное с 2022 по 2023 гг. в Республиканской клинической больнице № 2 г. Махачкалы. В исследование включено 58 пациентов, которым было выполнено перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ). Из них 32 мужчин и 26 женщин. Со средним возрастом 46 ± 7 лет. Перед операцией всем пациентам выполнялась МСКТ почек с контрастированием (цель) и УЗ исследование почек (цель). Интраоперационно оценивались: общее время операции, время пункции и дилатации; время литотрипсии.

Послеоперационные осложнения оценивались в соответствии с модифицированной классификаций Clavien-Dindo.

Операция выполнялась как в положении на спине, так и на животе, на спине-6, на животе-50. Перед пункцией почки, предварительно всем пациентам выполнялась катетеризация мочеточников, для создания искусственного гидронефроза. Использовался нефроскоп 20 Ch, источник энергии при литотрипсии- тулиевый волоконный лазер-FiberLase U2, толщина волокна 1000 мкрн.

В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялась МСКТ почек без контрастирования для оценки показателя stone free rate (SFR).

Результаты. Средний размер конкрементов по данным МСКТ - 28 ± 9 мм; плотность до 850 ± 600 HU. Среднее время операции 70 ± 10 мин; время литотрипсии 30 ± 8 мин. Послеоперационные осложнения по модифицированной шкале Clavien-Dindo: Grade I – 40 пациентов; Grade II – 11 пациентов; Grade IIIa - 2 пациентов; Grade IIIb – 2 пациентов; Grade IVa – 1 пациент; IVb – 0 пациентов. SFR по данным МСКТ почек выполненной в послеоперационном периоде - 81 ± 5 %.

Заключение. ПНЛТ на сегодняшний день является основным, высокоэффективным и малотравматичным методом хирургического лечения при крупных конкрементах почки. Несмотря на малоинвазивный доступ при перкутанной нефролитотрипсии, данный вид оперативного вмешательства является сложным и имеющим высокие риски интра-послеоперационных осложнений.

Магнитный зонд для извлечения инородных предметов из ран и полостей тела

Патахов Г.М., Ахмадулинов М.Г., Ахмадулинов А.М., Киблаев И.Г., Рагимов Г.С.

Даггосмедуниверситет, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, Россия

Актуальность. Изменения характера ведения боевых действий влечет за собой и изменение структуры ранений и подходов к тактике лечения раненых.

Современное поле боя насыщено огромным количеством вооружений, предназначенных для поражения противника.

Основными поражающими факторами во время боевых действий являются: поражение пулями; поражение осколками разорвавшихся осколочно-фугасных боеприпасов; поражение готовыми поражающими элементами соответствующих боеприпасов.

Материал и методы. Наша инновационная разработка, закрепленная патентом РФ №203097 от 22.03.2021 г., относится к медицинским инструментам, применяемым в хирургии с целью извлечения из мягких тканей и анатомических полостей различных металлических осколков боеприпасов, а также пуль со стальным корпусом или сердечником.

Инородные тела, проникающие в глубокие слои мягких тканей конечностей или в полость тела, могут приводить к различным тяжелым гнойно-воспалительным процессам и опасным для жизни осложнениям. Металлические предметы, попавшие в мягкие ткани, при попытке их извлечь имеют свойство «ускользнуть» от хирургических инструментов. Это усложняет их поиск, а также процесс и длительность хирургического вмешательства, повышая риск послеоперационных осложнений.

В хирургии для извлечения металлических осколков и пуль чаще всего применяют различные хирургические зажимы, пинцеты и зонды.

Созданные в 1983 году компаниями General Motors (США), Sumitomo (Японии) и академией наук Китая мощные редкоземельные крошечные неодимовые магниты на основе сплава неодима-железа-бора, нашли практическое применение и в медицине. Так компанией "Микроин" были разработаны и изготовлены комплекты магнитных хирургических инструментов для удаления мелких осколков из ран.

Магниты используют и в офтальмологической практике для удаления металлических частиц из глаза.

Недостатком магнитных хирургических инструментов компании "Микроин" является их жесткая стержневая конструкция. Что затрудняет их применение при эндоскопических и лапароскопических оперативных вмешательствах, а глазные магниты предназначены для извлечения

металлических частиц с открытой поверхности глаза и не могут вводиться в узкие раневые каналы и лапароскопические проколы в брюшной стенке с диаметром от 0,5-1,5 см.

Нашей целью была разработка хирургического инструмента позволяющего с минимальной травматичностью осуществить поиск ферромагнитных инородных частиц в раневых каналах и анатомических полостях, с последующей их надежной фиксацией и удалением.

Устройство работает следующим образом. Под контролем эндоскопической видеокамеры, через прокол в брюшной стенке, в брюшную полость вводится дистальный конец зонда нашего инструмента, который продвигают между органами и тканями в поиске инородных ферромагнитных тел, обнаруженных при рентген- или УЗИ-исследованиях.

При обнаружении ферромагнитных предметов их извлекают из окружающих тканей путем контактного захвата неодимовым магнитом на дистальном конце зонда и извлекают из полости, вытягивая за гибкую рабочую часть инструмента под контролем и регулировкой внешних элементов управления на рукоятке.

Такое конструктивное решение позволяет под контролем эндоскопической видеокамеры направить рабочую дистальную часть зонда к месту расположения стального инородного тела и путем контролируемого изгиба рабочего конца с магнитом обнаружить крупные и мелкие ферромагнитные инородные тела в анатомических полостях. При сближении с магнитом эти осколки, прочно фиксируются к нему и могут быть извлечены из раневых каналов и полостей. Если инородное тело не визуализируется (например, при наличии крови в полости), то осуществляют "слепой" поиск "шарящим" принципом, погружая конец зонда с магнитом в биовыпот.

Положительным эффектом, использования нашего инструмента является возможность поиска с минимальной травматичностью, надежной фиксацией и удалением ферромагнитных инородных тел из посттравматических раневых каналов и полостей при эндоскопических вмешательствах во время лапароскопии, эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии.

Предлагаемый инструмент может найти широкое практическое применение при эндоскопических оперативных вмешательствах, как в отделениях абдоминальной хирургии, так и в военно-полевой хирургии при выполнении операций связанных с извлечением металлических осколков из ран и полостей тела.

Решением международного жюри XXIV Московского международного салона изобретений и инновационных технологий «АРХИМЕД-21» проект: «Инструмент для извлечения инородных ферромагнитных предметов из ран и полостей тела» был награжден серебряной медалью и Почетным дипломом.

Кавказский опыт Н.И.Пирогова, как основа военно-полевой хирургии

Патахов Г.М., Ахмадудинов М.Г., Ахмадудинов А.М., Киблаев И.Г., Рагимов Г.С.

Даггосмедуниверситет, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, Россия

В период кавказской войны по повелению императора Николая I Н.И.Пирогов «отправлен на Кавказ для указания врачам тамошнего края способов применения эфирного наркоза при операциях». Из Петербурга в горный Дагестан, с двумя ассистентами, Пирогов везет запас эфира и разработанные им самим наркозные приборы.

В горах Дагестана разворачивались драматические события Кавказской войны. Штурм и осада небольшого горного аула Салта, с населением в восемьсот семей. Как писали историки XIX века «...сравнимую со знаменитой защитой осажденной Сарагосы».

Пирогов пишет: «... мне не верилось, что этот небольшой аул мог выдержать двухмесячный жесточайший штурм и осаду царской армии, которая покорила Наполеона. Защитники аула Салта, под руководством 22-летнего наиба Идриса, проявляли высочайшую отвагу и самопожертвенность».

Полевой лазарет Пирогова, состоял из нескольких шалашей с каменными койками укрытых соломой. При свечах, стоя на коленях в согнутом положении, он выполнил массу сложных операций, работая по 12 и более часов в сутки.

Так в тяжелейших военно-полевых условиях на 100 раненых был впервые использован эфирный наркоз.

Раненые солдаты, наблюдавшие собственными глазами в отсутствии боли и страданий во время операций, с охотой и без уговоров соглашались на эфирование.

В своих работах ученый в деталях указал на положительные и отрицательные стороны наркоза. Особо отметив, что эфир, как обезболивающее средство действует на людей индивидуально в

зависимости от особенностей его организма и нервной системы.

Подчеркнув, что теперь «...закончилась эпоха мучительных страданий раненых в операционной».

Солидный опыт, полученный Пироговым на Кавказе, обогатил мировую медицину. Он первым в военно-полевых условиях применил эфирный наркоз и йодную настойку для дезинфекции краев огнестрельных ран.

Разработал тактику сортировки и медицинской эвакуации раненых.

Указал на основные причины возникновения частых гнойных осложнений ран: «...наши раненные лежат скученно и вдыхают нездоровый воздух лазарета. Видят массу страданий и смерть собратьев. Горцы выхаживают своих раненых отдельно у себя в саклях, где они дышат свежим воздухом, сытно питаются и получая индивидуальный уход».

С профессиональным интересом Николай Иванович наблюдал за методами лечения дагестанских лекарей. Имобилизовавших кости при переломах свежей овечьей шкурой или войлоком, укрепляемым кашицей и прутами. Что навело на мысль использовать неподвижную крахмальную повязку для фиксации переломов конечностей: «...перелом костей уже не приговор к увечью на всю жизнь».

Позже ученый писал: «...в Крымскую компанию ни французы, ни англичане еще не ведают о гипсовой повязке, в то время как мы ее уже широко применяли».

Инновационные открытия, их практическое испытание в боевых условиях и масса важных организационных и практических нововведений Н.И.

Пирогова по праву позволяют назвать его основоположником военно-полевой хирургии России.

В «Отчете путешествий по Кавказу» Пирогов отметил: «...медицина России, опередила Европу, доказав всему просвещенному миру эффективность эфирного наркоза в военно-полевых условиях войны.

Эфирный наркоз станет сопровождать хирурга, во время его действий на бранном поле. В этом деле, теперь мы впереди образованной Европы!».

В своих дневниках любознательный Николай Иванович обращал внимание и на окружающий его мир горцев: «Их дома расположены амфитеатром на склонах гор. С многоярусных крыш горских саклей можно видеть весь аул и любоваться красотой окружающей его природы».

К Н.И. Пирогову, солдаты и горцы относились с большим почтением, считая его врачом творившим чудеса исцеления без боли на операционном ложе.

К Н.И. Пирогову обращались и раненые горцы. «Эти смелые сподвижники имама Шамиля восхищали нас своим мужеством и равнодушием к

телесным страданиям. Один из них спокойно, без всяких перемен на лице, сидел на носилках, когда солдаты принесли его к нам в лазарет. Нога мюрида была обвязана тряпками; я думал, судя по его равнодушию, что он незначительно ранен, но каково же было мое удивление, когда, сняв повязку, я увидел, что нога перебита ядром выше колена и висит почти на одной коже! На следующий день после ампутации бедра тот же мюрид сидел между нашими ранеными, опять также спокойно и с тем же стоицизмом».

Одним из помощников и переводчиков Пирогова был горец Муртузали, владевший русским языком и народной медициной. Николай Иванович обучил талантливого горца хорошо оперировать и покидая Дагестан, подарил ему два комплекта хирургических инструментов, которые ныне хранятся в Краеведческом музее Дагестана.

Дагестанцы и поныне чтят имя и дела великого русского ученого. Его именем названа центральная больница в Гунибе, улицы во всех городах Республики. Установлен гранитный обелиск на территории Республиканской клинической больницы в г. Махачкала. К двухсотлетию Николая Ивановича в ауле Салта воздвигнут мемориал символизирующий призыв к современникам и будущим поколениям: Если были те, кто искал, как и чем убивать, калечить людей на войне, то, к счастью, нашлись и те, кто думал о том, как помочь, не причиняя мучений и облегчить страдания раненных, оказывая профессиональную медицинскую помощь.

Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения: проблемы и методы решения

Гацайниева Х.А., Меджидова Л.Ш.

ГБУ РД РКБ 2

Актуальность. Около 30% беременных женщин России переносят кесарево сечение (КС), и в большинстве регионов показатели КС продолжают расти. До сих пор нет четкого определения того, что считается нормальным физиологическим аспектом рубца при КС, а что ненормальным.

Цель. Определение этапов диагностики пациенток с несостоятельностью рубца на матке после абдоминального родоразрешения с последующим выбором эффективного способа хирургической реконструкции несостоятельного рубца лапароскопическим доступом.

Материалы и методы. С 2019 по 2023г в гинекологическом отделении ГБУ РД РКБ2 поступило 22 пациенток с диагнозом «несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения». Возраст пациенток колебался от 24 до 32 лет. В работу включались пациентки по следующим критериям: репродуктивный возраст; наличие на матке несостоятельного рубца после кесарева сечения; пациентки планирующие беременность; отмечающие клинические симптомы, ухудшающие качество жизни. Обследование пациенток включало: анализ жалоб и анамнеза, гинекологический осмотр, инструментальные (трансвагинальное УЗИ, МРТ, гидрогистеросонография, кольпоскопия) и лабораторные методы исследования (клинический анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследование мазка на флору из влагалища и цервикального канала, цитологическое исследование шейки матки). Интервал от момента проведения операции кесарева сечения до обращения в гинекологическое отделение РКБ2 составил от 2 лет до 5 лет. У 19 пациенток в анамнезе одно оперативное родоразрешение и у 3-х пациенток по два. Всем пациенткам с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке было проведено трансвагинальное УЗИ экспертного класса с последующей гидрогистеросонографией (ГСГ).

Мы использовали комбинацию лапароскопического (иссечение рубца и метропластика) и трансвагинального доступов (вспомогательные манипуляции и лечебные мероприятия). Первым этапом выполнялось расширение цервикального канала до №8, фиксация матки при помощи манипулятора Clermont–Ferrand. Вторым этапом осуществлялся традиционный лапароскопический доступ, иссечение несостоятельного рубца в пределах здоровой ткани с последующей метропластикой накладывая отдельные мышечно-мышечные эндошвы.

Продолжительность операции варьировалась от 90-120 мин, кровопотеря составила 50-100мл. После оперативного лечения пациентки получали антибактериальную и противовоспалительную, десенсибилизирующую, инфузионной и антикоагулянтной терапии, а ранний послеоперационный период характеризовался быстрой активацией. При выписке была рекомендована контрацепция 6-9 месяцев.

Результаты и обсуждение. В 18(82%) наблюдениях отмечались жалобы на ноющие боли в нижних отделах живота, которые усиливались перед менструацией; в 3х(14%) - пациенток беспокоила диспареуния, в 15(68%) - наблюдали длительные постменструальные кровомазания, в 4-х(18%) - пациентки страдали вторичным бесплодием. У 17(77%) женщин было

осложненное течение послеродового периода: наличие гематометры с последующей санацией полости путем вакуум-аспирации или выскабливания полости матки, послеоперационный метрит. У 19 пациенток по данным ГСГ толщина миометрия в области рубца составила менее 2,5 мм и определялась «ниша», а у 3-х визуализировались две ниши на фоне истонченного миометрия в рубце до 1, 5 мм (в анамнезе два кесарева сечения), у 7-х(32%) пациенток отмечалось втяжение стенки мочевого пузыря в рубец. В 20 случаях выполнена лапароскопическая метропластика. В 2-х наблюдениях у женщин с наличием в анамнезе двух кесарева сечений и выраженным спаечным процессом выполнен переход на лапаротомический доступ. Беременность наступила у 5 пациенток через год после операции и завершилась плановым кесарево сечением. Две пациентки готовятся к программе ЭКО. У одной пациентки через 6 месяцев отмечался рубец на матке толщиной более 3мм, а еще через год вновь диагностирована несостоятельность рубца. Полученные данные подтверждают эффективность лапароскопической метропластики истмоцеле с предварительной гидрогистеросонографией и может служить методом выбора для лечения пациенток с несостоятельностью рубца, планирующих беременность.

Выводы. 1. Лапароскопическая метропластика показана пациенткам на этапе планирования беременности при наличии несостоятельного послеоперационного рубца в нижнем сегменте матки.

2. Первым этапом целесообразно применение маточного манипулятора.

3. Контроль УЗИ через 3-6-12 месяцев позволяет адекватно оценить результат оперативного лечения.

4. У пациенток с двумя и более оперативными вмешательствами на органы малого таза и наличием спаечного процесса 4 степени целесообразно применение лапаротомного доступа.

Сравнение эффективности ультраминиперкутанной нефролитотрипсии со стандартной перкутанной нефролитотрипсией

Арбулиев К.М., Саидхаджиев М.М.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Актуальность. Совершенствование и миниатюризация эндоскопического оборудования в последние десятилетия сделали возможным совершенствование методики перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), и внедрение в практику ультра-миниперкутанной нефролитотрипсии

(ультрамини-ПНЛ). Эта методика открывает новые возможности для максимально деликатного и полного разрушения почечных камней. Дополнительные возможности для внедрения в практику ультраминиперкутанной нефролитотрипсии появились с внедрением в эндоурологию гольмиевых и тулиевых волоконных лазеров. Это связано с тем, что лазерное излучение позволяет разрушать почечные камни на очень мелкие фрагменты, которые легко эвакуировать через узкий канал ультраминиперкутанного нефроскопа Karl Storz, имеющего очень малый диаметр (6–12 Ch). Кроме того, для снижения внутрилоханочного давления и облегчения ирригации, всем пациентам перед ультрамини-ПНЛ устанавливают мочеточниковый катетер или мочеточниковый кожух.

Малый диаметр ультраминиперкутанного инструментария и Амплацкожуха, позволяет в процессе создания пункционного доступа, а, так же, во время вмешательства, свести к минимуму повреждение почечной паренхимы и потерю функционирующих нефронов по сравнению со стандартной ПНЛ. Так же при этой методике уменьшается вероятность повреждения шеек чашечек и слизистой оболочки почечной лоханки, уменьшается риск кровотечения. В результате при ультрамини-ПНЛ можно добиться полной элиминации осколков камней (stone free rate - SFR), избегая излишней травматизации почечной паренхимы и кровопотери.

Цель. сравнение эффективности и безопасности лазерной ультрамини-ПНЛ со стандартной лазерной ПНЛ при камнях почек высокой плотности. Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое контролируемое исследование в ГБУ РД Республиканский урологический центр г Махачкала в период с 2021 по 2023 год. Были изучены истории болезни 25 больных, которые были разделены на 2 группы, в основную группу вошли 11 больных, которым проводилась ультрамини-ПНЛ, а в контрольную группу вошли 14 пациентов, которым проводили стандартную ПНЛ, среди больных основной группы было 7 женщин и 4 мужчины, а в контрольной группе 9 женщин и 5 мужчин, средний возраст пациентов был 37 ± 10 лет. Для уточнения диагноза пациентам проводилась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием и трёхмерной реконструкцией изображения, а, так же УЗИ почек. Всем пациентам оперативное вмешательство проведено под перидуральной анестезией. Перед операцией всем пациентам устанавливали мочеточниковый катетер 6 Ch. Операции проводились у 80% больных в положении лёжа на животе, а у 20% больных (с камнями

задне-нижних групп чашечек) в положении на спине. Для проведения ПНЛ по различным методикам отбирали пациентов с высокой плотностью камней - выше 1000 НУ. Транскутанный доступ создавался под комбинированным ультразвуковым и рентгеновским наведением, для лучшей визуализации процесса через мочеточниковый катетер и пункционную иглу вводились рентгено-контрастные средства.

После расширения нефростомического канала у больных основной группы устанавливали Амплац-кожух Ch-10, а во время операции использовали ультра-мининефроскоп Karl Storz Ch-6. У больных контрольной группы использовали Амплац-кожух Ch-32, и нефроскоп Karl Storz Ch-26. Для разрушения камней применяли лазерный аппарат FiberLase U2, с толщиной лазерного волокна 300 мкрн, и с мощностью импульсов 20-25 Вт. Литотрипсия проводилась в режиме дастинг (распыление). После операции проводили оценку тяжести и количества осложнений с помощью адаптированной системы Clavien-Dindo. На 2 сутки после операции для определения коэффициента очищения почек от камней (SFR) проводили УЗИ почек и нативную МСКТ.

Результаты исследования. В процессе создания пункционных доступов в обеих группах не было отмечено случаев повреждения плевры, брюшины, печени, кишечника. Размер почечных камней в обеих группах сильно не отличался: в группе ультрамини-ПНЛ он составил в среднем $20,5 \pm 3,2$ мм, в группе – $20,9 \pm 3,1$ мм, плотность конкрементов в обеих группах составила 1317 ± 93 и 1300 ± 108 НУ. Среднее время вмешательства составило: в основной группе в среднем $60,7 \pm 7,1$ мин, а в контрольной группе в среднем 32 ± 4 мин. Эндоскопический этап операции (время литотрипсии) составило: в группе ультрамини-ПНЛ в среднем $50,4 \pm 7,2$ мин, а в группе стандартной ПНЛ - $20,9 \pm 4$ мин, что существенно меньше, чем при ультрамини-ПНЛ.

Однако, анализ осложнений по адаптированной системе Clavien-Dindo показал, что в группе ультрамини-ПНЛ отмечены осложнения I степени - у 20%, II степени - у 10%, 0 степени - у 80% больных; тогда как в группе стандартной ПНЛ - осложнения I степени - у 50%, II степени - у 20%, 0 степени - у 30% больных, что говорит о меньшей травматичности методики ультрамини-ПНЛ.

Интраоперационное снижение гемоглобина в группе стандартной ПНЛ составило $6,4 \pm 2,3$ г/л, что было выше, чем в группе ультрамини-ПНЛ ($0,8 \pm 0,5$ г/л, $P < ,001$). В обеих группах не было случаев перфорации почечной лоханки, чашечек. У пациентов обеих групп на 1 сутки гематурия прекратилась спонтанно. Послеоперационная лихорадка отмечена у 12%

после стандартной ПНЛ. По данным нативной МСКТ, выполненной на 2 сутки после вмешательства, в группе ультрамини-ПНЛ SFR достиг 91%, тогда как в группе стандартной ПНЛ SFR достиг всего 79%.

Выводы. Ультрамини-ПНЛ позволяет разрушать камни высокой плотности, расположенные во всех отделах ЧЛС почки, в том числе, находящиеся в труднодоступных задне-нижних чашечках. При этом, при выполнении ультрамини-ПНЛ, не смотря на увеличение общей продолжительности оперативного вмешательства и лучевой нагрузки, по сравнению со стандартной ПНЛ, достигается более качественное разрушение почечных камней, меньший травматизм почечной ткани, меньшая кровопотеря, быстрое уменьшение болей в послеоперационном периоде, сокращение койко-дней.

Возможности цитостатических препаратов в профилактике рецидива рубцовых сужений уретры

Османов М.Г. (2), Арбулиев К.М. (1), Гаджиев Г.Д. (2), Кадиев Г.М. (2)
1 Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала.2
Отделение урологическое №1, ГБУ Республики Дагестан
«Республиканский Урологический Центр», Махачкала.

Введение. Способы терапии стриктур уретры остаются предметом дискуссий. На фоне этого, внутренняя оптическая уретротомия при установлении конкретных показаний, имеет право занять своё место среди способов оперативного устранения стриктур уретры. Возможность предупреждения рецидива сужений уретры с помощью фармакологических препаратов после хирургического вмешательства широко обсуждается среди специалистов. Цель исследования: изучение эффекта цитостатических препаратов как составной части процесса профилактики рецидива рубцовых сужений уретры в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Одноцентровое, ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное 2015-2022 гг. в Республиканском Урологическом Центре г.Махачкала. В исследование включено 45 пациентов с диагнозом непротяженная стриктура заднего отдела уретры. Средний возраст составил 42 года. В соответствии с планом исследования пациенты были разделены на две группы: основную (n = 20) – перенесшие ВОУТ и введение цитостатика в подслизистый слой уретры и группу сравнения (n

= 25) – ВОУТ без профилактического введения цитостатика. Всем пациентам была проведена внутренняя оптическая уретротомия по принятой в клинике методике. Пациентам основной группы сразу после оптической уретротомии «холодным» ножом строго на 12 часах условного циферблата, интраоперационно, в область рассечения стриктуры, на 10 и 14 часах условного циферблата, эндоскопической иглой - инъектором вводился раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия) из расчета 1 мл раствора на 0,5 см длины стриктуры. Длина стриктуры оценивалась с помощью мочеточникового катетера. После завершения введения препарата мочевой пузырь дренировался силиконовым уретральным катетером № 16-18Ch на срок в 3-5 дней. В группе сравнения препарат не вводился. Контрольное обследование (оценка жалоб по шкале IPSS, ультразвуковое исследование для оценки объема остаточной мочи, урофлоуметрия, уретроцистография) осуществлялось через шесть и двенадцать месяцев после операции. Результаты. Через двенадцать месяцев после уретротомии проведена оценка эффективности эндоскопического лечения стриктур уретры. Развитие рецидива стриктуры подтверждалось путем уродинамического исследования и уретроцистографии. В основной группе рецидив наблюдался в пяти (25%) случаях из 20, в группе сравнения – в восьми (32%) случаях из 25. Оценка межгрупповых различий подтвердила, что подслизистое введение препарата «Митомицин» ($p < 0,05$) снижает вероятность наступления рецидива в полтора раза при эндоскопической коррекции непротяженных (менее 1 см) стриктур уретры. В основной группе пациентов отмечена хорошая переносимость препарата, при контроле лабораторных данных отклонений не обнаружено. Применение препарата Митомицин уменьшило частоту рецидива стриктур с 32 до 25% у данной категории больных.

Заключение. Основываясь на проведенном исследовании, можно сделать вывод о хорошем соответствии результативности и надёжности данного средства, а, следовательно, это делает обоснованным использование его в практической медицине, и вследствие этого позволяет увеличить результативность оптической уретротомии с прямым обзором, уменьшить количество рецидивов сужений проксимальных отделов уретры.

Сравнительный анализ лазерной ультрамини-ПНЛ и стандартной лазерной ПНЛ при почечных камнях высокой плотности

Арбулиев К.М. (2), Биларов Г.А. (1), Гаджиев Д.П. (1), Раджабов О.А. (1), Гаджиев Г.Д. (1), Османов М.Г. (1)

1 Отделение рентгенэндоурологии ГБУ РД Республиканский урологический центр, Махачкала.2 Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Технический достижения последних десятилетий сделал возможным уменьшение размеров эндоскопического инструментария, в том числе и дальнейшую миниатюризацию инструментов для перкутанных методов лечения мочекаменной болезни (МКБ), и наряду с традиционной перкутанной нефролитотрипсией (ПНЛ) в клиническую практику внедряется методика ультраминиперкутанной нефролитотрипсии (ультрамини-ПНЛ). Этот способ позволяет более эффективно и деликатно проводить дезинтеграцию конкрементов, снизить количество осложнений. Кроме того, появление в арсенале урологических отделений современных волоконных тулиевых и гольмиевых лазеров облегчило внедрение в практику ультрамини-ПНЛ. Несомненным преимуществом лазерного излучения является его способность разрушать мочевые конкременты на очень мелкие фрагменты, которые легко удаляются током промывной жидкости через рабочий канал ультрамини-нефроскопа, имеющий маленький диаметр (6–12 Ch). При этом, перед проведением процедуры ультрамини-ПНЛ всем пациентам в обязательном порядке устанавливают мочеточниковый кожух, или мочеточниковый катетер, это делается в целях облегчения ирригации, уменьшения давления в почечной лоханке. При проведении ультрамини-ПНЛ имеет место гораздо меньшее повреждение паренхимы и меньшая потеря функционирующих нефронов, чем при более старых методах малоинвазивного лечения МКБ, это связано с очень маленьким диаметром инструментария и Амплац-кожуха, используемых при создании пункционного доступа. Применение этой методики позволяет свести к минимуму повреждение эпителия почечной лоханки, шеек чашечек, и поэтому существенно ниже риск геморрагии. Поэтому применение ультрамини-ПНЛ позволяет добиться полного удаления фрагментов камней (stone free rate - SFR) без лишней травматизации почечной паренхимы и снижения уровня гемоглобина в крови.

Цель. Сравнительный анализ эффективности и безопасности лазерной ультрамини-ПНЛ и традиционной лазерной ПНЛ при камнях почек большой прочности - выше 1000 по НУ.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое контролируемое исследование в ГБУ РД Республиканский урологический центр г Махачкала в период с 2021 по 2023 год. Проведён анализ истории

болезни 28 больных, которые были разделены на 2 группы, в основную группу вошли 13 больных, которым проводилась ультрамини-ПНЛ, а в контрольную группу вошли 15 пациентов, которым проводили стандартную ПНЛ, среди больных основной группы было 8 женщин и 5 мужчин, а в контрольной группе 9 женщин и 6 мужчин, средний возраст пациентов был 37 ± 10 лет. Всем пациентам с целью верификации диагноза проводилось УЗИ почек, а также, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием и трёхмерной реконструкцией изображения. Всем пациентам оперативное вмешательство проведено под перидуральной анестезией. В обязательном порядке всем пациентам устанавливали мочеточниковый катетер 6 Ch. Операции проводились у 80% больных в положении лёжа на животе, а у 20% больных (с камнями задне-нижних групп чашечек) в положении на спине. Для проведения ПНЛ по различным методикам отбирали пациентов с высокой плотностью камней - выше 1000 HU. Транскутанный доступ создавался под комбинированным ультразвуковым и рентгеновским наведением, для лучшей визуализации процесса через мочеточниковый катетер и пункционную иглу вводились рентгеноконтрастные средства.

После расширения нефростомического канала у больных основной группы устанавливали Амплац-кожух Ch-10, а во время операции использовали ультра-мининефроскоп Karl Storz Ch-6. У больных контрольной группы использовали Амплац-кожух Ch-32, и нефроскоп Karl Storz Ch-26. Для дезинтеграции конкрементов использовали лазерный аппарат FiberLase U2, с толщиной лазерного волокна 300 мкрн, и с мощностью импульсов 20-25 Вт. Разрушение конкрементов проводили в режиме дастинг (распыление). В послеоперационном периоде для оценки количества и тяжести осложнений применяли адаптированную систему Clavien-Dindo. Через 2 суток после вмешательства для оценки коэффициента очищения почек от конкрементов (SFR) проводили нативную МСКТ и УЗИ почек.

Результаты исследования. В процессе создания пункционных доступов в обеих группах не было отмечено случаев повреждения плевры, и органов брюшной полости. Размер почечных камней в обеих группах сильно не отличался: в группе ультрамини-ПНЛ он составил в среднем $20,5 \pm 3,2$ мм, в группе стандартной ПНЛ – $20,9 \pm 3,1$ мм, плотность конкрементов в обеих группах составила 1319 ± 83 и 1307 ± 96 HU. Среднее время вмешательства составило: в основной группе в среднем $61,1 \pm 7$ мин, а в контрольной группе в среднем 33 ± 2 мин. Эндоскопический этап операции

(время литотрипсии) составило: в группе ультрамини-ПНЛ в среднем $51,1 \pm 7,3$ мин, а в группе стандартной ПНЛ - $21,1 \pm 3$ мин, что существенно меньше, чем при ультрамини-ПНЛ.

Однако, анализ осложнений по адаптированной системе Clavien-Dindo показал, что в группе ультрамини-ПНЛ отмечены осложнения I степени - у 20%, II степени - у 10%, 0 степени - у 80% больных; тогда как в группе стандартной ПНЛ - осложнения I степени - у 50%, II степени - у 20%, 0 степени - у 30% больных, что говорит о меньшей травматичности методики ультрамини-ПНЛ.

Интраоперационное снижение гемоглобина в группе стандартной ПНЛ составило $6,5 \pm 2,1$ г/л, что было выше, чем в группе ультрамини-ПНЛ ($0,7 \pm 0,5$ г/л, $P < 0,001$). В обеих группах не было случаев перфорации почечной лоханки, чашечек. У пациентов обеих групп на 1 сутки гематурия прекратилась спонтанно. Послеоперационная лихорадка отмечена у 12% после стандартной ПНЛ. По данным нативной МСКТ, выполненной на 2 сутки после вмешательства, в группе ультрамини-ПНЛ SFR достиг 91%, тогда как в группе стандартной ПНЛ SFR достиг всего 79%.

Выводы. Ультрамини-ПНЛ позволяет разрушать камни высокой плотности, расположенные во всех отделах ЧЛС почки, в том числе, находящиеся в труднодоступных задне-нижних чашечках. При этом, при выполнении ультрамини-ПНЛ, не смотря на увеличение общей продолжительности оперативного вмешательства и лучевой нагрузки, по сравнению со стандартной ПНЛ, достигается более качественное разрушение почечных камней, меньший травматизм почечной ткани, меньшая кровопотеря, быстрое уменьшение болей в послеоперационном периоде, сокращение койко-дней.

Проблема инкрустации и камнеобразования на мочеточниковых стентах и пути её решения

Арбулиев К.М.(2), Гусниев Н.М.(2), Газимагомедов Г.А.(2), Усманов М.У.(1), Айдемиров А.С.(1), Гамзатов А.Г.(2), Михайлов С.Х.(2)

1 ГБУ РД Республиканский урологический центр, Махачкала.2 Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Эндоскопическое эндолюминальное дренирование мочеточников с помощью JJ-стентов проводят при окклюзии их просвета конкрементами, после сеансов дистанционной ударноволновой литотрипсии (ДУВЛ), при контактной уретеролитотрипсии, при операциях по поводу стеноза

мочеточников, при паллиативном лечении опухолей, перед гинекологическими и проктологическими операциями. По мере увеличения частоты стентирования и времени нахождения стентов в мочевых путях происходит пропорциональное увеличение числа осложнений, связанных с ними. В связи с этим, в последние десятилетия на повестке дня стоит актуальная проблема «забытых стентов», и осложнений, связанных со стентированием: инкрустация, обструкция, камнеобразование, миграция стентов, фрагментация, катетер-ассоциированная инфекция, уросепсис, гидронефроз. Цель исследования: описание долгосрочных последствий длительного стентирования, а так же систематизация методов их лечения.

Материалы и методы. Ретроспективное неконтролируемое мультицентровое исследование проведено в ГБУ РД РУЦ и в отделении урологии, ГБУ РД «Республиканская клиническая больница № 2» г. Махачкала в период с 2021 по 2023 год. Изучены истории болезни 45 пациентов с инкрустацией и камнеобразованием при длительном стентировании мочеточников JJ-стентоами, из них: 22 мужчин и 23 женщин. Средний возраст пациентов 50.27 ± 19 лет. Время пребывания JJ-стентов в мочевых путях: 1 мес – у 8; 2 мес – у 6; 3 мес – у 12; 4 мес – у 2; 5 мес – у 6; 11 мес- у 1; 1 год – у 4х; 3 года – у 2х; 5 лет – у 2х; 8 лет – у 2 больных. С целью диагностики проводилось: УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ с 3D-реконструкцией.

Для проведения ДУВЛ применяли Литотриптер Modulith slk фирмы Storz Medikal. Для разрушения камней мочеточников применяли уретероскопы LithoVue (BostonScientific), Innovex (Umitex), тулиевый лазерный литотриптер FiberLase U2, источник энергии - лазерное волокно - 200 мкрн, мощность импульсов 20-25 Вт.

При камнях почечной лоханки в ходе ЧПНЛ использовался мини-нефроскоп фирмы Karl Storz Ch-12, литотриптер FiberLase U2, источник энергии - лазерное волокно - 300 мкрн. В постоперационном периоде осложнения оценивали по модифицированной классификации Clavien-Dindo. С целью изучения коэффициента очищения почки от камней SFR и фрагментов JJ-стентов на 3 сутки всем больным проводили эхонографию, обзорную урографию и нативную МСКТ.

Результаты. Средняя величина резидуальных камней - $15.6 \pm 9,8$ мм, плотность - 540.2 ± 84 HU. В период с 2017 по 2018 годы проведены всего 2 открытые операции - пиелолитотомии по поводу оторванных завитков стента и крупных камней. ДУВЛ проведено 18 больным - среднее время сеанса 30 мин, количество импульсов – 3000, количество сеансов от 1 до

3, у всех больных дезинтеграция камней, стент удалён при цистоскопии. Цистолитотрипсия проведена 4 больным с камнями на пузырных завитках. РИРХ применяли 8 больным с камнями верхней трети мочеточников, за 1 процедуру разрушали камни и извлекали стент. ЧПНЛ применяли при камнях лоханки и оторванном завитке стента, всего ЧПНЛ проведено 6 больным. Осложнения по классификации Clavien-Dindo: осложнения I степени – 35 пациентов, II степени-0, III степени-0, IV степени-0, V степени-0. По данным урографии и МСКТ, выполненных на 3 сутки SFR достиг 95-100%. В 35 случаях была преходящая гематурия. Заключение. Внедрение малоинвазивных методов лечения МКБ в работу урологических отделений позволяет отказаться от открытых операций. Однако, уролог обязан поддерживать связь с пациентами, которым был установлен стент, необходимо периодически проводить им рентгеноскопию и проводить УЗИ-контроль за положением стентов, регулярно проводить их замену, проводить контрольные анализы мочи и крови. Необходимо настроить пациентов на ответственное отношение к своему здоровью, важность регулярного посещения уролога.

Опыт эндоскопической декомпрессии плечевого сплетения в сочетании с артроскопией плечевого сустава

к.м.н. Е.А. Беляк^{1,2}, Д.Л. Пасхин², д.м.н. Ф.Л. Лазко^{1,2}, член-корр., д.м.н. Суфианов А.А.³, к.м.н. А.П. Призов^{1,2}, к.м.н. Лазко М.Ф.^{1,2}, член-корр., к.м.н. Асратян С.А.², к.м.н. Абдулхабирова М.А.¹, д.м.н. Загородний Н.В.¹, Москва

Введение и актуальность. Брахиоплексопатия является достаточно распространённой проблемой в нейрохирургии и травматологии и ортопедии и развивается, как правило, вследствие компрессии плечевого сплетения в узких анатомических пространствах: в области малой грудной мышцы, грудной апертуры, межлестничного пространства. Достаточно часто брахиоплексопатия комбинируется с суставной патологией плечевого сустава и является следствием общей травмы. В случае неэффективности консервативного лечения выполняют оперативное вмешательство – декомпрессию плечевого сплетения. Разработка эндоскопической методики выполнения декомпрессии плечевого сплетения в ассоциации с артроскопией плечевого сустава позволит минимизировать интраоперационную травму, снизить риск осложнений, интенсифицировать и облегчить восстановительный период.

Цель исследования. Отследить и проанализировать результаты эндоскопической декомпрессии плечевого сплетения в сочетании с артроскопией плечевого сустава у пациентов с комбинированной нейро-ортопедической патологией, описать используемую хирургическую технику. Материал и методы. За период с 2019 по 2022 гг. нами было прооперировано 7 пациентов, которым была выполнена эндоскопическая декомпрессия плечевого сплетения в сочетании с артроскопией плечевого сустава. Половое распределение было следующим: 5 мужчин (71%) и 2 женщины (29%). Средний возраст пациентов составил $52,2 \pm 7,2$ лет. У 3 пациентов имелась компрессия плечевого сплетения в области малой грудной мышцы (синдром Райта), у двух пациентов в области грудной апертуры, у двух пациентов в области грудной апертуры в сочетании с синдромом межлестничного пространства. Также у пациентов имелась сопутствующая патология смежного плечевого сустава.

Хирургическая техника. Эндоскопическое вмешательство начиналось с лечебно-диагностической артроскопии плечевого сустава и коррекции внутрисуставной патологии. Далее производилось иссечение тканей ротаторного интервала, релиз в области клювовидного отростка, отсечение малой грудной мышцы и декомпрессия плечевого сплетения. Далее производилось отсечение латеральной порции подключичной мышцы от ключицы, доступ к плечевому сплетению и его декомпрессия в области грудной апертуры. Далее производился доступ к плечевому сплетению в области межлестничного пространства путем формирования надключичных портов и декомпрессия сплетения в этой области.

Результаты. На сроках наблюдения 6 мес. после операции оперативное вмешательство оказалось эффективным у 6 пациентов из 7 (86%). У этих пациентов отметили стойкое снижение болевого синдрома, регресс неврологических расстройств и улучшение функции верхней конечности. Интенсивность болевого синдрома в группе наблюдения по шкале ВАШ снизилась с $7 \pm 0,8$ см до $2,2 \pm 1,4$ см. Пациенты отметили увеличение амплитуды активных движений в плечевом суставе и составило: сгибание $155 \pm 23^\circ$ (было $104 \pm 11^\circ$), отведение $156 \pm 24^\circ$ (было $105 \pm 16^\circ$), наружная ротация $44 \pm 12^\circ$ (было $23 \pm 4^\circ$). Степень дисфункции верхней конечности по шкале DASH уменьшилась с 70 ± 9 баллов до 24 ± 15 балл. Шесть из семи пациентов (86%) отметили регресс неврологических расстройств и вернулись к нормальной бытовой и умеренной спортивной активности.

Обсуждение. Результаты, полученные в ходе нашего исследования, получились сопоставимыми с результатами в работах T. Lafosse (2017), K. Furushima (2021), D. Haeni (2022) и др., что свидетельствует об

эффективности и перспективности эндоскопической декомпрессии плечевого сплетения.

Заключение. Эндоскопическая декомпрессия плечевого сплетения является эффективной и малоинвазивной методикой, позволяющей выполнить невролиз и декомпрессию плечевого сплетения в области малой грудной мышцы, грудной апертуры, межлестничного пространства с минимальной травматизацией мягких тканей, которую возможно сочетать с одномоментной лечебно-диагностической артроскопией плечевого сустава. Методика требует высокого артроскопического навыка и знания топографической анатомии плеча и шеи.

Опыт лечения огнестрельных переломов конечностей в хирургическом отделении МВД РФ по РД

Ибрагимов И.А., Расулов М.М., Курбанмагомедов М.И.

ФКУЗ Медико-санитарная часть МВД РФ по РД. Махачкала

Актуальность проблемы определяется:

- сохраняющимся высоким удельным весом огнестрельных переломов плечевой кости в структуре боевых повреждений;
- увеличением тяжести разрушений мягких тканей и костей, обусловленных непрерывным совершенствованием огнестрельного оружия;
- частотой инфекционных осложнений;
- высоким процентом замедленной консолидации, ложных суставов и дефектов костной ткани.

В настоящее время огнестрельная травма является проблемой не только военной медицины, но и гражданского здравоохранения. В последние десятилетия как в мире, так в нашей стране отмечается нарастание частоты огнестрельных повреждений у военных и среди мирного населения.

В современных военных конфликтах боевые повреждения опорно-двигательной системы достигают 70-75% от всего числа санитарных потерь:

- ранения верхних конечностей составляют 23,2-28,5%;
- огнестрельные переломы плечевой кости составляют 20,3%;
- огнестрельные переломы нижних конечностей составляют 46,5-51,8 %, из них ранения голени и стопы- 65-70%.

Материал и методы. Количество 43:

Огнестрельные ранения конечностей наблюдались у 43 из них:

- повреждения бедренной кости у 10 (23,2%);
- голени и стопы у 14 (32,5%);
- плечевой кости у 12 (27,9%);
- предплечья и кисти у 7(16,2%); из них:
- крупных суставов конечностей-5,71%.
- 3,7% случаев боевые повреждения сопровождаются повреждением магистральных сосудов

Остеосинтез плечевой кости по Илизарову был выполнен:

- в первые 3- 6 и 12 часов с момента ранения у 25 пострадавших (58,1%);
 - спустя 12 часов и более после ранения у 18 (1,9%) пострадавших (в связи с доставкой раненых в госпиталь МСЧ МВД РФ по РД в более отдалённые сроки из районных и городских клиник Республики);
- Результаты: Хорошо - 11(25,6%); удовлетворительно – 11(25,6,6%); неудовлетворительно – 2(4,7%).

Причины неудовлетворительных результатов: Стойкая контрактура сустава-2(4,7%).

Преимущества использования аппаратов Илизарова в лечении огнестрельных переломов трубчатых костей:

- Малая инвазивность (минимальная кровопотеря, минимальная общая площадь вмешательства на фоне обширных огнестрельных ран и приличной кровопотери!);
- Значительное снижение болевого синдрома при ограничении размеров хирургического доступа уменьшает потребность раненых в обезболивающих препаратах;
- Стабильность фиксации, ранняя активизация пациента и поврежденной конечности позволяет начинать восстановительное лечение в ранние сроки и облегчает уход за ранами.
- Аппарат накладывается по времени быстро 30-45 мин, легко управляем, устраняет деформации костей во всех плоскостях, регулирует процесс остеорепаляции, в большинстве случаев при правильном подходе своевременно устраняет возникающие погрешности в лечении.

Выводы: Остеосинтез аппаратом Илизарова трубчатых костей по настоящее время остаётся одним из наиболее эффективных методов в лечении огнестрельных переломов, что позволяет обеспечить: внеочаговость фиксации костных отломков; минимальную травматичность операции; функциональный стабильный остеосинтез с сохранением микроподвижности костных фрагментов, а так же

возможность раннего восстановления мышечной активности и объёма движений в суставах повреждённого сегмента.

Оценка гемодинамики и нарушений ритма сердца при оперативных вмешательствах у пожилых, проблемы и особенности анестезиологического пособия

Исмаилов Х.М

ГБУ РД "РКБ№2". Махачкала

Актуальность. Данные большинства исследований показывают, что в начале XXI столетия сердечно-сосудистые заболевания во всем мире по-прежнему остаются основной проблемой, занимающей 1-е место среди причин инвалидности (30%) и смертности (56%) населения. Ежегодно около 100 млн. взрослого населения подвергаются хирургическим операциям некардиологического профиля, при этом у 500- 900 тыс. человек в периоперационном периоде развиваются сердечно-сосудистые осложнения. Установлено, что необходимость в хирургическом лечении у пожилых возникает в четыре раза чаще, чем в среднем по популяции. Частота развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений при внесердечных хирургических вмешательствах у больных без ИБС составляет менее 1%, в то время как у 20-40% пациентов с ИБС развивается периоперационная ишемия миокарда.

Весьма значимыми прогностическими факторами рассматриваются нарушения ритма сердца, выявленные при холтеровском мониторинговании у 90% больных ИБС. Предикторами высокого риска внезапной смерти являются не сами по себе желудочковые нарушения ритма, а их сочетание со значительной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса ниже 40%). Аритмии часто возникают в периоперационном периоде, особенно у пациентов с органическими заболеваниями сердца. Пусковым фактором аритмий после хирургического вмешательства обычно являются транзиторные изменения, такие, как гипоксия, ишемия миокарда, гиперкатехоламинемия или электролитные расстройства. Вместе с тем, большую актуальность приобретает разработка методов патогенетически обоснованной интенсивной терапии хирургических больных пожилого и старческого возрастов на всех этапах лечения, что позволит снизить интраоперационные и послеоперационные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уменьшить летальность. Особая роль в приспособлении организма к операционной травме

принадлежит системе кровообращения, обеспечивающей снабжение органов и тканей кровью в соответствии со степенью их функциональной активности.

Проблема гемодинамических сдвигов и аритмии сердца у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией во время операции и проведения наркоза привлекает все большее внимание гериатров, анестезиологов и реаниматологов. Это обусловлено увеличением в хирургическом отделении контингента больных пожилого и старческого возраста, для которых характерны функциональные и морфологические изменения, сопровождающиеся нарушением компенсаторно-приспособительных реакций организма, нередко с полиорганной недостаточностью.

В Республиканской клинической больнице №2 (РКБ №2) за 2021-2023 годы широко применяется метод эндоскопической хирургии, где эндоскопическим методом проведено 934 операции на желчных путях, при эхинококкозе, абсцессах печени, непаразитарных кистах печени, рассечении спаек в брюшной полости.

Свыше 90% наблюдавшихся больных – в возрасте от 60 до 90 лет с различной коморбидной патологией сердца и легких: ИБС, стенокардия напряжения ФК III с различными нарушениями ритма сердца, гипертоническая болезнь II-III ст., хроническая сердечная недостаточность II- III ст., ХОБЛ с явлениями ДН II ст. Всем больным проводилась соответствующая предоперационная подготовка, в том числе лечение сопутствующих заболеваний в профильных отделениях больницы. Все оперативные вмешательства проведены в плановом порядке.

Особенности лапароскопических операций с точки зрения анестезиолога заключаются в том, что: радикальные оперативные вмешательства проводятся в условиях искусственного пневмоперитонеума (ИПП) или карбоксиперитонеума (ИКП), под контролем видеомонитора, через точечные проколы тканей. ИПП достигается путем нагнетания (инсуффляции) в брюшную полость 8-14-16 л CO₂ или воздуха.

Абсорбция брюшиной CO₂ или воздуха, каждый из которых по разному всасывается брюшиной и неодинаково воздействует на жизненные функции организма.

Цель настоящего исследования - изучить гемодинамику, нарушения ритма сердца, оксигенацию тканей (SaO₂- сатурация кислорода) у больных в пожилом и старческом возрасте при эндоскопических операциях и операциях с лапароскопическим доступом на внепеченочных желчных

путях. Изучение особенностей изменений гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста имеет большое значение для проведения целенаправленной коррекции параметров кровообращения во время анестезии, операции и в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В настоящем сообщении представлены результаты изучения нарушений гемодинамики, сердечного ритма и сатурации кислорода у 45 больных в возрасте от 60 до 89 лет (основная или эндоскопическая группа). У 37 больных выполнена эндоскопическая холецистэктомия, у 6 - эндоскопическая эхинококкэктомия, у 2- холецистостомия в связи с высоким риском радикальной операции. Для сравнительного изучения нарушений гемодинамики, сердечного ритма и сатурации кислорода была сформирована вторая (контрольная или лапаротомическая группа) - 40 больных того же возраста с аналогичными заболеваниями. Оперативное вмешательство проводили на внепеченочных желчных путях по поводу хронического калькулезного холецистита, осложнившегося в 9 случаях механической желтухой. Всем больным произведена холецистэктомия, у 2 с дренированием холедоха, у 7 с наложением холедоходуоденального анастомоза, 8- эхинококкэктомия печени. Сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, ИБС: стенокардия, атеросклероз церебральных сосудов и нижних конечностей, ХОБЛ, аденома предстательной железы и др.) выявлены у 88-91% больных в обеих группах. Премедикация в обеих группах была идентичной и включала промедол 2%-1,0; димедрол 1%-1,0 –седуксен-2,0; атропин 0,1%-0,5-1,0 в/м за 30 мин до начала анестезии. Операции проводили в плановом порядке в условиях однотипной комбинированной в/в общей анестезии пропофолом +НЛА с ИВЛ на фоне тотальной миоплегии. Введение в анестезию в обеих группах осуществляли в/в введением 1% р-ра пропофола от 200 мг до 400 мг с дробным введением и тест дозы ардуана (1 мг), а при выключении сознания 0,2-0,3 мг фентанила и дитилина 2% в дозе 1,5-2 мг/кг. ИВЛ проводили аппаратом Drager Savina 300. Минутный объем вентиляции во время анестезии выбирали в соответствии с исходными значениями. ИВЛ осуществляли в режиме умеренной гипервентиляции у больных обеих групп. Анестезию поддерживали дробным в/в введением пропофола из расчета 4-8 мг/кг/час, фентанила 0,003 мг/кг/час, и ардуана 0,1-0,2 мг/кг/час. В связи с тем, что характер сердечного ритма иногда существенно изменяется за короткие промежутки времени, для более полного анализа ритма сердца и ЭКГ было установлено мониторное наблюдение системой мониторинга фирмы « Dixon Storm 5500 GE B 650 » в 3 стандартных отведениях. Контроль за

сатурацией кислорода на н/конечностях осуществлялся аппаратом «Pulsoxymeter», а на в/конечностях- аппаратом фирмы «Dixion Storm 5500 GE B 650». Первичный контроль за А/Д (сист., диаст., сред.), ЧСС, сатурацией и ЭКГ (нарушения ритма) осуществлялся в ходе обследования и лечения больных в профильных отделениях в зависимости от сопутствующих заболеваний. Вторичный контроль - на операционном столе до начала анестезии и операции. Третий контроль - во время анестезии и операции на фоне тотальной миоплегии дробными дозами деполяризующих и недеполяризующих миорелаксантов.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных обнаружено увеличение систолического и среднего артериального давления, уменьшение ЧСС, особенно в основной группе. Повышение А/Д систолического и среднего обусловлено активацией симпатической нервной системы на влиянием CO₂ на показатели кровообращения. Обнаруживается активация симпато-адреналовой системы при гиперкапнии, повышение содержания адреналина и норадреналина в крови, активация симпатической нервной системы в результате центрального действия CO₂, имеются сообщения о проявлении симпатической активности под влиянием анестетиков.

Исследования последних лет позволили суммировать негативные последствия гиперактивации САС, которая из компенсаторной реакции превращается в патогенный процесс: ухудшение гемодинамики, провокация ишемии миокарда, провокация аритмий. Активация ренин-ангиотензиновой системы при ишемии почек, обусловленной ИПП является важным звеном в нарушении гемодинамики. Отмечается снижение сатурации на 5-6% у больных в основной группе по сравнению с контрольной группой, и по нашему мнению, связано это с пневмоперитонеумом (карбоксиперитонеумом) и сдавливанием нижней полой вены, что существенно уменьшает венозный возврат крови из органов брюшной полости и нижних конечностей в грудную клетку. Повышение ВБД (внутрибрюшного давления) вследствие смещения диафрагмы вызывает изменения функции внешнего дыхания. При этом увеличивается общее легочное сопротивление и уменьшение экскурсии легких, что и приводит к снижению функциональной емкости легких [5]. Абсорбция углекислого газа через брюшину в ткани организма с последующим проникновением в кровоток, по литературным данным, оказывает прямое влияние на дыхательный центр и на хеморецепторы каротидной зоны.

Высокая концентрация углекислоты в крови снижает сократительную способность миокарда, ухудшает предсердно-желудочковую проводимость, повышает тонус блуждающего нерва и, в связи с этим уменьшается ЧСС [8,10]. У больных, страдающих атеросклерозом и ИБС, существует опасность сердечной недостаточности вследствие одновременного увеличения ОЦК в результате инфузии во время операции с одной стороны, а также ограничение движений диафрагмы и грудной клетки при «вредных» операционных позициях. В связи с тем, что СО₂ диффундирует через альвеолярную мембрану во много раз легче, чем О₂, первым серьезным последствием альвеолярной гиповентиляции является артериальная гипоксемия. Когда давление в брюшной полости превышало 14-16 мм.рт.ст., на ЭКГ наблюдались экстрасистолы и склонность к брадикардии. Из 45 больных в основной группе аритмии до начала анестезии и операции отмечались у 12 б-х, у 33 б-х нарушений ритма не было. В контрольной группе – у 10 б-х из 40 наблюдались аритмии. Во время анестезии и операции отмечены следующие показатели: в основной группе нарушения ритма отмечались в 24 случаях, в 21 – без нарушений, а в контрольной группе - 13 случаев с нарушениями и 27- без нарушений ритма сердца. Преимущественно наблюдались брадикардия, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Причиной возникновения синусовой брадикардии является повышение содержания СО₂, повышение тонуса блуждающего нерва вследствие его раздражения при карбокси- и пневмоперитонеуме. Усиление вагусной стимуляции играет особенно важную роль в формировании наджелудочковых экстрасистол, источником раздражения которого является ИПП, желчный пузырь. Аритмогенный эффект активации САС подтверждается литературными данными [3,7,11]. В появлении частых, политопных желудочковых экстрасистол играют важную роль возрастные изменения, такие как уменьшение количества кардиомиоцитов, увеличение левого желудочка, ослабление хронотропного ответа, снижение чувствительности барорецепторов, и возраст-зависимая патология (ИБС, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ХСН и др.). Выводы: 1. На основании анализа изменений гемодинамики и характера нарушений ритма сердца у больных пожилого и старческого возраста при лапароскопических операциях необходим мониторный контроль с целью профилактики и лечения нарушений ритма сердца, связанных с карбокси- и пневмоперитонеумом.

2. Нарушения в гемодинамике и сатурации кислорода можно ликвидировать по ходу обезболивания и операции изменением режима ИВЛ и в/в введением атропина и антиаритмических препаратов.
3. Лапароскопические операции у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей сердечно-легочной патологией должны проводиться под минимальным пневмо(карбокси)перитонеумом (не более 10-12 мм.рт.ст.). Перспективным является использование безгазовой лапароскопии.

анализ повреждения скелета и мягких тканей лица.

Жахбаров А.Г., Гаджиев З.З., Махачев Б.М., Абдулмеджидов А.Ю., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т.

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева» Махачкала ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала..

Махачкала

Актуальность: Травматические повреждения костей и мягких тканей лица у детей встречаются довольно часто. Повреждения значительно различаются в зависимости от характера травмы. Нуждающихся в стационарном лечении составляют около 30-40%.

Цель: Провести анализ результатов лечения повреждений костей и мягких тканей лица.

Материал: Проведен ретроспективный анализ результатов амбулаторного обращения в травпункт ДРКБ и лечения детей в отделении челюстно-лицевой хирургии ДРКБ за период 2019-2021 годы.

За указанный период в травпункт ДРКБ обратились 10329 пациентов с различными повреждениями мягких тканей и переломами, из них 3579 с повреждениями мягких тканей лица и переломами костей лица, что составляет – 35%, стационарное лечение получили – 235 пациентов, 96% составляли повреждения мягких и 4% в сочетании с переломами костей лица.

Возрастной контингент различный, 70% эти дети школьного и дошкольного возрастов, до года прошли лечение – 7 детей.

Результаты: Из 235 поступивших детей с повреждениями мягких тканей и костей подвергнуты к оперативному лечению- 194, что составляет – 82,6%. Среднее пребывание до операции составляет- 0%, потому что все повреждения были подвергнуты первичной хирургической обработке, несмотря на загрязненность. После тщательной санации загрязненных ран

под общим обезболиванием накладывали приводящие швы, получали антибиотики, перевязки и УФО по показаниям. Среднее пребывание в послеоперационном периоде составило – 3,3 койко-дней.

Заключение: Травматические повреждения у детей это в первую очередь в отсутствие наблюдение за детьми со стороны родителей. Необходимо провести профилактические мероприятия в школах, детских садах.

Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения, проблемы и методы решения

Гацайниева Х.А., Меджидова Л.Ш.

ГБУ РД РКБ 2. Махачкала

Актуальность: Около 30% беременных женщин России переносят кесарево сечение (КС), и в большинстве регионов показатели КС продолжают расти. До сих пор нет четкого определения того, что считается нормальным физиологическим аспектом рубца при КС, а что ненормальным.

Цель: Определение этапов диагностики пациенток с несостоятельностью рубца на матке после абдоминального родоразрешения с последующим выбором эффективного способа хирургической реконструкции несостоятельного рубца лапароскопическим доступом.

Материалы и методы. С 2019 по 2023г в гинекологическом отделении ГБУ РД РКБ2 поступило 22 пациенток с диагнозом «несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения». Возраст пациенток колебался от 24 до 32 лет. В работу включались пациентки по следующим критериям: репродуктивный возраст; наличие на матке несостоятельного рубца после кесарева сечения; пациентки планирующие беременность; отмечающие клинические симптомы, ухудшающие качество жизни. Обследование пациенток включало: анализ жалоб и анамнеза, гинекологический осмотр, инструментальные (трансвагинальное УЗИ, МРТ, гидрогистеросонография, кольпоскопия) и лабораторные методы исследования (клинический анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследование мазка на флору из влагалища и цервикального канала, цитологическое исследование шейки матки). Интервал от момента проведения операции кесарева сечения до обращения в гинекологическое отделение РКБ2 составил от 2 лет до 5 лет. У 19 пациенток в анамнезе одно оперативное родоразрешение и у 3-х пациенток по два. Всем пациенткам с

несостоятельностью послеоперационного рубца на матке было проведено трансвагинальное УЗИ экспертного класса с последующей гидрогистеросонографией (ГСГ).

Мы использовали комбинацию лапароскопического (иссечение рубца и метропластика) и трансвагинального доступов (вспомогательные манипуляции и лечебные мероприятия). Первым этапом выполнялось расширение цервикального канала до №8, фиксация матки при помощи манипулятора Clermont–Ferrand. Вторым этапом осуществлялся традиционный лапароскопический доступ, иссечение несостоятельного рубца в пределах здоровой ткани с последующей метропластикой накладывая отдельные мышечно-мышечные эндошвы.

Продолжительность операции варьировалась от 90-120 мин, кровопотеря составила 50-100мл. После оперативного лечения пациентки получали антибактериальную и противовоспалительную, десенсибилизирующую, инфузионной и антикоагулянтной терапии, а ранний послеоперационный период характеризовался быстрой активацией. При выписке была рекомендована контрацепция 6-9 месяцев.

Результаты и обсуждение. В 18(82%) наблюдениях отмечались жалобы на ноющие боли в нижних отделах живота, которые усиливались перед менструацией; в 3х(14%) - пациенток беспокоила диспареуния, в 15(68%) - наблюдали длительные постменструальные кровомазания, в 4-х(18%) - пациентки страдали вторичным бесплодием. У 17(77%) женщин было осложненное течение послеродового периода: наличие гематометры с последующей санацией полости путем вакуум-аспирации или выскабливания полости матки, послеоперационный метрит. У 19 пациенток по данным ГСГ толщина миометрия в области рубца составила менее 2,5 мм и определялась «ниша», а у 3-х визуализировались две ниши на фоне истонченного миометрия в рубце до 1,5 мм (в анамнезе два кесарева сечения), у 7-х(32%) пациенток отмечалось втяжение стенки мочевого пузыря в рубец. В 20 случаях выполнена лапароскопическая метропластика. В 2-х наблюдениях у женщин с наличием в анамнезе двух кесарева сечений и выраженным спаечным процессом выполнен переход на лапаротомический доступ. Беременность наступила у 5 пациенток через год после операции и завершилась плановым кесарево сечением. Две пациентки готовятся к программе ЭКО. У одной пациентки через 6 месяцев отмечался рубец на матке толщиной более 3мм, а еще через год вновь диагностирована несостоятельность рубца. Полученные данные подтверждают эффективность лапароскопической метропластики истмоцеле с предварительной гидрогистеросонографией и может служить

методом выбора для лечения пациенток с несостоятельностью рубца, планирующих беременность.

Выводы. 1. Лапароскопическая метропластика показана пациенткам на этапе планирования беременности при наличии несостоятельного послеоперационного рубца в нижнем сегменте матки.

2. Первым этапом целесообразно применение маточного манипулятора.

3. Контроль УЗИ через 3-6-12 месяцев позволяет адекватно оценить результат оперативного лечения.

4. У пациенток с двумя и более оперативными вмешательствами на органы малого таза и наличием спаечного процесса 4 степени целесообразно применение лапаротомного доступа.

Сравнительный анализ лазерной ультрамини-ПНЛ и стандартной лазерной ПНЛ при почечных камнях высокой плотности

Арбулиев К.М. (2), Биларов Г.А. (1), Гаджиев Д.П. (1), Раджабов О.А.(1), Гаджиев Г.Д.(1), Османов М.Г.(1)

1 Отделение рентгенэндоурологии ГБУ РД Республиканский урологический центр, Махачкала. 2 Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия. Махачкала

Актуальность. Технические достижения последних десятилетий сделали возможным уменьшение размеров эндоскопического инструментария, в том числе и дальнейшую миниатюризацию инструментов для перкутанных методов лечения мочекаменной болезни (МКБ), и наряду с традиционной перкутанной нефролитотрипсией (ПНЛ) в клиническую практику внедряется методика ультраминиперкутанной нефролитотрипсии (ультрамини-ПНЛ). Этот способ позволяет более эффективно и деликатно проводить дезинтеграцию конкрементов, снизить количество осложнений. Кроме того, появление в арсенале урологических отделений современных волоконных тулиевых и гольмиевых лазеров облегчило внедрение в практику ультрамини-ПНЛ. Несомненным преимуществом лазерного излучения является его способность разрушать мочевые конкременты на очень мелкие фрагменты, которые легко удаляются током промывной жидкости через рабочий канал ультрамини-нефроскопа, имеющий маленький диаметр (6–12 Ch). При этом, перед проведением процедуры ультрамини-ПНЛ всем пациентам в обязательном порядке устанавливают мочеточниковый кожух, или мочеточниковый катетер, это делается в целях облегчения ирригации, уменьшения давления в почечной лоханке. При проведении ультрамини-

ПНЛ имеет место гораздо меньшее повреждение паренхимы и меньшая потеря функционирующих нефронов, чем при более старых методах малоинвазивного лечения МКБ, это связано с очень маленьким диаметром инструментария и Амплац-кожуха, используемых при создании пункционного доступа. Применение этой методики позволяет свести к минимуму повреждение эпителия почечной лоханки, шеек чашечек, и поэтому существенно ниже риск геморрагии. Поэтому применение ультрамини-ПНЛ позволяет добиться полного удаления фрагментов камней (stone free rate - SFR) без лишней травматизации почечной паренхимы и снижения уровня гемоглобина в крови.

Цель. Сравнительный анализ эффективности и безопасности лазерной ультрамини-ПНЛ и традиционной лазерной ПНЛ при камнях почек большой прочности - выше 1000 по НУ.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое контролируемое исследование в ГБУ РД Республиканский урологический центр г Махачкала в период с 2021 по 2023 год. Проведён анализ истории болезни 28 больных, которые были разделены на 2 группы, в основную группу вошли 13 больных, которым проводилась ультрамини-ПНЛ, а в контрольную группу вошли 15 пациентов, которым проводили стандартную ПНЛ, среди больных основной группы было 8 женщин и 5 мужчин, а в контрольной группе 9 женщин и 6 мужчин, средний возраст пациентов был 37 ± 10 лет. Всем пациентам с целью верификации диагноза проводилось УЗИ почек, а так же, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием и трёхмерной реконструкцией изображения. Всем пациентам оперативное вмешательство проведено под перидуральной анестезией. В обязательном порядке всем пациентам устанавливали мочеточниковый катетер 6 Ch. Операции проводились у 80% больных в положении лёжа на животе, а у 20% больных (с камнями задне-нижних групп чашечек) в положении на спине. Для проведения ПНЛ по различным методикам отбирали пациентов с высокой плотностью камней - выше 1000 НУ. Транскутанный доступ создавался под комбинированным ультразвуковым и рентгеновским наведением, для лучшей визуализации процесса через мочеточниковый катетер и пункционную иглу вводились рентгено-контрастные средства.

После расширения нефростомического канала у больных основной группы устанавливали Амплац-кожух Ch-10, а во время операции использовали ультра-мини-нефроскоп Karl Storz Ch-6. У больных контрольной группы использовали Амплац-кожух Ch-32, и нефроскоп

Karl Storz Ch-26. Для дезинтеграции конкрементов использовали лазерный аппарат FiberLase U2, с толщиной лазерного волокна 300 мкрн, и с мощностью импульсов 20-25 ВТ. Разрушение конкрементов проводили в режиме дастинг (распыление). В послеоперационном периоде для оценки количества и тяжести осложнений применяли адаптированную систему Clavien-Dindo. Через 2 суток после вмешательства для оценки коэффициента очищения почек от конкрементов (SFR) проводили нативную МСКТ и УЗИ почек.

Результаты исследования. В процессе создания пункционных доступов в обеих группах не было отмечено случаев повреждения плевры, и органов брюшной полости. Размер почечных камней в обеих группах сильно не отличался: в группе ультрамини-ПНЛ он составил в среднем $20,5 \pm 3,2$ мм, в группе стандартной ПНЛ – $20,9 \pm 3,1$ мм, плотность конкрементов в обеих группах составила 1319 ± 83 и 1307 ± 96 НУ. Среднее время вмешательства составило: в основной группе в среднем $61,1 \pm 7$ мин, а в контрольной группе в среднем 33 ± 2 мин. Эндоскопический этап операции (время литотрипсии) составило: в группе ультрамини-ПНЛ в среднем $51,1 \pm 7,3$ мин, а в группе стандартной ПНЛ - $21,1 \pm 3$ мин, что существенно меньше, чем при ультрамини-ПНЛ.

Однако, анализ осложнений по адаптированной системе Clavien-Dindo показал, что в группе ультрамини-ПНЛ отмечены осложнения I степени - у 20%, II степени - у 10%, 0 степени - у 80% больных; тогда как в группе стандартной ПНЛ - осложнения I степени - у 50%, II степени - у 20%, 0 степени - у 30% больных, что говорит о меньшей травматичности методики ультрамини-ПНЛ.

Интраоперационное снижение гемоглобина в группе стандартной ПНЛ составило $6,5 \pm 2,1$ г/л, что было выше, чем в группе ультрамини-ПНЛ ($0,7 \pm 0,5$ г/л, $P < ,001$). В обеих группах не было случаев перфорации почечной лоханки, чашечек. У пациентов обеих групп на 1 сутки гематурия прекратилась спонтанно. Послеоперационная лихорадка отмечена у 12% после стандартной ПНЛ. По данным нативной МСКТ, выполненной на 2 сутки после вмешательства, в группе ультрамини-ПНЛ SFR достиг 91%, тогда как в группе стандартной ПНЛ SFR достиг всего 79%.

Выводы. Ультрамини-ПНЛ позволяет разрушать камни высокой плотности, расположенные во всех отделах ЧЛС почки, в том числе, находящиеся в труднодоступных задне-нижних чашечках. При этом, при выполнении ультрамини-ПНЛ, не смотря на увеличение общей продолжительности оперативного вмешательства и лучевой нагрузки, по сравнению со стандартной ПНЛ, достигается более качественное

разрушение почечных камней, меньший травматизм почечной ткани, меньшая кровопотеря, быстрое уменьшение болей в послеоперационном периоде, сокращение койко-дней.