МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РД
ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
Дагестанское отделение им. Р.П.Аскерханова
Российского общества хирургов

VII Республиканская научно-практическая конференция

НОВОЕ В ХИРУРГИИ ДАГЕСТАНА

Махачкала, 1 октября 2015 года

Сборник научных трудов

Под редакцией профессора А.Г.Магомедова

УДК 616-089(470.67)
ББК 54
Н - 74

Редакционный совет:
Профессор А.Г. Магомедов (председатель)
Профессор Р. Т. Меджидов
Профессор С.А.Алиев
Профессор А.О.Османов
Профессор Г.Р. Аскерханов
Профессор У.З. Загиров
Профессор О.А. Махачев
Профессор С.М. Махачев
Профессор М.Г. Ахмадудинов
Профессор М.М. Магомедов
Док. мед. наук М.К.Абдулжалилов
Док. мед. наук. И.Г.Ахмедов (секретарь)

Новое в хирургии Дагестана: сборник научных трудов VII Республиканский научно-практической конференции (Махачкала, 1октября 2015г.) Под редакцией проф. А.Г. Магомедова - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2015 ,,,, с.

В сборник научных трудов вошли наиболее значимые работы по хирургии сотрудников ДГМА и практических врачей, выполненные в стенах академии за последние 3 года.

ИПЦ ДГМА,2015

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние три года произошли значительные перемены в хирургической отрасли здравоохранения Республики Дагестан. Ряд крупных больниц - РКБ, ДРКБ, 1 городская больница и ряд специализированных центров ДЦК и ССХ, ДЦГХ, а также частные клиники-центры им. Р.П.Аскерханова, им. И.Ш.Исмаилова, им. профессора У.З.Загирова и другие - получили лицензию на ВМП, стали выполнять сложные операции и наращивать объемы по высокотехнологической хирургической помощи. Дополнительный импульс развитию сердечно-сосудистой хирургии в РД придало открытие кафедры сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК в ДГМА (зав. - проф. О.А.Махачев). Коллектив под руководством профессора А.Г.Магомедова удостоен Госпремии РД за "Организацию и достижения в хирургической эндокринологии в Республике Дагестан" (2013).

Тенденции, наметившиеся в хирургии, активно поддерживаются молодыми хирургами, новаторский подход их вдохновляет на новые успехи в искусстве хирургии. Повышается интерес начинающих хирургов к науке, более глубокому клиническому мышлению. В этом сборнике научных трудов опубликованы результаты и их научных изысканий.

Организаторы конференции надеются, что очередная, седьмая, научно-практическая конференция "Новое в хирургии Дагестана" будет способствовать дальнейшему прогрессу хирургии в РД и оказанию помощи не только жителям нашей республики, но и прилегающих территорий в СК ФО.

Председатель Дагестанского отделения им. Р.П.Аскерханова
Российского общества хирургов,
заслуженный деятель науки, лауреат Госпремии РД,
профессор Р.Т.Меджидов

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

М.К.Абдулжалилов

Главный внештатный хирург Министерства здравоохранения Республики Дагестан

Уровень развития высокотехнологичной медицинской помощи в регионе определяют качество и уровень оказания хирургической помощи населению. На данном этапе в республике созданы все условия для ее развития и прогрессирования: закуплено новое оборудование, расходные материалы, ведется интенсивная подготовка молодых кадров, нарастает информатизация в медицине, получила развитие телемедицина, разработаны и внедряются в клиническую практику национальные клинические рекомендации.

Наблюдается большой интерес молодых хирургов к проблемам и развитию эндоскопических хирургических технологий. Из года в год наблюдается рост количества и доли эндоскопических оперативных вмешательств. Получили дальнейшее развитие новые для нашей республики направления хирургии. Кардиохирурги активно внедряют активные методы лечения различных аритмий. Торакальные хирургии совершенствуют операции на пищеводе, органах средостения и грудных полостей. Широкое клиническое применение в последние годы получила эндоваскулярная хирургия.

Внедрение в клиническую практику современных методов лечения в травматологии - артроскопическая хирургия, протезирование крупных суставов, методы наружной фиксации костных отломков при ДТП и военной травме - позволило сократить поток пациентов за пределы республики, снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности. Несмотря на достигнутые успехи, нам надо в перспективе активно развивать гепатохирургию, хирургию панкреас, органов эндокринной системы, диабетической стопы, где недостаточно высококвалифицированных специалистов и ограниченные возможности.

В республике практически не получила широкого развития бариатрическая хирургия, отсутствуют специалисты, диагностическое оборудование и соответствующие протезы. На низком уровне остается амбулаторная хирургия, до настоящего времени не созданы в крупных городах и районных центрах современные центры амбулаторной хирургии, которые позволяют расширить диапазон хирургических вмешательств, разгрузить стационары. Отсутствуют кабинеты для обслуживания стомированных

пациентов, специализированные кабинеты для обслуживания пациентов с диабетической стопой.

Сделано много, предстоит еще большая и напряженная работа, которая позволит вывести хирургию республики на современный уровень развития.

МАТЕРИАЛЫ VII РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «НОВОЕ В ХИРУРГИИ ДАГЕСТАНА»

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ
И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ
(обзор литературы)

А.Т. Тучалова
Кафедра госпитальной хирургии

Тиреотоксикоз – клинический синдром, обусловленный стойким избытком тиреоидных гормонов в организме. Выделяют три патогенетических варианта этого синдрома:

1. Гиперпродукция тиреоидных гормонов (гипертиреоз) – щитовидная железа в избытке продуцирует тиреоидные гормоны. Это наиболее частый и имеющий наибольшее клиническое значение вариант тиреотоксикоза; он развивается при болезни Грейвса (диффузном токсическом зобе), многоузловом токсическом зобе и ряде других заболеваний.

2. Деструктивный (тиреолитический) тиреотоксикоз развивается в результате разрушения фолликулов щитовидной железы и попадания в кровяное русло избытка тиреоидных гормонов, содержащихся в коллоиде и тирецитах. Такой патогенетический вариант тиреотоксикоза развивается при подостром (тиреоидит Де Кервена), послеродовом, безболевом (“молчащем”) и цитокининдуцированном тиреоидитах.

3. Медикаментозный тиреотоксикоз развивается при поступлении большого количества йодсодержащих препаратов амиодарона и рентгенконтрастных препаратов, а также некоторых других препаратов. [4]

Токсический зоб и связанные с его течением кардиальные осложнения (в частности, мерцательная аритмия, дилатация полостей сердца) до настоящего времени представляют серьезную проблему как с научной, так и с практической точки зрения.[6].

История вопроса

О нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) впервые упоминается еще при первых описаниях синдрома ТТ. Так, G. Adelmann [6] в 1828 г. указывал, что кардиальные проявления при ТТ настолько часты, что зоб и глазные симптомы являются второстепенными по отношению к поражению сердца. Этого мнения придерживался и сам R.A. Graves [29], рассматривая увеличение щитовидной железы (ЩЖ) и экзофтальм как вторичные проявления болезни сердца. Впервые предположение об определяющей роли ЩЖ в

генезе поражения сердечно-сосудистой системы при БГ было высказано P.J. Moebius [58].

Впервые термин “тиреотоксическое сердце” для обозначения кардиальных проявлений ТТ в зарубежной литературе был введен в 1899 г. R. Kraus [44]. В русскоязычной литературе он впервые был использован в 1936 г.

Лангом. Синонимами термина “тиреотоксическое сердце” были: “кардиотиреоз”,“кардиотиреотоксикоз”,“тиреотоксическая кардио миопатия”, “тиреотоксическая кардиодистрофия”. В настоящее время, с учетом МКБ–10 пересмотра (1999), используется термин “кардиомиопатия при метаболических нарушениях” (шифр I 43.1). Согласно определению ВОЗ совместно с Международным обществом и Федерацией кардиологов (WHO/ISFC; 1995), ТТК – поражение миокарда с его дисфункцией на фоне ТТ [66]. Другими словами, ТТК характеризуются функциональными расстройствами, а также возможностью развития органических поражений: гиперфункция и гипертрофия кардиомиоцитов с последующим исходом в кардиосклероз, дилатацию полостей сердца с формированием ХСН [51].

Патогенез поражения миокарда при ТТ

Основой патогенеза ТТК служит нарушение трех основных внутриклеточных процессов. Такими процессами являются энергообразующая функция кардиомиоцита (окислительное фосфорилирование, гликолиз), синтез белковых структур и специфическая физиологическая функция (сокращение кардиомиофибрилл). При проведении экспериментальных исследований установлено [2], что при ТТ возрастает потребление кислорода миокардом. При этом значительно увеличиваются количество митохондрий и их функциональная активность, что в свою очередь приводит к усилению продукции аденозинтрифосфата (АТФ). Однако при тяжелом ТТ, несмотря на увеличение потребления кислорода, его утилизация миокардом не только не увеличивается, а, наоборот, значительно снижается. Это обусловлено нарушением процесса окислительного фосфорилирования, в основе которого лежит нарушение активности ряда ферментов, участвующих в окислительных реакциях. При тяжелом ТТ возникают дегенеративные изменения и распад митохондрий. Поэтому ТТ часто называют болезнью митохондрий, объясняя снижение функционального резерва сердца за счет торможения синтеза белка [2].

Условно в развитии ТТК можно выделить три патогенетические стадии: гиперкинетическая (фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) превышает нормальные значения, при физической нагрузке не возникает ее прироста), нормокинетическая – компенсаторная стадия, при которой наблюдается обратимая гипертрофия миокарда при нормальном сердечном выбросе, и гипокинетическая – собственно кардиомиопатия (низкие фракция выброса, ударный объем; гипертрофия и дилатация полостей сердца), клинически соответствующая СН [4].

Избыток ТГ сопровождается увеличением числа β-адренорецепторов в некоторых тканях, в частности и в миокарде. Преимущественное развитие предсердных, а не желудочковых нарушений ритма при ТТ объясняется прежде всего высокой чувствительностью предсердий к аритмогенному

действию избытка ТГ, в связи с более высокой плотностью адренорецепторов кардиомиоцитов, а также различной автономной иннервацией предсердий и желудочков [50, 65]. Ранее считалось, что для ТТ свойственно абсолютное повышение катехоламинов (КА) плазмы. При этом сходство сердечно-сосудистых проявлений, обусловленных избытком ТГ и КА, наряду с эффективностью лечения β-адреноблокаторами, привело к формированию концепции о том, что клиническая картина ТТ частично обусловлена воздействием эндогенных КА. Для подтверждения этой гипотезы рядом авторов были проведены исследования по изучению скорости секреции и концентрации КА в плазме больных ТТ в сравнении со здоровыми людьми [48–49, 55]. По итогам проведенных исследований выяснилось, что повышение уровня КА не происходит, и был сделан вывод о потенцирующем эффекте избытка ТГ на КА. Таким образом, вопрос о взаимоотношении избытка ТГ и функции симпатоадреналовой системы оказался полностью закрытым. Четкая корреляция между уровнем ТГ и частотой ночного сердечного ритма, который в наименьшей степени подвержен симпатическим стимулам, что свидетельствует о том, что ТГ оказывают непосредственное влияние на проведение импульсов в синоатриальном узле, побуждая к частой ритмической импульсации [77]. Постоянное воздействие избытка ТГ приводит к истощению его функции, развитию синдрома слабости синусового узла и переходу на патологический ритм. Кроме того, при ТТ происходит ускорение спонтанной диастолической деполяризации в клетках синусового узла, что создает условия для более частой генерации электрических импульсов и обусловливает развитие ФП [3]. Известно, что суправентрикулярная экстрасистолия, сохраняющаяся после достижения стойкого эутиреоидного состояния, может приводить к развитию ФП с дальнейшим постепенным ремоделированием миокарда предсердий, а затем и желудочков [31, 76]. Нарушения ритма сердца при ТТ являются, как правило, обратимыми после своевременного достижения эутиреоидного состояния. В работе, проведенной Nakazawa et al., было показано, что у 62% (101/163) пациентов спустя 8–10 нед. достижения стойкого эутиреоза произошло спонтанное восстановление синусового ритма, без дополнительного назначения антиаритмической терапии [59]. Тем не менее в большинстве работ показано, что шансы на восстановление синусового ритма снижаются у пожилых пациентов с наличием сопутствующей органической патологии миокарда или длительно существующей ФП (более 4 мес) [41,70]. У больных с тяжелым прогрессирующим течением ТТ после серии пароксизмов может развиться постоянная форма ФП, которая является следствием стойкого нарушения функции синусового узла. Основными предпосылками для сохранения ФП после достижения стойкого эутиреоза является длительное течение ТТ и ФП в сочетании с тяжелой СН [60]. Среди нарушений ритма, обусловленных ТТ, ФП составляет 7–15%, суправентрикулярная экстрасистолия – 5–7%,

достаточно редко встречаются трепетание предсердий – 1,4% и впервые возникшие желудочковые нарушения ритма [4].

Субклинический ТТ и поражение миокарда

Субклинический тиреотоксикоз – синдром, обусловленный стойким пограничным повышением уровня тиреоидных гормонов в организме, при котором определяется нормальный уровень св. T_4 в сочетании со сниженным уровнем ТТГ. В настоящее время данные по распространенности субклинического ТТ варьируют в широких пределах и, по сведениям различных авторов, составляют от 0,6 до 16% [17, 53, 69, 82]. Такой разброс определяется референсными значениями, использованными диагностическими критериями, чувствительностью метода определения ТТГ и регионом, в котором проводилось исследование. Кроме того, различия по распространенности субклинического ТТ обусловлены различной трактовкой “низкого уровня ТТГ” самими авторами [17,33]. Так, в одних работах “низкий уровень ТТГ” определялся как <0,3 мЕд/л, в других – <0,1 мЕд/л или в следовых концентрациях (<0,001 мЕд/л). Распространенность субклинического ТТ складывается из экзогенного (заместительная или супрессивная терапия препаратами ТГ) – наиболее частая причина субклинического ТТ [17] и эндогенного (чаще встречающегося в йододефицитных регионах), в основе которого лежат причины, свойственные манифестному ТТ [7]. В настоящее время проведены многочисленные исследования, демонстрирующие эффекты субклинического ТТ на ССС. Результаты этих исследований весьма противоречивы. Нет единых данных об эффекте субклинического ТТ на ЧСС в покое: только в четырех исследованиях у пациентов с экзогенным типом [10, 12, 14 ,74] и двух исследованиях у пациентов с эндогенным субклиническим ТТ [15, 73] оценивали ЧСС с помощью 24-часового ЭКГмониторирования по Холтеру. В четырех из пяти вышеуказанных исследований продемонстрировано увеличение ЧСС в покое, включая ночные часы [10, 12, 15, 73, 74]. Повышение ЧСС при нагрузке было выявлено в двух работах [13, 56]; у пациентов с экзогенным субклиническим ТТ ЧСС при нагрузке оказалась выше, чем у пациентов контрольной группы. Предсердные нарушения ритма при субклиническом ТТ (оба типа) также были выявлены [12, 14, 15, 73]. Распространенность и частота новых случаев ФП были выше у пациентов старше 60 лет [72, 78], тогда как у молодых людей с субклиническим ТТ чаще встречалась наджелудочковая экстрасистолия [12,14,73]. A. Tenerz et al. [78] среди 40 пациентов с субклиническим ТТ (средний возраст пациентов составил 65 лет) выявили 8 случаев ФП и дополнительно 3 случая ФП – в течение 2-летнего периода наблюдения. Общий процент ФП в группе пациентов с субклиническим ТТ составил 28% в сравнении с 10% пациентов контрольной группы, сопоставимой по возрасту и полу. Согласно данным Фрамингемского исследования (2007 пациентов в

возрасте старше 60 лет), частота развития ФП у пациентов с экзогенным и эндогенным субклиническим ТТ оказалась в 3 раза выше [72]. В настоящее время нет исследований, демонстрирующих увеличение частоты развития тромбоэмболии у пациентов с ФП и субклиническим ТТ. В случае ФП на фоне манифестного ТТ частота развития тромбоэмболий составила 10–15% [45, 65]. Вероятнее всего, можно предположить увеличение риска развития тромбоэмболии у пациентов с ФП и субклиническим ТТ, экстраполируя результаты предыдущих работ у пациентов с ФП и манифестным ТТ, что, безусловно, требует проведения новых исследований. Кроме того, нет единого представления о влиянии субклинического ТТ на функцию ЛЖ сердца. В настоящее время достаточно сложно оценить прогностическую значимость такой экспериментальной “находки”, как увеличение массы миокарда ЛЖ, поскольку во всех исследованиях ее цифры не достигли критериев гипертрофии ЛЖ (для женщин более 110 г/м$_2$, для мужчин более 150 г/м$_2$).

Прогностические факторы исходов тиреотоксического поражения сердца

Опираясь на имеющиеся данные литературы, можно выделить следующие варианты исходов ТТК после достижения стойкого эутиреоза.

1. Полный регресс клинических и инструментальных признаков ТТК.

2. Бессимптомная дисфункция миокарда, диагностируемая по данным ЭхоКГ. 3. Сохранение клинических и инструментальых признаков ТТК (нарушения ритма, гипертрофия миокарда, СН, дилатация полостей сердца). Исходя из вышесказанного можно выделить две группы факторов, определяющих исход ТТК: 1) факторы, способствующие развитию “тиреотоксического сердца” (длительно недиагностированный ТТ, мужской пол); 2) факторы, способствующие прогрессированию уже развившейся кардиальной дисфункции (сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, возраст на момент манифестации ТТ старше 50 лет). Наиболее вероятно, что некоторые из таких предикторов предшествуют манифестации ТТ, другие же присоединяются в дальнейшем, способствуя более быстрому развитию и прогрессированию симптомов ТТК. Так, по данным J. Hrnciar [34], ТТК чаще развивается у мужчин, у лиц старшей возрастной группы на фоне узлового токсического зоба.

Ретроспективное исследование, проведенное L. Frost et al. [26], было направлено на изучение факторов риска возникновения ФП у пациентов с ТТ. В исследование было включено 40 628 пациентов с ТТ в возрасте от 20 до 89 лет за период с 1977г. по 1999 г. У 3362 пациентов (8,3%) развилась ФП по прошествии 30 дней от диагностики ТТ. Мужской пол (ОШ – 1,8; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,6–1,9), возраст (ОШ – 1,7; 95% ДИ 1,7–1,8), ишемическая болезнь сердца (ОШ – 1,8; 95% ДИ,1,6–2,0), застойная СН (ОШ – 3,9;95% ДИ, 3,5–4,4) и патология клапанного аппарата сердца (ОШ –2,6; 95%

ДИ,3,5–4,4) явились наиболее значимыми факторами риска возникновения ФП в этом исследовании.

Современные подходы к лечению поражения миокарда при ТТ

Основным условием лечения клинических проявлений ТТК является купирование синдрома ТТ и достижение стойкого эутиреоза. В настоящее время, вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов поражения миокарда, большинство пациентов с ТТ получает β-адреноблокаторы. Необходимо отменить приоритетную роль назначения селективных β-адреноблокаторов у пациентов с ТТ и предусмотреть безопасность их применения при сопутствующих эндокринопатиях (СД 1-го и 2-го типов), нарушении периферического кровообращения, дислипидемиях, а также у курильщиков. Применение сердечных гликозидов у больных ТТ, даже при выраженной СН, является достаточно серьезной ошибкой. Известно, что сердечные гликозиды обладают кардиотоническим действием, вызывают удлинение диастолы, замедление проводимости, в частности, атриовентрикулярной, что усугубляет нарушения ритма и проводимости сердца при ТТ.

Обратим внимание на несколько работ, оценивающих эффективность проведения медикаментозной и электрической кардиоверсий у пациентов с ТТ и ФП. По данным T. Shimizu et al., среди 129 пациентов, у которых проводилась кардиоверсия, синусовый ритм восстановился в 89,9% (118/129). Средний возраст пациентов составил 48,2 ± 11,8 года (19–73 года) – 70 мужчин и 48 женщин с длительностью ФП 35,0 ± 29,0 мес. При этом у 29 из них восстановление ритма произошло на фоне медикаментозной кардиоверсии (дизопирамид), у 86 – с применением электрической кардиоверсии, которая проводилась спустя 3–4 мес. после достижения стойкого эутиреоза. Все пациенты до проведения кардиоверсии получали варфарин и в случае восстановления синусового ритма в течение 3 мес. – антиаритмическую терапию (дизопирамид). По прошествии 10 и 14 лет синусовый ритм сохранялся у 56,7% мужчин и 47,6% женщин соответственно, средняя продолжительность наблюдения составила 39 мес. максимальный период наблюдения – 21 год [75].

Результаты данного исследования отличаются от предыдущего[28], где доля рецидивов ФП уже в течение первого года наблюдения составила 40–80%, и демонстрируют эффективность электрической кардиоверсии у пациентов с длительно существующей ФП [75]. Тем не менее при решении вопроса о проведении кардиоверсии (фармакологической, электрической) необходимо учитывать обратную связь между вероятностью восстановления синусового ритма и длительностью ФП любой этиологии.

Показателен пример лечения больных токсическим зобом, осложненного ФП в отделении эндокринной хирургии РКБ.

Мерцательная аритмия у больных с тиреотоксикозом, которым было показано хирургическое лечение, наблюдалась в 26 случаях. Впоследствии все эти пациенты были прооперированы. Объем оперативного вмешательства во всех случаях – субтотальная струмэктомия по О.В.Николаеву. Среди пациентов преимущественно были женщины (20 – 76,9%). Средний возраст пациента составил 52,6±4,8 лет (от 45 – до 65 лет, медиана возраста – 52,5(49; 56) лет).

Антиаритмическая и тиреостатическая терапия проводилась одновременно. Антиаритмическая терапия заключалась в проведении медикаментозной терапии и, по показаниям, ЭИТ. Антитиреоидная терапия проводилась в сочетании с заместительной терапией по принципу «подавляй и замещай».

Тиреостатическая терапия в течение 2-4 недель, как правило, приводила к купированию тиреотоксикоза. На фоне проводимой тиреостатической и антиаритмической терапии у части пациентов (7 – 26,9%) удалось восстановить синусовый ритм без ЭИТ, что обеспечило возможность проведения хирургического вмешательства. Вместе с тем медикаментозная коррекция сердечного ритма не имела успеха у 19 (73,1%) больных. Из числа этих больных при отсутствии противопоказаний у 18 была проведена ЭИТ.

Таким образом, синусовый ритм на фоне медикаментозного эутиреоидного состояния был восстановлен антиаритмической медикаментозной терапией у 7 (26,9%) пациентов, проведением ЭИТ (1-2 разряда дефибриллятора) – у 16 (61,5%) пациентов. Синусовый ритм не был восстановлен у 3 (11,5%) пациентов.

Из этого следует, что в настоящее время один из наиболее эффективных методов лечения ФП при токсическом зобе, в сочетании с тиреостатической и антиаритмической, является электроимпульсная терапия.

Литература

1. Акимова Ю.К., Казакова Г.Н. // Кардиология. 1985. № 7. С. 121–122.
2. Гольбер Л.М., Кандрор В.И. Тиреотоксическое сердце. М., 1972.
3. Горобец В.Ф., Коробченко 3.А., Матвиенко Е.Г., Бирюков А. П. Поражение миокарда при тиреотоксикозе // Тер. архив. 1986. № 10. С. 100–104.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология (учебник для студентов медицинских вузов). М.: Медицина, 2000.
5. Левина Л.Н. Сердце при эндокринных заболеваниях. Л., 1989.
6. Калинин А.П. и др., 2004. Дедов И.И., 2010; Старкова Н.Т., 2002; Фадеев В.В., 2009; Мельниченко Г.А., 2006.

7. Aghini-Lombardi F., Antonangeli L., Martino E. et al. The spectrum of thyroid disease in an iodinedeficient community: the Pescopagano survey // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1999. V. 84. P. 561–566.
8. Banovac K., Papic M., Bilsker M.S. et al. Evidence of hyperthyroidism in apparently euthyroid patients treated with levothyroxine // Arch. Intern. Med. 1989. V. 149. P. 809–812.
Bauerlein E.J., Chakko C.S., Kessler K.M. Reversible dilated cardiomyopathy due to thyrotoxicosis // Am. J. Cardiol. 1992. V. 70. P. 132–138.
9. Bell G.M., Sawers J.S., Forfar J.C. et al. The effect of minor increments in plasma thyroxine on heart rate and urinary sodium excretion // Clin. Endocrinol. 1983. V. 18. P. 511–516.
10. Benjamin E.J., Wolf P.A., D'Agostino R.B. et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study // Circulation. 1988. V. 98. P. 946–952.
11.Biondi B., Fazio S., Carella C. et al. Cardiac effect of long term thyrotropin supressive therapy with levothyroxine // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1993. V. 77. P. 33–38.
12.Biondi B., Fazio S., Cuocolo A. et al. Impaired cardiac reserve and exercise capacity in patients receiving longterm thyrotropin sup pressive therapy with levothyroxine // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1996. V. 81. P. 4224–4228.
13. Biondi B., Fazio S., Palmieri E. A. et al. Effects of chronic subclin ical hyperthyroidism from levothyroxine on cardiacmorphology and function // Cardiologia. 1999. V. 44. P. 443–449.
14. Biondi B., Palmieri E.A., Fazio S. et al. Endogenous subclinical hyperthyroidism affects quality of life and cardiac morphology and function in young and middleaged patients // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2000. V. 85. P. 4701–4705.
15. Boutin J.M., Matte R., D'Amour P. et al. Characteristics of patients with normal T3 and T4 and a low TSH response to TRH // Clin. Endocrinol. 1986. V. 25. P. 579–588.
16. Canaris G.J., Manowitz N.R., Mayor G. et al. The Colorado thyroid disease prevalence study // Arch. Intern. Med. 2000. V. 160. P. 526–534.
17. Cavallo A., Joseph C.J., Casta A. Cardiac complications in juvenile hyperthyroidism // Amer. J. Dis. Child. 1984. V. 138. P. 479–482.
18. Ching G.W., Franklyn J.A., Stallard T.J. et al. Cardiac hypertrophy as a result of longterm thyroxine therapy and thyrotoxicosis // Heart. 1996. V. 75. P. 363–368.
19. Dillmann W.H. The Thyroid. 6th Ed. / Eds L.E. Braverman, R.D. Otiger. Philadelphia, 1991.
20.Fazio S., Biondi B., Carella C. et al. Diastolic dysfunction in patients on thyroidstimulating hormone suppressive therapy with levothyroxine: beneficial effect of betablockade // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1995. V. 80. P. 2222–2226.

21. Fatourechi V., Edwards W. D. Graves' disease and lowoutput car diac dysfunction: implications for autoimmune disease in endomy ocardial biopsy tissue from eleven patients // The Lancet. 2000. V. 10 (7). P. 601–601.
22. Forfar J.C., Miller H. ., Toft A.D. Occult thyrotoxicosis: a reversible cause of "idiopathic" atrial fibrillation // Am. J. Cardiol. 1979. V. 44. P. 9–15.
23.Forfar J.C., Muir A.L., Sawers S.A. et al. Abnormal left ventricular function in hyperthyroidism: evidence for a possible reversible car diomyopathy // N. Engl. J. Med. 1982. V. 307. P. 1165–1175.
24.Franklyn J., Maisonneuve P., Sheppard M. et al. Mortality after treatment of hyperthyroidism with radioactive iodine // N. Engl. J. Med. 1998. V. 338. P. 712–718.
25.Frost L., Vestergaard P., Mosekilde L. Hyperthyroidism and risk factors of atrial fibrillation or flutter: a populationbased study // Arch. Intern. Med. 2004. V. 164. P. 1675–1678.
26.Furberg C.D., Psaty B.M., Manolio T.A. et al. Prevalence of atrial fibrillation in elderly subjects (the Cardiovascular Health Study) // Am. J. Cardiol. 1994. V. 74. P. 236–241.
27. Gilligan D. M., Ellenbogen K. A., Epstein A. E. The management of atrial fibrillation // Am. J. Med. 1996. V. 101. P. 413–421.
28.Graves R.A. // London. Med. A Surg. J. (Renshaw's). 1835. V. 7. P. 516–522.
29. Grund F.M., Niewoehner C.B. Hyperthyroxinemia in patients receiving thyroid replacement therapy // Arch. Intern. Med. 1989. V. 149. P. 921–924.
30. Haissaguerre M., Jais P., Shah D. et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating from in the pul monary veins // N. Engl. J. Med. 1998. V. 339. P. 659–666.
31. Hall P., Lundell G., Holm L.E. Mortality in patient treated with hyperthyroidism with iodine131 // Acta Endocrinol. 1993. V. 128. P. 230–234.
32. Hollowell J.G., Staehling N.W., Hannon W.H. et al. Serum thy rotropin, thyroxine, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): national health and nutrition examina tion survey (NHANES III) // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2002. V. 87. P. 488–499.
33. Hrnciar J. Cor thyreotoxicum. Part I – new findings about its etiopathogenesis and diagnosis. Overview of the problem based on 35 years' experience // Vntr. Lek. 2002. V. 48(1). P. 38–43.
34.Jennings P.E., O'Malley B.P., Griffin K.E. et al. Relevance of increased serum thyroxine concentrations associated with normal serum triiodothyronine values in hypothyroid patients receiving thyroxine: a case for "tissue thyrotoxicosis" // Br. Med. J. 1984. V. 289. P. 1645–1647.
35. Kahaly G., Mohr-Kahaly S., Hellermann J. Heart and Thyroid. Wien, 1994.
36. Kahaly G. Graves' disease and mitral valve prolapse // JAMA. 1987. V. 257. P. 22–28.

37.Kiss E., Jakab G., Kranias E. G. et al. Thyroid hormoneinduced alterations in phospholamban protein expression: regulatory effects on sarcoplasmic reticulum Ca2+ transport and myocardial relaxation // Circ. Res. 1994. V. 75. P. 245–251.
38. Klein I., Ojamaa K. Thyroid hormone and cardiovascular system // N. Engl. J. Med. 2001. V. 344. P. 501–509.
39. Klein I., Ojamaa K. The cardiovascular system in hypothyroidism. In: Braverman L. E., Utiger R. D., eds. Werner & Ingbar's the thy roid: a fundamental and clinical text. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
40. Klein I., Ojamaa K. Thyrotoxicosis and the heart // Endocrinol. Metab. Clin. North. Am. 1998. V. 27. P. 51–62.
41.Klien I. Thyroid hormone and the cardiovascular system // A.M.J. Med. 1990. V. 88. P. 631–637.
42. Krahn A.D., Klein G.J., Kerr C.R. et al. How useful is thyroid func tion testing in patients with recentonset atrial fibrillation? // Arch. Intern. Med. 1996. V. 156. P. 2221–2230.
43.Kraus R. // Wien. Klin. Wschr. 1889. V. 12. P. 416–423.
44.Ladernson P.W. Thyrotoxicosis and the heart: something old and something new [Editorial] // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1993. V. 77. P. 332–333.
45.Laurberg P., Nohr S.B., Pedersen K. M. et al. Thyroid disorders in mild iodine deficiency // Thyroid. 2000. V. 11. P. 951–963.
46.Lauberg P., Pederson K.M., Vestergaard H. et al. High incidence of multinodular toxic goiter in the elderly population in a low iodine intake area vs. high incidence of Graves' disease in the young in a high iodine intake area: comparative survey of thyrotoxicosis epi demiology in EastJutland Denmark and Iceland // J. Intern. Med. 1991. V. 229. P. 415–423.
47.Levey G.S., Klein I. Catecholaminethyroid hormone interactions and the cardiovascular manifestations of hyperthyroidism // Am. J. Med. 1990. V. 88. P. 642–646.
48.Liggett S.B., Shah S.D., Cryer P.E. Increased fat and skeletal mus cle badrenergic receptors but unaltered metabolic and hemody namic sensitivity to epinephrine in vivo in experimental human thyrotoxicosis // J. Clin. Invest. 1989. V. 83. P. 803–809.
49. Lombardi G., Biondi B., Fazio S. et al. Heart and Thyroid. Wien, 1994.
50. Lutton S., Ratliff N., Yuong J. Cardiomyopathy and myocardial failure. 2001. 52. Marks A.D., Channick B.J., Adlin E. V. et al. Chronic thyroiditis and mitral valve prolapse // Ann. Intern. Med. 1985. V. 102. P. 479–483.
51. Marqusee E., Haden S. T., Utiger R.D. Subclinical thyrotoxicosis // Endocrinol. and Metab. Clin. of N. Am. 1998. V. 27. P. 37–49.

52.Marti V., Ballester M., Rigla M. Myocardial damage does not occurred in untreated hyperthyroidism unless associated with con gestive heart failure // Am. Heart J. 1997. V. 134. P. 1134–1137.
53. Martin W.H., Spina R.J., Korte E. Effect of hyperthyroidism of short duration on cardiac sensitivity to badrenergic stimulation // J. Am. Coll. Cardiol. 1992. V. 19. P. 1185–1194.
54.Mercuro G., Panzuto M.G., Bina A. et al. Cardiac function, physi cal exercise capacity, and quality of life during longterm thy rotropinsuppressive therapy with levothyroxine: effect of individ ual dose tailoring // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2000. V. 85. P. 159–164.
55. Mintz G., Pizzarello R., Klein I. Enhanced left ventricular diastolic function in hyperthyroidism: noninvasive assessment and response to treatment // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1991. V. 73. P. 146–150.
56. Moebius P.J. Die Basedowische Krankheit. Ed. H. Holder. Wien, 1906.
57. Nakazawa H.K., Sakurai K., Hamada N. et al. Management of atri al fibrillation in the postthyrotoxic state // Am. J. Med. 1982. V. 72. P. 903–909.
58. Nordyke R.A., Gilbert F. Jr., Harada A. Graves' disease: influence of age on clinical findings // Arch. Intern. Med. 1988. V. 148. P. 626–631.
59. Osman F., Daykin J., Sheppard M., Franklyn J. et al. Cardiac rhythm abnormalities in thyrotoxicosis: The explanation for exess of vascular mortality // J. Endocrinol. 2000. V. 164. P. 321–326.
60. Osman F., Gammage M., Franklyn J. Hyperthyroidism and Cardiovascular Morbidity and Mortality // Thyroid. 2002. V. 12. P. 483–487.
61. Parle J., Maisonneuve P., Sheppard M., Boyle P., Franklyn J. A sin gle low thyrotropin (TSH) concentration predicts increased all cause and cardiovascular mortality in older persons in the commu nity: a 10 year cohort study // Lancet. 2001. V. 358. P. 861–870.
62. Petersen P., Hansen J. Stroke in thyrotoxicosis with atrial fibrilla tion // Stroke. 1988. V. 19. P. 15–21.
63. Polikar R., Burger A. G., Scherrer U. et al. The thyroid and the heart // Circulation. 1993. V. 87. P. 1435– 1441.
64. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies // Circulation. 1996. V. 93. P. 841–842.
65. Roffi M., Cattaneo F., Topol E.J. Thyrotoxicosis and the cardiovas cular system: Subtle but serious effects. // Cleveland Clin. J. of Med. 2003. V. 70. P. 57– 63.
66. Sachs R.N., Valensi P. Reversible cardiomyopathy due to thyrotox icosis // Am. J. Cardiol. 1993. V. 71. P. 501–508.
67. Samuels M.H. Subclinical thyroid disease in the elderly // Thyroid. 1998. V. 8. P. 803– 813.

68. Sandler G., Wilson G.M. The nature and prognosis of heart disease in thyrotoxicosis: a review of 150 patients treated with 131I // QJM. 1959. V. 28. P. 347–352.

69. Sawin C.T., Castelli W.P., Hershman J.M. et al. The aging thyroid. Thyroid deficiency in the Framingham Study // Arch. Intern. Med. 1985. V. 145. P. 1386–1388.

70.Sawin C.T., Geller A., Wolf P.A. et al. Low serum thyrotropin con centrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons // N. Eng.l J. Med. 1994. V. 331. P. 1249–1254.

71. Sgarbi J.A., Villaca F., Scandiuzzi S. et al. Improvement of cardiac effects of endogenous subclinical hyperthyroidism with methima zol treatment [Abstract]. 12th International Thyroid Congress. Kyoto. – 2000 // Endocr. J. 2000. V. 47(Suppl). P. 179–182.

72. Shapiro L.E. , Sievert R., Ong L. et al. Minimal cardiac effects in asymptomatic athyreotic patients chronically treated with thyrotropinsuppressive doses of L-thyroxine // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1997. V. 82. P. 2592–2595.

73. Shimizu T., Koide S., Yoshimura Noh J. et al. Hyperthyroidism and the management of atrial fibrillation // Thyroid. 2002. V. 12. P. 811–823.

74.Sun Z.Q., Ojamaa K., Coetzee W.A. et al. Effects of thyroid hor mone on action potential and repolarizing currents in rat ventricu lar myocytes // Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab. 2000. V. 278. P. 302–307.

75.Sun Z.Q., Ojamaa K., Nakamura T.Y. et al. Thyroid hormone increases pacemaker activity in rat neonatal cardiac myocytes // J. Mol. Cell. Cardiol. 2001. V. 33. P. 811– 815.

77. Tenerz A., Forberg R., Jansson R. Is a more active attitude warrant ed in patients with subclinical thyrotoxicosis? // J. Intern. Med. 1990. V. 228. P. 229–233.

78. Tunbridge W., Evered D., Hall R. The spectrum of thyroid disease in the community: the Wickham survey // Clin. Endocr. 1977. V. 7. P. 481–489.

79. Tseng K.H., Walfish P.G., Persaud J.A. et al. Concurrent aortic and mitral valve echocardiography permits measurement of systolic time intervals as an index of peripheral tissue thyroid functional status // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1989. V. 69. P. 633–638.

80. Vanderpump M.P., Tunbridge W.M., French J.M. et al. The devel opment of ischemic heart disease in relation to autoimmune thy roid disease in a 20year followup study of an English community // Thyroid. 1996. V. 6. P. 155–160.

81. Wang C., Crapo L.M. The epidemiology of thyroid diseases and implications for screening // Endocrinol. and Metab. Clin. of N. Am. 1977. V. 26. P. 189–218.

82. Weetman A.P. Grave’s Disease // N. Engl. J. Med. 2000. V. 343. P. 1236–1248.

1. Woeber K.A. Thyrotoxicosis and the heart // N. Engl. J. Med. 1992. V. 327. P. 94–97.
2. Wolf P.A., Benjamin E.J., Belanger A.J. et al. Secular trends in the prevalence of atrial fibrillation: the Framingham Study // Am. Heart J. 1996. V. 131. P. 790–795.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНЫХ ЧАСТОТНОАДАПТИВНЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

О. А. Махачев [1,2], А. Г. Магомедов [1], М. Г. Султанов [1], Г. Н. Алиев [1], К. И. Абдулаев [1], А. Ш. Шахнавазов [1], З. Г. Абдусаламова [1], З.Г.Ахмедова[1]

[1] ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования представить первый опыт имплантации двухкамерных частотноадаптивных ЭКС в Дагестанском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии.

Материал и методы. Первая имплантация двухкамерного частотноадаптивного ЭКС в ГБУ «НКО «ДЦКиССХ» выполнена 12 апреля 2013 г. Пациенту П., 48 лет, с диагнозом «нарушение ритма сердца, атриовентрикулярная блокада III степени», был имплантирован отечественный ЭКС 460 DR с пассивными фиксациями предсердного (ушко правого предсердия) и желудочкового (верхушка правого желудочка) электродов. Порог стимуляции составил 0,5 В.

Техника выполнения операции стандартная. Под местным обезболиванием раствором 0,5% новокаина произведен разрез кожи в левой подключичной области, через рану дважды пунктирована левая подключичная вена. Через разрывной интродьюсер в полость правого желудочка и в ушко правого предсердия проведены два эндокардиальных электрода. Проверены параметры электродов, после чего имплантирован ЭКС. Все электроды использованы с пассивной фиксацией. За 2013-2014 гг. в отделении рентгенохиругии аритмий и электрокардиостимуляции выполнено 146 операций имплантации ЭКС, 10 (6,8%) пациентам были имплантированы двухкамерные частотноадаптивные ЭКС. У всех больных показания к имплантации двухкамерных частотноадаптивных ЭКС были абсолютными: класс I, уровень доказанности А. Средний возраст пациентов составил 49,2 г.

Послеоперационных осложнений (дислокация электрода, повышение порога стимуляции, пенетрация, пневмоторакс, нагноение «ложа ЭКС»), связанных с имплантацией двухкамерных частотноадаптивных ЭКС, не было.

Результаты. После выписки из стационара контрольные осмотры, включавшие анализ ЭКГ, тестирование параметров «ЭКС – электрод», при необходимости ХМЭКГ, проводились через 1, 3 и 12 месяцев. Результаты вышеуказанных исследований свидетельствовали о надежной работе имплантированных устройств.

Заключение. Возможности ДЦК и ССХ в оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с брадиаритмиями увеличиваются и успешно совершенствуются.

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ОПЫТ ДАГЕСТАНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

О.А. Махачев [1,2], М.Х. Бадрудинова [1], Т.Х. Хириев [1,2], П.М. Магомедова [1], М. Н. Дибирова [1]

[1] ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования - представить первый опыт использования стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) в ГБУ РД «НКО «ДЦКиССХ».

Материал и методы. За период со 2 февраля 2014 г. по настоящее время для диагностики ИБС стресс-ЭхоКГ была проведена 667 пациентам. Проанализированы результаты первых 100 исследований. Медиана возраста пациентов составила 61год(от 25 до 73лет). Пациенты мужского пола составили 71% (n=71).У 90% больных была сопутствующая гипертоническая болезнь сердца. В 25 случаях в анамнезе имелся перенесенный инфаркт миокарда, в 5% наблюдений – перенесенная операция коронарного шунтирования.

По результатам исследования пациенты были разделены на четыре группы: с положительным (n=26), сомнительным (n=23), отрицательным (n=47) и незавершенным (n=4) стресс-тестом.Был проведен сравнительный анализ результатов стресс-ЭхоКГ и коронароангиографии (КАГ).

Результаты. Осложнения во время проведения стресс-ЭхоКГ отсутствовали. При сравнительном анализе в группе больных с положительным стресс-тестом у 25 (96%) пациентов были выявлены

гемодинамически значимые стенозы (более 50%) в коронарных артериях, в одном случае – коронарные артерии были без гемодинамически значимых сужений. В группе пациентов с сомнительным стресс-тестом в 13 (56,5%) случаях диагностированы начальные атеросклеротические изменения (стенозы коронарных артерий до 50%), в 10 из 23 случаев коронарные артерии были без гемодинамически значимых стенозов.В группе больных с отрицательным стресс-тестом (n=47) КАГ была проведена 17 пациентам.В 15 из 17 (88%) случаев гемодинамически значимых изменений коронарных артерий выявлено не было, у двух пациентов обнаружены гемодинамически значимые стенозы. В одном наблюдении диагностировано многососудистое поражение коронарных артерий со стенозами до 70%, во втором случае – со стенозами до 60%. Возможно, такое несовпадение данных стресс-ЭхоКГ с результатами КАГ связано с хорошо развитым коллатеральным кровоснабжением миокарда в бассейне пораженной артерии. В группе пациентов с незавершенным стресс-тестом КАГ была проведена 2 пациентам, у одного из которых было выявлено сужение коронарных артерий до 70%.

Заключение. Проведенный сравнительный анализ результатов стресс-эхокардиографии с данными коронароангиографии показал высокую чувствительность (91%)и специфичность (88%) стресс-эхокардиографии в выявлении локализации и распространенности коронарного атеросклероза у больных с ишемической болезнью сердца.

ОПЫТ ПЕРВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОАБСОРБИРУЕМОГО СТЕНТА В ДАГЕСТАНЕ

О.А. Махачев [1,2], Т.Х. Хириев [1,2], Ф.Х. Абасов [1], Ш.Г. Магомедов [1,2]

[1]ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования - представить опыт первого клинического применения саморассасывающего стента в Республике Дагестан у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. За период с апреля 2014г. по июль 2015 г. в ГБУ РД «НКО «ДЦКиССХ» имплантация стента с биоабсорбируемым каркасом выполнена 5 пациентам со стенокардией напряжения II-III функциональных классов. У 4 (80%) больных сопутствовующая гипертоническая болезнь сердца, во всех 5 случаях в анамнезе имелся перенесенный инфаркт миокарда.

Все пациенты были мужского пола. Медиана возраста больных составила 40 лет (от 39 до 64 лет).

Пациентам выполнялись общеклинические методы исследования, электрокардиография, эходопплеркардиография (ЭхоКГ) и селективная коронароангиография (КГ). В 60% случаев (n=3) выявлено однососудистое поражение коронарных артерий (КА), в 2 наблюдениях – двухсосудистое. Перед стентированием производилась предилатация суженных сегментов КА. Всем больным трансрадиальным доступом выполнена имплантация саморассасывающего стента Absorb (Abbott, USA): в переднюю межжелудочковую артерию – в 3 (60%) случаях, в огибающую артерию – в 1(20%) наблюдении, в правую коронарную артерию – в 1 случае. Диаметр стентов составил 3,0 мм, длина каркаса в трех случаях – 28 мм, в двухна блюдениях – 18 мм. В трех случаях стентирование выполнено под контролем внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ).

Стент Absorb представляет собой биоабсорбируемый сосудистый каркас, покрытый биорезорбируемым полимером и антипролиферативным веществом (эверолимус). Каркас и покрытие стента выполнены из полимера молочной кислоты, который со временем (в течение 2 лет) расщепляется на воду и углекислый газ.

Результаты. Госпитальная летальность и осложнения в послеоперационном периоде отсутствовали. Хороший ангиографический, процедурный и клинический результат получен во всех (100%) случаях. ВСУЗИ, выполненное после имплантации стента, выявило неполное раскрытие стента во всех трех наблюдениях. В этих случаях произведен постдилатация стентированного сегмента баллонным катетером большего диаметра. Контрольное ВСУЗИ показало полное раскрытие стента.

Заключение. Использование стентов нового поколения – биорезорбируемых сосудистых каркасов – дало хорошие результаты в лечении больных с ишемической болезнью сердца. Несомненно, что биоабсорбируемые стенты являются одним из наиболее перспективных направлений развития интервенционной кардиологии.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЗАКРЫТИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА: ОПЫТ 65 ОПЕРАЦИЙ

О.А. Махачев [1,2], Т.Х. Хириев [1,2], Ф.Х. Абасов [1], Ш.Г. Магомедов [1,2], М.Х. Бадрудинова [1], Г.Н. Алиев [1], А. Ш. Шахнавазов [1], З.Г.Абдусаламова[1], З. Г. Ахмедова [1]

[1] ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – представить непосредственные результаты рентгенэндоваскулярного закрытия открытого артериального протока (ОАП).

Материал и методы. За период с октября 2014 г. по июль 2015 г. в ГБУ РД «НКО «ДЦКиССХ» транскатетерное закрытие ОАП было выполнено 65 пациентам. Медиана возраста больных составила 7 лет (от 3 до 44 лет), 45(69%) из них – дети до 12 лет. Масса тела пациентов до 12 лет равнялась 20,8±7,3 кг (от 13 до 39 кг). Больные женского пола составили 61,5% (n=40).

Пациентам выполнялись общеклинические методы исследования, электрокардиография, обзорная рентгенография грудной клетки и эходопплеркардиография (ЭхоКГ). По данным ЭхоКГ, определяли диаметр ОАП. Диаметр ОАП в среднем составил 3,6±1,4 мм (от 1 до 9 мм)и достоверно не отличался у пациентов моложе 12 лет (3.6±1.2 мм) и старше 12 лет (3,8±1,9 мм). У двух больных диагностирована реканализация протока после его перевязки. В одном наблюдении ОАП сочетался с дефектом межпредсердной перегородки.

Для эмболизации ОАП небольшого диаметра (до 3 мм) выполнялась имплантация отделяющихся спиралей, а для закрытия ОАП большего диаметра использовались самораскрывающиеся и самоцентрирующиеся системы – окклюдеры. Установка этих закрывающих устройств проводилась в рентгеноперационной с использованием ангиографической установки. У детей до 12 лет закрытие ОАП осуществлялось под внутривенным наркозом, а у старшей возрастной группы – под местной анестезией. Первым этапом выполнялась аортография с использованием трансфеморального доступа. Тип и размер закрывающего устройства определяли в зависимости от минимального диаметра и анатомической формы ОАП. Диаметр ОАП у 47 пациентов, которым проток был закрыт с помощью окклюдера, составил в среднем 4,0±1,3 мм, диаметр ОАП у 18 больных, которым проток был эмболизирован спиралью – 2,2±0,6 мм. Интраоперационная эффективность закрытия дефекта оценивалась под рентгеноскопическим контролем. В случае адекватного расположения устройства, отсутствия обструкции аорты и/или легочной артерии,закрывающее устройство полностью разобщалось с доставляющей системой. В одном случае одномоментно выполнено эндоваскулярное закрытие ОАП и ДМПП.

Результаты. Госпитальная летальность и осложнения при закрытии ОАП отсутствовали.Полное закрытие протока на операционном столе было

достигнуто у всех 65 пациентов. Адекватность операции была подтверждена данными ЭхоКГ, выполненной на вторые сутки после операции.

Заключение. Рентгенэндоваскулярное закрытие ОАП – высокоэффективный и безопасный метод устранения порока, несомненным преимуществом которого является отсутствие необходимости в торакотомии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ДАГЕСТАНЕ

О.А. Махачев [1,2], Т.Х. Хириев [1,2], Ф.Х. Абасов [1], Ш.Г. Магомедов [1,2], А. Ш. Шахнавазов [1], З.Г. Абдусаламова [1], В.Р. Изиев [1], С.М.Амирханова[1], З. Г. Ахмедова[1]

[1] ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – представить возможности рентгенэндоваскулярных методов в диагностике и лечении больных со стенозирующими поражениями внутренних сонных артерий (ВСА).

Материал и методы. В ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» с сентября 2014 г. по март 2015 г. стентирование внутренних сонных артерий выполнено трём больным. Возраст больных составил 51, 65 и 71 год соответственно. Два пациента были мужского пола. У всех больных диагностирован атеросклероз брахиоцефальных артерий со значимыми стенозами внутренних сонных артерий. Симптомные поражения артерий наблюдались у всех больных: транзиторная ишемическая атака – у одного пациента, сильные головные боли, не купирующиеся анальгетиками – у двух других больных.Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование. Пациенту с транзиторными ишемическими атаками в анамнезе перед операцией выполнена КТ головного мозга. Результаты ангиографии брахиоцефальных артерий, выполненной в нашем Центре, были следующими: стеноз устья левой ВСА до 80% в одном случае; стеноз устья правой ВСА до 75% в другом наблюдении и стеноз проксимальной трети левой ВСА до 90% у третьего больного. Всем трём пациентам выполнено стентирование внутренних сонных артерий трансфеморальным доступом. Во всех случаях применялась система дистальной защиты головного мозга от эмболии. Имплантированы стенты

размерами 7,0/30,0 мм – у двух больных и 9,0/30,0мм – у одного пациента. У всех больных выполнялась постдилатация стентированного сегмента баллонными катетерами 5,0/20,0 мм и 6,0/20,0 мм.

Результаты. Рентгенэндоваскулярные процедуры прошли без осложнений. Летальных исходов и острых нарушений мозгового кровообращения в послеоперационном периоде не было. Адекватный ангиографический результат был достигнут во всех трёх случаях.

Заключение. Рентгенэндоваскулярные методы лечения стенотических поражений внутренних сонных артерий являются эффективными методами профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ДАГЕСТАНЕ

О.А. Махачев [1,2], Т.Х. Хириев [1,2], Ш.Г. Магомедов [1,2], Ф.Х. Абасов [1]

[1] ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – оценить эффективность чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с помощью внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ).

Материал и методы. В ГБУ РД «НКО «ДЦКиССХ» в марте 2015 г. шестерым пациентам с ИБС стентирование коронарных артерий было выполнено под ВСУЗИ-контролем. Медиана возраста больных составила 53 года (от 51 до 76 лет), все пациенты были мужского пола.

Результаты ВСУЗИ оценивали по следующим критериям: частота сердечно-сосудистых осложнений (смерть, инфаркт миокарда, повторные вмешательства); данные ВСУЗИ (остаточная площадь просвета сосуда в проксимальном, среднем и дистальном сегментах, в устье боковых ветвей). Критерием стеноза считали уменьшение диаметра остаточного просвета стента более чем на 30%.

Всего имплантировано 7 стентов (три саморассасывающихся стента, четыре – с лекарственным покрытием) в переднюю межжелудочковую артерию (n=4), в правую коронарную артерию, огибающую артерию и ветвь тупого края (n=1).

Результаты. Госпитальная летальность и осложнения в послеоперационном периоде отсутствовали. ВСУЗИ, выполненное после

имплантации стента, выявило неполное раскрытие стента в 6 из 7 (85,7%) случаев. Пяти (83,3%) пациентам выполнена повторная постдилатация. Контрольное ВСУЗИ показало полное раскрытие стента.

Заключение. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование является современным и надежным методом визуализации, позволяющим оптимизировать результаты рентгенэндоваскулярного вмешательства. Использование ВСУЗИ при выполнении стентирования коронарных артерий позволяет минимизировать риски осложнений, связанных с неполным раскрытием стента и, таким образом, улучшить отдаленные результаты рентгенэндоваскулярного лечения.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СТЕНОЗОМ ЛЕВОЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

О.А. Махачев [1,2], Т.Х. Хириев [1,2], Ш.Г. Магомедов [1,2], Ф.Х. Абасов [1], З.Г. Абдусаламова [1]

[1] ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»
[2] Кафедра сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – показать результат эффективного рентгенэндоваскулярного лечения стеноза подключичной артерии у больного с мультифокальным атеросклерозом.

Материал и методы. Пациент, 57 лет,поступил в ГБУ РД «НКО «ДЦКиССХ» с клиникой ишемической болезни сердца и вертебробазилярной недостаточности.Разница артериального давления на верхних конечностях составила 50 мм рт.ст., пульсация на левой лучевой артерии отсутствовала. Выполнена коронарография и ангиография брахиоцефальных артерий.Выявлено сужение в средней трети правой коронарной артерии и в первом сегменте левой подключичной артерии.17 ноября 2014 г. первым этапом произведена транслюминальная баллонная ангиопластика и имплантация стента с лекарственным покрытием в правую коронарную артерию трансрадиальным доступом. 6 марта 2015 г. выполнено стентирование левой подключичной артерии трансфеморальным доступом.

Результаты. Эндоваскулярные вмешательства прошли без осложнений с хорошим ангиографическим и клиническим результатом. Продолжительность стентирования левой подключичной артерии составила 35 минут. Стент полностью раскрылся без остаточного стеноза.Во время имплантации и дальнейшей дилатации стента неврологической симптоматики

не отмечалось. У больного в послеоперационном периоде появился пульс на левой лучевой артерии и отсутствовала разница артериального давления на верхних конечностях.

Заключение. Продемонстрирована возможность рентгенхирургического лечения пациента с мультифокальным атеросклерозом. Стентирование подключичной артерии является безопасным и эффективным методом лечения у больных с хронической сосудистой мозговой недостаточностью

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

А.Г. Магомедов, Р.М. Муталипов, А.А. Магомедов

Кафедра госпитальной хирургии, ДЦК и ССХ

Цель исследования – показать алгоритм обследования и трудности в некоторых случаях в диагностике посттравматической аневризмы грудной аорты

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось трое больных с посттравматической аневризмой грудной аорты в возрасте от 17 до 58 лет. Травму грудной клетки они получили до установления аневризмы в сроке от 1 года до 8 лет.У одного из них аневризма выявлена при плановом обследовании через 4 года после травмы грудной клетки, а у других – при пробной торакотомии в отделениях торакальной хирургии в РКБ и ДЦГХ. В обеих случаях аневризма установлена после интраоперационной консультации кардиохирурга (в этих обоих случаях аневризма маскировалась под эхинококкоз легкого и опухоль средостения).

Результаты. Все трое больных были дообследованы, включая МКТ с контрастным усилением или проведя аортографию грудного и брюшного отделов аорты; у одного пациента выполнена коронарография, при этом во всех случаях установлен диагноз: «гигантская аневризма нисходящего отдела дуги аорты (посттравматическая аневризма грудного отдела аорты в типичном месте)».

Все пациенты были благополучно прооперированы в федеральных центрах, вернулись к трудовой деятельности. При контрольной МРТ с контрастным усилением результаты операции расценены как хорошие.

Заключение. При наличии тени в верхней доле левого легкого, ближе к средостению, необходимо МСКТ с контрастным усилением или аортография грудного и брюшного отдела.

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ В ДАГЕСТАНЕ

А.Г.Магомедов
Зав. кафедрой госпитальной хирургии ДГМА (с 1995)
\
Руководитель Дагестанского кардиохирургического центра при РКБ (с 1992-2008). Директор ГБУ РД «НКО «ДЦК и ССХ»» (2009-2013). Заместитель директора по медицинской части ГБУ РД «НКО «ДЦК и ССХ» (с апреля 2013).

Цель исследования – показать этапы становления и развития сердечно-сосудистой хирургии в Республике Дагестан

Мы делим развитие сердечно-сосудистой хирургии в Республике Дагестан на 4 этапа:

Первый этап (1957-1980) – единичные операции на сердце и становление сосудистой хирургии, формирование флебологической школы члена-корреспондента АМН СССР Р.П.Аскерханова. Становление торакально-сосудистого отделения в РКБ.

Второй (1981-1991) – разделение торакально- сосудистого отделения, формирование отделения сосудистой хирургии при РКБ .

Третий (1992-2008) – становление хирургии сердца и аорты, открытие кардиохирургического центра при РКБ. Внедрение селективной ангиографии, выполнение операции с искусственным кровообращением и гипотермией. Становление коронарной хирургии и высокотехнологических операций на сердце и аорте. Развитие рентгенохирургии, микрохирургии: от простого к сложному было выполнено более 1500 операций с уровнем послеоперационной летальности 0,4%. Коллектив под руководством А.Г.Магомедова удостоен Государственной премии РД (1999) за хирургию сердца и аорты. Строительство современного центра кардиологии и сердечно – сосудистой хирургии.

Четвертый (с 2009 …) – открытие ГБУ РД «НКО «ДЦК и ССХ»». Дальнейшее внедрение сердечно-сосудистых операций в Дагестане – в регионе со сложными социально-экономическими условиями. Стентирование коронарных артерий и периферических артерий, эмболизация мозговых артерий при цереброваскулярной патологии. Аортокоронарное шунтирование на бьющемся сердце и с кардиоплегией. Коллектив Центра стал лауреатом Общероссийской Национальной премии «Созидатели России – 2010».

Новый импульс развитию центра придал приезд в Дагестан профессора О.А.Махачева из НЦССХ им. А.Н.Бакулева в 2013 году и его назначение на должность директора ДЦК и ССХ.

За восемь месяцев 2015 года в НКО ДЦК и ССХ выполнено около 522 операций при заболеваниях сердца и сосудов, из них более 50% – по ВМП. Объемы оказываемой помощи по ВМП в ДЦК и ССХ с каждым годом растут

НАШ ОПЫТ В РЕКАНАЛИЗАЦИИ И БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ

С.А. Исмаилов, К.И. Гаджиев, А.С. Скороваров

Кафедра госпитальной хирургии ДГМА
Отделение сосудистой хирургии РКБ

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) – это одно из самых тяжелых осложнений сахарного диабета (СД). При нем развиваются язвенные, гнойно-некротические повреждения и гангрены конечностей. По научным данным первые 2 года от 30% до 50% больных умирают не от выполненных ампутаций, а от осложнений и тяжелой сопутствующей патологии. В основном имеют место нейротрофические язвы – 60-70%, в 5-10% случаях – ишемические, а в 20-39% – смешанные. Практика показывает, что неэффективность традиционного метода лечения рано или поздно ставит вопрос об ампутации конечности.

Возможности открытых методов реваскуляризации у больных сахарным диабетом резко ограничены, а наличие очага деструкции на стопе создает высокий риск развития послеоперационных гнойных осложнений, что обрекает этих больных на ампутацию конечности. Поэтому реваскуляризация является жизненно необходимой мерой для сохранения функциональной конечности и ее обезболивания. Сотрудники отделения сердечно-сосудистой патологии ГКБ №71 г. Москвы имеют самый большой опыт в России эндоваскулярного лечения больных (более 800) с критической ишемией и СДС.

Цель работы – оценить эффективность эндоваскулярных вмешательств у больных с диабетической стопой, а также провести анализ ближайших и среднесрочных наблюдений за сохранностью конечности и выживаемостью после реваскуляризации.

Материал и методы. Проанализированы результаты реканализации и баллонной ангиопластики артерий голени у 43 больных с диабетической стопой 2-4 ст. по Wagner и критической ишемией нижних конечностей, проведенных в сосудистом отделении Республиканской клинической больницы и в Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова за период 2013 -2015 гг. Возраст больных – от 50 до 72 лет (муж. – 28, жен. – 15). Для реканализации артерий голени использовались гидрофильные проводники,

баллонные катетеры длиной до 120 мм, диаметром 2-3 мм. Время баллонной дилатации – 180-240с. Доступ – подколенный для баллонной ангиопластики (БАП). С целью предоперационной подготовки больным стационарно проводили традиционное лечение, коррекцию с/крови, лечение с учетом сопутствующей патологии. Также наблюдение за пациентами осуществляли амбулаторно с оценкой состояния конечности, заживления ишемических и нейротрофических язв на стопах у больных с критической ишемией и СДС.

Результаты. Баллонная ангиопластика (БАП) артерий голени и бедренно-подколенного сегмента (БПС) выполнена у 20 пациентов и у 23 – эндоваскулярная дилатация только артерий голени, причем в 3 случаях БАП дополнена стентированием: подколенной артерии – 1, ПБА – 1 и подвздошной артерии – 1. Клинически значимых осложнений во время БАП, потребовавших хирургического лечения, не было. У 9 % больных, у которых удалось достигнуть восстановления магистрального кровотока до стопы, наблюдалось клиническое улучшение с исчезновением ишемических болей в состоянии покоя, очищением гнойно-некротического дефекта, заживлением трофических язв. Трем больным выполнена ампутация на уровне бедра, двум больным выполнена ампутация на уровне в/3 голени после БАП на 2-е сутки. После успешной реваскуляризации и появления четкой демаркации 8 больным выполнена ампутация стопы по Шарпу, у 22 больных – ампутация или экзартикуляция пальцев стопы. Продолжительность стационарного лечения у больных с критической ишемией и СДС – в среднем 13-15 дней, амбулаторное наблюдение за больными составило в среднем 2-3 недели до полного заживления трофических язв.

Повторные эндоваскулярные вмешательства были выполнены 14 больным в связи с рецидивом критической ишемии, причем у 3 из них первоначально была восстановлена проходимость одной межкостной берцовой артерии, у одного больного – задней большеберцовой артерии.

У 2 больных после стентирования подколенной артерии отмечался тромбоз стента через 6-8 мес. после имплантации, без рецидива критической ишемии.

Вывод. Возможность восстановления регионарного кровотока на разных уровнях конечности, малотравматичность операции, быстрая реабилитация, обнадеживающие непосредственные и отдаленные результаты улучшения качества и прогноза жизни больных позволяют считать эндоваскулярную хирургию методом выбора при лечении ишемических и нейроишемических форм СДС.

\

СЛУЧАЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Н. Кураева, Т.А. Соловьева, А.С. Скороваров, А.А. Магомедов

Республиканская клиническая больница

Цель исследования – показать первый случай поэтапной тактики лечения в РД при шеечной беременности.

1 – этап рентгеноэндоваскулярной эмболизации маточных артерий для снижения риска кровотечения и во избежание органоуносящей операции (экстирпации матки), при последующей процедуре выскабливания матки.

2 – этап выскабливания матки.

Материалы и методы. Пациентка М., 34 лет, госпитализирована в отделение гинекологии № 1 РКБ с диагнозом «шеечная беременность сроком 7-8 недель».

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, гиперстеник.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

о/а крови: Hb – 133 г/л, СОЭ – 28 мм/ час, L – 4,9 г/л;

о/а мочи: уд. вес – 1020, белок – нет, эпит. пл., 1-3 в п/з, L – 8.0 г/л ммоль

Биохимия крови: общий белок – 70 г/л, креатинин – 80 мкмоль/л, билирубин – 8,7 ммоль/л, глюкоза – 5,9 ммоль/л, холестерин 7,3 мкмоль/л, ЧСС и PS – 62 уд. в мин, АД – 100/70 мм рт. ст., ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гисса.

УЗИ: матка-N, яичник, особенности – цервикальный канал расширен до 9-10 мм, свободен, почки – N.

Для выполнения рентгеноэндоваскулярной эмболизации маточных артерий пациентка переведена в отделение РРО, кабинет ангиографии. Эмболизация выполнена путем поочередной катетеризации обеих маточных артерий катетером Робертса и введением в каждую артерию эмболизирующих частиц PVA-350-500 мкм(COOK)/

Операция прошла без технических сложностей, с незначительным болевым синдромом в постэмболизационный период, пациентка переведена в отделение гинекологии № 1, на следующий день выполнено выскабливание плода.

Операция прошла без осложнений, с минимальной кровопотерей.

Вывод. ЭМА маточных артерий, перед выполнением гинекологических операций при высоком риске кровотечений, является эффективным, безопасным и органосохраняющим методом лечения.

СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МЕШОТЧАТОЙ АНЕВРИЗМЫ ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Г.Магомедов, С.Д.Раджабов, А.А.Магомедов

ГБУ РД "НКО" Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии"
Кафедра госпитальной хирургии ДГМА

Цель исследования – показать первый случай лечения в РД аневризмы головного мозга методом внутрисосудистой эмболизации.

Материал и методы. Пациент 52 лет, поступил переводом из РКБ в ГБУ «НКО» ДЦК и ССХ. Из анамнеза заболевания известно, что больной на фоне подъема АД перенес повторное паренхиматозно-субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние. Был госпитализирован в ОРИТ ОНМК РКБ, где находился на консервативной терапии. По результатам МСКТ обнаружена аневризма ПСА неправильной удлиненной формы, размерами 18×11мм и шейкой 5мм окклюзионная-тривентрикулярная гидроцефалия.

На момент осмотра состояние больного тяжелое, но компенсированное по витальным функциям, сознание на уровне глубокого оглушения, заторможен, выполняет элементарные команды. Не адекватен, дезориентирован в месте, времени, пространстве и собственной личности. Ригидность мышц затылка на 2п\п, симптом Кернига под углом 130 гр. Зрачки одинаковые с удовлетворительной реакцией на свет, двухсторонний средний мидриаз. Лицо симметричное, девиации языка нет, глоточный рефлекс сохранен. Тетрапарез со снижением силы в ногах до 2б, верхних конечностей до 4б. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Субарахноидально-паренхиматозно вентрикулярное кровоизлияние. Окклюзионная гидроцефалия. Начальный застой дисков зрительных нервов обоих глаз. Установлен диагноз: аневризматическая болезнь сосудов головного мозга. Мешотчатая аневризма ПСА. Повторное паранхиматозно-субарахноидально- вентрикулярное кровоизлияние. Окклюзионная гидроцефалия.

Наличие у больного аневризмы ПСА, вызвавшей повторное ОНМК по геморрагическому типу, наличие окклюзионной гидроцефалии и застойных явлений в глазном дне являлось показаниями к экстренному оперативному вмешательству, направленному на эндоваскулярную окклюзию мешотчатой аневризмы ПСА отделяемыми спиралями. Пациенту под эндотрахеальным наркозом и ИВЛ выполнена стандартная пункция бедренной артерии по методу Сельдингера, установлен интрадьюссер 5F, далее выполнена диагностическая ангиография бассейнов правой и левой сонных артерий, на которой подтверждена аневризма ПСА, мешотчатой формы, размерами

19×19,5 мм. Из особенностей – выявлено заполнение правой передней мозговой артерии из тела аневризмы. Далее, под рентгенконтролем, проведен микрокатетер непосредственно в полость аневризмы и введены окклюзионные платиновые микроспирали 12мм×36 см и 10мм×36 см. На контрольной ангиографии через 10 мин после эмболизации: аневризма полностью выключена из кровотока, правая и левая передние мозговые артерии контрастируются на всем протяжении. Достигнут оптимальный результат.

Выводы. Эндоваскулярная эмболизация является эффективным, атравматичным методом лечения аневризм головного мозга.

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ

С.А.Алиев, К.А.Курбанов, М.М.Лабазанов, С.М.Магомедов, Ш.Ю.Мамедбеков

ГБУ РД «НКО» Дагестанский центр грудной хирургии

60 лет назад вышла фундаментальная работа С.С.Юдина «Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода» (1954). Высокая послеоперационная летальность заставила и выдающихся хирургов надолго отказаться от одномоментных операций. В 1974 году А.А.Русанов писал: «Неудачи не раз вселяли в нас сомнения в отношении целесообразности всей нашей работы». Еще 20 лет кропотливого труда онкологов и прорыв в этом сложном деле был обеспечен в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН.

Опыт трех поколений хирургов с многоуровневым анализом и достижениями фундаментальных испытаний позволил за последние 15 лет решить хирургические аспекты проблемы, но не более.

Если непосредственные результаты операций по поводу рака пищевода, кардии являются вполне удовлетворительными, то пятилетняя общая выживаемость при раке пищевода составляет 8%, желудка – 15%.

Относительно высокая частота прогрессирования рака пищевода, даже после радикального хирургического лечения, заставляет исследователей искать принципиально новые пути решений этой сложной и многогранной проблемы.

Таким образом, диалектический взгляд на данную проблему позволяет осмыслить сегодняшнее положение и определить перспективы развития хирургии пищевода и кардии в XXI веке.

Материал и методы. В клинический материал включены 776 пациентов, которые разделены на 4 группы.

В первую группу вошли 212 больных после операции типа Льюиса в модификации М.И.Давыдова или экстирпации пищевода по А.Ф.Черноусову с послеоперационной летальностью 3%.

Во вторую группу – 388 больных с гастрэктомией, гастроэзофагеальной, эзофагосубтотальной резекциями с послеоперационной летальностью 0,8%.

В третью и четвертую группы включены 176 больных после реконструктивных вмешательств по поводу «болезней оперированного пищевода» (n=21) и вмешательства по поводу доброкачественных заболеваний пищевода и кардии (n=155) с летальностью 4,8% и 0,6% соответственно.

Основным итогом исследования явилось расширение показаний к эзофагопластике по М.И.Давыдову, что снижвет хирургический блок осложнений, в частности несостоятельность швов анастомоза.

Эффективным методом профилактики при высоком индексе риска плевролегочных, сердечно-сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции и более широкое внедрение в клиническую практику абдоминозаднемедиастинального доступа по А.Ф.Черноусову, в том числе при агрессивной стратегии с выполнением симультанных суперрадикальных операций (n=37) с удалением от 3 до 8 органов.

Из органосберегающих, функциональных операций заслуживаеют внимания пилорус-сохраняющие операции с включением дуоденального транзита, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака проксимального отдела желудка.

В строгом соответствии с онкологическими принципами, с учетом распространенности опухолевого процесса, его гистологической формы и локализации дистального края опухоли относительно угла желудка, сформулированы показания к выполнению принципиально новой сфинктеро-сохраняющей операции с включением дуоденального транзита.

Нами выполнены 32 операции с сохранением пилорического жома, которые позволили повысить функциональные результаты с разрешением постгастррезекционного синдрома рефлюкс-эзофагита, демпинг-синдрома, с улучшением качества жизни.

Заключение. 1. Расширение показаний к модифицированной методике эзофагопластики по М.И.Давыдову, к трансабдоминальной, трансмедиастинальной резекциям, в том числе «стрипинг»-операциям по А.Ф.Черноусову, обеспечивает снижение уровня инфекционных осложнений и последствий, связанных как с несостоятельностью швов анастомоза, так и легочно-сердечными осложнениями.

2. Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде при радикальных операциях на пищеводе являются плевролегочные, сердечно-сосудистые осложнения.

3. Эффективным методом профилактики плевролегочных и сердечно-сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции путем более широкого внедрения в клиническую практику абдоминозаднемедиастинального доступа.

4. Расширение показаний к выполнению сплено-, привратник-сохраняющих гастрэктомий с включением дуоденального транзита позволяет снизить процент постгастрэктомических синдромов.

ХИРУРГИЯ ТРАХЕИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РКБ

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

Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО «ДГМА»
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»
Отделение торакальной хирургии РКБ, г.Махачкала

Рубцовый стеноз трахеи с резким сужением её просвета является неотложным состоянием и опасен для жизни пациента. Для его излечения необходимы большие хирургические вмешательства. Многие пациенты месяцы и годы вынуждены жить с трахеостомой, периодически обращаться в различные лечебные учреждения и оставаться инвалидами.

Частота возникновения рубцового стеноза трахеи после длительной интубации и трахеостомии, по наблюдениям разных лечебных учреждений, институтов, 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.

Цель исследования – показать эффективное хирургическое лечение пациентов с рубцовыми стенозами трахеи.

Материал и методы. С 2004 по 2015 г. под нашим наблюдением находилось 72 больных с рубцовыми, рубцово-грануляционными стенозами шейного, шейно-верхнегрудного отделов трахеи. Из них мужчин – 59, женщин – 23, в возрасте от 16 до 68 лет.

Этиологическими факторами в основном в 16 случаях была длительная интубация, в 48 –трахеостомия, в 8 случаях – травма шейного отдела трахеи (в 5 – от удара, в 1 – механическое сдавление, в 2 – ранение). Таким образом, почти в 90% случаев стеноз имел ятрогенную этиологию. 32 пациента 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 19 больных, при этом выяснилось, что у 11 больных при ранее проведенной трахеостомии поврежден или пересечен перстневидный хрящ с последующим возникновением грубых изменений в области подскладочного пространства и голосовых связок, у 53 больных 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 4 циркулярные резекции шейно-верхнегрудного отдела трахеи с отличными послеоперационными результатами. Причиной рубцовой стриктуры во всех трех случаях были ранее проведенные интубации от 3 до 6 суток. После экстубации пациенты чувствовали себя хорошо, но в последующем появились прогрессирующие явления затрудненного дыхания, по поводу чего 2 пациентов были госпитализированы в терапевтические отделения с диагнозом бронхиальная астма, откуда после консультации торакального хирурга переведены на хирургическое лечение.

Тактика оперативного лечения.

Доступ – поперечная цервикотомия, рассечение подкожной клетчатки, короткие мышцы шеи разводят кнаружи. Выделяется передняя стенка трахеи в шейном отделе. Часто наблюдается выраженный паратрахеальный рубцовый процесс, из рубцовых тканей выделяют боковые и заднюю стенки трахеи. Трахею берут на держалку. Потягиванием трахеи в краниальном направлении тупым и острым путем постепенно выделяют грудной отдел вплоть до главных бронхов. Производится интраоперационная эндоскопическая трансиллюминация, при которой уточняют границы патологически измененного участка (в наших наблюдениях протяженность его составила от 2 до 4,0 см). При подтягивании трахеи кверху накладывают швы-держалки выше и ниже уровня стеноза. Выполняется трахеотомия по средней линии на уровне стеноза до уровней неизмененной трахеи. Патологический участок иссекается. Накладывают анастомоз: мембранозная часть ушивается непрерывным швом нитью Vicril 3-0, на хрящевую часть накладывают узловые швы нитью Vicril 2-0. С целью укрепления анастомоза связывают между собой швы-держалки. Герметичность анастомоза проверяют под уровнем жидкости повышением давления в дыхательном контуре – нет ли просачивания воздуха. Выкраивается участок мышцы (чаще грудино-ключично-сосцевидной) и фиксируется в области анастомоза с целью изоляции от окружающих структур, чаще от плече-головного ствола. Рана послойно ушивается с оставлением дренажей паратрахеально. Подбородок фиксируется узловыми швами к передней грудной стенке в положении сгибания головы в течение около 2 недель.

Нами выполнены: этапная трахеопластика в 57 случаях, стентирование трахеи – в 12 случаях, в том числе эндоскопическое стентирование – в 6 случаях, открытое стентирование с иссечением рубцов, грануляций – в 6; летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Для профилактики стенозов трахеи следует придерживаться следующих правил:

1) э кстубировать больных, длительно находящихся на ИВЛ, только одновременно с эндоскопией;

2) в ыполнять не трахеотомию, а полноценную трахеостомию с подшиванием краев трахеи к коже;

3) искоренить понятия верхней, нижней и средней трахеостомии, – трахеостомия должна быть только нижней, поскольку при верхней и средней трахеостомии очень высок риск развития рубцовых стенозов; после наложения экстренной трахеостомии с коникотомией, после стабилизации состояния больного трахеостомию перевести на нижнюю;

4) н е производить ни одной деканюляции без эндоскопии – ларингоскопии (непрямой и прямой) или фиброларинготрахеоскопии – прямой или ретроградной через трахеостому;

5) о тказаться от трахеостомий по Бьерку, или подобных вмешательств с созданием «окошка», ввиду появляющихся после декануляций сужений по типу «песочных часов» даже при благоприятном стечении обстоятельств;

6) и спользовать конические термопластичные канюли или «расщепленный зонд» (отрезок термопластичной интубационной трубки), не применять металлические и жесткие пластмассовые канюли.

ТИМОМА СКОМПРОМИТИРОВАВШАЯ ВЕРХНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ.

А. Г. Магомедов, А. С. Абдулхаликов, Г. Н. Алиев, К. И. Абдулаев.

ГБУ РД «НКО «ДЦК и ССХ»,
Кафедра госпитальной хирургии ДГМА.

Цель: показать успешную операцию (тимомтимэктомию) по удалению опухоли вилочковой железы, обхватывающей ВПВ, доступом продольной стернотомии.

Материал и методика: приводим клиническое наблюдение.

Больная Т., 48 лет, поступила 30.10.2012 г. в ДЦК и ССХ с жалобами на одышку при умеренных физических нагрузках, тяжесть за грудиной, общую слабость, сердцебиение, раздражительность, головные боли,

подъемы А/Д до 150-160/90 мм. рт. ст., наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи.

Из анамнеза известно что больной себя считает около 6 месяцев, когда появились сердцебиение, слабость. Не обследовалась, не лечилась. В течение последних 2-х месяцев отмечает постепенное ухудшение состояния, наросла слабость, сердцебиение, одышка при физических нагрузках, появилось чувство сдавления шеи. При осмотре эндокринологом диагностирован аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, тиреотоксикоз легкой ст. выраженности. С 12.10.12 г. по 25.10.12 г. лечилась в отделении эндокринной хирургии, при дообследовании на КТ ОГК выявлено объемное образование переднего средостения плотно прилегающее к аорте и ВПВ – тимома? Консультирована проф. А. Г. Магомедовым, который рекомендовал после стабилизации, в эутиреозе компенсации тиреотоксикоза направить в ДЦК и ССХ для дообследования (аортография, каваграфия) и определения дальнейшей тактики хирургического лечения.

При объективном осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, бледно-розовой окраски. Шейные вены не набухшие. Отеков нет. На передней поверхности шеи имеется опухолевидное образование размерами 6,0 х 7,0 см., плотной консистенции с неровными контурами, подвижное при глотании. Аускультативно - дыхание жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет. Cor - тоны приглушены, ритмичны, ЧСС – 80 в мин., PS - 80 в мин. А/Д 140/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, не увеличен. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон.

Аортография от 02.11.2012 г. *Заключение*: Аорта без особенностей.

Флебография ВПВ от 02.11.12 г. *Заключение*: опухолевидное образование коллабирует обхватывает ВПВ на 40-50 %.

06.11.2012 г. выполнена операция: «продольная стернотомия, удаление опухоли переднего средостения: тимомтимэктомия». Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи из правой плевральной полости и средостения удалены на вторые сутки, рана зажила первичным натяжением, все швы сняты на 8-е сутки. Выздоровление.

Размеры удаленной опухоли 15х10 см.

Гистозаключение: доброкачественная кортикальная тимома.

Вывод: аортография и венография (ВПВ) позволила уточнить локализацию опухоли (не прорастает в сосуды) и оптимально её удалить.

НОВЫЙ СПОСОБ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.М. Абдурахманова, М.Р. Рамазанов, М.М. Рамазанов

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей Даггосмедакадемии

В настоящее время заболеваемость раком молочной железы среди злокачественных опухолей у женщин в Российской Федерации находится на первом месте со среднегодовым приростом 2,5% (Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2013). Аналогичная ситуация наблюдается также в Дагестане.

Лечение рака молочной железы является актуальной проблемой (Семиглазов В.Ф., 2004; Пынзарь В.А. и соавт., 2006; Э.А. Хишем, 2013; Lacey et al., 2009).

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения рака молочной железы символами $T_{2\text{-}3}N_{1\text{-}2}M_0$ путём разработки нового способа мастэктомии.

Материал и методы исследования.

Мастэктомии по поводу рака молочной железы выполнены у 35 женщин после предоперационной гамма-терапии и химиотерапии. Из них в контрольную группу вошли 20 больных, а в основную группу – 15.

На дооперационном этапе применяют такую уточняющую диагностику, как УЗИ, маммография, компьютерная томография, цитологическое исследование пунктата опухоли и лимфоузлов, трепанбиопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием, диагностику сторожевого лимфоузла и другие современные исследования.

Во время операции применяли такую уточняющую диагностику, как трансиллюминационное исследование, определяли насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, люминесцентный метод для выявления распространённости рака молочной железы, лимфографию с помощью метиленового синего, срочное цитологическое и гистологическое исследование.

Критериями включения пациентов в исследования были наличие рака молочной железы, информированное письменное согласие пациента на участие в данном исследовании.

Критериями исключения больных из исследования составили: тяжёлая почечная или печёночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, отказ пациента от участия в данном исследовании.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Statistica 6,0 (Stat. Soft Inc., США). Количественные сведения представлены в виде средних значений и их стандартных отклонений (M±m).

Статистическую значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента, которую оценивали на уровне P<0,05.

Результаты исследований и их обсуждение.

Существующие на сегодняшний день операции по поводу рака молочной железы как мастэктомии по W. Halstrem (1889), P.Patey (1948), J. Urban (1951), O. Wangensteen (1952), С. Холдину (1955), H. Auchincloss (1963), J. Madden (1973), А.Х. Исмагилову (1998), О.Б. Дружкову (1999) и другие имеют свои недостатки:

1) во время операции не выясняют распространённость рака молочной железы;

2) при наличии подключичного сторожевого лимфоузла отвести грудные мышцы полностью не удаётся ассистенту для выполнения лимфаденэктомии.

Сущность предложенной нами мастэктомии при наличии сторожевого лимфоузла в подключичной области заключается в следующем:

Производят разрез кожи вокруг молочной железы, отступив от края опухоли на 5 см. Кожные края отсепарируют. Пересекают поверхностную фасцию груди по краю большой грудной мышцы и обнажают эту мышцу. Мобилизуют большую грудную мышцу и пересекают её. Затем пересекают малую грудную мышцу. Края мышцы отводят в сторону крючком. Выполняют лимфографию с помощью метиленового синего. Вместе с клетчаткой включают в препарат подключичные лимфоузлы. Во время операции с помощью трансиллюминации проверяют наличие очагов рака в большой и малой грудных мышцах. Применяют люминесцентный метод для выявления очагов рака в большой и малой грудных мышцах, просвечивая ультрафиолетовыми лучами большую и малую грудные мышцы. Производят срочное цитологическое и гистологическое исследования кусочков подмышечных и подлопаточных лимфоузлов. Восстанавливают целостность большой и малой грудных мышц, накладывая швы на месте пересечения грудных мышц при отсутствии в них очагов рака. Нами подана заявка на патент в Патентный институт.

Способ создает адекватный доступ к подключичным лимфоузлам молочной железы, исключает наличие метастазов и очагов рака молочной железы в большой и малой грудных мышцах. Сохраняется эстетический вид после операции.

Предложенный нами способ имеет следующие преимущества.

1. Большую и малую грудные мышцы исследуют в проходящем свете и применяют люминесцентный метод для изучения этих мышц на предмет наличия очагов рака в этих мышцах.

2. Производится интраоперационная лимфография с помощью метиленового синего.

3. Производят срочное цитологическое и гистологическое исследование биоптатов, взятых с подозрительных участков на наличие очагов рака или метастазов в грудных мышцах.

4. Пересекая большую и малую грудные мышцы, создается оптимальный доступ для подключичной лимфаденэктомии.

5. После пересечения большой и малой грудных мышц, а также подключичной лимфаденэктомии. восстанавливают целостность грудных мышц путем узловых швов, что создает лучший эстетический вид, и не наблюдается свисание плеча в послеоперационном периоде.

6. Исключается лимфостаз верхней конечности за счет сращения кожи с подключичными, подмышечными сосудами и сдавления рубцов на эти сосуды.

Осложнений после выполнения мастэктомий по предложенной методике у 15 больных не было. Из 20 больных контрольной группы у 3 больных установлена лимфоррея, у 2 больных – рецидив рака.

Вывод:

Предложенный способ мастэктомии улучшает результат лечения рака молочной железы при наличии метастаза рака в подключичном лимфоузле символами $T_{2-3}N_{1-2}M_{0.}$

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЕ СИНДРОМЫ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

М.Р. Абдуллаев, И.И. Магомедов.

Кафедра хирургии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ГБОУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. Показания к резекции желудка (РЖ) и технические детали её выполнения тщательно разработаны и описаны многими поколениями хирургов. РЖ стала распространённой и признанной операцией при осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Несмотря на достижения современной желудочной хирургии, в 3 - 4% случаев после РЖ наблюдаются постгастрорезекционные синдромы (ПГРС). После РЖ возникают новые анатомо-физиологические взаимоотношения между органами ЖКТ, приводящие к расстройству пищеварения, патофизиологическим и патоморфологическим изменениям. Причинами развития ПГРС являются неправильное определение показаний к операции при ЯБЖ и ДПК, экономная РЖ с оставлением секреторной зоны желудка, технические ошибки при наложении ГЕА, ГДА и другие дефекты в оперативной технике. Дальнейшее изучение причин развития ПГРС, их профилактика, разработка и внедрение в практику оптимальных способов повторных реконструктивных оперативных вмешательств при ПГРС – актуальные задачи хирургии.

Цель исследования – оптимизация диагностики и хирургического лечения ПГРС.

Материал и методы. Обобщён опыт клиники по диагностике и хирургическому лечению сложного контингента больных с ПГРС, разработаны практические рекомендации для хирургов по лечебной тактике и технике выполнения повторных операций на культе желудка. Для изучения причин развития и характера ПГРС анализированы клинические наблюдения, охватывающие 98 больных, подвергнутых в клинике повторным реконструктивным оперативным вмешательствам по поводу ПГРС за 38 лет (1977- 2015 годы). Анализированы истории болезней, протоколы первичных и повторных операций, выполненных у этих больных, ближайшие и отдалённые результаты их лечения. С диагностической целью у больных ПГРС применялись фиброэзофагогастроскопия, контрастное рентгенологическое исследование пищевода, культи желудка, кишечника, УЗИ, КТ, клинические и биохимические лабораторные исследования. Повторные операции на культе желудка выполнялись больным с ПГРС при неэффективности интенсивной комплексной консервативной терапии. Многие больные с ПГРС после тщательного обследования и уточнения диагноза (рефлюкс-эзофагит,

рефлюкс-гастрит, хронический гастрит культи желудка, демпинг-синдром лёгкой степени, рецидивная язва культи желудка, ГЕА, ГДА) и проведения интенсивного консервативного лечения выписаны с выздоровлением или значительным улучшением на амбулаторное и санаторно-курортное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 98 больных с ПГРС, подвергнутых в клинике повторным реконструктивным операциям на культе желудка, мужчин было 91 (92,9%), женщин – 7 (7,1%), их возраст – от 30 до 70 лет. Наиболее частым показанием к повторной операции на культе желудка явилась рецидивная язва ГЕА(49), осложнённая пенетрацией в соседние органы, кровотечением, желудочно-тонкокишечно-ободочным свищом, в т.ч. у 4 больных на почве синдрома Цоллингера- Эллисона. На втором месте по частоте среди показаний к повторным операциям на культе желудка оказалась непроходимость ГЕА вследствие рубцового стеноза, грубой спаечной деформации анастомоза (22). У 10 больных развился рак культи желудка, у 5 – непроходимость ГДА и у 4 – рецидивная язва ГДА после РЖ по Бильрот – у 1, у 4 – синдром приводящей петли, у 4 – демпинг - синдром тяжёлой степени. Выбор способа, объёма и характера повторной операции на культе желудка проводился индивидуально с учётом тяжести и характера имеющейся патологии, возраста и общего состояния больного, сопутствующих заболеваний. 46 больным произведена ререзекция желудка (РРЖ) с наложением ГЕА по Ру; 10 – РРЖ с наложением нового ГЕА по Гофмейстеру-Финстереру (Г-Ф); 6 больным, помимо РРЖ с формированием ГЕА по Ру, произведена резекция поперечной ободочной кишки с наложением трансверзостомы; 4 – помимо РРЖ произведена резекция поперечной ободочной кишки с формированием трансверзотрансверзо анастомоза; 20 – выполнен передний впереди-ободочный ГЕА с межкишечным брауновским анастомозом, 6 – произведена реконструкция ГЕА по Ру; 4 – с рецидивными язвами культи желудка и ГЕА на почве синдрома Цоллингера-Эллисона выполнена гастрэктомия с наложением эзофагоеюноанастомоза с формированием анастомоза по Ру, в т.ч.1 больному произведена резекция поджелудочной железы с ульцерогенной аденомой;4 – с тяжёлым демпинг-синдромом произведена операция Захарова (гастроеюнодуоденопластика), восстановлен пассаж через ДПК, 1 – гастротомия и ушивание кровоточащей язвы ГЕА. Из 98 повторно оперированных больных умерло 3(3,1%). Один больной после РЖ по способу Г - Ф повторно оперирован вследствие непроходимости ГЕА, произведена РРЖ по Ру. При повторной релапаротомии у него обнаружен тромбоз брыжеечных артерий, некроз почти всей тонкой и слепой кишок. Ввиду обширности поражения, ограничились введением в брыжейку гепарина, дренированием брюшной полости. Больной умер. У второго больного после РЖ развилась рецидивная язва ГЕА, желудочно-тонкокишечно - ободочный свищ. Ему произведены РРЖ с наложением ГЕА по Ру и резекция поперечной ободочной кишки с формированием

трансверзостомы. У этого больного развился послеоперационный перитонит, полиорганная недостаточность, приведшая к летальному исходу. У третьего больного после РЖ по Б – 2 развилась рецидивная язва ГЕА, осложнённая кровотечением. С целью гемостаза ему была произведена релапаротомия, гастротомия, ушивание кровоточащей язвы. После повторной операции развились ДВС-синдром, геморрагический шок, приведшие к летальному исходу.

Выводы.

1. Несмотря на современные достижения желудочной хирургии у 3 - 4% больных после РЖ наблюдаются ПГРС.

2.Многолетний опыт нашей клиники, основанный на более тысячи операций РЖ, показывает, что правильный отбор больных на операцию при осложнённой ЯБЖ и ДПК, скрупулёзное выполнение классических приёмов техники РЖ дают определённую гарантию благоприятных ближайших и отдалённых результатов лечения.

3. Выбор оптимального варианта повторной реконструктивной операции на культе желудка – сложная и трудная задача, а безукоризненное техническое исполнение её требуют от хирурга высокой квалификации, умения правильно ориентироваться в возникших новых сложных топографо – анатомических взаимоотношениях органов, найти и качественно выполнить нестандартные оптимальные интраоперационные решения в каждой конкретной ситуации. Поэтому повторные реконструктивные операции на культе желудка при ПГРС должны выполнять высококвалифицированные специалисты, обладающие достаточным опытом в желудочной хирургии.

4.Сдержанное отношение к определению показаний к РЖ по поводу осложнённой ЯБЖ и ДПК, тщательная мобилизация ДПК в самом начале операции, осторожное выделение язвы из воспалительного инфильтрата, наложение швов на культю ДПК после иссечения рубцово-изменённых тканей, отказ от РЖ для выключения при кровоточащих дуоденальных язвах и обязательное привлечение к операции в сложных ситуациях и повторных операциях наиболее опытных хирургов на фоне интенсивного общего лечения позволили за последние годы вдвое снизить процент послеоперационных осложнений и летальности при ПГРС.

5. Больные, перенесшие повторные операции на культе желудка нуждаются в диспансерном наблюдении, санаторно-курортном, диетическом лечении и рациональном трудоустройстве

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

М.Р. Абдуллаев, И.И. Магомедов

Кафедра хирургии педиатрического, стоматологического и медико – профилактического факультетов ГБОУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. Увеличение количества операций на жёлчных путях за последние годы сопровождается ростом частоты развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). Термин «постхолецистэктомический синдром» не совсем удачный, так как он не расшифровывает причины патологии, а объединяет группу симптомов, часто совершенно не связанных с перенесенной операцией ХЭ. По литературным данным, частота ПХЭС колеблется от 10% до 20%. Профилактика ПХЭС, его своевременная диагностика и эффективное лечение – актуальные задачи хирургии.

Цель исследования – анализ причин развития и профилактика ПХЭС, оптимизация его диагностики и хирургического лечения.

Материал и методы. Анализированы наблюдения, охватывающие 250 больных с ПХЭС, лечившихся в клинике за 37 лет (1978 – 2015). Мужчин было 93(37,2%), женщин – 157(62,8%).Для выявления причин развития и характера ПХЭС изучены истории болезней, протоколы операций, результаты дооперационных клинических, рентгенологических, УЗИ, КТ, эндоскопических и лабораторных исследований. Во время повторной операции производились холангиография, мануальная, визуальная и инструментальная ревизия жёлчных протоков и БДС.

Результаты исследования и их обсуждение. Наблюдались две группы больных с ПХЭС: а) **истинный ПХЭС –** у 146 (58,4%) больных – действительно связан с произведённой операцией ХЭ (резидуальный или рецидивный холедохолитиаз, стеноз терминального отдела холедоха и БДС, механическая желтуха, оставление длинной культи пузырного протока и части шейки жёлчного пузыря и т.д.); б) **ложный ПХЭС –** у 104(41,6%) больных – не связан с перенесенной операцией ХЭ, а обусловлен сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, которые не были выявлены до первой операции панкреатитом(40), гепатитом(20), холангитом(18), дуоденостазом (9), пиелонефритом (9), гастритом(6), дуоденитом(2). У больных с ПХЭС клиника придерживалась дифференцированной лечебной тактики. Всем 104(41,6%) больным с ложным ПХЭС проведено соответствующее консервативное лечение, они были выписаны с улучшением на амбулаторное лечение. Дифференциальная диагностика ПХЭС проводилась по результатам комплексного клинического,

рентгенологического, УЗИ, КТ, лабораторного, эндоскопического исследований печени, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, пищевода, желудка и ДПК. У части больных истинная причина ПХЭС выявлялась только во время повторной операции с помощью субоперационной холангиографии, инструментальной ревизии жёлчных протоков. У 155(62 %) больных ПХЭС развился после срочных ХЭ, у 95 (38%) – после плановых ХЭ. Сроки возникновения ПХЭС были разные – от 1 месяца до 20 лет после перенесенной операции ХЭ. Основными причинами возникновения ПХЭС являлись тактические и технические ошибки хирургов, допущенные при выполнении ХЭ, и не выявленные до первой операции сопутствующие заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Нередко причиной ПХЭС служили не дефекты диагностики и технические погрешности во время первой операции, а позднее обращение больных с ЖКБ, калькулёзным холециститом, когда у больного выявлялся запущенный осложнённый патологический процесс: острый обтурационный калькулёзный гангренозный холецистит, холедохолитиаз, рубцовый стеноз (непроходимость) терминального отдела холедоха и БДС, механическая желтуха, билиарный цирроз печени, эмпиема жёлчного пузыря, перихолецистит, перивезикальный абсцесс. Все 146 (58,4%) больных с истинным ПХЭС оперированы в сроки: до 6 месяцев после первой операции – 50,от 6 месяцев до 1 года – 47,от 1 года до 10 лет – 45,от10 до 20 лет – 4. Характер повторных операций: по поводу рубцового стеноза терминального отдела холедоха и сфинктера Одди в сочетании с резидуальным или рецидивным холедохолитиазом, осложнённым механической желтухой, оперированы 65 больных, им произведены ХЛТ+ ХДА. 11больным устранена механическая желтуха, вызванная резко выраженным спаечным процессом подпеченочного пространства, рубцовой стриктурой и деформацией желчных протоков, восстановлен пассаж жёлчи, 5 больным устранён рестеноз ранее наложенного ХДА, 3 больным удалены оставленная часть шейки желчного пузыря с камнями, 1 больной удалена оставленная длинная культя пузырного протока. Из 5662 больных, оперированных в клинике по поводу ЖКБ, острых и хронических холециститов и их осложнений, умерло 20 (0,4%). После повторных операций на жёлчных путях наблюдались осложнения: печёночная недостаточность(6), острый панкреатит(3), холангит(3), жёлчный перитонит(3), поддиафрагмальный абсцесс(1), нагноение раны(1). Причины смерти: жёлчный перитонит, полиорганная недостаточность, инфаркт миокарда, эндотоксический шок, ОССН, ТЭЛА.

Выводы.

1.Для предупреждения ПХЭС необходимо тщательное дооперационное и интраоперационное обследование больных, повышение квалификации хирургов, качества выполнения лапароскопических и лапаротомных

оперативных вмешательств на жёлчных путях, своевременное распознавание и эффективное лечение ранних и поздних послеоперационных осложнений.

2. Целесообразно деление ПХЭС на: а) истинный ПХЭС, действительно связанный с дефектами оперативной техники перенесенной операции ХЭ (оставление длинной культи пузырного протока и части шейки желчного пузыря, нераспознанные камни холедоха, стеноз терминального отдела холедоха и БДС, повреждение холедоха, опухоли билиарного тракта, гепатопанкреатодуоденальной зоны); б) ложный ПХЭС, не связанный с перенесенной операцией ХЭ, а обусловленный не распознанными до и во время ХЭ сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

3.Операции при ПХЭС относятся к категории сложных и продолжительных, сопряжены с определенными техническими трудностями и должны выполняться высококвалифицированными специалистами, имеющими значительный опыт в билиарной хирургии, способными найти и качественно выполнить оптимальные интраоперационные решения в нестандартных ситуациях.

ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЁЛЧНЫХ ПУТЯХ

М.Р. Абдуллаев, И.И. Магомедов

Кафедра хирургии педиатрического, стоматологического и медико – профилактического факультетов ГБОУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. За последние годы внимание хирургов к жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) и холециститам резко возросло. Это объясняется значительным увеличением числа больных с этой патологией, улучшением диагностики, повышением хирургической активности, увеличением количества интраоперационных и послеоперационных осложнений, постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). Холецистэктомия (ХЭ) в возникновении в последующем клинически выраженных расстройств особой роли не играет. Хотя ХЭ сопровождается нарушением нейрогуморальной регуляции процессов жёлчеотделения, изменениями давления в гепатобилиарной и панкреатодуоденальной системах, однако компенсаторные возможности организма обеспечивают достаточно быструю адаптацию к новым условиям. Удаление жёлчного пузыря, пораженного патологическим процессом, патогенетически вполне обосновано и оправдано, поскольку направлено на ликвидацию источника болевого синдрома, очага эндогенной инфекции и интоксикации, профилактику тяжёлых осложнений: механической желтухи, гнойного холангита, билиарного панкреатита,

злокачественного перерождения жёлчного пузыря. Профилактика, своевременное выявление и эффективное лечение осложнений в билиарной хирургии – актуальная проблема.

Цель исследования – оптимизация диагностики и хирургического лечения больных ЖКБ, холециститами, анализ причин интраоперационных и послеоперационных осложнений в билиарной хирургии, разработка и внедрение в практику эффективных методов их профилактики, диагностики и лечения.

Материал и методы. Анализированы клинические наблюдения, охватывающие 5662 больных с ЖКБ и холециститами в возрасте от 17 до 85 лет, оперированных в клинике за 37 лет (1978- 2015), в т. ч. 978 (17,3 %) больных оперированы по поводу острого калькулёзного холецистита, 4684 (82,7%) – по поводу хронического калькулёзного холецистита. Среди больных 75 % женщин, 25% мужчин. Для выявления причин имевших место интраоперационных и послеоперационных осложнений изучены истории болезни, протоколы операций больных, оперированных по поводу ЖКБ, острого и хронического холециститов, результаты УЗИ, КТ, рентгенологических, фиброэзофагогастродуоденоскопических, клинических, биохимических лабораторных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационные и ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения, потребовавшие релапаротомии, релапароскопии, наблюдались у 109(1,9 %) больных. Повреждение холедоха произошло у 11 больных, из них у 5 – при коротком и широком пузырном протоке, наличии плотного воспалительного инфильтрата у шейки желчного пузыря с переходом на гепатодуоденальную связку. У них на 3-5 день после ХЭ, в связи с механической желтухой или обильным жёлчеистечением по дренажной трубке, произведена релапаротомия, восстановление целостности холедоха на дренаже Кера. У 5 больных повреждение холедоха распознано интраоперационно, целостность и проходимость протока восстановлена. У 1 больной повреждение холедоха возникло при ЛХЭ, что привело к жёлчному перитониту. На 5-й день после ЛХЭ произведена лапаротомия, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости. У 1 больной после ЛХЭ развился серозно-фибринозный перитонит, потребовавший релапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. Все 12 больных выздоровели. Жёлчный перитонит после ХЭ, ХЛТ, ХДА наблюдался у 18 больных. Дренажная трубка, подведённая к Винслову отверстию, не функционировала и жёлчь из ложа жёлчного пузыря, культи пузырного протока или не состоятельных БДА поступала в брюшную полость. У 1 больной трубка, введённая после ХЭ в холедох для дренирования по Пиковскому, выпала и жёлчь вытекала в брюшную полость, что привело к жёлчному перитониту. Им произведена экстренная микролапаротомия в правой подвздошной области, при

обнаружении жёлчи выполнялась релапаротомия, ушивание ложа жёлчного пузыря, реклипирование культи пузырного протока. После устранения причины перитонита, проведения перитонеального диализа, санации брюшной полости оба поддиафрагмальных, подпечёночное, подвздошные, и Дугласово пространства, и дренировали через контрапертуры. Длительное наружное истечение жёлчи без явлений перитонита наблюдалось у 13 больных: у 1 – вследствие полного пересечения холедоха, у 8 – из-за резидуального холедохолитиаза, у 4 – из-за сдавления холедоха дренажной трубкой, после подтягивания которой на 2-3 см жёлчеистечение прекратилось. Внутрибрюшное кровотечение имело место у 19 больных, из них у 10 – во время операции при выделении жёлчного пузыря из воспалительного инфильтрата, у 5 – вследствие соскальзывания лигатуры с культи пузырной артерии, у 2 – кровь затекала в брюшную полость из ложа жёлчного пузыря и у 1 – из раны передней брюшной стенки, у 1 – было повреждение стенки воротной вены. Произведено сдавление пальцами гепатодуоденальной связки, эвакуация крови из подпечёночного пространства, наложение дополнительной лигатуры на культю пузырной артерии, ушивание дефекта стенки воротной вены. У 2 больных во время ЛХЭ из ложа желчного пузыря и при выделении шейки жёлчного пузыря из воспалительного инфильтрата возникло кровотечение, остановленное путём лапаротомии. У 2 больных после ЛХЭ возникло кровотечение из ложа жёлчного пузыря, произведена релапароскопия, из брюшной полости эвакуирована кровь, осуществленно повторное клипирование культи пузырной артерии. Ложе жёлчного пузыря повторно коагулировано. После лапаротомной ХЭ у 1 больной возникла гематома передней брюшной стенки, произведена ревизия раны, гемостаз. У 8 больных после лапаротомной ХЭ разошлись швы на апоневрозе, произошла эвентрация. Релапаротомия, пластика брюшной стенки по Кунцу обеспечили большинству выздоровление. 1 больная на 5-й день после ЛХЭ умерла от ТЭЛА. У 46 больных из-за наличия массивного спаечного процесса в брюшной полости и воспалительного инфильтрата у шейки жёлчного пузыря с переходом на гепатодуоденальную связку начатая ЛХЭ не удалась, ХЭ завершили лапаротомным способом. У 1 больной при ЛХЭ обнаружена опухоль тонкой кишки, произведена лапаротомная ХЭ, резекция тонкой кишки с энтероэнтероанастомозом. Раннее послеоперационное внутрибрюшное кровотечение было обусловлено ДВС-синдромом (2), затеканием крови из контрапертурной раны (2), ушитой ложи жёлчного пузыря (1). У всех больных произведена релапаротомия + гемостаз + санация + дренирование брюшной полости. У 5 больных во время лапаротомной ХЭ обнаружены гнойники (нагноившаяся киста поджелудочной железы – 2, перивезикальный абсцесс – 2, холангиогенный абсцесс печени – 1), которые вскрыты и дренированы. Послеоперационные внутрибрюшные гнойники наблюдались у 8 больных: абсцесс печени(1), поддиафрагмальный абсцесс(3),

подпечёночный абсцесс(3), абсцесс полости малого таза(1). Они повторно оперированы на 5-7 день с благоприятными результатами. У 8 больных при выделении деструктивно изменённого жёлчного пузыря из инфильтрата вскрылся перивезикальный абсцесс. У 7 больных наблюдался острый гнойный послеоперационный холангит, проведено консервативное лечение. Из 8 больных с послеоперационным панкреатитом у 2 потребовалась повторная операция. В последние годы в клинике все больные с острыми и хроническими холециститами оперируются видеолапароскопическим способом, за исключением тех больных, у которых до операции выявлены механическая желтуха, холедохолитиаз, стеноз терминального отдела холедоха и БДС. Они оперировались лапаротомным способом, кроме ХЭ им выполнялись по показаниям ХЛТ, ХДА и другие БДА. По поводу послеоперационных осложнений повторно оперированы 252 больных, из них умерло 7(2,8%).Причины смерти: жёлчный перитонит, полиорганная недостаточность, инфаркт миокарда, эндотоксический шок, септический шок, ОССН, ТЭЛА.

Вывод. Для предупреждения осложнений во время и после ХЭ необходимо тщательное дооперационное и интраоперационное обследование больных, повышение квалификации и мастерства хирургов, качества выполнения лапароскопических и лапаротомных оперативных вмешательств на жёлчных путях, своевременное распознавание и эффективное лечение ранних и поздних послеоперационных осложнений.

ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М.М.Магомедов, Г.М.Исмаилов

ГБОУ ВПО «ДГМА»

Кафедра хирургии ФПК и ППС.

Актуальность. В настоящее время актуальным остается вопрос об оперативном лечении пациентов в возрасте 70-80 лет. Особенно сложные клинические ситуации возникают при вентральных грыжах больших и гигантских размеров. Несмотря на успехи анестезиологии и реаниматологии, появление новых технологий в герниологии, летальность в старшей возрастной группе после плановых операций, особенно при грыжах больших и гигантских размеров, продолжает оставаться высокой, составляя от 7% до 20%. Это объясняется тем, что при герниопластике часто не учитываются особенности старческого организма больного, а также характерные изменения в тканях передней брюшной стенки. Важно также учитывать и большое число

сопутствующих заболеваний. Таким образом, лечение послеоперационных вентральных грыж у пациентов пожилого и старческого возраста представляет сложную проблему, связанную с выбором оптимальной методики размещения эндопротеза при больших и гигантских послеоперационных грыжах.

Цель. Проанализировать применение различных вариантов размещения эндопротеза в лечении больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж у гериатрических больных и установить характер нарушений метаболизма соединительной ткани в клеточных культурах фибробластов кожи, апоневроза и жировой ткани.

Материал и методы. Клиническое исследование основано на оценке результатов хирургического лечения 58 больных с грыжами передней брюшной стенки. Из них мужчин – 26, женщин – 32. Возраст составил от 60 до 83 лет. При этом все пациенты были разделены на 3 группы: первая – 20 больных с изолированной интраабдоминальной пластикой, вторая – 28 больных с предбрюшинной пластикой, третья – 10 больных с надапоневротической и комбинированной пластикой. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологии. Всем больным использовалась методика обратно-транскриптазной полимеразной цепной реакции фенотипирования клеточных культур. Иммуноцитохимическим методом изучена экспрессия коллагена III типа и матриксной металлопротеиназы 1 и 2 типов в различных клеточных культурах пациентов с послеоперационными грыжами, для установления характера нарушений метаболизма соединительной ткани в клеточных культурах фибробластов кожи, апоневроза и жировой ткани.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде проводили раннюю активизацию пациентов(через сутки после операции). Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 3 лет. Из числа оперированных пациентов (n=58) рецидивы отмечались у 6. Причинами рецидивов были отрыв края эндопротеза от места его фиксации и нагноение послеоперационной раны. Все пациенты были оперированы повторно. Во всех случаях применялась протезирующая герниопластика с интраабдоминальным расположением эндопротеза. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента. Причина смерти – тромбоэмболия легочной артерии. Установлены общие закономерности, присущие первичным культурам клеток мезинхимального происхождения, указывающие на нарушения метаболизма соединительной ткани у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Выявлена единая динамика снижения экспрессии коллагена III типа и рост металлопротеиназы 1 типа при пассировании клеток фибропластического дифферона in vitro. Особенно характерные изменения в снижении динамики экспрессии коллагена и рост металлопротеиназы

наблюдались у больных старше 70 лет с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Комбинированная герниопластика является наиболее предпочтительной, поскольку удается восстановить целостность передней брюшной стенки собственными тканями, укрепляя ее эндопротезом. Однако при больших и гигантских размерах грыжевых ворот велика вероятность формирования подкожных сером, инфицирования раны, и этот вид пластики в большей степени подвержен влиянию внутрибрюшинного давления. При изолирующей интраабдоминальной герниопластике имеется возможность беспрепятственно устанавливать эндопротез за края грыжевых ворот, что является существенным моментом в уменьшении влияния внутрибрюшинного давления на пластику, контакт сетки с сальником значительно уменьшает проявления экссудации в послеоперационном периоде, а отрицательным моментом является размещение в брюшной полости и отставание интенсивности репаративных процессов.

ХАРАКТЕР МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Г.М.Исмаилов, Р.Э.Магомедбеков, М.М.Магомедов

Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. Проблема грыжеобразования продолжает привлекать пристальное внимание широкого круга хирургов, несмотря на усилия, направленные на улучшение результатов абдоминальных оперативных вмешательств, от 5% до 11% лапаротомий осложняются грыжеобразованием.

Цель исследования – оценить характер морфофункциональных изменений в тканях при формировании жидкостных образований в послеоперационной ране у пациентов после грыжесечения с использованием синтетических эндопротезов.

Материал и методы. Объектом исследования были ткани брюшной стенки, окружающие жидкостное образование, иссеченные при оперативных вмешательствах у 18 пациентов с осложнениями в раннем послеоперационном периоде после грыжесечений.

Фрагменты стенок полостного образования фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, после проводки в спиртах заливали в парафин и изготавливали серийные срезы толщиной 5–7 мкм, которые окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизон, пикрофуксином и фуксеином и изучали с помощью светового и

конфокального микроскопа.
Результаты. Характер морфофункциональных изменений в тканях при формировании жидкостных образований в послеоперационной ране у пациентов после грыжесечения соответствует острому течению или обострению хронического воспаления, что выражается в образовании соединительно-тканой капсулы и экссудации.

Причиной образования остаточных полостей в подкожной клетчатке и появления в них скопления жидкости – экссудата – является нарушение кровоснабжения глубоких слоев (ниже поверхностной фасции) подкожной клетчатки, вследствие ее отслойки на значительной площади от поверхности апоневроза и отсутствие ее плотного прилегания к нему после операции.
Заключение. У пациентов после грыжесечения с использованием синтетических эндопротезов образование остаточных полостей связано с недостаточной фиксацией кожно-подкожного лоскута и нарушением кровоснабжения подкожной клетчатки.

РЕКОНСТРУКЦИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Y-ОБРАЗНОГО ДРЕНАЖА

М.А. Алиев, Р.Т. Меджидов, Р.З. Магомедов, Р.С. Султанова

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Реконструктивно-восстановительный этап операций на желчных протоках (ЖП) нередко завершается наружно-внутренним либо наружным дренированием билиарного тракта (БТ).Для этого используются дренажи различных конструкций.

Цель исследования – оценить позитивные и негативные стороны применения Y – образных дренажей в хирургии ЖП.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 35 пациентов с патологией внепеченочных желчных путей , где были исследованы Y – образные дренажи.

Ятрогенное повреждение ЖП во время холецистэктомии имеет место у 24(68,5%) пациентов. По классификации Э.И. Гальперина, тип «+2» имеется у 7 (29,0%) пациентов, «+1» – у 6(25%), «0» – у 4(16,6%), «-1» – у 3(12,6%).

Повреждение правого долевого протока – у 3(12,6%) и у 1(4,2%) пациентки – боковое повреждение гепатохоледоха. В 11(31,5%) наблюдениях имелась окклюзия ЖП. У 3(27,2%) – опухоль Клацкина 1 типа(по Bismuth-Corlette), в 1(9,0%) случае – опухоль желчного пузыря с центральной

обструкцией БТ. В остальных 7(63,8%) случаях имелась рубцовая доброкачественная стриктура ЖГ1. Обструкция на уровне конфлюенса отмечена в 2 наблюдениях, гепатохоледоха – в 5. Билиодигестивные анастомозы с использованием Y- образных дренажей выполнены в 26(74,3%) наблюдениях: бигепатикоеюностомия – в 14 случаях, гепатикоеюностомия – в 12. В формировании билиодигестивных анастомозов использовались изолированная по РУ петля тощей кишки длиной не менее 80см. В 8(22,9%) наблюдениях при отсутствии диастаза между концами протоков петли мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру были формированы билио-билиарные анастомозы. В 1(2,8%) случае проведено ушивание стенки гепатикохоледоха. Группа сравнения составила 30 пациентов, которым были использованы дренажи другой конфигурации.

Результаты

Интраоперационные осложнения не отмечены. В послеоперационном периоде желчеистечение по улавливающим дренажам и формирование билиом в зоне операции в основной группе больных не отмечены, тогда как в группе сравнения данные осложнения имелись у 4(13,3%) пациентов. Раневые осложнения отмечены в основной группе у 3(8,0%) пациентов, в контрольной – у 7(23,3%). Осложнения системного характера в основной группе пациентов имелись в 6,2% случаев, в контрольной – в 10,0%. Сроки госпитализации пациентов в контрольной группе были достоверно больше, чем в основной. В отдаленном периоде рестеноз в основной группе отмечен в 3(8,2%) случае, в контрольной – в 4(13,3%). Летальных исходов в группах сравнения не имелось.

Заключение

Использование Y-образного дренажа в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей значительно снижает число послеоперационных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ МАЛЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ CL И CE1-ТИПА

И.Г.Ахмедов, А.М. Абдуллаев

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

В связи с частым выявлением мелких кист в печени, а также высокой вероятностью их паразитарного происхождения в эндемичных по эхинококкозу регионах, становится актуальной разработка тактики лечения при них.

Цель исследования – разработка оптимальной лечебной тактики при выявлении малых кист печени CL и CE1-типа (по ВОЗ).

Материал. Изучены результаты лечения 142 пациентов с эхинококковыми кистами печени CL и CE1-типа размерами не более 40 мм. Больные были распределенны в две группы: а) группа с активной тактикой лечения – 94 пациента; б) группа с выжидательной тактикой ведения – 48 больных.

Результаты. В первой группе для лечения назначалось несколько курсов албендазола в дозе 10-13 мг/кг/сут. в течение 28-30 суток. Тактика назначения курсов зависела от размеров кисты и результатов первого курса лечения. В 13 случаях лечение албендазолом сочетали с чрескожным пункционным вмешательством. Средний размер кисты на момент начала лечения составил 24,5±7,8 мм. Медикаментозное лечение привело к заметному уменьшению размеров и изменению структуры содержимого кист в 64 (68,1%) случаях. Исчезновение кист или полное рассасывание жидкостного компонента было характерно при минимальных (до 1-1,5 см) размерах кист (у 18 (18,1%) пациентов). Отсутствие существенных изменений размеров и структуры кисты наблюдалось в 12 (12,8%) случаях. Отрицательной динамики не наблюдалось ни у кого.

Разработаны стандарты применения выжидательной тактики: оптимальные размеры кисты печени для выполнения эхинококкэктомии – 5-7 см; оптимальный интервал для оценки динамики изменений в кисте – 6 месяцев; оптимальный метод оценки динамики развития кисты – УЗИ. Суть выжидательной тактики (во второй группе) заключалась в оценке динамики изменений размеров и структуры кисты при повторных (1 раз в 6 месяцев) исследованиях. Исходя из этих данных, принималось решение о продолжении наблюдения или выполнении хирургического вмешательства. Средний размер кисты на момент ее обнаружения составил 25,5±7,2 мм. По достижении кистами размеров 5,9-8,2 см выполнены хирургические вмешательства у 41 пациента. Длительность периода ожидания хирургического вмешательства (в оперированных случаях) составила в среднем 21,8±4,9 месяцев. Дооперационных осложнений не было отмечено ни у одного из больных.

Заключение. С учетом схожести диагностических, лечебных и прогностических особенностей целесообразно деление кист на: малые – до 3,5 см, средние – от 3,5 до 7 см, большие – от 7 см и более. Выжидательная тактика лечения при эхинококковых кистах печени может быть клинически обоснована при малых размерах кист. Оптимальными для хирургического вмешательства при выжидательной тактике являются размеры кист в 5-7 см. Активная лечебная тактика при малых размерах эхинококковых кист печени должна учитывать сложность верификации паразитарного характера кисты. Успешное лечение и благоприятный эффект терапии албендазолом при малых кистах печени может быть достигнуто в 84,2% случаев. Устойчивость эффекта

лечения необходимо отслеживать в течение нескольких лет ультразвуковым мониторингом за размерами и структурой кисты. Исчезновение или рубцевание кист в течение ближайших одного-двух лет после лечения наблюдается в 38,8% случаев, причем, в большей степени при сочетании терапии албендазолом и чрескожного пункционного лечения. Достоверных отличий в показателях качества жизни при медикаментозном лечении и выжидательной тактике не выявлено.

ПЕРВИЧНЫЙ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ПОЛИОРГАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ: АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

И.Г.Ахмедов, С.П.Патахов.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Республика Дагестан является эндемичным регионом по эхинококкозу. Заболеваемость этим недугом за последние годы стабилизировалась на цифрах 7-8,5 на 100000 населения, что в несколько раз выше показателя в других регионах России и приближается к показателю в Средней Азии. Наблюдается относительное уменьшение числа осложненных форм, обусловленное ранней диагностикой заболевания. Вместе с тем нередко стали выявляться случаи с первичным диссеминированным поражением нескольких органов, тактика лечения при которых не разработана. Мы считаем, что в силу специфических особенностей может быть введен термин «генерализованный эхинококкоз».

Материал. За последние два года мы наблюдали 4 случая первичного эхинококкоза, при которых поражение органов носило генерализованный характер. Все больные – женщины 6, 22, 23 и 27 лет. Диагноз подтвержден при КТ. Во всех случаях кисты локализовались в обеих легких, печени и селезенке. Число кист не подлежало счету. Все кисты соответствовали CL и (редко) CE1-типу (по ВОЗ). Размеры большинства кист не превышали 4 см.

Результаты. Одна пациентка 23 лет была прооперирована, однако удаление части кист легкого не решило проблему лечения больной. В последующем она получила 3 курса лечения албендазолом. Остальным трем пациенткам проведено только медикаментозное лечение. Во всех случаях имела место положительная динамика.

Заключение. Более эффективной оказалась тактика предварительного медикаментозного лечения с последующим решением вопроса о необходимости хирургического или малоинвазивного вмешательства в отношении отдельных кист со слабой динамикой.

Топография эхинококковых кист в легких и печени с течением времени несколько меняется, что необходимо учитывать при сравнительной оценке динамики отдельных кист.

На фоне медикаментозного лечения отмечается существенное различие динамики каждой из кист.

Для эхинококковых кист легких, по сравнению с эхинококковыми кистами печени, характерна более интенсивная динамика размеров и деструктивных изменений.

Прикорневые кисты легких на фоне лечения, как правило, подвержены прорыву в бронх и откашливанию хитиновой оболочки. Для оценки устойчивости положительной динамики требуется наблюдение в динамике в течение не менее 5 лет.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Х.А.Бациков, М.М.Магомедов, П.М.Нурмагомедова, Д.М.Дамадаев

Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. Острая кишечная непроходимость, несмотря на широкий арсенал диагностических средств и динамично развивающиеся комплексные методы лечения, продолжает занимать одно из первых мест по летальности и осложнениям среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Цель исследования – состояние иммуноглобулин-интерлейкинового комплекса сыворотки крови больных с острой кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде и его коррекция с эндолимфатическим введением цитофлавина.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 30 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН), которые были разделены на 2 группы:

1) контрольная (15 больных, получивших традиционное комплексное лечение).

2) основная (15 больных, дополнительно получивших цитофлавин эндолимфатическим введением).

Эндолимфатически введено 10 мл цитофлавина, ежедневно в течение 7 суток. Среди обследованных были лица обоего пола в возрасте от 20 до 76 лет, среди них мужчин – 18 (60%), женщин – 12 (60%), средний возраст составил 42,7, ± 8,3 лет. Изучено влияние комбинированного лекарственного средства цитофлавина на содержание в крови иммуноглобулинов и интерлейкинов больных с ОКН в стадии энтеральной недостаточности. В сыворотке крови

твердофазным иммуноферментным методом определяли содержание JgG, JgM, JgA, ФНОα (фактор некроза опухоли), ИЛ - 1β, ИЛ - 4, ИЛ - 6, ИЛ - 8, ИЛ - 10.

Результаты. У больных ОКН в послеоперационном периоде наблюдались значительные изменения со стороны иммунной системы, которые характеризовались увеличением концентрации JgA, ФНОα, а также снижением уровня JgG, JgM в сыворотке крови. Установлено, что уже с 1-х суток послеоперационного периода отмечается повышение содержания, как провоспалительных (ИЛ - 1β, ИЛ - 6, ИЛ - 8) и резкое снижение противовоспалительного (ИЛ - 10) цитокина крови у больных. При традиционном лечении на 3 - 7-е сутки данные изменения сохранялись, что свидетельствует о продолжающихся явлениях системной воспалительной реакции, тогда как в группе больных, где проводилось эндолимфатическое введение цитофлавина, исследуемые показатели приближались к нормальным.

Заключение. Проведенное комплексное лечение больных ОКН с применением эндолимфатического введения цитофлавина способствует нормализации иммуноглобулинового и интерлейкинового потенциала крови в раннем послеоперационном периоде, что указывает на возможность его применения в качестве метаболического иммуномодулятора.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов,А.М.Абдулжалилов, М.А.Магомедов, А-К.Г.Гусейнов

ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП» (главврач-док.мед.наук. М.Р.Иманалиев), Даггосмедакадемия (ректор-Д.Р.Ахмедов).

Актуальность. Наиболее частыми причинами летального исхода пациентов с панкреонекрозом являются внутрибрюшные гнойные осложнения. Известно целое множество способов интраабдоминальнойдетоксикации при распространенных формах перитонита. В связи с отсутствием обоснованной логистики проведения перитонеальноголаважа у пациентов с распространенным панкреатогенным перитонитомвысокоэффективная методика детоксикациине получила широкого применения в клинической практике.

Материал и методы. Доля пациентов с тяжелым и крайне тяжелым панкреатитом с последующим развитием панкреонекроза по данным нашей клинике имеет тенденцию к росту. В 2012г. их было 11 (20,0%) пациентов из

55, в 2013г. – 15 (21,7%) из 69. Все пациенты в день госпитализации получали общепринятое консервативное лечение (голод, холод на эпигастральную область,дренирование желудка, спазмолитики, антибиотики, инфузионная, антиферментная терапия иантисекреторная терапия и т.д.), а хирургическое лечение (лапароскопическое дренирование брюшной полости) по показаниям в соответствие с национальными клиническими рекомендациями по лечению острого панкреатита. Послеоперационная летальность среди пациентов с панкреонекрозом составила 33,3%, т.е. умирает каждый третий пациент с панкреонекрозом. Причиной летального исхода у всех пациентов явилась полиорганная дисфункция с развитием недостаточности. С 2014г. впервые в нашей республике была внедрена новая методика интраабдоминальнойдетоксикации при лечении пациентов с тяжелым панкреатитом и панкреонекрозом. Сущность методики заключается в следующем: выполняется диагностическая лапароскопия, эвакуируют перитонеальный экссудат, в поддиафрагмальные пространства, левый боковой канал, малый таз справа и под корень мезоколон устанавливают силиконовые дренажи с боковыми отверстиями. К концу операции все дренажи закрывают, кроме дренажа, установленного под корнем брыжейки мезоколон. По последнему в брюшную полость вводят 1,5 л физиологического раствора, затем пациента переводят в отделение реанимации, где через 30 минут дренажи открывают на самотек. В последующие дни перитонеальныйлаваж повторяют ежедневно: все дренажи закрывают, а через дренаж, установленный под корнем мезоколон, вводят до 4-5 литров физиологического раствора хлорида натрия. После завершения введения диализного раствора дренажи открывают на самотек. При правильнойустановке дренажей диализный раствор полностью вытекает из брюшной полости, что позволяетв виду разницы градиента концентрациипровести эвакуацию токсинов и панкреатических ферментов из крови и брюшной полости по дренажам наружу, что позволяет снизить ферментную токсемию,эндогенную интоксикацию и микробную контаминацию брюшной полости, улучшить микроциркуляцию органов брюшной полости, улучшить утилизацию кислорода тканями.

Результаты: У пациентов после пролонгированногоперитонеального диализа в течение 3-4 суток уменьшаются клинические признаки эндогенной интоксикации и внутрибрюшной гипертензии, снижается интенсивность болевого синдрома, в более ранние активизируется моторно-эвакуаторная активность желудочно-кишечного тракта, снижается дебит кишечного зонда, ускоряется рассасывание парапанкреатического воспалительного инфильтрата, снижается лейкоцитоз и лейкоцитарный индекс интоксикации.

Вывод. Пролонгированный перитонеальный диализ у пациентов с панкреонекрозом в раннем послеоперационном периоде является высокоэффективным способом интраабдоминальнойдетоксикации,что

позволяет рекомендовать его для широкого применения в хирургических отделениях при лечении пациентов с панкреатогенным перитонито\

СПОСОБ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСОКПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

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

ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП» (главврач – док.мед.наук. М.Р.Иманалиев),
Даггосмедакадемия (и.о.ректор- проф. Д.Р.Ахмедов).

Актуальность. При эмпиеме желчного пузыря с целью облегчения лапароскопическойхолецистэктомии(ЛХЭ) хирургу приходится пунктировать желчный пузырь и эвакуировать его содержимое. При этом теряются анатомическая граница между стенкой желчного пузыря и тканью печени, что повышает вероятность повреждения печени и стенки желчного пузыря, которые сопровождаются кровотечением, выпадением конкрементов, инфицированием брюшной полости (И.В.Верзакова с соавт., 2014).

Цель исследования. Разработать способ и исследовать эффективностьремоделирования желчного пузыря для предупреждения интраоперационных осложнений при ЛХЭ у пациентов с деструктивным холециститом.

Материал и методы. При лечении 35 пациентов нами при ЛХЭ разработан и внедрен в клиническую практику способ ремоделирования желчного пузыря. У всех пациентов с деструктивным холециститом для облегчения захвата напряженной и инфильтрированной стенки желчного пузыря пунктировали толстой иглой желчный пузырь, эвакуировали инфицированное содержимое, промывали просвет антисептическим раствором. Наши наблюдения также показали, что после аспирации содержимогожелчного пузыря теряются визуальные границы между его стенкой и тканью печени, что способствовало при ЛХЭ повреждению печени, перфорации стенки желчного пузыря с выпадением конкрементов, инфицированием брюшной полости его содержимым, устранение которых занимает значительное время, увеличивает длительность операции и наркоза, повышает физическую усталость оперирующей бригады, снижает производительность труда и экономическая эффективность, повышаются затраты на ЛХЭ.Сущность предлагаемого нами способа заключается в следующем: после удаления пункционной иглы из просвета желчного пузыря, пункционное отверстие в стенке последнего расширяют с помощью электрокоагулятора до 0,5см, в его просвет через один из 5 мм портов вводят катетер Фолея 16 fr, затем раздувают манжету катетера до оптимальных для

оперирующего хирурга размеров желчного пузыря и выполняют субсерозную ЛХЭ.

Результаты. При использовании нашего предложения для ЛХЭ у пациентов с деструктивным холециститом значительно облегчается выполнение операции, нивелируются технические сложности, характерные для ЛХЭ у пациентов с деструктивным холециститом с утолщенной ригидной стенкой, сокращается продолжительность операции и наркоза, что не безразлично для пациентов не только пожилого и старческого возраста, но и экономически эффективна.

Обсуждение результатов. При использовании предлагаемого нами способа ремоделирования желчного пузыря у пациентов с деструктивным холециститом после пункции и аспирации содержимого при ЛХЭ позволяет воссоздать форму и объем желчного пузыря, что позволяет сократить время операции и наркоза, избежать перфорацию желчного пузыря во время операции.

Вывод. Ремоделирование желчного пузыря у пациентов с деструктивным холециститом после аспирации его содержимого позволяет нивелировать технические трудности ЛХЭ и предупредить интраоперационные осложнения.

ЭКСТРЕННАЯ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов, Ш.М.Хандулаев

ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП» (главврач– док.мед.наук М.Р.Иманалиев),
Даггосмедакадемия (и.о.ректора- проф.Д.Р.Ахмедов).

Актуальность. В последние годы не наблюдается тенденция к снижению числа пациентов с острым панкреатитом, а среди них доля тяжелых панкреатитов, наоборот, увеличивается. Основными причинами являются поздняя обращаемость населения за экстренной хирургической помощью и недостаточная интенсивная терапия в первые сутки госпитализации в стационар. Важное значение в улучшении результатов лечении острого панкреатита имеет экстренная фиброгастродуоденоскопия и декомпрессия панкреатобилиарного дерева.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом.

Материал и методы. За последний год в нашейклинике получили лечение 195 пациентов с острым панкреатитом (контрольная группа). Среди них мужчин было 62 (31,8%), женщин – 133 (68,2%). Из них 125 пациентов

госпитализировано позже 24 часов (64,1%), т.е. больше половины пациентов обращаются за экстренной медицинской помощью позже суток после начала заболевания. Консервативное лечение получили 168 (86,1%) пациентов, хирургическое – 27 (13,7%).В данной группе пациентов выполняли следующие оперативные вмешательства: в первую неделю (22,7%) – лапароцентез, лапароскопия. В течение второй недели (44,3%) - холецистэктомия, дренирование холедоха, третьей недели (33,2%) - вскрытие и дренирование инфицированных постнекротических кист панкреас, вскрытие и дренирование парапанкреатических абсцессов, формирование анастомоза кисты с ЖКТ. За 6 мес. 2015 г. в клинике прошли лечение 113 пациентов, из них оперировано 45 (39,8%). Хирургическая активность повысилась почти в 3 раза за счет выполнения экстренной фиброгастродуоденоскопии, дозированной атипичной ПСТ, кануляции главного панкреатического протока и аспирации панкреатического сока с целью декомпрессии его протоковой системы. При этом аспирировали от 1 до 5 мл панкреатического сока с хлопьями фибрина.

Результаты лечения. В контрольной группе пациентов при консервативном лечении острого панкреатита умер 1 (0,6%) пациент, хирургическом – 2 (7,4%). Общая летальность составила 1,5%. После выполнения экстренной фиброгастродуоденоскопии и аспирации панкреатического сока пациенты сразу же чувствовали облегчение общего состояния, купирование даже очень интенсивного болевого синдрома. Летальных случаев в данной группе пациентов не было. Послеоперационная летальность в основной группе пациентов составила 2(4,4%).Снижение послеоперационной летальности составила 1,7 раза.

Выводы: Применение в комплексном лечении пациентов острым панкреатитом экстренной фиброгастродуоденоскопии с кануляцией главного панкреатического протока и аспирацией панкреатического сока в день госпитализации в позволяет в короткие сроки купировать приступ панкреатита, снизить частоту панкреонекроза и улучшить результаты лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИИ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов, Ш.М.Хандулаев, М.А.Магомедов, А-К.Г.Гусейнов

ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП» (главврач– док.мед.наук М.Р.Иманалиев), Даггосмедакадемия (ректор-Д.Р.Ахмедов).

Актуальность. Многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных исследователей достоверно доказано, что в комплексном лечении

пациентов острым панкреатитом важное значениеимеет экстренная декомпрессия панкреато-билиарного дерева.

Цель исследования –исследовать эффективность декомпрессии протоковой системы панкреас на течение острого панкреатита.

Материал и методы. Интенсивный болевой синдром встречается практически у всех пациентов с острым панкреатитом. У части пациентов он менее выражен, у другой части вызывает панкреатогенный шок. Чем больше выражен болевой синдром и длительно он сохраняется, тем более выражены нарушения микроциркуляции в поджелудочной железе и значителен очаг некроза.Наиболее важной задачей при госпитализации пациента с острым панкреатитом является купирование болевого синдрома всем возможными средствами, в т.ч. - эндоскопическими. При интенсивном болевом синдроме, не купируемый наркотическими анальгетиками,пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ. В связи с отсутствием подготовленных специалистов и современного оборудования пациентам с острым панкреатитом в нашей республике проводили общепринятое лечения без эндоскопического вмешательства. В 2015г. впервые в республике Дагестан в ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП» подготовили специалиста и наладили ЭПСТ с кануляцией главного панкреатического протока и аспирацией панкреатического сока у всех пациентов с острым панкреатитом. Такое лечение провели у 15 пациентов сразу же при госпитализации в хирургическое или реанимационное отделение. При этом из панкреатического протока аспирировали от 1 до 5 мл панкреатического сока с хлопьями фибрина.выполняли после премедикации по общей анестезией.

Результаты. Экстренную ЭПСТ пациенты с острым панкреатитом переносили хорошо. Болевой синдром купировался практически на операционном столе к концу процедурыВ контрольной группе пациентов с острым панкреатитом общая летальностьдостигала 1,5%. Включение экстренной ЭПСТ в комплексном лечении пациентов с острым панкреатитом способствует не только отграничению зоны некроза железы, улучшению общего состояния в короткие сроки, сокращению сроков лечения и расходов на медикаменты, но снижению летальности.После внедрения ЭПСТ летальных случаев среди пациентов с острым панкреатитом не было, что свидетельствует о высокой его эффективности.

Вывод: Наши наблюдения и результаты исследования других авторов свидетельствуют о том, что экстренная эндоскопическая декомпрессия протоковой системы панкреас способствует значительному повышению эффективности комплексного консервативного лечения пациентов острым панкреатитом и снижению летальности.

ДИАГНОСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Х.А.Бациков, П.М.Нурмагомедова, М.М.Магомедов, Д.М.Дамадаев

Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. Проблема диагностики и эффективности лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) остается актуальной, далекой от окончательного разрешения. На современном этапе можно с уверенностью утверждать, что в основе прогрессирования энтеральной недостаточности и развития фатальных осложнений лежит реакция системной воспалительной реакции, которая инициируется инфекционным агентом и полноценно не контролируется собственной иммунной системой.

Цель исследования – изучить показатели дисфункции эндотелия при острой кишечной непроходимости и оценка возможного их использования для прогнозирования гнойных осложнений.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 28 больных с острой кишечной непроходимостью в возрасте от 18 до 70 лет. Мужчин – 18, женщин – 10. Проведено перспективное исследование показателей эндотелиальной дисфункции – количества циркулирующих эндотелиальных клеток и концентрации стабильных продуктов деградации монооксида азота в крови больных с острой кишечной непроходимостью в различных стадиях энтеральной недостаточности. В качестве контроля использовали результаты исследования 8 доноров. Оценка чувствительности и специфичности методов прогнозирования и диагностики нарастающей энтеральной недостаточности проводилась при помощи ROC - анализа.

Результаты. При энтеральной недостаточности I стадии наблюдалось статистически значимое увеличение количества циркулирующих эндотелиальных клеток и уровня нитратов/нитритов в крови в 1,6 раза по сравнению с показателями доноров ($p = 0,0054$; $p = 0,209$.)

У больных ОКН с энтеральной недостаточностью II стадии явления энтеральной дисфункции носили более выраженный характер, однако при интенсивном лечении имели тенденцию к регрессу. У больных ОКН с энтеральной недостаточностью III стадии отмечалась отрицательная динамика, характеризующаяся ростом количества циркулирующих эндотелиальных клеток. Прогностическим критерием развития инфицирования и развития перитонита при ОКН с энтеральной недостаточностью является уровень нитратов/нитритов в крови $>$ 37 мкМ/л (чувствительность – 87,9%, специфичность – 69,7%, AUC = 0,8, $p = 0,0410$). Диагностическим признаком энтеральной недостаточности III стадии и нарастающего перитонита является наличие в крови пациента с ОКН 40 и более циркулирующих в крови

эндотелиальных клеток в 100 МКл плазмы (чувствительность – 89,1 %, специфичность – 91,2 %, AUC = 0,918, p = 0,001).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности исследования дисфункции эндотелия путем определения количества циркулирующих эндотелиальных клеток в крови у больных с ОКН как метода прогнозирования гнойных осложнений

СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.Д.Дибиров, Р.С. Османов, Б.М.Курбанов, Н.И.Магомедов, Г.Г.Мухтаров

Городская больница № 1 г. Махачкалы
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения сочетанных заболеваний, проведенного в разное время в Больнице скорой медицинской помощи и больнице №1 г. Махачкалы.

У 6 больных холедоходуоденальные свищи обусловлены язвенной патологией. У 3 из них на операции обнаружены холедоходуодено-, холедохожелудочные свищи. Им выполнена резекция желудка, разъединение свищей и холедоходуоденостомии. У 2 больных дуоденальные язвы, пенетрирующие в гепатодуоденальную связку и холедох, осложнились обтурационной желтухой. Диагноз верифицирован до операции при холангиографии и УЗИ. Резекции желудка и холедоходуоденостомии закончились благоприятно.

У одного больного с низкой дуоденальной язвой во время открытой обработки культи двенадцатиперстной кишки обнаружено аномальное впадение холедоха в пилорический отдел желудка. Здесь также выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру и холедоходуоденостомия.

У одного больного деструктивный калькулезный холецистит осложнился прорывом околопузырного абсцесса на переднюю стенку грудной клетки на уровне VIII межреберья по передней аксиллярной линии и в ампулу двенадцатиперстной кишки. Подобного наблюдения мы в доступной мировой литературе не нашли.

При прорыве абсцесса и в первое время после него выходили фрагменты конкрементов. К врачу пациент обратился лишь спустя два года ввиду безуспешности консервативного лечения.

У пациента наличие дуоденопузырнодиафрагмальноплевротора-кального свища доказано фистулографией и клиническим наблюдением. На операции диагноз подтвержден; желчный пузырь был замурован спайками между печеночным углом толстой кишки, большим сальником и двенадцатиперстной кишкой, содержал пигментный камень диаметром 2 см и сообщался с двенадцатиперстной кишкой.

Дефект луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,8 см ушит. Желчный пузырь удален комбинированно, частично кускованием. Внутреннее отверстие наружного свища в межреберье также ушито. Послеоперационный период гладкий.

Холедоходуоденальные свищи после резекции желудка, по нашему материалу, отмечены у 3 больных. У одного больного желчный свищ ликвидирован сшиванием концов холедоха на Т-образном дренаже. Двум другим наложены холедоходуоденостомии. Больные выздоровели.

Учитывая, что язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нередко сопутствуют заболевания органов гепатобилиарной системы (по нашим данным, в 5% случаях), считаем в показанных случаях возможными одновременные оперативные вмешательства и на желчных путях.

Довольно часто в своей практике хирург сталкивается с сочетанием вентральных грыж, возникших по разным причинам, и холециститом. Мы наблюдали подобное сочетание у 7 больных.

В одном случае имели место илеостома после удаления опухоли кишки и калькулезный холецистит. Выполнена ликвидация стомы и холецистэктомия. В другом случае язва двенадцатиперстной кишки сочеталась с эхинококковой кистой селезенки. Выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру и спленэктомия.

Послеоперационный период у всех больных гладкий.

Отдельно изучены результаты выполненных в городской больнице №1 лапароскопических операций при сочетанных заболеваниях у 191 больного, что составило 14,1% от общего количества эндовидеохирургических операций (1355).

Операции выполнялись после традиционных общеклинических исследований.

Очередность выполнения этапов эндовидеохирургических вмешательств определялась во время обзорной лапароскопии. Предпочтение отдавалось вмешательствам на менее инфицированном органе, при благоприятных условиях в плановой хирургии выполнялись сначала более быстрые этапы симультанных операций, учитывалась вероятность вынужденной конверсии доступа.

Локализацию и количество троакарных доступов, расположение монитора и хирургической бригады также определялось по субоперационным находкам.

Длительность операции зависела от характера основного и сочетанных заболеваний, при этом больше времени занимали операции протезирующей герниопластики, санации заболеваний генитальной сферы, при наличии выраженного спаечного процесса. Характер сочетанных поражений в наших наблюдениях позволял в показанных случаях выполнение симультанной операции чрезбрюшинным стандартным доступом.

Обязательным условием ставили УЗИ органов брюшной полости на 2-3 сутки после операции.

Наиболее часто выполненная операция – холецистэктомия в сочетании с энтеролизом по поводу межорганных спаек – 103 (54,0%) наблюдения. Спайки были вызваны, помимо основной патологией, гинекологическими операциями и заболеваниями (39) и аппендэктомией (22) в анамнезе. На втором месте пупочное и паховое грыжесечение – по 41 (21,5%) и 6 (3,1%) случая соответственно. Грыжесечение заключалось в субперитонеальной фиксации эндопротеза узловыми швами.

В 28(14,6%) случаях выполнено удаление фолликулярных кист яичников и кистоаденом больших размеров в 2 случаях из них.

В 11 (5,6%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с аппендэктомией по поводу хронического аппендицита с обработкой культи наложением погружного кисетного шва (викрил 3,0).

В одном случае выполнена лапароскопическая герниопластика и иссечение забрюшинной кисты больших размеров (0,6%) и в одном случае – лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с иссечением кисты правой почки (0,6%).

Результаты. Выполненные нами симультанные операции при сочетании двух и более заболеваний брюшной полости не привели к ухудшению ближайших и отдаленных результатов оперативных вмешательств, отнюдь, у этих больных значительно легче протекал послеоперационный период и сократилось время пребывания в стационаре, так как исключалась вторичная госпитализация и дополнительная операция. Итак, каких- либо послеоперационных осложнений после симультанных традиционных и лапароскопических операций нами не отмечено, за исключением 4(1,9%) случаев нагноения раны.

Выводы.

1. Анализ результатов показывает, что симультанная операция не приводит к повышению степени хирургической агрессии в сравнении с изолированными операциями при одном заболевании.

2. Выполнение симультанных операций позволяет избавиться сразу от нескольких заболеваний, отпадает необходимость повторных операций и наркозов,

несколько раз сокращаются сроки пребывания больных на койке и больничном листе.

ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В ЛОР-ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

З.З. Дибиров, С.О. Султанмурадов, А.З. Абдулатипов

Детская республиканская клиническая больница им. Н.М.Кураева

Актуальной проблемой у детей является хронический гнойный средний отит,который сопровождается снижением остроты слуха, периодическим или постоянным гноетечением, стойкой перфорацией барабанной перепонки и чреват осложнениями – холестеатомой, тромбозом сигмовидного синуса, парезом или параличом лицевого нерва, лабиринтитом, внутричерепными осложнениями (менингит, субдуральные и эпидуральные абсцессы, абсцессы головного мозга и мозжечка).

До недавнего времени в нашем отделении проводили радикальные операции с применением стамесок и молотка, и смыслом операции являлась санация хронического очага инфекции. Настоящая методика отличается тем, что применяется микроскоп, микромоторные системы и микроинструментарий.

Цель исследования – сравнительный анализ предлагаемых методик, их результаты и травматичность.

Материалы и методы

В ЛОР-отделение поступила больная Кулиева, 8.11.2007г., с диагнозом «хронический гнойный средний отит слева». В отделении больная обследована, сделана КТ височных костей, на которой выявлено: костная часть пирамид височных костей нормально развита и симметрична. Внутренние слуховые проходы имеют четкие контуры и четко определяются с обеих сторон, имея нормальную форму и диаметр. Ячейки сосцевидного отростка справа нормально развиты, с четкими контурами и наполнены воздухом. Наружный слуховой проход слева без особенностей. В нижних отделах барабанной полости слизистая утолщена, с содержимым пониженной плотности. Пневматизация воздухоносных ячеек сосцевидного отростка слева не определяется, ячейки не визуализируются, представлены полостным образованием, заполненным содержимым пониженной плотности. Передняя стенка сосцевидного отростка деформирована, истончена, целостность нарушена.

На аудиограмме снижение остроты слуха по кондуктивному типу в пределах 60 дб. Левосторонняя кондуктивная тугоухость 2 ст.

Результаты исследования и их обсуждение

Впервые в Дагестане была выполнена операция антромастоидотомия с созданием малой тимпанальной полости, с оссикулопластикой и с тимпанопластикой. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 6 день после операции сняты швы с раны, больная выписана домой.

Заключение

Преимуществом этой методики является применение микроскопа,что дает более четкую картину операционного поля.Применение микромоторной системы и микроинструментов позволяет выполнять более полноценную санацию полостей среднего уха и сосцевидного отростка. И что очень важно операция является слухоулучшающей.

НАШ ОПЫТ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

А.Г.Жахбаров, С.М.Махачев, Р.З.Саидова, А.А.Жахбаров, А.Н.Чудинов

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО « Дагестанская государственная медицинская академия»
ГБУ «Республиканская детская клиническая больница»

После удаления костных опухолей челюстей ребенка еще нельзя считать до конца здоровым, так как любое удаление костной опухоли всегда сопровождается образованием остаточного дефекта. Поэтому этот контингент больных автоматически переходит в группу больных с дефектами челюстей, требующую дальнейшего реконструктивного и реабилитационного лечения.

В нашем докладе мы постарались проанализировать и обобщить наш многолетний опыт использования костнопластического материала при восстановительных операциях челюстей после удаления опухолей и опухолеподобных образований, посттравматических и врожденных дефектах.

Показаниями к костной пластике нижней челюсти являются послеоперационные дефекты с нарушением непрерывности кости.

В процессе роста лицевого скелета, при наличии костного дефекта, оставшаяся часть нижней челюсти как бы распрямляется под тягой жевательных мышц и теряет свойственный ей изгиб в подбородочном отделе. Помимо этого, деформируется и верхняя челюсть за счет развития зуб-альвеолярного удлинения в месте, противоположном дефекту челюсти, если реконструктивное вмешательство не проводится в течение нескольких лет, то на стороне дефекта нижней челюсти меняет свое положение и деформируется

скуловая кость. Кроме того, развивается и стойкая дисфункция жевательных и мимических мышц, атрофия мягких тканей лица и шеи в области рубца, которые невозможно устранить после отсроченной костной пластики.

Изменение внешнего облика ребенка вырабатывает у него чувство собственной неполноценности, что приводит к патологической реакции поведения в детском коллективе. Это обстоятельство способствует расширению показаний к реконструктивным операциям на челюстях в детском возрасте. Наш клинический опыт подтверждает, что костная пластика челюсти должна быть произведена ребенку независимо от возраста.

Большая часть оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области выполняется сейчас с применением различных материалов для костной пластики. Медицина шагнула далеко вперед в плане биотехнологий в этой области, прогресс, происходящий на наших глазах, впечатляет. Сейчас встает вопрос об адекватном восстановлении утраченных костных структур и их полноценном функционировании. Однако, несмотря на множество внедрений в этой области, идеального материала для костной пластики по-прежнему не существует. Значит в каждой конкретной клинической ситуации врач должен выбирать какой способ лечения будет оптимальным для конкретного клинического случая, исходя из особенностей патологического процесса, течения заболевания и тяжести состояния больного, а также от наработанного опыта в хирургии. В стоматологии и челюстно-лицевой хирургии операции с применением костной пластики характеризуются рядом особенностей (высокая вероятность инфицирования раны, приживления трансплантируемого материала, сложная форма дефекта) и значительным разнообразием клинических вариантов, требующих зачастую и принципиально разных подходов в лечении.

Любой остеопластический биоматериал, применяемый в клинической практике, должен соответствовать следующим принципиальным требованиям:

-биологическая совместимость;

-безопасность для пациента;

-адекватность тому органу или его части, который подлежит восстановлению, с гарантией органотипичной регенерацией кости;

-стойкость достигнутого анатомического, функционального и косметического результата.

Международное обозначение различных видов пересадки тканей

Современное название	Старое название	Содержание термина
Аутотрансплантация	Аутотрансплантация	Пересадка собственной ткани, взятой с одного участка и пересаженной на другой одного и того же человека
Аллотрансплантация	Гомотрансплантация	Пересадка ткани от человека к человеку
Изотрансплантация	Изотрансплантация	Пересадка ткани от донора, генетически идентичного реципиенту, от одного близнеца к другому
Ксенотрансплантация	Гетеротрансплантация	Пересадка ткани от животного к человеку
Имплантация	Аллотрансплантация	Пересадка в костную рану исскуственного синтетического материала

Опухолевые заболевания часто являются показанием к резекции костного органа. Данные операции выполняют, в частности, при доброкачественных новообразованиях, отличающихся высокой частотой рецидивирования (амелобластомы, остеобластокластомы и кератокисты больших размеров).

После организации отделения нейро-челюстно-лицевой хирургии при ДРКБ с 2005 по июль 2015 года, т.е. в течение 10 лет, по поводу образований, повреждений и врожденных дефектов челюстно-лицевой области выполнено 131 операций. Из них на нижней челюсти – 69, на верхней челюсти – 56, нижней стенке орбиты – 4, скуловой дуге – 2.

Аутопластика нижней челюсти выполнена в 18 случаях, эндопротезирование – в 4 случаях, аллопластика (гомокость) – в 1 случае.

Во всех случаях при аутопластике, кроме 2, мы использовали полноценное (не расщепленное) ребро. В 2 случаях использован гребень подвздошной кости и малоберцовая кость.

При аллопластике мы использовали донорскую кость (нижняя челюсть).

При эндопротезировании использовались титановые эндопротезы.

Костная пластика нижней челюсти выполнена при опухолях и опухолеподобных образованиях у 23 больных, из них по поводу амелобластомы – у 8 больных, остеобластокластомы – у 10 больных, обширных кист у 5 больных. Большинство больных были в возрасте 7-12 и 12-15 лет, что совпадает с наиболее высокой частотой костных опухолей в детском возрасте.

Остеопластика может быть как одномоментной, так и отсроченной.

Во всех случаях мы применяем одномоментную костную пластику, так как она имеет свое преимущество перед отсроченной, т.к. ребенок избавлен от дополнительной травмы – повторной операции. В то же время мы не оспариваем отсроченный метод костной пластики, если он обоснован.

Фиксацию трансплантата в области воспринимающего ложа мы производим с помощью минипластин, что способствует плотному контакту трансплантата с краями сохранившихся костных фрагментов, предварительно укладывая подготовленный трансплантат внакладку на наружную поверхность концов отломков, на сформированную заранее «площадку», как на трансплантате, так и на концевых фрагментах челюсти. Дополнительная фиксация, при наличии у больного зубов, производится с помощью шинирования по Айве.

Послеоперационное ведение больного предусматривает профилактику различного рода осложнений (образование гематомы, пневмония, пневмоторакс, остеомиелит и отторжение саженца). Для профилактики гематом в ране оставляем перчаточный выпускник на 24-72 часа и слегка давящую повязку, а также холод в первые сутки по 30 мин через каждый час. Кроме этого, мы обеспечиваем покой операционной ране на месте взятия саженца и области замещаемого дефекта челюсти. После резекции ребра мы накладываем тугую циркулярную повязку. Больной в обязательном порядке получает плановое обезболивание. Для профилактики гнойных осложнений больной получает антибактериальную терапию.

Швы снимаются на 8-9 сутки, шины через 1,5 месяца, накостный фиксирующий аппарат через 3 месяца.

Больные после выписки наблюдаются у стоматолога и получают ортодонтическое лечение.

Таким образом, наш опыт проведенных костно-пластических операций на челюстно-лицевой области говорит в пользу аутоостеопластики: высокая биосовместимость с тканями воспринимающего ложа, отсутствие реакций иммунологической несовместимости, хорошо выраженный остеорепаративный потенциал.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ГНОЙНИКА ПЕЧЕНИ

М.З Загидов., А.М. Загидова, С.К. Чопалаева

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Гнойники легко ранимой, рыхлой паренхимы печени быстрыми темпами увеличиваются в размерах, часто и в ранние сроки осложняются прорывом в брюшную полость. Этому способствует наличие в печени множества мелких трубчатых структур с нежными стенками, расплавляющихся под действием повышения количества протеолитических ферментов при гнойно-некротическом процессе. Содержимое их частично изливается в полость гнойника, что приводит к резкому повышению давления в его полости и способствует прорыву. Нарушение целостности стенки гнойника печени наступает в более истонченных его участках, располагающихся в разных его зонах, с излиянием содержимого в брюшную полость. Развивается перитонит, отличающийся склонностью к быстрому прогрессированию и распространению.

Учет характера прорыва, форм развившихся внутрибрюшинных осложнений позволил нам выделить три типа прорыва, ряд особенностей патологического процесса в брюшной полости. Три типа классификации входящих в нашу классификацию, в которой различаются следующие формы: спонтанный прорыв в брюшную полость; микроперфорация с формированием осумкованного поддиафрагмального, подпеченочного гнойников; перфорационное отверстие, прикрытое соседними органами.

Гнойники печени с внутрибрюшными прорывами подлежат срочному хирургическому лечению. Единственным эффективным методом лечения гнойников печени, осложненных спонтанным прорывом в брюшную полость, является срочное дренирование.

Хирургические вмешательства при прорыве гнойников печени в брюшную полость должны быть индивидуальными, их характер определяет объем полости гнойника, ее расположение, состояние краев перфорационного отверстия, размеры и локализация. Вместе с этим необходимо учесть состояние окружающих органов, особенно большого сальника. Ревизия органов брюшной полости должна быть выполнена максимально осторожно, особенно надо сохранять сращения вокруг печени – они способствуют отграничению гнойного процесса, препятствуют распространению перитонита. Их разъединение может служить причиной возникновения сложной нестандартной хирургической ситуации.

При оперативном лечении прорвавшихся в брюшную полость гнойников печени одновременно необходимо решить ряд разнопрофильных, весьма сложных задач, суть которых сводится к следующему:

- выбору рационального доступа, позволяющего исследовать печень и органы брюшной полости;
- двухмоментному лаважу брюшной полости и санации гнойника печени;
- созданию свободного внебрюшинного оттока гноя из полости гнойника печени и брюшной полости;
- активной аспирации и постоянному орошению полости гнойника печени составленным нами коктейлем, состоящим из антисептиков, антибиотиков, протеолитических ферментов, а при амебных абсцессах – амебицидных препаратов (эметин, тинидазол);
- дренированию брюшной полости;
- проведению комплексного медикаментозного лечения пораженной печени, вовлеченных в патологический процесс соседних органов;
- обеспечению функциональной полноценности жизненно важных органов;
- проведению адекватной дезинтоксикационной терапии без экстракорпоральных способов, с учетом характера стадии перитонита и фазы эндотоксического шока.

Для решения этих задач мы применяли широкую срединную или подреберную лапаротомию, позволяющую выполнить полную ревизию органов брюшной полости, печени и установить локализацию прободного отверстия, провести лечение патологического процесса, вызвавшею нагноение, в целях профилактики рецидива. Брюшная полость тщательно промывалась антисептиками. Гнойную полость санировали, опорожняли, удаляя остатки гноя и некротических масс. При перфорациях эхинококковой кисты ее полость обрабатывали антипаразитарным раствором, а при амебном абсцессе – растворами антисептиков с добавлением эметина и тинидазола. Однократным промыванием не удается полностью санировать брюшную и гнойную полости печени, а продолжающееся инфицирование ее приводит к прогрессированию перитонита при традиционном дренировании. Возникает необходимость внебрюшинного дренирования гнойника печени и брюшной полости. Дренирование прорвавшихся в брюшную полость гнойников печени по традиционному способу сохраняет продолжающее затекание гноя и инфицирование брюшной полости. Причиной этого является то, что при дренировании гнойника печени через прободное отверстие не удается создать и сохранить герметичность вокруг трубок, так как воспаленную, местами расплавленную ткань печени невозможно подтянуть к трубкам, швы прорезываются. Перфорационное отверстие имеет неправильную форму, не соответствует дренажным трубкам и между ними сохраняется зазор, по

которому затекает гной в брюшную полость, а перитонит прогрессируется. В краях, подтянутых к трубкам перфорационного отверстия, в ближайший период образуются пролежни, формируется зазор, по которому свободно затекает в брюшную полость гной, приводящие к инфицированию брюшной полости.

Для исключения инфицирования брюшной полости нами разработаны способы оперативного лечения прорвавшихся в брюшную полость гнойников печени. Первый путь – оментопластика прободного отверстия стенки гнойника и дренирования его через контрапертуру с ушиванием между собой печени и стенки живота вокруг дренажей. Для этого конец лоскута, выкроенного из большого сальника, укладывают в два слоя и П-образными швами, идущими изнутри наружу, герметично фиксируют дупликатуру сальника к внутренней поверхности гнойника вокруг перфорационного отверстия и теми же П-образными швами подшивают дупликатуру лоскута сальника, являющуюся его продолжением, к наружной поверхности гнойника вокруг прободного отверстия. Сюда же подводят страховочный дренаж на первые сутки. Способ признан изобретением и выдано авторское свидетельство N1340754. И второй путь – дренирование гнойников висцеральной поверхности и всех локализаций левой доли печени. Методики осуществления разработанных нами способов описаны выше. Способ оментоплатики прободного отверстия и дренирования через контрапертуру в прилегающий к стенке живота участок применен при хирургическом лечении осложненных спонтанным прорывом в брюшную полость крупных гнойников печени у 11 больных.

При прорыве в брюшную полость гнойников висцеральной поверхности, V и VIII сегментов и всех локализаций левой доли печени дренировать отдельным боковым доступом через межреберье, вслепую рассекать паренхиму печени недопустимо, так как велик риск повреждения крупных сосудов и желчных протоков. В подобной ситуации необходимо дренировать гнойник через прободное отверстие. Для дренирования гнойников печени подобных сложных локализаций нами разработан и применен способ транстуннельного их дренирования через прободное отверстие. Для этого выкраивали хорошо кровоснабжаемый за счет правой желудочно-сальниковой артерии лоскут по правому свободному краю большого сальника шириной 4см. Длина лоскута равна расстоянию от перфорационного отверстия до места выведения дренажей, разделенному на 2 и умноженному на 3,5 см плюс расстояние от основания лоскута до раны на месте вскрытия гнойника или перфорационного отверстия. Начальная часть лоскута сальника от его основания до прободного отверстия гнойника печени должна быть зафиксирована к неподвижному участку или органу для профилактики осложнений, попадания петель кишечника, развития непроходимости кишечника, расхождения швов, наложенных между первым витком и краем

перфорационного отверстия гнойника печени. Устанавливают дренажные трубки в полости санированного гнойника, вокруг которых витки сальника идут в виде спирали. При этом нижний край последующего витка фиксируют к вывернутому наружу и вниз на протяжении 1 см к верхнему краю нижнего витка непрерывным швом. При этом шовные каналы располагаются над цельным листком сальника, что предохраняет брюшную полость от инфицирования гноем, подтекающим мимо ниток. Последний виток сформированного канала фиксируют вместе с париетальной брюшиной к кожной ране стенки живота вокруг контрапертуры, откуда выводятся трубки. Способ признан как изобретение, авторское свидетельство № 1326254.

Он приемлем для дренирования гнойников печени, локализующихся ближе к висцеральной поверхности V-VIII сегментов и всех сегментов левой доли. Разработанные нами способы обеспечивают изоляцию полости гнойника, инфицированных дренажных трубок от брюшной полости, создавая условия для промывания обеих полостей с индивидуальным подбором антисептиков. С применением разработанных нами способов спасены все оперированные. Весьма важным, ценным приемом, повышающим эффективность разработанных нами способов, является разобщение друг от друга двух тяжелейших гнойных поражений перитонита и гнойника печени. Наличие сообщения между ними взаимно усугубляет течение гнойного процесса в обеих полостях, что приводит к углублению интоксикации, развитию новых, тяжелых общих осложнений с нежелательным исходом.

СРЕДСТВО «ИХТИОСИН» ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНО-ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Т.М.Магамедов, М.Г.Магомедов, Н.М.Магомедов

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с венозно-трофическими язвами нижних конечностей (ВТЯНК).

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 26 больных в возрасте от 57 до 93 лет с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН НК), в основе которой у 15 (57,7%) выявлена посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ), а у 11 (42,3%) – варикозная болезнь (ВБ). Продолжительность существования язв составляла от 1 года до 28 лет. Площадь их варьировала от 1 до 330 см^2. Сопутствующая патология выявлена у всех больных. 11 пациентов обратились за медицинской помощью впервые, остальные получали лечение неоднократно. Оперативное вмешательство на венозной системе выполнено 21 (80,8%), местнопластические операции – 12 (46,2%) больным.

Лечение проводилось комплексно, по трем направлениям: общая консервативная терапия; местное лечение трофических нарушений, оперативная коррекция флебогипертензии и дефекта кожных покровов.

Общая медикаментозная терапия включала применение традиционных лекарственных средств. Объем и продолжительность ее варьировала в зависимости от состояния больного и сопутствующей патологии.

Местное лечение основывалось на применении средства «Ихтиосин», состоящего из ихтиоловой мази 5-7 частей; стрептоцида 1-2 частей и масла касторового 92-93 частей. Перед перевязкой язвенная поверхность обрабатывается 3% раствором перекисью водорода (патент РФ № 2546030 от 27. 02.2015 г.).

Объем оперативного вмешательства определялся этиологией и степенью хронической венозной недостаточности.

Результаты. У всех больных удалось добиться полной эпителизации язвенного дефекта, а «спонтанное» заживление отмечено у 14 (53,9%) больных.

Трофические язвы полностью очищались от гнойно-некротического отделяемого на 4,1±0,9 сутки, сроки появления грануляций составили 3,4±0,6 суток, срок начала эпителизации – 6,1±0,6 суток, скорость заживления раневой поверхности трофической язвы составила 7,2±0,8%.

Кожная пластика выполнялась на 7,0±1,2 сутки. Полное приживление лоскутов при аутодермопластике отмечено в 98,5% случаев.

Отдаленные результаты в сроки от 6 мес. до 2,5 года прослежены у 24 больных (судьба 2-х больных не известна).

ВТЯНК зажили тонким, подвижным рубцом. Отмечено значительное уменьшение степени дерматосклероза, экзематозного дерматита, параязвенных тканей и гиперпигментации. Рецидивов язв не было.

Выводы Предлагаемый способ местного лечения ВТЯНК средством «Ихтиосин» с предварительной обработкой раневой поверхности перекисью водорода в сочетании с последующими оперативными вмешательствами, направленными на нормализацию гемодинамики в микро-гемолимфоциркуляторном русле дистальных отделов нижних конечностей, является эффективным, позволяет повысить количество положительных исходов операций по аутодермопластике и предупредить возникновение рецидивов.

ВЛИЯНИЕ ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН

Р.Э. Магомедбеков, М.М, Магомедов. К.И. Гаджиев

Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

В лечении паховых грыж, актуальным остается профилактика мужского бесплодия. Методика Лихтенштейна, несомненно, считается «золотым стандартом» в лечении паховых грыж. Однако она имеет и серьезные недостатки. К ним относятся фиброзные изменения в семенном канатике и олигоспермия, что доказано экспериментальными исследованиями. Поэтому в лечении паховых грыж все актуальнее становятся так называемые изоляционные методы герниопластики семенного канатика от сетки, так как это является превенцией мужского бесплодия.

Цель исследования – в сравнительном аспекте количественного и качественного состава сперматозоидов до и после операции Лихтенштейна и по методике Rives.

Материалы и методы. Преимущественно использовался паховый доступ. Первый этап операции не отличается от техники Бассини. Грыжевой мешок высоко перевязывается и отсекается. Поперечная фасция рассекается продольно,предбрюшинное пространство выделяется вверх и вниз до горизонтальной ветви лонной кости. Использовался титановый шелк. Титановый эндопротез размещался кзади от поперечной фасции и фиксировался несколькими трансмускулярными швами. Медиально швы проводились через прямую мышцу живота, латерально – через паховую связку и внутренние мышцы по обе стороны от семенного канатика. Поперечная фасция ушивалась над протезом. Проведена операция 15 больным. Все больные были репродуктивного возраста от 18 до 45 лет с паховыми грыжами. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 7 больных, которым была выполнена герниопластика по Лихтенштейну. Вторую группу составили 8 больных, которым была произведена герниопластика по Rives. В обеих группах произведены спермоморфологические исследования за 3 дня до операции и спустя 40 суток и 1 год после операции.

Результаты. Олигоспермия, снижение количественного и качественного состава сперматозоидов на 20-30%, выявлены только в первой группе ($p<0,01$). Во второй группе изменения отмечались только у одного больного – 15-18% количественного состава сперматозоидов. В обеих группах в течение года рецидивов грыжи не выявлено.

Заключение. Герниопластика по Rives является методом профилактики мужского бесплодия, она показана во всех случаях, при рецидивной паховой грыже, особенно в репродуктивном возрасте.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭНДОПРОТЕЗОВ.

Р.Э. Магомедбеков, М.М. Магомедов

Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – изучение показателей цитокинового профиля в сравнительном аспекте при применении различных видов эндопротезов.

Материал и методы. В исследование включено 18 пациентов с паховыми грыжами, оперированные с 2010 по 2014г. по методике Лихтенштейна. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе 10 пациентов, оперированные с использованием титанового шелка (ТШ). В контрольной группе – 8 пациентов, у которых применялись полипроленовые эндопротезы (ППРЭ). Исследования цитокинового профиля проведены в основной и контрольной группах.

Результаты. Анализируя полученные результаты, можно заключить, что применение сетчатых протезов при пластике паховых грыж позволило улучшить непосредственные результаты лечения пациентов с паховыми грыжами. Доказательством этого служит анализ продукции про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов исследуемых групп после эндопротезирования на локальном уровне, который выявил у них достоверные и серьезные различия. У пациентов с эндопротезом из титанового шелка наблюдались достоверно более низкий выброс провоспалительных цитокинов IL-6,IL-8 ,ФНО-а в раневом экссудате на всех сроках.

Заключение. Результаты проведенного исследования указывают на хорошую биоинертность эндопротеза из титанового шелка по сравнению с полипроленовым эндопротезом. Титановый шелк снижает вероятность ранних и поздних воспалительных осложнений, что является эффективной профилактикой рецидива грыж.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

А.Д. Магомедов, Б.М. Махачев, С.П. Патахов, В.Б. Балаев, А.Г. Жахбаров, И.А. Алиев

Детская республиканская клиническая больница им.Н.М. Кураева

За последние пять лет в хирургических отделениях ДРКБ им.Н.М. Кураева выполнено 3567 (2010 - 676; 2011 - 521; 2012 - 644; 2013 - 888; 2014 -

838) высокотехнологичных операций, что составляет 12,8% от общего количества операций (27802) (2010 - 12,7%; 2011 - 10,3%; 2012 - 11,4%; 2013 - 14,9%; 2014 - 13,8%), в том числе новорожденным - 255, детям грудного возраста - 866, от 1 до 14 лет - 2371, 15-17 лет - 75. За эти же годы 1020 детей направлены в Федеральные центры для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Цель исследования – анализ результатов работы отделений по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи при различных заболеваниях и пороках развития.

Материал и методы. Высокотехнологичные хирургические вмешательства выполнены при пороках развития, хирургических заболеваниях и опухолях у новорожденных головного и спинного мозга, челюстно-лицевой области, грудной клетки и органов грудной полости, пищеварительного тракта, мочеполовой системы, опорно-двигательного аппарата.

Результаты. Анализ результатов работы отделений по оказанию высокотехнической помощи при различных заболеваниях представлен в нижеследующем перечне выполненных операций:

- реконструктивно-пластические операции на печени и желчных протоках – 73;
- реконструктивно-пластические операции на тонкой и толстой кишке и промежности – 109;
- хирургическое лечение новообразований надпочечников и забрюшинного пространства – 6;
- хирургическое лечение ректовагинальных и ректоуретральных свищей – 2;
- комплексное консервативное и хирургическое лечение заболеваний крови (апластическая анемия, нарушение тромбоцитарного гемостаза, цитолитические синдромы) – 19;
- ликворошунтирующие операции при врожденной и приобретенной гидроцефалии, повторные операции – 101;
- реконструктивно-пластические операции на тонкой и толстой кишке у новорожденных (атрезия, стеноз) – 98;
- хирургическое лечение диафрагмальной грыжи, гастрошизиса, омфалоцеле у новорожденных – 64;
- хирургическое лечение атрезии пищевода у новорожденных – 71;
- реконструктивно-пластические операции при опухолях у новорожденных (тератома, брюшная полость, забрюшинное пространство) – 8;
- реконструктивно-пластические операции на почках, мочеточниках, мочевом пузыре у новорожденных – 23;
- реконструктивно-пластические операции при опухолях головы, шеи, головного мозга – 24;
- комбинированное лечение нефробластом, нейробластом - 19;

- реконструктивно-пластические операции при опухолях опорнодвигательного аппарата – 1;

- хирургическое лечение доброкачественных новообразований околоносовых пазух и основания черепа – 6;

- реконструктивно-пластические операции при пороках развития грудной клетки – 61;

- реконструктивно-пластические операции при врожденных и приобретенных деформациях стопы и кисты – 188;

- реконструктивно-пластические операции на костях верхней и нижней конечности с использованием синтетических и биологических остеозаменяющих материалов – 84;

- реконструктивно-пластические операции на органах мочеполовой системы (гипоспадия, эписпадия, экстрофия мочевого пузыря, стриктура мочеточника, уретры, врожденный гидронефроз, уретерогидронефроз, мегауретер, уретероцеле, пузырно-мочеточниковый рефлюкс) – 1895;

- рецидивные и особо сложные операции мочевой системы (перечисленные пороки, камни почек) – 12;

- реконструктивно-пластические операции при врожденных пороках развития черепно-челюстно-лицевой области (лицо, губа, небо, нос, ушная раковина) – 545;

- реконструктивно-пластические операции по устранению обширных дефектов и деформаций мягких тканей, структур головы, шеи, носа, лица, ушной раковины – 110;

- реконструктивно-пластические операции по устранению обширных дефектов лицевого скелета – 40;

- радикальная и гемодинамическая коррекция соединений магистральных сосудов (перевязка Боталлова протока при ВПС) – 8.

Выводы. Послеоперационные осложнения (1,3%) и летальные исходы (3,5%) в основном отмечены среди новорожденных с тяжелыми и сочетанными пороками развития.

Внедрение высокотехнологических оперативных вмешательств способствует уменьшению оттока больных в Федеральные центры, экономии финансовых средств.

ОЦЕНКА ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА

И.У. Магомедов, А.Г. Магомедов, А.С. Абдулхаликов, А.Т. Тучалова

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»
Республиканская Клиническая Больница

Ряд практических и теоретических вопросов, касающихся хирургии надпочечников, остаётся в настоящее время открытым. Прежде всего речь идёт о выборе оптимального оперативного доступа для борьбы с многочисленными осложнениями различного характера, возникающими при адреналэктомии. Операции на надпочечниках относятся к числу сложных, что определяется не только труднодоступностью и небольшим размером органа, близостью нижней полой вены, печени, поджелудочной железы, но и особенностями заболеваний надпочечников. Однако технология адреналэктомии, описываемая различными авторами, всегда является стандартной и отличается лишь выбранным доступом. Именно поэтому практически все публикации посвящены выбору доступа к надпочечникам. В настоящее время предложены многочисленные доступы к надпочечникам и их классификация. На выбор доступа влияют многочисленные факторы: размер опухоли, анатомо-топографические взаимоотношения с соседними органами, её гормональная активность.

В нашей работе представлен обобщенный клинический опыт лечения 84 больных с новообразованиями надпочечников с использованием торакофренолюмботомического и лапаратомического доступов. Сравнение результатов проведено в 2 группах пациентов. Из них 74 пациента оперированы торакофренолюмботомическим доступом, 10 – с использованием лапаратомического доступа. Критериями оценки степени хирургической агрессии служили размеры операционного доступа, длительность операции, объем кровопотери, выраженность болевого синдрома и волемических нарушений, количество осложнений. Лучшие результаты получены в группе больных, оперированных с использованием торакофренолюмботомического доступа при больших размерах опухоли надпочечника и прорастании в окружающие ткани и лапаратомического доступа – при небольших размерах опухоли без признаков малигнизации.

Цель исследования – сравнение результатов хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников при открытых оперативных доступах.

Материал и методы. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения проведена в 2 группах пациентов, оперированных в

отделении эндокринной хирургии Республиканской клинической больницы с 1992 по 2015 г. В первой группе сравнения 74 пациента оперированы с использованием торакофренолапаратомного доступа. Вторую группу сравнения составили 10 пациентов после лапаротомической адреналэктомии с использованием ранорасширителей Сигала (2013-2015 гг.).

Критериями оценки степени хирургической агрессии служили размеры операционного доступа и связанный с ним объем повреждаемых мягких тканей, длительность операции, объем кровопотери, выраженность болевого синдрома и волемических нарушений, количество интра- и послеоперационных осложнений. Эффективность хирургического доступа к надпочечнику оценивали с учетом ограничений для выполнения первоочередных манипуляций на центральной надпочечниковой вене. Безопасность доступов для адреналэктомии оценивали с учетом манипуляционных возможностей устранения возникающих технических затруднений.

Результаты и обсуждение. Для оптимизации показаний к выбору способа адреналэктомии у больных с новообразованиями надпочечников проведен сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения в исследуемых группах.

Наиболее частыми интраоперационными осложнениями при выполнении адреналэктомий являются кровотечения из поврежденной нижней полой вены, почечной и центральной вены надпочечника, а также из его паренхимы.

Течение послеоперационного периода в сравниваемых группах оценивали по времени пребывания больного в реанимационном отделении, наличию и длительности пареза кишечника, состоянию гемодинамики, выраженности болевого синдрома, длительности стационарного лечения, наличию послеоперационных осложнений.

Интраоперационные осложнения при открытых операциях на надпочечниках

Среди осложнений, развивающихся во время открытых операций, преобладают кровотечения из повреждённой центральной вены надпочечника или нижней полой вены, частота которых составляет около 10%. Обычно они возникают при удалении опухоли надпочечника, размеры которой превышают 5 см. Наиболее часто подобное осложнение возникает во время операции на правом надпочечнике при трансторакальном доступе. Развитие этих кровотечений обусловлено неудовлетворительными параметрами этих доступов: глубоким расположением надпочечника, острым углом наклона оси операционного действия, ограничивающим визуализацию области операции. Устранить кровотечение из повреждённых сосудов удаётся с помощью краевого сосудистого зажима, а затем сосудистого шва.

При операциях на левом надпочечнике кровотечения преимущественно отмечают в результате повреждения селезёнки (2,8% больных), реже из центральной вены надпочечника, декапсулированной почки и ложа удалённого надпочечника. Эти интраоперационные осложнения чаще наблюдают при абдоминальном доступе, который нередко применяют при больших опухолях надпочечников с подозрением на злокачественный рост с целью выполнения лимфодиссекции. Развитие этих осложнений обусловлено травматичностью и трудностью выполнения абдоминального доступа к левому надпочечнику вследствие особенностей его анатомического расположения.

Манипуляции в глубине операционной раны под острым углом наклона оси операционного действия при абдоминальных доступах к левому надпочечнику нередко приводят к повреждению хвоста поджелудочной железы (до 2,8% случаев) с последующим развитием острого панкреатита.

Профилактику и снижение частоты развития перечисленных интраоперационных осложнений достигают применением наиболее рациональных открытых доступов с большим углом наклона оси операционного действия, небольшой глубиной раны, хорошей визуализацией области операции, отсутствием необходимости в мобилизации соседних органов. Такими параметрами обладают трансторакальные доступы (преимущественно торакофренотомия в десятом межреберье), которые обеспечивают оптимальные условия для удаления опухоли надпочечника размером более 5 см независимо от её гормональной активности.

Послеоперационные осложнения при открытых операциях на надпочечниках

Чаще всего послеоперационные осложнения отмечают у больных, перенесших адреналэктомию трансторакальным доступом. Частота инфекционно-гнойных осложнений достигает 10%, лёгочных – 12%. Среди инфекционно-гнойных осложнений преобладают нагноения операционной раны, а среди лёгочных осложнений – реактивные плевриты.

При анализе различных причин инфекционно-гнойных осложнений обращает на себя внимание то, что инфицирование и нагноение раны наблюдают преимущественно у тучных больных с синдромом Иценко-Кушинга, оперированных на фоне стероидного диабета. Это чаще отмечают при адреналэктомии абдоминальным доступом, когда угол наклона оси операционного действия слишком острый, что обусловливает повышенную травматизацию тканей. Реже нагноение операционной раны отмечают при трансторакальных доступах к надпочечникам.

Лёгочные осложнения (реактивный плеврит, гиповентиляционная пневмония, пневмоторакс) в послеоперационном периоде чаще развиваются у больных при проведении адреналэктомии через торакофренолюмтомический доступ. Развитие реактивного плеврита обусловлено экссудацией плевры

вследствие операционной травмы. Это подтверждает то, что реактивный плеврит преимущественно встречают после торакофренотомии. Развитие гиповентиляционной пневмонии у больных – результат недостаточной дыхательной терапии в послеоперационном периоде.

Следует отметить, что в послеоперационном периоде после торакофренотомии в 1,7% наблюдений возможно развитие пневмоторакса. Причиной пневмоторакса после люмботомии бывает незамеченное повреждение плеврального синуса во время операции. Развитие пневмоторакса после торакофренотомии обычно связано с нарушением техники удаления дренажа из плевральной полости.

Развитие после адреналэктомии инфекционно-гнойных осложнений реже всего отмечают при торакофренотомии. Развития лёгочных осложнений после адреналэктомии через торакофренотомию в десятом межреберье можно избежать путём проведения комплексной профилактической программы.

Средняя продолжительность пребывания больных второй контрольной группы в реанимационном отделении после адреналэктомии абдоминальным доступом была около 1,0 ± 0,5 суток. У пациентов первой контрольной группы, перенесших адреналэктомию через трансторакальный доступ, это время было значительно больше и составило 2,8 ± 0,6 суток.

Выводы.

1. Операции на надпочечниках, предпринимаемые по поводу феохромоцитом, злокачественных и больших опухолей, при традиционной технологии адреналэктомии сопровождаются большим количеством интраоперационных осложнений.

2. Для профилактики синдрома «неуправляемой гемодинамики» в группе больных с феохромоцитомой и интраоперационных кровотечений в группах больных со злокачественными и большими опухолями надпочечников необходимо изменение традиционной последовательности выполнения этапов операции: прекращение кровоотока от надпочечника с опухолью должно предшествовать моменту его мобилизации, выделения и лигирования центральной надпочечниковой вены.

3. Количество рецидивов после операций, предпринятых по поводу злокачественных опухолей надпочечников, велико. Для улучшения отдалённых результатов адреналэктомий необходимо введение в методику операции онкологических приёмов: регионарной лимфодиссекции и удаления надпочечника "en bloc" с окружающей клетчаткой. Это, в свою очередь, изменяет привычную последовательность этапов операции, которая становится следующей: ревизия магистральных сосудов и зоны регионарного метастазирования, прекращение кровооттока от надпочечника без его мобилизации, удаление надпочечника "en bloc" с окружающей клетчаткой.

4. При адреналэктомии ни один из изученных доступов не обеспечивает во всех случаях технической возможности прекращения оттока крови от

надпочечника до его мобилизации путём лигирования центральной надпочечниковой вены. Выполнение этого этапа справа возможно лишь при манипуляциях на нижней полой вене, что осуществимо при применении в качестве доступов срединной лапаротомии. Слева для его выполнения необходимо манипулировать на почечной вене, что возможно при всех изученных доступах.

5. Условия срединной лапаротомии по отношению к правой надпочечниковой вене значительно ухудшаются у тучных больных с большим переднезадним размером живота и при наличии анатомических ситуаций, затрудняющих тракцию печени вверх. Параметры торакофренолюмботомии в этих случаях не ухудшаются. Однако торакофренолюмботомия является более травматичной, чем срединная лапаротомия, поэтому её применение обоснованно при локализации злокачественной или гормонально - активной опухоли справа у тучных больных, у больных с большими опухолями и оперированных на органах верхнего правого квадранта брюшной полости или перенесших воспалительные заболевания этой зоны.

6. Возможности для регионарной лимфодиссекции являются оптимальными при срединной лапаротомии как справа, так и слева. При торакофренолюмботомии слева возможности выполнения этого этапа операции ограничены, торакофренолюмботомия справа вообще не обеспечивает возможности выполнения этого этапа адреналэктомии.

7. При доброкачественной опухоли левого надпочечника больших размеров, феохромоцитоме левого надпочечника любых размеров и при отсутствии необходимости выполнения лимфодиссекции, в качестве оперативного доступа возможно выполнение торакофренолюмботомии.

8. Профилактику и снижение частоты развития перечисленных интраоперационных осложнений достигают применением наиболее рациональных открытых доступов с большим углом наклона оси операционного действия, небольшой глубиной раны, хорошей визуализацией области операции, отсутствием необходимости в мобилизации соседних органов. Такими параметрами обладают трансторакальные доступы (преимущественно торакофренотомия в десятом межреберье), которые обеспечивают оптимальные условия для удаления опухоли надпочечника размером более 5 см независимо от её гормональной активности.

9. Снижение частоты осложнений во время и после адреналэктомии можно и нужно добиваться не только путём совершенствования технологий открытых методов оперативного вмешательства, но в значительной степени путём внедрения в клиническую практику малоинвазивных и, прежде всего, эндовидеохирургических способов адреналэктомии, а также их совершенствования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОГОЭТАЖНЫМИ И ДИСТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Г.Магомедов, М.Р.Рамазанов, Т. М.Магомедов

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»
РМЦ Госпиталь ветеранов
Отделение восстановительной хирургии с наращиванием сосудов

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с многоэтажными и дистальными формами облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей путем тренировки коллатерального кровообращения (ТКК) аппаратным методом, принятой в клинике, и лазеротерапии внутривенно (ВЛОК).

Материал и методы. Анализируются результаты лечения 125 больных, находившихся в клинике общей хирургии по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. По классификации А.В.Покровского, вторую стадию ишемии имели 45 больных, третью – 65 больных, а четвертую – 15 больных.

После различных операций (симпатэктомии, тромбинтимэктомии, шунтирования, наложения артериовенозного анастомоза), выполненных в сосудистых отделениях, с прогрессированием ишемии нижних конечностей поступило 78 больных. У 12 из них отмечалось предгангренозное и гангренозное состояние конечностей, им в различных лечебных учреждениях предлагали ампутацию конечности.

Ультразвуковая картина характеризовалась окклюзией подколенно-тибиального сегмента в 110 наблюдениях, а у остальных – окклюзия подколенно-тибиального сегмента с восходящим атеротромбозом поверхностной бедренной артерии. Данные подтверждены ангиографией, ультразвуковой допплеровской спектрографией (УЗДСГ), допплерометрией (УЗДМ), реовазографией (РВГ) и определением регионарного тканевого кровотока изотопом X^{133}.

Так, до лечения индекс Пурсилота был равен $0,67 \pm 0,02$, пульсаторный индекс Гослинга – $1,95 \pm 0,39$, лодыжечный индекс – $0,26 \pm 0,04$, реовазографический индекс стопы – $0,21 \pm 0,02$, регионарный кровоток снижен в среднем – в 18 раз.

С момента поступления в стационар больным проводилась комплексная терапия, включающая ТКК аппаратным методом принятой в клинике и лазеротерапию (эндовазально и местно). Лазеротерапия (ЛТ) проводилась аппаратом АЛОК-1 с длиной волны 0, 63 мкм, мощностью на выходе световода 1,5 мВт и с экспозицией 30 минут. 5-8 сеансов – эндовазально и 10-

12 сеансов с экспозицией 10 минут – местно с целью улучшения системной гемореологии и микроциркуляции. Для предупреждения феномена «вторичного обострения» заболевания во время лечения лазером больные получали витамин «Е» 1,0 мл в/м или «АЕВИТ» 60 мг в сутки.

Результаты. Анализ полученных результатов выявил несостоятельность проведенного лечения у двух больных с IV стадией заболевания, у которых, несмотря на проводимое лечение, ишемия конечности прогрессировала, что потребовало ампутации на уровне нижней трети бедра с первичным заживлением раны.

У остальных 123 больных (98,4 %) после комплексной терапии купировались воспалительные явления на стопе, трофические изменения регрессировали и 28 больным произведена некрэктомия с хорошим результатом. Показатели (УЗДСГ, УЗДМ, РВГ) также улучшились: реографический индекс увеличился в 2,8 раза, лодыжечный индекс – в 2,3 раза.

Выводы. Сочетанное применение ТКК с ЛТ в комплексном лечении больным с дистальными формами тромбооблитерирующих заболеваний в стадии декомпенсированной ишемии способствует восстановлению тока крови в конечностях за счет улучшения коллатерального, магистрального кровообращения, капиллярного кровотока и устранению спазма сосудов и отёка тканей.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ КОНГЕСТИВНОМ СИНДРОМЕ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Г.Магомедов, М.Г.Арбулиев, Г.Д.Давудов

Кафедры общей хирургии и урологии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – изучение венозной системы таза и нижних конечностей у больных с аденомой предстательной железы (АПЖ) в плане выбора метода предоперационной подготовки, ведения больных в интра - и послеоперационном периодах для профилактики тромбогеморрагических и тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы. В клинике на базах РМЦ «Госпиталь ветеранов» и РУЦ МЗ РД было обследовано 345 больных с АПЖ в возрасте 60 и более лет. После клинического обследования больные осмотрены совместно урологом и сосудистым хирургом. Инструментальная диагностика включала в себя ультразвуковое исследование органов (УЗИ) малого таза и мочеполовой системы, трансабдоминальное ультразвуковое ангиосканирование (ТАУЗАС)

сосудов малого таза, ультразвуковую допплерографию (УЗДГ) и допплерометрию (УЗДМ) сосудов нижних конечностей. Диагноз «конгестивный синдром малого таза» (КСМТ) подтвержден у 75 больных с АПЖ в разной степени тяжести.

Результаты. В ходе обследования придерживались следующего диагностического алгоритма. Клинический осмотр, жалобы, анамнез, международная система суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты и вопрос о качестве жизни, физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование, анализ мочи, определение креатинина и мочевины в сыворотке крови, анализ секрета простаты, определение простатического специфического антигена, УЗИ простаты, мочевого пузыря, почек, оценка остаточной мочи, проводили ТАУЗАС, УЗДГ и УЗДМ.

В настоящее время предпочтение отдаем ультразвуковым методам цветного картирования и спектрального Допплера, которые использовались нами для исследования кровообращения предстательной железы и окружающих тканей, а также сосудов таза и нижних конечностей.

Исследовались: максимальная систолическая скорость кровотока (A max), максимальная диастолическая скорость кровотока (A min), пульсационный индекс (Pi) и индекс периферического сосудистого сопротивления (Ri). Оценивалось наличие, степень выраженности кровотока, диаметр вен и артерий предстательной железы и окружающих тканей, а также сосудов таза и нижних конечностей. Так при АПЖ с КСМТ средние максимальные скорости кровотока в венах варьировали от 0,026 до 0,079 м/с, в артериях – 0,125 - 0,170 м/с, средний диаметр вен составил от 5 мм и выше.

В зависимости от максимальных скоростей кровотока в венах и диаметра вен выделяем три степени тяжести КСМТ при АПЖ.

1 степень – диаметр вен до 5 мм, «A max» и «A min» 0,054 - 0,079 м/с.

2 степень – диаметр вен от 6 до 10 мм, «A max» и «A min» 0,040 - 0,054 м/с.

3 степень – диаметр вен 10 и более мм, «A max» и «A min» 0,026 - 0,040 м/с.

Выводы. Представленный алгоритм позволяет повысить качество диагностики КСМТ, избежать ошибок в правильном выборе метода предоперационной подготовки, ведения больных в интра - и послеоперационном периодах в плане профилактики тромбогеморрагических и тромбоэмболических осложнений и улучшения качества лечения больных.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Г.Магомедов, Г.Д.Давудов, М.Г.Арбулиев

Кафедра общей хирургии и урологии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения аденомы предстательной железы (АПЖ) у больных с конгестивным синдромом малого таза (КСМТ) в сочетании с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) и разработка эффективных антитромботических мероприятий на этапах хирургического лечения.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 149 больных с АПЖ в сочетании с КСМТ и ВБНК, которые подвергались операции чреспузырной аденомэктомии в урологических отделениях Госпиталя ветеранов и РУЦ МЗ РД. Клинически она может проявляться в виде варикоза внутритазовых венозных сплетений, тазового флебита, флеботромбоза с венозной гипертензией в сочетании с варикозной болезнью нижних конечностей.

Инструментальная диагностика включала в себя ультразвуковое исследование органов малого таза, трансабдоминальное ультразвуковое ангиосканирование, ультразвуковую допплерографию венозных сосудов нижних конечностей и тазовых органов.

Признаками КСМТ служили: расширение вен полового члена, мошонки, двух- или одностороннее варикоцеле, наличие расширенных геморроидальных вен и вен шейки мочевого пузыря, которые сочетались с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) и уменьшения кровопотери в интра- и раннем послеоперационном периодах проводилась путем ускорения кровотока в нижних конечностях и органах таза за счет эластической дозированной компрессии (ЭДК) ног госпитальным трикотажем «Тромбексин» или «Струва 23» в сочетании со способом усиления венозного кровотока (УВК) с помощью устройства (патенты РФ № 2123081 и № 2342080). Медикаментозная коррекция заключалась в назначении аспирина, детралекса и нефракционированных гепаринов (НФГ) или низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

Профилактические мероприятия проводились поэтапно. ***До операции*** в течение 6-8 дней больные получали дезагреганты (тромбоасс или аспирин по 0,1 гр. в сутки после еды); венотоники (детралекс, венорутон по 1 гр. в сутки); гепатромбин (лиатон)-мазь путем втирания в кожу голени, бедра;

транквилизаторы (экстракт валерианы, элениум по 1 тб. 1-2 раза в сутки); проводили ЭДК и УВК ног по разработанному нами способу (патент РФ № 2342080 от 27.12.2008 г.). ***Во время операции*** – ЭДК ног; в/в введение низкомолекулярных декстранов (реополиглюкин, реомакродекс по 400,0-800,0 мл). ***После операции***, начиная со 2 дня, вводили НФГ или НМГ по 2500 ЕД гепарина 4 раза в сутки или 0,3 мл фраксипарина 1 раз в сутки п/к в течение 6-7 суток; ЭДК ног до активизации пациентов; дезагреганты; венотоники; гепатромбин (лиатон). После выписки из стационара в течение месяца назначали аспирин по 0,1 гр. детралекс до 1 гр. в сутки и ЭДК нижних конечностей.

Результаты. Из 75 больных в основной группе, подвергавшихся оперативному лечению, интраоперационных осложнений и летальных исходов не было. У 2 (2,7 %) больных в послеоперационном периоде возникли тромбофлебиты варикозно- расширенных вен нижних конечностей. В рандомизированной контрольной группе из 74 больных у 10 (13,5 %) отмечены осложнения. Из них тромбоз глубоких вен голени, тромбофлебит подкожных вен (7), тромбоз брыжеечных сосудов (1) и тромбоэмболия легочной артерии (2) с летальным исходом.

Выводы. У больных с АПЖ отмечается КСМТ. Предлагаемая схема противотромботических мероприятий на этапах оперативного лечения АПЖ позволяет снизить ВТЭО с 13,5% до 2,7%, т.е. в 5 раз, и улучшить исходы хирургического лечения.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ИБС

М.Г.Магомедов, Х.М.Исмаилов, Т.М.Магамедов, Н.М.Магомедов

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»
РМЦ Госпиталь ветеранов

Цель исследования – дать сравнительную оценку результатов использования озонированного перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином в лечении больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) на фоне ИБС.

Материал и методы. Для изучения динамики клинических и неинвазивных объективных критериев состояния больных с ОААНК и ИБС при включении в стандартную схему лечения перфторана нами приводится проспективное исследование. В рандомизированную выборку включены 90 больных, у которых клинико-инструментальными методами была верифицирован ОААНК и ИБС. По классификации Ф.Фонтане и А.В.Покровского, вторую степень ишемии имели – 34, третью – 50 и четвертую – 6 больных.

Все больные, удовлетворяющие критериям включения, были разделены на 2 группы – контрольную и основную. В основную группу вошли 45 больных, из них 12 пациентов имели ишемию II степени, 30 человек – III и 3 – ишемию IV степени. В контрольной группе – 45 человек (17 больных с ишемией II степени, 26 человек – с III и 2 – с хронической ишемией IV степени).

В контрольной группе проводилась традиционная схема лечения. У больных основной группы в состав комплексного лечения, наряду с традиционной терапией, включали озонированный перфторан в дозе 3-4 мл/кг в/в капельно в течение 2-3 часов, всего 3 инфузии через два дня в сочетании с карведилолом 12,5 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. При хорошей переносимости дозу препарата повышали до 50 мг и розувастатин по 10 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель, затем дозу повышали до 20 мг (патент РФ № 2525157 от 11.06.2014 г.).

Клинический статус оценивали по данным модифицированной таблицы Rutherford et al. (2000), изменения состояния гемодинамики – методом допплерографии. Микрогемодинамику в поражённой конечности оценивали при помощи лазерной допплеровской флуометрии, интенсивность болевого синдрома – по визуальной аналоговой шкале Visual Analogue Scale (VAS).

Результаты. 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 его 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 ампутации пальцев стопы. ***Неудовлетворительным*** результат лечения признавался, когда у больных комплексное лечение с минимальным хирургическим вмешательством оказывалось 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 и липопротеидный обмен, центральную и регионарную гемодинамику, микроциркуляцию и исходы их лечения. Безопасность и эффективность данной терапии позволяют рекомендовать его применение в комплексе лечения с неоперабельными поражениями артерий нижних конечностей и тяжелой сопутствующей патологией.

СРЕДСТВО «БЕМЕТРИМ» В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

М.Г.Магомедов, Т.М.Магамедов, Н.М.Магомедов

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (ГВЗМТ) путем местного использования средства «Беметрим».

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 150 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в возрасте от 20 до 84 лет. Больные были разделены на 2 группы. В основной группе – 85 пациентов: парапроктит – у 13 больных, неспецифический лимфаденит – у 10,

абсцессы, карбункулы, флегмоны – у 33, постинъекционная флегмона – у 4, нагноение операционной раны после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита – у 7, после грыжесечения – у 3, после различных ранений мягких тканей – у 15. В контрольной группе 65 больных с такими же заболеваниями. В основной группе для местного лечения в комплексе терапии использовали средство «Беметрим», а в контрольной – традиционную стандартную схему лечения.

Группы были статистически сопоставимы между собой по основным исходным критериям.

Лечение проводилось комплексно по трем направлениям: общая консервативная терапия; местное лечение и хирургическое вмешательство.

Объем хирургического вмешательства включал: вскрытие гнойника, опорожнение затеков и карманов, последующее адекватное дренирование и промывание полости растворами антисептиков. Подкожные абсцессы и карбункулы полностью иссекали, устанавливали дренажную трубку для промывания раны и аспирации содержимого.

Общая медикаментозная терапия заключалась в применении традиционных лекарственных средств. Объем и продолжительность ее варьировали в зависимости от состояния больного.

Местное лечение основывалось на применении средства, состоящего из пепсина в кислой буферной среде в сочетании со стимулятором регенерации бетаином и метилурацилом, для усиления проводникового эффекта – 30% раствор полиэтиленоксида – 400 и обезболивания – тримекаин положительное решение о выдаче патента РФ №2014107830/15(012389).

Для использовании средства предварительно оценивают общие и местные клинические критерии больного, фазу раневого процесса, сроки очищения ран, бактериологические, цитологические, планиметрические показатели гнойной раны. В первую и вторую фазы раневого процесса смесь используется с некролитической, противовоспалительной и регенеративной целью, а в третью – для стимуляции регенерации, предохранения раневой поверхности от вторичного инфицирования и эпителизации.

Результаты. Прекращение выделения гнойного экссудата, появление островков грануляционной ткани у больных основной группы отмечены в среднем через 4,1 ± 0,9 дней, у больных контрольной группы – через 6,2 ± 0,8 дней. При оценке микробной обсемененности ран 10^5 микробных тел в 1 гр. ткани (критический уровень), у больных основной группы выявлено – 3,3 ± 0,7 день, а у больных контрольной группы – 8,3 ± 0,7 день.

Скорость заживления ран, определяемая по методу Л.Н. Поповой (1942), в основной группе составляла 7,2 ± 0,8 % их общей поверхности в сутки, в контрольной группе – 4,2 ± 0,8 %.

У больных в основной группе раны зажили в 1,5 раза быстрее, подвижным и тонким рубцом, чем в контрольной группе – у которых в 50%

отмечены выраженные рубцовые деформации мягких тканей. У больных основной группы удалось добиться полного заживления раневого дефекта.

Выводы. Местное применение средства «Беметрим» в комплексе лечения существенно ускоряет переход гнойно-воспалительного процесса из фазы гидратации в фазу дегидратации, способствует более быстрому заживлению ран, при этом не вызывая угнетения местного иммунитета, что наблюдается при введении антибиотиков, антисептиков традиционными способами.

УСТРОЙСТВО КМП-О В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

М.Г.Магомедов, С.А.Тагиров, М.Г-Д.Ахмедов, М.И.Магомедрасулова

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»
Ожоговое отделение Республиканской Клинической Больницы

Цель исследования – профилактика гнойно-воспалительных процессов у тяжелообожженных путём содержания их на кровати медицинской противопролежневой-ожоговой (КМП-О) с индивидуальным микроклиматом, создающим неблагоприятные условия для развития местной инфекции.

Материал и методы. Нами у 234 тяжелообожженных для улучшения результатов лечения и профилактики осложнений ожоговой болезни и ранней подготовки к аутодермопластике на всех этапах реабилитации применено новое устройство – КМП-О), оригинальной конструкции, с индивидуальным микроклиматом (патент на изобретение №2275893 от 10 мая 2006 г.).

В настоящее время существует несколько разновидностей устройств для лечения больных с ожогами и предупреждения пролежней: противопролежневый матрас, надувной или водяной матрас, кровать-сетка и кровать «Клинитрон» или « Сатурн» и др.

Недостатками описанных устройств является то, что они ограничивают доступ воздуха к коже, приводят к ее мацерации, вызывают увлажнение раны с развитием инфекции и углублением их. При использовании ими невозможно эффективно согреть больного, подсушить ожоговую рану, чтобы получить сухой струп на ее поверхности, они вызывают образование пролежней, вестибулярные расстройства, психические нарушения, и впоследствие необходим бывает период адаптации для больных при переводе их на обычную кровать. Кроме всего этого, установка и обслуживание этих устройств обходится дорого.

Результаты. Особенностью новой технологии является то, что использование КМП-О с индивидуальным микроклиматом создает благоприятные условия к прерыванию стадийности ожоговой болезни, уменьшению числа различных осложнений, ускорению сроков восстановления утраченного кожного покрова, сокращению числа кожнопластических операций и времени пребывания больных в стационаре, снижению летальных исходов (в 2,6 раза), улучшению качества жизни пациентов. Кроме того, применение КМП-О с индивидуальным микроклиматом и биофизическими факторами воздействия позволяет в течение 24-48 часов, в зависимости от глубины поражения, добиться быстрого высушивания ожоговой поверхности, эффективно бороться с развитием местной гнойной инфекции, нарушениями энергетического гомеостаза, уменьшать уровень плазмопотери, интоксикации, предупреждать осложнения ожоговых ран.

КМП-О разработан и прошел клинические испытания в ожоговом отделении РКБ г.Махачкалы, в реанимационных отделениях городских больниц Дербента, Кизляра и Хасавюрта при лечении больных с обширными ожогами. Данное устройство, примененное в нашем исследовании, помогло добиться в основной группе больных положительных исходов лечения с выздоровлением в 94 (74,6%) случаях из 126, а в контрольной – в 37 (34,3%) из 108, а летальные исходы соответственно равны: 32 (25,4%) и 71 (65,7%). Кроме того, в 4,3 раза сократилась частота осложнений ожоговой болезни, в 12 раз – лизис пересаженных аутотрансплантатов, в 1,6 раз – сроки пребывания в стационаре и в 2,6 раз – летальность.

Выводы. Устройство для профилактики местных гнойно-воспалительных процессов у больных с обширными ожогами – КМП-О, с индивидуальным микроклиматом, – эффективное средство в борьбе с местным инфекционным процессом, нарушениями энергетического гомеостаза, развитием влажного некроза, инфицированием ожоговой поверхности и подготовке ожогового струпа к раннему удалению и аутопластическому закрытию ран.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ СОТРУДНИКАМ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

М.П. Магомедов, М.А. Хамидов, А.М. Амиров, О.М. Абдулмеджидов, А. М. Магомедов, М.М. Магомедов

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по РД»

Актуальность. Основная задача медицинской службы любого силового ведомства –сохранение жизни максимальному числу раненых, недопущение

дефектов в оказании медицинской помощи, возвращение максимального количества раненых в строй. От того, насколько своевременно и качественно будет оказана медицинская помощь, зависит выполнение поставленной задачи.

Раненые и пострадавшие при исполнении служебных обязанностей сотрудники являются категорией, требующей от нас, медиков, особого, ответственного отношения и повышенного внимания и заботы.

За последние пять лет (с 2010 по 2014 год) в Республике Дагестан, в результате неправомерных действий представителей бандподполья, получили ранения и травмы различной степени выраженности 1003 человека. Из них 736 сотрудников МВД по РД, 99 военнослужащих внутренних войск МВД России, 41 военнослужащий Министерства обороны РФ, 62 сотрудников ФСБ России, 65 сотрудников МВД России, прикомандированных в Республику Дагестан.

Цель исследования. Сложившая в Республике обстановка вынудила нас сконцентрировать усилия на оказание экстренной медицинской помощи на базе Медико-санитарной части и готовности к выезду в любую точку Дагестана для организации экстренной квалифицированной медицинской помощи в непосредственной близости от места теракта или проведения КТО.

В связи с этим нами разработан алгоритм мобилизационной готовности к оказанию экстренной медицинской помощи по трем уровням тревоги.

При первом уровне тревоги задействуется начальник МСЧ, сотрудник ОМиЛП отдела, две операционные бригады в составе хирурга, травматолога, анестезиолога-реаниматолога, среднего и младшего медицинского персонала. При необходимости привлекаются специалисты узкого профиля. Тревога первого уровня объявляется при поступлении нескольких пострадавших, нуждающихся в срочной хирургической помощи и инфузионно-трансфузионной терапии.

При тревоге второго уровня, когда одновременно поступает более 5-7 пострадавших, в зависимости от тяжести их состояния, на работу мобилизуется весь персонал хирургического и реанимационного профиля, в том числе и хирургического, и травматологического кабинетов поликлиники, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, психолог, заведующая аптекой и другие специалисты по мере необходимости.

При тревоге третьего уровня (или общей тревоге) мобилизуется весь коллектив МСЧ, что предполагает одновременное поступление в МСЧ не менее 25-30 пострадавших.

При медицинском обеспечении КТО в условиях горно-лесистой местности в отдалении от лечебных учреждений нами проводятся следующие мероприятия.

1. Налаживается контакт с руководством ЦРБ, изучаются их возможности по оказанию экстренной медицинской помощи раненым, операционная емкость ЛПУ, оснащенность наркозно-дыхательной аппаратурой, определяются пути эвакуации раненых. По договоренности с МЗ

РД заявляется от 1 до 3 бригад скорой медицинской помощи к месту проведения КТО (в зависимости от масштабности проводимой спецоперации). И, как правило, одна бригада МСЧ также выдвигается на место расположения подразделений, участвующих в КТО.

2. При существенной отдаленности места проведения КТО от ЦРБ определяется ближайшее медицинское учреждение, как правило, участковая больница, в которой разворачивается пункт оказания экстренной квалифицированной медицинской помощи с операционной и палатой интенсивной терапии, которые совместно оснащаются оборудованием из ЦРБ и МСЧ МВД РФ по РД. В случае больших санитарных потерь привлекаются силы и средства Дагестанского центра медицины катастроф.

Созданный в сентябре 2013г. в МВД по РД авиаотряд в составе двух вертолетов МИ-8, один из которых оснащен медицинским модулем для одновременной эвакуации двух тяжелораненых, значительно расширил наши возможности по организации своевременной квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым сотрудникам правоохранительных органов.

Необходимо отметить, что применение вертолетной эвакуации требует полноценной предэвакуационной подготовки пострадавшего на любом этапе медицинской эвакуации, а также проведения инфузионной и противошоковой терапии по пути следования.

Имеющийся опыт эвакуации раненых авиационным транспортом из горных районов республики убедительно показал необходимость неотложного решения связанных с ней организационных и технических вопросов.

За последний год всего эвакуировано авиационным транспортом 18 раненых в МСЧ и 1 в Республиканскую клиническую больницу. Из них прямо с места боестолкновения, минуя второй этап эвакуации, в МСЧ доставлено 4 человека.

Указанный способ доставки пострадавших в госпиталь МСЧ МВД РФ по Республике Дагестан и другие лечебно-профилактические учреждения г. Махачкалы может быть использован не только при медицинском обеспечении вооруженных конфликтов, но и возможных террористических актов либо ликвидации последствий крупных стихийных бедствий и техногенных катастроф на территории России.

Выводы. Наш опыт лечебно-эвакуационных мероприятий при проведении КТО и боестолкновениях с экстремистами в современных условиях позволяет сделать следующие выводы.

1.Для эффективной организации оказания медицинской помощи раненым при терактах в городских условиях необходимо разработать четкий алгоритм действий медицинского персонала ЛПУ по разработанной схеме оповещения и сбора сотрудников ЛПУ в зависимости от количества поступивших раненых.

2.При медицинском обеспечении КТО в горно-лесистой местности необходимо максимально приблизить к зоне КТО пункт оказания экстренной медицинской помощи с разработкой маршрутов и методов эвакуации раненых.

3.Необходимо шире использовать возможности эвакуации авиатранспортом (вертолётом) с проведением интенсивной терапии по ходу следования для скорейшей доставки раненого в ЛПУ, где ему будет оказана квалифицированная и специализированная хирургическая помощь на соответствующем уровне.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Н.М.Магомедов, С.П.Гайбатов, М.Г.Магомедов

Кафедры хирургии ФПК и ППС и общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путём внедрения в практику нового средства «Беметрим» для антисептической обработки нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии.

Материал и методы. Мы располагаем опытом использования суспензии «Беметрим» для лечения нагноившихся остаточных полостей печени после вынужденной открытой или полузакрытой эхинококкэктомии с наружным её дренированием у 12 больных.

Сущность предлагаемого способа состоит в том, что в лечении нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии используется средство, содержащее компоненты известных в фармакологии препаратов, разрешенных МЗ РФ к применению в повседневной врачебной практике. В качестве компонентов лекарственных препаратов использованы (г/100 мл раствора): пепсин – 4,0-4,5 г; бетаина гидрохлорид – 4,0-4,5 г; метилурацил – 3,0-4,0 г; тримекаин – 2,0-3,0 г; полиэтиленоксид – 400 87,0-84,0 мл (положительное решение о выдаче патента РФ, заявка №2014107830/15(012389 JN 12/01/2015 г.).

Предварительно оценивают общие и местные клинические критерии больного, фазу раневого процесса, сроки очищения ран, бактериологические, цитологические, планиметрические показатели остаточной полости.

Предлагаемое средство, названное «Беметрим», использовано нами в клинике для лечения нагноившейся остаточной полости после эхинококкэктомии печени впервые. Для непосредственного лечения средство «Беметрим» приготовляется ex tempore путем смешивания навесок ингредиентов в колбе с последующим добавлением 30% раствора

полиэтиленоксид – 400 в предпочтительном варианте реализации: пепсин – 4,0; бетаина гидрохлорид – 4,0; метилурацил – 3,0; тримекаин – 3,0 г; полиэтиленоксид – 400 86,0 (pH 2,0) готовится средство в обычных условиях и не требует стерилизации, так как само обладает выраженной бактерицидной активностью.

Первым этапом проводили промывание остаточной полости через дренажную трубку с микроирригатором, введённую в полость с обычным антисептическим раствором, и в последующем вводили предлагаемое средство в количестве 2/3 объёма остаточной полости и закрывали дренажную трубку и микроирригатор на 2 часа.

Результаты. До начала и по окончании курса лечения производился мониторинг высеваемой флоры отделяемого из остаточных полостей. В результатах бактериологического анализа до применения средства по видовой принадлежности можно отметить высеваемую флору: стафилококк (39%), синегнойную палочку в виде монокультуры и в ассоциациях (26%), pseudomonas aeregenosae (12%), klebsiella pneumoniae (12%), стрептококк (5%), кишечную палочку (5%), гемофильную палочку (1%). В дальнейшем для изучения воздействия средства на стенки фиброзной капсулы проводили гистологические исследования, где отмечались: активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, рост грануляционной ткани, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами. При анализе посевов отделяемого из остаточных полостей, на фоне применения средства, было отмечено 100% бактерицидной активности на 6 сутки от начала лечения, что на много выше, чем у современных антибиотиков. Гепатотоксическое влияние средства, применяемого с целью обработки фиброзной капсулы, отмечено не было. На 6 сутки с момента лечения посевы отделяемого и смывы из остаточных полостей роста бактерий не дали.

Выводы. Применение средства «Беметрим» позволяет ускорить в 1,5-2 раза очищение остаточной полости от гнойно-некротического процесса; обеспечить быструю элиминацию патогенной микрофлоры за счёт бактерицидного действия препарата. снизить сроки лечения больных.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Б.М. Махачев, А.Д. Магомедов, С.П. Патахов, А.Г. Жахбаров, В.Б. Балаев, И.А. Алиев, И.Г. Халилов, З.С. Абакарова, А.Н. Тихмаев, М.А. Идрисова

Детская республиканская клиническая больница им.Н.М. Кураева

Цель исследования – анализ работы хирургических отделений по внедрению в практику здравоохранения новых методов диагностики и лечения. Основной целью новых внедрений были ранняя и максимально точная диагностика заболеваний, улучшение качества хирургической помощи и результатов лечения.

Материалы и методы. За последние годы в хирургических отделениях ДРКБ им.Н.М. Кураева внедрено в практику здравоохранения более 25 новых методов диагностики и лечения. Внедрения касались всех разделов детской хирургии: хирургии новорожденных, экстренной хирургии, торакальной и абдоминальной хирургии, урологии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, ортопедо- травматологии.

В каждом отделении и разделе хирургии имеются новые операции и внедрения, от мало значимых и единичных до современных высокотехнологичных оперативных вмешательств в достаточно большом количестве.

Результаты. В хирургии новорожденных применены: различные варианты хирургического лечения некротического энтероколита; однорядный шов при анастомозах у больных с атрезией пищевода и кишечника; постепенное вправление эвентрированных органов в брюшную полость при гастрошизисе; субоперационная биопсия толстой кишки при болезни Гиршпрунга; трехэтапные оперативные вмешательства при болезни Гиршпрунга, атрезии анального отверстия и прямой кишки.

В практику экстренной хирургии внедрены: ультразвуковая диагностика инвагинации кишечника; эндоскопическая холецистэктомия, аппендэктомия; лапароскопическое удаление осложненных кист яичников; операция Таннера (поперечное пересечение и анастомоз желудка) при кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии.

В торакальной хирургии выполнены новые операции: продольная стернотомия при удалении опухоли средостения; перевязка открытого артериального протока (Боталлова протока) при ВПС; торакопластика по Нассу при воронкообразной деформации грудной клетки; новый способ торакопластики при килевидной деформации грудной клетки.

В абдоминальной хирургии выполнены операции: фундопликация по Ниссену и Талю при гастроэзофагеальном рефлюксе; резекция толстой кишки по Соаве-Ленюшкину при болезни Гиршпрунга; гемигепатэктомия по азиатскому способу при опухоли печени; лапароскопическая эхинококкэктомия печени.

В урологическую практику внедрены и широко применяются: пластика уретры по Мотион-Макпы при гипоспадии, эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса с использованием коллагена; непрерывный шов при резекции пиело- уретерального сегмента и дистальных отделов мочеточников; перитонеальный диализ, в том числе новорожденных, при острой и хронической почечной недостаточности.

В нейрохирургии внедрены: пункционное введение шунта троакаром в брюшную полость при вентрикулоперитонеальном шунтировании при гидроцефалии; наружное дренирование «ликворной подушки» при гидроцефалии; компьютерная томография в динамике при черепно-мозговой травме.

В ортопедо-травматологии внедрены: сегментарная резекция опухолей трубчатых костей с использованием ауто- и гомотрансплантатов; лечение посттравматических контрактур локтевого сустава с применением аппаратов внешней фиксации; применение искусственного имплантата «Коллапан» при хирургическом лечении асептического наркоза головки бедренной кости, ложных суставов, дефектов и полостей трубчатых костей; операции по Понссети, Конюхову, Морозу при косолапости; операция по Ванессу при ложном суставе.

Выводы. Внедрение в практику здравоохранения новых методов диагностики и лечения дает возможность ранней и точной диагностики заболеваний, улучшить качество хирургической помощи и результатов лечения.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТРАНСПОРТИРОВКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ СТАЦИОНАР

С.М. Махачев, А.Д. Магомедов, Ф.В. Мейланова, Р.И. Магомедов, П.К. Курбанова, Р.Р. Магомедов

Кафедра детской хирургии ДГМА

Цель исследования – Организация правильной тактики подготовки и транспортировки новорожденных с врожденными пороками развития, требующих хирургической коррекции, в специализированный стационар.

Материал и методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ДРКБ) за период с 2012 по 2014г. госпитализировано 389 новорожденных, требующих экстренной хирургической коррекции. Транспортировано ВРБ 294 больных, поступило через приемный покой 95детей. Пролечено новорожденных с ВПР: ЖКТ – 82, передней брюшной стенки (гастрошизис, эмбриональные грыжи) – 17, диафрагмальная грыжа – 20, атрезия пищевода – 45, Атрезия ануса – 34, НЭК – 77, прочие – 114.

Мальчиков было 209, девочек – 180. Средний возраст составил 2,6 суток, интубированы во время транспортировки – 106; НГЗ установлен у 217; транспортировка на ИВЛ – 64.

Результаты. У новорожденных, перевезенных на специализированном транспорте (реанимобиль) в ДРКБ на ранних сроках после диагностики ВПР и госпитализированных с установленным НГЗ, на ИВЛ и интубационной трубкой, с подачей O_2, снизилось развитие аспирационной пневмонии, явления интоксикации. Всё это позволило сократить время предоперационной подготовки, а также уменьшить количество койко-дней в реанимационном отделении.

Выводы. Полученные результаты говорят о том, что своевременная антенатальная, постнатальная диагностика, технически совершенная транспортировка новорожденных в специализированный стационар (ДРКБ), применение современных технологий оказания помощи детям с хирургической патологией, являются основанием для успешного лечения и выздоровления пациентов.

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И ЛЕЧЕНИЕ

С.М. Махачев, А.Д. Магомедов, С.П. Патахов, Ф.В. Мейланова, Р.И. Магомедов

Кафедра детской хирургии ДГМА

Цель исследования – улучшение результатов лечения диафрагмальных грыж у новорожденных

Материал и методы. В клинике детской хирургии ДГМА (ДРКБ) за последние 5 лет (2010-2014) находилось 47 детей с различными видами ДГ: ЛДГ – 26, ПДГ – 21; возраст больных от периода новорожденности – с 1 суток до 2-х лет. Клиническая картина была очень вариабельна; основные симптомы – одышка, тахикардия, рвота, цианоз, нарушение пассажа по ЖКТ. На I этапе в родильном доме трудностей в диагностике не было. На II этапе в лечебных учреждениях (пульмонологический центр, амбулатория, районные больницы)

возникали трудности диагностики, и больные поступали с различными диагнозами. Решающее значение в диагностике ДГ имеет УЗИ, R-контрастное исследование, КТ.

Результаты. Новорожденные сразу после поступления в ОРИТ были интубированы – 36, переведены на ИВЛ – 10. Дети старше 3-х месяцев находились на самостоятельном дыхании. 21 ребенку выполнена операция: лапаротомия, ушивание дефекта диафрагмы (однорядный узловой П - образный шов). 10 детям сделана торакотомия, пластика диафрагмы.

Выводы. ДГ является одной из самых тяжелых врожденных патологий периода новорожденности и младшей возрастной группы детей. Необходимо внедрение нового протокола ведения детей с диафрагмальной грыжей: систематизация различных подходов лечения на I этапе, своевременная интубация трахеи и перевод детей на ИВЛ, безопасная транспортировка в реанимационное отделение. Оптимальные сроки предоперационной подготовки и выбор оперативного вмешательства позволили снизить летальность и увеличить процент выживаемости детей. За 2010-2015гг. умерло 19, выжило 28 детей.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК

С.М. Махачев, С.П. Патахов, И.Г. Халилов, Ф.В. Мейланова

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – совершенствование хирургических методов лечения кист яичников у девочек с использованием лапароскопии и лапаротомии

Материалы и методы. На базе отделений плановой и экстренной хирургии ДРКБ г. Махачкалы выполнен клинико-статистический анализ 23 больных с кистозными образованиями яичников в возрасте от 10 дней до 18 лет за период 2010-2014гг.

Результаты. Кисты более 5 см в диаметре наблюдались у 23 девочек в возрасте от 10 дней до 8 лет. У 4-х больных диаметры кисты были очень больших размеров, и поэтому для оперативного вмешательства был выбран метод лапароскопии с эвакуацией кистозного содержимого, а далее методом небольшой конверсии – удаление стенок кисты с сохранением ткани яичника (органосохраняющая операция).

Кисты правого яичника – у 17 девочек, левого – у 6.

У двух девочек двустороннее поражение.

Геморрагические кисты – у 8 девочек.

Фолликулярные – у 4.

Параовариальные – у 1.

Дермоидные – у 10.

В послеоперационном периоде осложнений не было. Следует отметить, что при новом подходе в лечении у девочек наблюдается более легкий послеоперационный период, малая травматичность, хороший косметический эффект, сокращение срока пребывания в стационаре.

Выводы. Использование эндоскопических методов лечения приводит к сокращению сроков пребывания в стационаре, позволяет избежать объемных полостных операций, отмечается косметический эффект.

СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕТЛИ ТОЩЕЙ КИШКИ ПРИ ГПДР

Р.Т. Меджидов, Г.А. Абдурашидов, А.З. Абдуллаева, А.Г. Гасанов

Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой ГБОУ ВПО «ДГМА»

Фатальными местными послеоперационными осложнениями после ИДР являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, при которых нередко формируется панкреатическая фистула. Для ликвидации последней зачастую выполняются повторные операции и во многих случаях прибегают к удалению оставшейся ткани поджелудочной железы.

Цель исследования – Оценить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике панкреатической фистулы.

Материал и методы. Подвергнуты анализу результаты применения резекционных технологий у 142 больных с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся у 125 (88,1%) пациентов: периампулярный рак – у 118 (94,4%), рак тела ПЖ – у 4 (3,2%), рак хвоста ПЖ – у 3 (2,4%). Кистозные образования ПЖ диагностированы у 8 (5,8%) пациентов: непаразитарные кистозные образования – у 5, эхинококковая киста – 3. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – 9 (6,3%).

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) проведена 131 (92.3%) пациенту, центральная резекция ПЖ – 4 (2,8%) пациентам, дистальная резекция ПЖ – 7(4,9%) больным. Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно- восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа (48 пациентов), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были формированы на «каркасных»

дренажах, и контрольная (82 пациента), которым вышеуказанная методика не была применена.

Результаты. Медиана длительности операции ГПДР в группах сравнения достоверно не различалась. Интраоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечены в 2 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит также наблюдался почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоеюноанастомоза – в 4 раза чаще; эррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной (x2+0,350; df=l; p= 0,551); общая летальность в основной группе больных – 0; в контрольной – 8,9%.

Заключение. Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводной летальности после ГПДР до нуля.

ХИАТАЛЬНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Р.Т. Меджидов, Г.А. Абдурашидов, А.З. Абдуллаева, Н.И. Магомедов

Клиника общей хирургии и лучевой диагностики ГБОУ ВПО «ДГМА»

Холангиокарцинома воротной локализации является тяжелой формой опухолевого поражения гепатобилиарной системы. Главными задачами, которые должны быть реализованы при этом, являются: предоперационная декомпрессия билиарного тракта (БТ), удаление опухоли в резектабельных случаях и оптимальное восстановление оттока желчи в желудочно-кишечный тракт. Многие хирурги отмечают и целесообразность строгого отбора пациентов, у которых оправдано применение сложного оперативного вмешательства.

Цель исследования – Оценить эффективность хирургического лечения холангиокарциномы воротной локализации.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 пациента с высокой опухолевой обструкцией БТ. По классификации Bismuth-Corlett, 1-й тип имелся у 4 пациентов, 2-й – у 12, 3«а» – у 7, 3«б» – у 9, 4- й – у 22. У всех пациентов имелся синдром механической желтухи и в 23 (42,6%) наблюдениях – явления холангита.

Инфильтрация ткани в области ворот печени отмечена у 10 (18,5%) пациентов. Инвазия сосудистых структур имелась в 24 (44,4%) случаях. Декомпрессия БТ была проведена в 33 (61,6%) наблюдениях проксимальным

доступом (ЧЧХС): наружное дренирование БТ – 23 (69,7), наружно-внутреннее дренирование – 10 (30,3%). Из 54 наблюдений резектабельными признаны 28 (51,8%) случаев. В 2-х наблюдениях, по результатам интраоперационной ревизии, мы воздержались от выполнения радикальных операций. Резекция протоков в изолированном варианте проведена в 14 наблюдениях. В 12 случаях резекция желчного протока (ЖП) сопровождалась щадящей хиатальной резекцией печени. Формирование бигепатикоеюностомы с изолированной по Ру петлей тощей кишки произведено в 12

(46%) наблюдениях, билиодигестивное соустье сформировано по разработанной нами методике (патент РФ №2453280) в 14 (54,0%) случаях.

Результаты и их обсуждение. Интраоперационные осложнения имелись в 6,1% наблюдений, послеоперационные осложнения отмечены в 15,1% наблюдений, явления холангита имели место у 36,4% пациентов, послеоперационная летальность составила 3,7%.

В отдаленном послеоперационном периоде стеноз билиодигестивного анастомоза отмечен в 21,4% наблюдений. В одном наблюдении выполнена повторная реконструкция БТ, в 5 – перкутанное чрескожное наружно-внутреннее дренирование БТ. Рецидив заболевания в сроки до одного года отмечен у 31,4% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 14,8%.

Заключение. Формирование билиодигестивиого соустья на изолированной по Ру петле тощей кишки с тканями вокруг ЖП у ворот печени на «мигрирующих» силиконовых стентах является наиболее адекватным способом в плане профилактики рестенозов. Особенно данный вариант внутреннего отведения желчи показан в ситуации, когда после удаления опухоли обнажаются три и более ЖП. Длина изолированной тощей кишки при этом должна быть достаточно протяженной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Р.Т.Меджидов, Р.Р. Курбанисмаилова

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»
Республиканский Медицинский Центр

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения калькулезного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста за счет расширения технических возможностей выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 98 пациентов с ЖКБ.

Пациенты были разделены на 2 клинические группы.

В первую группу вошли 53 пациента, которым при холецистэктомии (ХЭ) использован базовый набор мини-ассистента, в II группу – 45 больных, которым использован комплект мини-ассистент (М-А), дополненный нами «лопаткой - ретрактором».

Всем пациентам проводилась комплексная предоперационная подготовка, направленная на коррекцию и поддержание функциональных резервов органов и систем кровообращения. Она заключалась прежде всего в уменьшении проявлений сердечной и дыхательной недостаточности, нормализации сердечного ритма, стабилизации АД, восстановлении водно-электролитного баланса, профилактики развития тромбоэмболических осложнений.

Тяжесть соматического состояния, степень риска анестезии и оперативного вмешательства оценивали по шкале ASA (American Society of Anesthesiology).

В своей работе мы пользуемся простой, доступной и информативной шкалой оценки операционно-анестезиологического риска, согласно классификации, разработанной Американской ассоциацией анестезиологов, принятой во многих странах и получившей широкое распространение в России.

Подавляющее число пациентов во время проведения оперативного вмешательства находилось под постоянным мониторингом, с учетом сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, с целью контроля возникновения осложнений общего характера.

Результаты. В I группе интраоперационные (ИО) осложнения имелись у 2-х (3,8%) пациентов в виде кровотечения из культи пузырной артерии, ложа желчного пузыря; расширение оперативного доступа в данном случае для этого не понадобилось. Послеоперационные осложнения (ПО) встречались у 5 (9,8%) пациентов в виде раневых осложнений с развитием инфильтрата, серомы.

Осложнения общего характера отмечены у 4 (7,5%) больных – это реактивный плеврит, обострение хронического бронхита. Средняя продолжительность ХЭ из МЛД – 50,5±2,3 мин.

Во II группе ИО не имелись. ПО встречались с одинаковой частотой при сравнении с I группой. Продолжительность оперативного вмешательства во II группе составила 42,6±3,4 мин. Средняя продолжительность лечения в стационаре после ХЭ из МЛД составила в обеих группах 8,8±2,7 к/дня; летальных случаев как в I группе, так и во II группе не имелось.

Выводы. Использование современных малоинвазивных технологий значительно снижает риск оперативного вмешательства, уменьшает число

осложнений и тем самым улучшает результаты хирургического лечения ЖКБ у пациентов старческого возраста с высокой степенью операционного риска.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Р.Т. Меджидов, М.М. Магомедов, Г.А. Абдурашидов, А.З. Абдуллаева

Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой ГБОУ ВПО «ДГМА»

Проводимая в настоящее время интенсивная, комплексная терапия во многих случаях способствует формированию отграниченного тканевого барьера. Механизм данного процесса до конца не раскрыт, однако имеются данные, разъясняющие формирование тканевой демаркации за счет отдельных очаговых внесосудистых отложений фибрина и лейкоцитарной инфильтрации.

Цель исследования – определить эффективность хирургического лечения тотального неинфицированного панкреонекроза в услових формирования тканевого отграниченного барьера.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 34 пациентов с неинфицированным панкреонекрозом. Мужчин – 13(38,2%), женщин – 21(61,8%). Средний возраст – 44±3года. Сроки поступления в клинику с момента развития панкреонекроза – 103± 16 суток. В 27 (79,3%) наблюдениях проведено лапароскопическое направленное дренирование брюшной полости, в 21(61,7%) – декомпрессия билиарного тракта (БТ) путем формирования холецистостомы. Всем пациентам выполнены клинические и биохимические исследования: УЗИ органов брюшной полости, МСКТ, МРТ, гастроскопия, холецистохолангиография (пациентам с холецистостомой).

В 15(44%) наблюдениях выполнена холецистэктомия, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы (ПЖ) и сальниковой сумки, в 5(14,7%) – холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы и сальниковой сумки, в 9(26,5%) – холецистэктомия, секвестрэктомия, операция Фрея, в 5(14,7%) – холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, операция Фрея.

Результаты. Умеренное кровотечение из ложа ПЖ отмечено у 1(3.0%) пациентки. В послеоперационном периоде в 1(3,0%) наблюдении отмечена острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В ближайшие и отдаленные сроки летальных исходов не отмечено.

Нарушение углеводного обмена имеют место в 16(475) наблюдениях. Все пациенты получают нутритивную поддержку (Берламин - модуляр, креон).

Заключение. Современная интенсивная терапия, проводимая во всех случаях панкреонекроза, нередко оказывается эффективной. В эту группу входят и случаи с локализацией деструктивного процесса ПЖ путем формирования отграничительного барьера. Такой вариант течения процесса является более приемлемым для проведения радикального хирургического лечения с благоприятным клиническим исходом.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗЕКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Р.Т. Меджидов, Р.С. Султанова, Г.А. Абдурашидов

Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой ГБОУ ВПО «ДГМА»

Основными методами лечения очаговых поражений печени являются резекция и трансплантация печени. Данные вмешательства возможны при наличии подготовленных хирургов-гепатологов, обеспечении операционной высокими резекционными технологиями и организации адекватной интенсивной терапии. В последние годы в хирургической гепатологии апробируются такие высокотехнологичные методики, как ультразвуковые диссекторы и деструкторы- аспираторы, система микроволновой абляции Valleylab, система гемостаза LigaSure, плазменный и лазерные скальпели и др.

Предпринято проспективное исследование, позволяющее сравнить результаты использования различных резекционных технологий при проведении радикальных оперативных вмешательствах на печени по поводу ее очаговых поражений.

Материалы и методы.

За последние 3 года нами выполнено 86 резекций печени по поводу очаговых ее поражений. Опухолевый процесс имелся в 49(57,0%) случаях. Из них гепатоцеллюлярная карцинома отмечена в 6 (12,3%) случаях, холангиоцеллюлярная карцинома с гелюсной локализацией – в 4(8,0%), кавернозная гемангиома – в 12 (24,6%), метастатический рак печени – в 27 (55,1%) наблюдениях. В остальных 37 (43,0 %) случаях имелся эхинококкоз печени.

Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 2 (2,3%) наблюдениях, левосторонняя – в 27 (31,4%); атипичные резекции – в 54 (62,9%), щадящая хиатальная резекция печени – в 3 (3,4%) случаях.

В зависимости от использованной резекционной технологии все пациенты распределены на две группы. Основная группа (42 пациента), где

при резекции печени были использованы электрохирургический нож (для рассечения глиссоновой капсулы), ультразвуковой деструктор-аспиратор (для вопаризации паренхимы печени) и ультразвуковой диссектор (для пересечения интрапаренхиматозных трубчатых структур). Контрольная группа (44 пациента), где при резекции были использованы электрохирургический нож, механическое разрушение паренхимы печени по линии резекции и LigaSure.

Для оценки послеоперационных осложнений применялась классификация по Dindo- Clavien. Осложнения оценивали в течение 60 дней после операции.

Результаты и обсуждение.

В основной группе больных медиана кровопотери составила 125 (100:150) мл, в контрольной – 200 (150:250) мл ($p<0,05$). Уменьшение кровопотери при использовании ультразвуковой резекционной технологии существеннее, чем при применении других технологий. Послеоперационные осложнения развились у 38,3 % пациентов. Осложнения 1-й и 2-й степени наблюдались в 59% наблюдений: в основной группе – в 7 случаях, в контрольной – в 12. Желчный свищ отмечен у 2 пациентов контрольной группы. Осложнения 3-й и 4-й степени наблюдались у 6 пациентов: в основной – у 2, в контрольной – у 4 больных. Летальных исходов в анализируемой выборке не было. Медиана послеоперационного койко- дня в основной группе составила 14 (11:17) дней, в контрольной – 16 (13:21).

Представленные результаты демонстрируют преимущества применения ультразвуковой резекционной технологии при резекции печени.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Р.Т. Меджидов, Р.С. Султанова, Ш.Р. Меджидов

Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой ГБОУ ВПО «ДГМА»

В последние годы активно обсуждаются вопросы лечения эхинококкоза печени в миниинвазивном варианте. Широкому внедрению данного способа лечения эхинококкоза препятствовал тот факт, что при этом высока вероятность обсеменения зародышевыми элементами паразита брюшной полости.

Технические разработки последних лет позволили значительно снизить вышеуказанные осложнения миниинвазиных вмешательств, однако они полностью не исключают возможность попадания зародышевых элементов в свободную брюшную полость. В этом плане при рецидивном эхинококкозе

имеются лучшие условия для проведения перкутанного дренирования кист под УЗ-наведением, за счет наличия адгезивного процесса вокруг печени.

Цель исследования – оценка эффективности перкутанного дренирования рецидивных эхинококковых кист печени под УЗ-наведением.

Материал и методы.

Проанализированы результаты перкутанной пункции и дренирования рецидивных кист печени под УЗ-наведением у 44 пациентов. Возраст пациентов составил от 27 до 83 лет.

В правой доле располагались кисты в 22 (50,0%) наблюдениях, в левой – в 19 (43,1%), в обеих долях печени – в 3 (6,9%) случаях. Размеры кист колебались от 6,0 до 13, см. Всем пациентам проводили комплекс клинических и инструментальных исследований. Все перкутанные вмешательства выполняли в условиях операционной под местной анестезией. При пункции и дренировании кисты обязательными условиями были: обход крупнотрубчатых структур печени, аспирация гидатидной жидкости, обработка полости гипертоническим раствором хлорида натрия, удаление хитиновой оболочки, контроль полноты удаления хитиновой оболочки рентгенологически, оставление в остаточной полости дренажа.

Для пункции, удаления хитиновой оболочки и дренирования использовали комплекс игла-катетер и расширители пункционного канала 12-14 F. В послеоперационном периоде проводилась химиотерапия албендазолом.

Результаты и их обсуждение.

Техническая реализация способа достигнута у 93,1% пациентов. В 3-х наблюдениях на этапе удаления хитиновой оболочки возникли технические сложности, и зародышевые элементы паразита были удалены из мини-доступа. Нагноения остаточной полости отмечены в 2,3% наблюдений. Они излечены дренированием под УЗ-наведением. Остаточная полость после перкутанной пункции и дренирования определялась в 34,9% наблюдений. В отдаленном периоде остаточная полость выявлена в 3,5% наблюдений. Повторный рецедив эхинококковой болезни не отмечен.

Заключение.

Перкутанная пункция и дренирование кист при рецидивном эхинококкозе не уступают по эффективности традиционным методам лечения. При данной форме эхинококкоза печени указанная методика является абсолютно безопасной.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ МАЛЫХ И СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ

Р.Т.Меджидов, М.А.Хамидов, Т.М.Хамидов, Р.С.Султанова

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Малоинвазивным способом проведена аплатизация кист печени и селезенки 75 больным, у которых были обнаружены 88 кист. Конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4 наблюдениях. Интраоперационные осложнения в виде умеренного кровотечения имелись у 4 пациентов. Послеоперационные осложнения местного характера отмечены у 3(4,0%) больных, общего – у 2(2,7%)

Введение. Малоинвазивная хирургия – это один из основных путей прогресса современной хирургии в целом. В литературе последних лет существует множество информации о малоинвазивных вмешательствах при кистозных образованиях печени и селезенки. Одним из методов завершения операции при кистозных образованиях паренхиматозных органов брюшной полости является аплатизация (абдоминизация) их. Это особенно показано при средних и поверхностно расположенных кистах печени и селезенки.

Материалы и методы. Аплатизация кист печени и селезенки в малоинвазивном варианте нами проведена при 88 кистах у 75 пациентов. Паразитарные кисты были у 56(7,6%) больных, простые – у 19(25,4%). Печеночная локализация кист имелась у 62(82,6%) пациентов, в селезенке – у 13(17,4%) больных. В селезенке имелись одиночные кисты, а в печени у 11(17,7%) пациентов отмечены множественные кисты. Из них у 6(54,5%) – эхинококковые кисты, у 5(45,5%) – простые. Размеры кистозных образований составляли от 5,6 до 10,7 см в диаметре. Все кисты были с преимущественным ростом в сторону брюшной полости. Локализация печеночных кист была следующая: II-й сегмент – 10(13,3%), III-й сегмент – 15(20,0%), IV-й сегмент – 10(13,3%),V-й сегмент – 14(18,6%),VI-й сегмент – 12(16,0%),VII-й сегмент – 8(10,6%),VIII-й сегмент – 6(8,2%). На диафрагмальной поверхности печени отмечены 66(88,0%) кист, на висцеральной – 9(12,0%). Ближе к нижнему полюсу селезенки имелись 8(61,6%) кист, к верхнему – 5(38,4%).

Из 88 кист печени и селезенки лапароскопически удалены 33(37,5%) кисты, и операция завершена аплатизацией остаточной полости. Из мини-доступа с применением устройства «Мини-ассистент» фирмы «САН» и лапароскопическим ассистированием удалено 55(62,5%) кист.

Результаты и обсуждение. При лапароскопической аплатизации кист конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4(12,1%) наблюдениях. Во всех этих случаях имелось умеренное кровотечение из краев иссеченной фиброзной капсулы. Оно остановлено ушиванием кровоточащих участков

фиброзной капсулы. Послеоперационные осложнения отмечены в 5(6,6%) случаях. Из них местные – у 3(4,0%), общие – у 2(2,6%). К местным осложнениям относились жидкостные скопления в зоне печени(2) и селезенки(1). Они устранены перкутанными пункциями под УЗ-наведением. Из общих осложнений правосторонний экссудативный плеврит – 1 случай и тромбофлебит вен нижних конечностей – 1 случай. Летальных исходов не было.

Заключение. Аплатизация кист печени и селезенки показана при малых и средних, относительно поверхностно расположенных кистах указанных органов. Её выполнение в малоинвазивном варианте имеет явные преимущества.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

М.И. Нестеров, А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей ГБОУ ВПО «ДГМА»

Адекватная гемоциркуляция является залогом заживления межкишечного анастомоза (Сигал М.З., Сигал З.М., 1980; Агаев Э.К., 2013; Cirocchi B., 2013).

Профилактика несостоятельности швов кишечного анастомоза является актуальной проблемой.

Цель исследования – улучшение результатов формирования анастомозов после резекции кишки путем предложения и разработки нового способа профилактики несостоятельности швов кишечного анастомоза, при котором применялся индекс жизнеспособности шовной полосы и многофункциональный аппарат, изучающий интрамуральное давление, пульс, уровень перфузии, насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови.

Материал и методы.

В работе приведены результаты резекций кишки в эксперименте на 20 собаках и в клинике у 31 больного.

Методика экспериментов на собаках заключалась в следующем. Под наркозом производили резекции тонкой кишки с формированием межкишечного анастомоза.

Ангиотензиометрия в интрамуральных сосудах кишки проведена по методике М.З. Сигала во время операций с помощью предложенного нами аппарата, применяя который можно исследовать насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, пульс, уровень перфузии, наличие

внутристеночных метастазов в шовной полосе. Затем вычисляли индекс жизнеспособности шовной полосы по формуле, предложенной М.Р.Рамазановым, где

Дп – интрамуральное давление у противобрыжеечного края кишки;

Дб – интрамуральное давление у брыжеечного края кишки;

Дс – системное давление на плече больного по Н.С. Короткову.

Параллельно изучали капиллярный кровоток с помощью аппарата ЛАКК-1.

Экспериментальные исследования на собаках проведены в соответствии с требованиями, утверждёнными приказом МЗ СССР № 755 от 12 августа 1977 года, который изменен и подтвержден в приказе № 742 от 13.11.1984 года, и после разрешения Этического комитета Даггосмедакадемии.

Критериями включения пациентов в исследование были: наличие хирургической патологии ободочной кишки, информированное письменное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения больных из исследования были: тяжелая почечная или печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, отказ пациента от участия в данном исследовании.

Критериями выхода больных из исследования были: появление побочных действий лекарственных препаратов, отказ пациента от продолжения исследования и лечения.

Формированные межкишечные анастомозы в эксперименте и в клинике исследовали на механическую прочность по методике А.А. Запорожца (1974).

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета программ Statistica 6,0 (Stat. Soft. Inc., США). Количественные сведения представлены в виде средних значений и их стандартных отклонений (M±m). Статистическую значимость различий определяли по t-критерию Стьюдента, которую оценивали на уровне $P<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Наши исследования выполнены сначала в эксперименте и в последующем применены в клинике с учетом полученных результатов.

В эксперименте после резекции тонкой кишки у 10 собак основной группы кишечные анастомозы наложены при статистически значимом ($P<0,005$) интрамуральном давлении в шовной полосе, равном 102,3±0,6/62,1±1 мм рт.ст., при системном давлении 122,2±0,9/75,5±0,7 мм рт.ст. и капиллярном кровотоке 12,1±0,5 V и при насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови 92,8±1%.

На 10 собаках контрольной группы после лапаротомии резецировали тонкую кишку и формировали межкишечные анастомозы без исследования гемоциркуляции в шовной полосе. В контрольной группе у 2 собак

установлена несостоятельность швов анастомозов, в то время как в основной группе не было несостоятельности швов анастомозов.

Учитывая эти данные в эксперименте, предложенный способ определения гемоциркуляции нашим аппаратом и применения индекса жизнеспособности шовной полосы использован у 31 больного при резекции кишки с формированием кишечного анастомоза по поводу кишечной непроходимости. У всех больных индекс жизнеспособности был выше единицы в шовной полосе, капиллярный кровоток составил 12,8±0,5 V и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови было равно 94,4±1%. В послеоперационном периоде не было несостоятельности швов анастомоза.

Вывод.

Предложенный способ определения гемоциркуляции в шовной полосе и применения индекса жизнеспособности шовной полосы предупреждает несостоятельность швов межкишечного анастомоза ишемического генеза.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ КИШКИ И ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

М.И. Нестеров, А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей ГБОУ ВПО «ДГМА»

На современном этапе развития хирургии органов брюшной полости проблема профилактики спаечной болезни в брюшной полости весьма актуальна (Гасанов Н.Г. и соавт., 2013; Женчевский Р.А., 1989).

Цель исследования – предложение и разработка нового способа профилактики спаечной болезни после хирургических операций в брюшной полости.

Материал и методы.

В эксперименте на 20 собаках проведено моделирование спаечной болезни после лапаротомии под наркозом путем формирования межкишечных анастомозов.

Экспериментальные исследования на собаках проведены в соответствии с требованиями, утвержденными приказом МЗ СССР № 755 от 12 августа 1977 года, который изменен и подтвержден в приказе № 742 от 13.11.1984 года, и после разрешения Этического комитета Дагмедакадемии.

Кровяное давление в сосудах шовной полосы в эксперименте и клинике исследовали по М.З. Сигалу (1974) и затем вычисляли индекс

жизнеспособности шовной полосы по формуле, предложенной М.Р. Рамазановым (1994):

$$И = \frac{(Дп + Дб) - 20}{Дс} \geq 1$$, где

Дп – интрамуральное давление у противобрыжеечного края кишки;

Дб – интрамуральное давление у брыжеечного края кишки;

Дс – системное давление на плече больного по Н.С. Короткову.

Интрамуральное давление и ангиоархитектонику шовной полосы, а также насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови исследовали с помощью разработанного нами аппарата. Параллельно изучали капиллярный кровоток с помощью аппарата ЛАКК-1.

Резекции тонкой кишки и рассечение спаек выполнено у 63 больных.

Критериями включения пациентов в исследование были: наличие хирургической патологии кишечника, информированное письменное согласие пациента на участие в данном исследовании.

Критериями исключения больных из исследования были: тяжелая почечная или печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, отказ пациента от участия в данном исследовании.

Критериями выхода больных из исследования были: появление побочных действий лекарственных препаратов, отказ пациента от продолжения исследования и лечения.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета программ Statistica 6,0 (Stat.Soft.lnc., США). Количественные сведения представлены в виде средних значений и их стандартных отклонений (M±m). Статистическую значимость различий определяли по t- критерию Стьюдента, которую оценивали на уровне P<0,05.

Результаты исследования и их обсуждение.

Разработанный способ предупреждения спаечной болезни в брюшной полости после хирургических операций испытан нами сначала в эксперименте и в последующем применен в клинике с учетом полученных результатов (имеется патент RU 2534844 C2).

В эксперименте на 10 собаках основной группы под общим обезболиванием выполнена резекция тонкой кишки и формирование кишечного анастомоза со скарификацией брюшины.

Введение прозерина в брыжейку тонкой кишки усиливало кишечные сокращения.

Учитывая такое фармакологическое действие прозерина, в брыжейку тонкой кишки между листами брюшины был установлен микроирригатор, который фиксировали рассасывающим шовным материалом полисорб. Другой конец микроирригатора выводят на переднюю брюшную стенку, где его фиксируют к коже и соединяют с флаконом физиологического раствора,

содержащего прозерин. Можно шприцом ввести через микроирригатор в брыжейку по 1 мл прозерина с антибиотиками 3 раза в сутки.

В брюшную полость вводят дополнительно синовиальную жидкость через микроирригатор, установленный в области оперативного вмешательства. Синовиальную жидкость получают путем пункции коленного или тазобедренного сустава по 2 мл, которую растворяют в 10 мл физиологического раствора с антибиотиками и вводят вблизи анастомоза в брюшную полость в день 1-2 раза. В синовиальной жидкости содержатся белки, которые способствуют скольжению суставных поверхностей (1980). Поэтому синовиальные белки способствуют легкому скольжению кишок.

После заживления раны микроирригатор удаляют, подтягивая за его конец на передней брюшной стенке.

В эксперименте на 10 собаках контрольной группы выполнена резекция тонкой кишки и формирование межкишечного анастомоза со скарификацией брюшины без введения этих препаратов в брюшную полость.

В контрольной группе у 4 собак обнаружена спаечная болезнь в брюшной полости в послеоперационном периоде, в то время как в основной группе не обнаружена спаечная болезнь.

Учитывая полученные результаты экспериментальных исследований, предложенный способ внедрен нами в клинику.

В основной группе у 35 больных выполнена резекция кишки по поводу спаечной болезни в брюшной полости с использованием разработанного нами способа предупреждения этой болезни.

В контрольной группе у 28 больных произведена резекция кишки без применения каких-либо методов предупреждения спаечной болезни в брюшной полости.

В контрольной группе установлено образование спаечной болезни у 9 больных, в то время как в основной группе не обнаружено спаечной болезни в послеоперационном периоде

Вывод.

Введение прозерина в брыжейку кишки и синовиальной жидкости в брюшную полость предупреждает спаечную болезнь в послеоперационном периоде после резекции кишки и формирования межкишечных анастомозов.

НОВЫЙ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АППАРАТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ, НАСЫЩЕНИЯ КИСЛОРОДОМ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В СТЕНКЕ КИШКИ И ДРУГИХ ФУНКЦИЙ ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

М.И. Нестеров, А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, З.М.Абдурахманова, Э.А. Алиев

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей ГБОУ ВПО «ДГМА»

Исследование гемоциркуляции в шовной полосе при формировании кишечного анастомоза в настоящее время является актуальной проблемой.

Вместе с тем после оценки гемоциркуляции с помощью существующих аппаратов и методов установлена несостоятельность швов анастомозов (Мартынюк В.В. и соавт., 1988; Карякин А.М. и соавт., 1998; Маркосьян С.А., 1999; Есин В.И., 2012; Агаев Э.К., 2013; Cirocchi B. et al., 2013).

Разработка нового аппарата для исследования гемоциркуляции и других функций является актуальной проблемой.

Цель исследования – разработка нового многофункционального аппарата, в том числе и для исследования гемоциркуляции в шовной полосе кишки при формировании кишечного анастомоза.

Материал и методы.

Нами разработан новый аппарат, который содержит жесткую общую камеру четырехугольной формы длиной 56 мм, которая разделена с помощью металлической перегородки на 2 камеры длиной 19 мм и 37 мм соответственно. Ширина камеры составляет 27,5 мм. Внутри первой большой камеры установлены 3 светодиодные лампочки. Эта камера соединена штуцером в виде металлической трубки, на который в конце надевается резиновая трубка, через которую проходят провода к лампочкам от понижающего трансформатора и соединенную с манометром для измерения давления и с резиновой грушей для инсуфляции воздуха.

Большая камера, где находятся светодиодные лампочки, герметизирована сверху резиновой прозрачной мембраной, зажатой поверх данной камеры металлическим ободком, где располагаются два передвижных разделителя камеры для расположения в промежутках интрамуральных сосудов. Разделители с помощью гайки по бокам прикрепляются к жесткой камере.

Полость большой камеры через штуцер в виде трубки и надетой на него резиновой трубки соединена с манометром для измерения давления и с резиновой грушей для инсуфляции воздуха.

Во второй камере располагается излучатель, который плотно закрыт сверху металлической частью ободка. Излучатель соединен проводами через браншу с монитором и определяет насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, пульс, уровень перфузии (подана заявка на патент в Роспатент).

При исследовании кровяного давления участок кишки устанавливают между мембраной и окуляром. Светодиодные лампочки соединяют через понижающий трансформатор с электрической сетью, затем включается свет в камере. С помощью резиновой груши нагнетают воздух и повышают давление в камере, где находятся лампочки.

По мере поступления воздуха фиксируют на манометре пульсирующую струю крови – систолическое давление, полное заполнение артерии – диастолическое давление и, наконец, заполнение вены – соответствует венозному давлению. Одновременно исследуют системное давление на плече больного по Н.С. Короткову.

Описанная методика ангиотензиометрии применялась в клинике и экспериментальных исследованиях для оценки гемоциркуляции. Вычисляли индекс жизнеспособности (И) по формуле, предложенной М.Р. Рамазановым:

$$И = \frac{(Дп + Дб) - 20}{Дс} \geq 1$$, где

Дп – интрамуральное давление у противобрыжеечного края кишки;

Дб – интрамуральное давление у брыжеечного края кишки;

Дс – системное давление на плече больного по Н.С. Короткову.

Преимущества предложенного универсального аппарата заключаются в следующем.

1. Два передвижных разделителя камеры позволяют измерять кровяное давление в нескольких интрамуральных сосудах одновременно в шовной полосе кишки.

2. Аппарат изучает ангиоархитектонику по всей длине шовной полосы.

3. Аппарат позволяет изучить в проходящем свете экстраорганные сосуды кишки и исследовать кровяное давление в экстраорганных сосудах.

4. Аппарат позволяет определить внутристеночные метастазы, опухолевые инфильтраты в стенке полого органа, границы распространенности злокачественного новообразования.

5. Наш аппарат позволяет определить полипы малых размеров на поверхности слизистой кишки, малые очаги рака.

6. Аппарат позволяет выполнить внеполостную трансиллюминацию кишки.

7. Предложенный аппарат определяет частоту пульса, уровень пульсовой волны – уровень перфузии.

8. Разработанный нами аппарат исследует насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кишки и других органов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Аппарат испытан в эксперименте на 15 собаках при формировании кишечных анастомозов. После успешного испытания в эксперименте мы приступили ко второму этапу, внедрив применение аппарата в клинику. У 36 больных основной группы, перенесших резекции кишки по поводу кишечной непроходимости, межкишечные анастомозы формированы с исследованием гемоциркуляции в шовной полосе с помощью разработанного нами аппарата.

В двух случаях после резекции кишки по поводу рака при трансиллюминации с помощью нашего аппарата обнаружены метастазы в шовной полосе кишки перед формированием кишечного анастомоза и произведена резекция этого участка кишки. В двух случаях обнаружен индекс жизнеспособности шовной полосы ниже 1. Произведены резекции кишки в данных отрезках, и при индексе жизнеспособности шовной полосы выше 1 формированы межкишечные анастомозы.

В основной группе у всех больных капиллярный кровоток составил 12,8±0,5 V, насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови – 94,6±1% и индекс жизнеспособности был выше 1 в зоне межкишечных анастомозов.

В контрольную группу вошли 36 больных, которые перенесли резекции кишки по поводу кишечной непроходимости, и межкишечные анастомозы им формировали без исследования гемоциркуляции в шовной полосе.

У 15 собак в эксперименте и у 36 больных основной группы в клинике не было несостоятельности швов межкишечного анастомоза. У 36 больных контрольной группы обнаружена несостоятельность швов анастомоза в пяти случаях.

Вывод.

Разработанный многофункциональный аппарат эффективен для оценки гемоциркуляции в шовной полосе кишки и уровня резекции по поводу кишечной непроходимости при формировании кишечного анастомоза, и его рекомендуется применять в хирургической практике.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ, КОНТРАСТНО УСИЛЕННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКА.

О.М. Османов. А.Т.Тучалова

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА»

Цель исследования – показать возможности МКТ с контрастным усилением в хирургии надпочечника.

За последние годы внедрение в медицинскую практику таких исследований, как мультиспиральная компьютерная томография, позволило улучшить и расширить диагностику таких заболеваний, как новообразования надпочечников.

Возможности современных томографов позволяют обнаружить малейшие изменения надпочечников и близлежащих областей организма и выявить болезнь на ранних стадиях, когда лечение возможно без оперативного вмешательства.

Пространственное отображение объемных образований, их взаиморасположение с окружающими анатомическими структурами могут быть полезными при выборе хирургического доступа и планировании объема хирургического лечения.

Результатом компьютерной томографии этих желез является определение расположения органов, их кровоснабжения и соответствия неискаженным формам, установление их плотности и ее изменений. На фоне четкой картины органов овальной или круглой формой выделяются аденомы с контрастными контурными очертаниями, как образования однородной структуры. При проведении КТ аденомы определяются в 98% случаев заболевания.

Заключение. В отделении хирургической эндокринологии РКБ с появлением мультиспиральной компьютерной томографии мы отдаем предпочтение этому методу в плане диагностики объемных образований надпочечников и на ее результатах определяем доступ хирургического лечения.

ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТОДЫ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ МЕЗАДЕНИТОВ

О. Г. Раджабов, И. О. Раджабов

Тляратинская Центральная Районная Больница

При острой хирургической патологии брюшной полости хирурги часто сталкиваются с острым воспалительным процессом брыжеечных лимфоузлов**.** Как правило, в большинстве случаев это является интраоперационной находкой и первичный очаг инфекции не обнаруживается. В основном, причиной мезаденитов является неспецифическая инфекция, которая проникает из первичного очага гематогенным путем либо через кишечный тракт, а также при воспалительных процессах брюшной полости. Часто наблюдается и туберкулезное поражение мезентеральных лимфоузлов.

Цель исследования – изучить и оценить результаты влияния лимфогенных методов в лечении острых мезаденитов.

Материал и методы. Наш опыт основан на лечении 28 больных с острым мезаденитом. В комплексном лечении больные лимфотропно получали антибиотики и антиоксиданты. Целью исследования явилось создание максимальной концентрации лекарственного средства непосредственно в лимфоузлах. Для этого брыжеечный лимфоузел катетеризовали тоненькой трубочкой, которую выводили наружу через рану. Из антибиотиков чаще всего применялись гентамицин 80 мг/ в сутки, клафоран 1000 мг/ в сутки, при подозрении на туберкулез – канамицин 500 мг 2 раза в сутки и другие. Из антиоксидантов лимфотропно вводили мексидол 100мг в сутки, эмоксипин 1% – 1мл в сутки. Лечение начиналось с первого же дня после операции и продолжалось в течение 5- 7 дней.

Результаты исследований. Наши исследования свидетельствовали о том, что комплексная терапия острого мезаденита более эффективна при лимфотропной антибиотико- антиоксидантной терапии. Насыщение из лимфатической системы антибиотиками и антиоксидантами непосредственно в очаге воспаления способствовало более ускоренному снятию воспалительных процессов и нормализации мембранно-деструктивных процессов в клетках лимфоузлов. Об этом свидетельствуют более раннее уменьшение эндогенной интоксикации и температурной реакции организма, улучшение клинико- лабораторных показателей, снятие болевого синдрома живота уже со второго дня лечения и другие параметры. Также наблюдалось улучшение самочувствия, активности и сна больных с первых же дней послеоперационного периода. При этом сроки лечения больных сокращены на 1,5- 1,6 раза по сравнению с традиционными методами лечения.

Выводы. Применение лимфотропной терапии в комплексном лечении острых мезаденитов показало высокую ее эффективность по раннему снятию воспалительных и мембранно-деструктивных процессов в брыжеечных лимфоузлах. Внедрение данного способа лечения позволило сократить сроки лечения на 4-6 суток, уменьшить расходы медикаментов на 30%.

\

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКО- АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПЕРИТОНИТАМИ

О. Г. Раджабов, И.О.Раджабов

Тляратинская ЦРБ

Несмотря на достигнутые успехи, лечение воспалительных заболеваний брюшной полости представляет большую проблему современной хирургии. Лимфатическая система играет огромную роль в патогенезе воспалительных заболеваний брюшной полости, так как является основным путем транспорта токсинов и микробов в кровеносное русло и местом их концентрации. Поэтому для эффективного лечения воспалительных процессов необходимо создать высокие концентрации антибиотиков, антиоксидантов и других препаратов в лимфатической системе.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с острыми перитонитами. Изучение эффективности эндолимфатической антибиотико- антиоксидантной терапии при лечении больных с острыми перитонитами

Материал и методы. Нами проведен сравнительный анализ эффективности применения эндолимфатической и традиционной лекарственной терапии в комплексном лечении перитонитов. Основная группа состояла из 35 больных, которым в лечении включено эндолимфатическое введение антибиотиков (с учетом чувствительности микрофлоры – цефазолин, клафоран, гентамицин и др.). С целью коррекции процессов перекисного окисления липидов, эндолимфатически вводили также антиоксиданты мексидол, эмоксипин. Лекарственные средства вводили в лимфососуды стопы или голени. В контрольную группу, которым антибиотики и антиоксиданты вводили внутримышечно, внутривенно, вошли 32 больных. Оценку эффективности антибиотико-антиоксидантной терапии проводили по следующим параметрам: динамика температуры тела и лабораторных показателей, клиника течения процесса и симптомы интоксикации, сроки пребывания больных в стационаре.

Результаты. Результаты исследований показали, что клиническая эффективность эндолимфатической антибиотико-антиоксидантной терапии при комплексном лечении острых перитонитов значительно выше, чем при внутримышечном и внутривенном их введении. В основной группе температура тела снижалась уже на первые сутки, нормализация ее наступала к 3-4 суткам, а в контрольной группе – на 2-е и 5-6-е сутки соответственно. Нормализация лабораторных показателей крови в основной группе наступала в 1,5- 1,7 раза быстрее, чем в контрольной. Течение процесса было более

гладким в основной группе: уже с первых суток лечения уменьшились симптомы интоксикации и перитонита. Сроки пребывания в стационаре больных основной группы были в среднем в 1,3- 1,5 раза меньше, чем в контрольной группе.

Выводы. Эндолимфатическая антибиотико-антиоксидантная терапия обладает более выраженной клинической эффективностью, по сравнению с традиционным введением антиоксидантов и антибиотиков при комплексном лечении острых перитонитов.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

М.А. Хамидов, М.П.Магомедов, О.М.Абдулмеджидов, А.М.Магомедов

Курс эндохирургии ДГМА
ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РД, Махачкала

Актуальность проблемы лечения эхинококкоза печени продиктована высокой распространенностью данного заболевания в эндемичных зонах нашей страны, превалированием его среди больных лиц наиболее трудоспособного возраста, высоким процентом осложнений после открытых вмешательств из традиционных доступов и длительным сроком реабилитации.

В настоящее время применяются следующие методы лечения эхинококкоза: открытый (традиционный), лапароскопический, пункционный и консервативный. Основными лечебными принципами при выполнении эхинококкэктомии(которые должны соблюдаться при любом методе лечения) являются:

а) апаразитарность;
б) ликвидация остаточной полости;
в) выявление и ликвидация цистобилиарных свищей;
г) противорецидивная терапия.

Показания к лапароскопической эхинококкэктомии на этапе освоения определяются с учетом размеров кист (5-10 см), локализацией в III, IV, V, VI сегментах, отсутствием дочерних пузырей в полости кисты.

В то же время определен широкий спектр противопоказаний к лапароскопическойм эхинококкэктомии печени. На этапе освоения к ним относятся: наличие дочерних пузырей в полости кисты, внутрипеченочное расположение, поддиафрагмальная локализация, первично множественная локализация эхинококкоза, осложненный эхинококкоз.

Нами обобщен и проанализирован опыт лечения 94 больных с эхинококкозом печени, в возрасте 14 – 56 лет, в период с 1996 по 2014 г. Как показали наши исследования, процесс преимущественно локализовался в правой доле печени (V, VI, VII, VIII сегменты), размеры кист варьировали от 4 до 14,2 см. Накопленный нами опыт позволяет считать, что абсолютными противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии печени являются:

а) полное внутрипеченочное расположение кист;

б) осложненный эхинококкоз в виде прорыва в желчные протоки и нагноения;

в) кальцинирование стенок.

Значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза печени считается широкое использование закрытых методик эхинококкэктомии. На начальных этапах освоения метода (5 больных) мы пытались максимально ликвидировать остаточную полость путем ее капитонажа и ушивания. В последующем мы убедились, что данная методика является нецелесообразной в связи с риском послеоперационных осложнений со стороны остаточных полостей. Методом выбора ликвидации остаточной полости печени считаем способ абдоминизации (89 больных) с использованием ультразвуковой диссекции (48 больных), при условии тщательной эндовидеоскопии остаточной полости печени. По результатам проведенного лечения имели место два осложнения (1 рецидив и 1 нагноение остаточной полости), а также одна конверсия из-за заднего поддиафрагмального расположения. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 48 минут, средний койко-день – 6,5 дней.

Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволяет, на наш взгляд, значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Преимущества лапароскопической техники при эхинококкозе печени обусловлены тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой и соответственно длительной реабилитацией пациентов, в то время как эндовидеохирургические технологии позволяют значительно сократить сроки госпитализации и выздоровления, при сохранении принципов паразитарной хирургии.

Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия печени при учете всех противопоказаний и неукоснительном выполнении всех технических принципов этой операции должна занять свою нишу в хирургии эхинококкоза.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 3
Р.Т. Меджидов

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН 4
М.К. Абдулжалилов

МАТЕРИАЛЫ VII РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «НОВОЕ В ХИРУРГИИ ДАГЕСТАНА»
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ. 7

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ (обзор литературы) 8
А.Т. Тучалова

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНЫХ ЧАСТОТНОАДАПТИВНЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ 20
О.А. Махачев, А.Г. Магомедов, М.Г. Султанов, Г.Н. Алиев, К.И. Абдулаев, А.Ш. Шахнавазов, З.Г. Абдусаламова, З.Г. Ахмедова

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ОПЫТ ДАГЕСТАНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ 21
О.А. Махачев, М.Х. Бадрудинова, Т.Х. Хириев, П.М. Магомедова, М.Н. Дибирова

ОПЫТ ПЕРВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОАБСОРБИРУЕМОГО СТЕНТА В ДАГЕСТАНЕ 23
О.А. Махачев, Т.Х. Хириев, Ф.Х. Абасов, Ш.Г. Магомедов

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЗАКРЫТИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА: ОПЫТ 65 ОПЕРАЦИЙ 24
О.А. Махачев, Т.Х. Хириев, Ф.Х. Абасов, Ш.Г. Магомедов, М.Х. Бадрудинова, Г.Н. Алиев, А.Ш.Шахнавазов, З.Г. Абдусаламова, З. Г. Ахмедова

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ 25

И ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ДАГЕСТАНЕ
О.А. Махачев, Т.Х. Хириев, Ф.Х. Абасов, Ш.Г. Магомедов, А.Ш.Шахнавазов, З.Г. Абдусаламова, Ф.Р. Изиев, С.М. Амирханова, З.Г. Ахмедова

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ДАГЕСТАНЕ 26
О.А. Махачев, Т.Х. Хириев, Ш.Г. Магомедов, Ф.Х. Абасов

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СТЕНОЗОМ ЛЕВОЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ 27
О.А. Махачев, Т.Х. Хириев, Ш.Г. Магомедов, Ф.Х. Абасов, З.Г. Абдусаламова

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ 28
А.Г.Магомедов, Р.М. Муталипов, А.А. Магомедов

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ В ДАГЕСТАНЕ 29
А.Г. Магомедов

НАШ ОПЫТ В РЕКАНАЛИЗАЦИИ И БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ 30
С.А. Исмаилов, К.И. Гаджиев, А.С. Скороваров

СЛУЧАЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 32
Н.Н. Кураева, Т.А. Соловьева, А.С. Скороваров, А.А. Магомедов

СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МЕШОТЧАТОЙ АНЕВРИЗМЫ ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 33
А.Г.Магомедов, С.Д.Раджабов, А.А.Магомедов

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ 35

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ 36
С.А.Алиев, К.А.Курбанов, М.М. Лабазанов, С.М. Магомедов, Ш.Ю. Мамедбеков

ХИРУРГИЯ ТРАХЕИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РКБ 38
Г.Р. Аскерханов, С.З. Магомедов, А.Х. Халилов

ТИМОМА СКОМПРОМИТИРОВАВШАЯ ВЕРХНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ 40
А.Г. Магомедов, А.С. Абдулхаликов, Г.Н. Алиев, К.И. Абдулаев

НОВЫЙ СПОСОБ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 42
З.М. Абдурахманова, М.Р. Рамазанов, М.М. Рамазанов

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ 45

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЕ СИНДРОМЫ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. 46
М.Р. Абдуллаев, И.И.Магомедов

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 49
М.Р. Абдуллаев, И.И.Магомедов

ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЁЛЧНЫХ ПУТЯХ. 51
М.Р. Абдуллаев, И.И.Магомедов

ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 54
М.М.Магомедов, Г.М.Исмаилов

ХАРАКТЕР МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ 56
Г.М.Исмаилов, Р.Э.Магомедбеков, М.М.Магомедов

РЕКОНСТРУКЦИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Y-ОБРАЗНОГО ДРЕНАЖА 57
М.А.Алиев, Р.Т. Меджидов, Р.З. Магомедов, Р.С. Султанова

ЛЕЧЕНИЕ МАЛЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ CL И CE1-ТИПА 58
И.Г. Ахмедов, А.М. Абдуллаев

ПЕРВИЧНЫЙ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ПОЛИОРГАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ: АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ 60

И.Г.Ахмедов, С.П.Патахов
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. 61
Х.А.Бациков, М.М.Магомедов, П.М.Нурмагомедова, Д.М.Дамадаев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ 62
М.Р. Иманалиев, М.К. Абдулжалилов, А.М. Абдулжалилов, М.А. Магомедов, А-К.Г. Гусейнов

СПОСОБ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСОКПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 64
А.М.Абдулжалилов, М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов

ЭКСТРЕННАЯ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 65
М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов, Ш.М.Хандулаев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИИ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 67
М.Р. Иманалиев, М.К. Абдулжалилов, Ш.М. Хандулаев, М.А. Магомедов, А-К.Г. Гусейнов

ДИАГНОСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ. 68
Х.А.Бациков, М.М.Магомедов, П.М.Нурмагомедова, Д.М.Дамадаев

СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. 69
А.Д.Дибиров, Р.С.Османов, Б.М Курбанов., Н.И Магомедов., Г.Г.Мухтаров

ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В ЛОР ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 72
З.З.Дибиров, С.О.Султанмурадов, А.З. Абдулатипов

НАШ ОПЫТ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ 73
А.Г.Жахбаров, С.М.Махачев, Р.З.Саидова, А.А.Жахбаров, А.Н.Чудинов

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В БРЮШНУЮ 77

ПОЛОСТЬ ГНОЙНИКА ПЕЧЕНИ
М.З.Загидов, А.М. Загидова, С.К. Чопалаева

СРЕДСТВО «ИХТИОСИН» ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНО-ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 80
Т.М. Магамедов, М.Г. Магомедов, Н.М.Магомедов

ВЛИЯНИЕ ПАХОВОГОГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН 82
Р.Э. Магомедбеков, М.М. Магомедов, К.И. Гаджиев

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭНДОПРОТЕЗОВ. 83
Р.Э. Магомедбеков, М.М. Магомедов

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ 85
А.Д. Магомедов, Б.М.Махачев, С.П.Патахов, В.Б.Балаев, А.Г.Жахбаров, И.А.Алиев

ОЦЕНКА ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА. 86
И.У.Магомедов, А.Г.Магомедов, А.С.Абдулхаликов, А.Т. Тучалова

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОГОЭТАЖНЫМИ И ДИСТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 91
М.Г.Магомедов, М.Р. Рамазанов, Т.М. Магомедов

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ КОНГЕСТИВНОМ СИНДРОМЕ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 93
М.Г.Магомедов, М.Г.Арбулиев, Г.Д. Давудов

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 94
М.Г.Магомедов, Г.Д. Давудов, М.Г.Арбулиев

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА 96

ФОНЕ ИБС
М.Г.Магомедов, Х.М. Исмаилов, Т.М.Магамедов, Н.М. Магомедов

СРЕДСТВО «БЕМЕТРИМ» В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН 97
М.Г. Магомедов, Т.М.Магамедов, Н.М. Магомедов

УСТРОЙСТВО – КМП-О В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ 99
М.Г. Магомедов, С.А.Тагиров, М.Г-Д.Ахмедов, М.И.Магомедрасулова

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ СОТРУДНИКАМ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 100
М.П.Магомедов, М.А. Хамидов, А.М. Амиров, О.М.Абдулмеджидов, А.М.Магомедов, М.М.Магомедов

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ 103
Н.М.Магомедов, С.П. Гайбатов, М.Г.Магомедов

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ. 105
Б.М. Махачев, А.Д.Магомедов, С.П.Патахов, А.Г.Жахбаров, В.Б.Балаев, И.А.Алиев, И.Г. Халилов, З.С.Абакарова, А.Н.Тихмаев, М.А.Идрисова

НОВЫЙ ПОДХОД К ТРАНСПОРТИРОВКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ СТАЦИОНАР 106
С.М. Махачев, А.Д. Магомедов, Ф.В. Мейланова, Р.И. Магомедов, П.К.Курбанова, Р.Р. Магомедов

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И ЛЕЧЕНИЕ 107
С.М. Махачев, А.Д.Магомедов, С.П. Патахов, Ф.В.Мейланова, Р.И.Магомедов

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК 108
С.М. Махачев, С.П. Патахов, И.Г. Халилов, Ф.В.Мейланова

СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕТЛИ ТОЩЕЙ 109

КИШКИ ПРИ ГИДР.
Р.Т.Меджидов, Г.А. Абдурашидов, А.З.Абдуллаева, А.Г.Гасанов

ХИАТАЛЬНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. 110
Р.Т. Меджидов, Г.А. Абдурашидов, А.З.Абдуллаева, Н.И. Магомедов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 111
Р.Т.Меджидов, Р.Р.Курбанисмаилова

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА. 113
Р.Т.Меджидов, М.М.Магомедов, Г.А.Абдурашидов, А.З. Абдуллаева

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗЕКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГАХ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ. 114
Р.Т.Меджидов, Р.С.Султанова, Г.А. Абдурашидов

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ. 115
Р.Т.Меджидов, Р.С. Султанова, Ш.Р. Меджидов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ МАЛЫХ И СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ. 117
Р.Т.Меджидов, М.А.Хамидов, Т.М.Хамидов, Р.С.Султанова

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ 118
М.И. Нестеров, А.М.Магомедов, М.Р. Рамазанов

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ КИШКИ И ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ 120
М.И.Нестеров, А.М Магомедов, М.Р. Рамазанов

НОВЫЙ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АППАРАТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ, НАСЫЩЕНИЯ КИСЛОРОДОМ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В СТЕНКЕ КИШКИ И ДРУГИХ ФУНКЦИЙ ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ 123
М.И. Нестеров, А.М.Магомедов, М.Р.Рамазанов, З.М.Абдурахманова, Э.А. Алиев

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ, КОНТРАСТНО УСИЛЕННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКА. 125
О.М.Османов, А.Т. Тучалова

ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТОДЫ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ МЕЗАДЕНИТОВ 126
О.Г.Раджабов, И.О. Раджабов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКО-АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПЕРИТОНИТАМИ. 128
О. Г.Раджабов, И.О.Раджабов

НАШ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ 129
М.А.Хамидов, М.П.Магомедов, О.М.Абдулмеджидов, А.М. Магомедов

VII Республиканская научно-практическая конференция
НОВОЕ В ХИРУРГИИ ДАГЕСТАНА
Махачкала, 1 октября 2015 года

Сборник научных трудов

Под редакцией проф. А.Г. Магомедова

Сдано в набор 10. 09.2015 г. Подписано в печать 17.09.2015 г.
Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная. Печ. л. 8,62.
Тираж 100. Заказ 214.

Издательско-полиграфический центр ДГМА
Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1.