

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ

Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания
РОО «Общество хирургов РСО-Алания»

*«Малоинвазивная и бескровная хирургия –
реальность XXI века»*

Материалы региональной научно-практической
конференции с международным участием



Владикавказ
24 – 25 января 2014 года

и занятости операционной бригады, в последующем обнаруживались, так называемые «забытые жгуты», в этих случаях хирургом чаще всего приходилось ампутировать конечности. Использование гемостатического браслета позволяет, надев браслет на раны, зафиксировать его, а затем локально сдавить кровотокающий сосуд винтовым зажимом, что позволяет обеспечить восстановление кровообращения до двух суток, вместо двух часов, за счет того, что можно восстановить кровоток, используя регулирующий режим. Гемостатический браслет можно использовать и в эндоваскулярной хирургии для создания сухого поля, при операциях на магистральных сосудах конечностей.

2. Устройство Айсханова для закрытия пневмоторакса-окклюзионный пояс (патент на изобретение № 213338211 от 27.09.99г.) Как известно, остановка кровотечения обычным приемом (давящая повязка, кровоостанавливающий жгут, временное чрезкожное лигирование сосуда) сопряжена с большим риском для жизни больного. Наложение окклюзионной повязки при ранениях грудной клетки в чрезвычайных ситуациях, с целью закрытия пневмоторакса, повязки на ране плохо фиксировались, не обеспечивали герметичность, что приводило к усилению пневмоторакса с ухудшением состояния пострадавшего. Окклюзионный пояс можно использовать при переломах ребер как фиксатор, с целью уменьшения болевого синдрома.

3. Устройство Айсханова для транспортировки пострадавших — каталка волокуша «Горный орел» (патент № 21340-93 от 10.08.99г) Чемодан каталка обеспечивает комфортные условия при перевозке больных по открытому воздуху, отличается удобством при складировании устройства, легко приспособляется под операционный стол.

4. Вазокомпрессор для остановки кровотечения из миннвзрывной раны.

Авторы С. К. Айсханов, В. З. Тотиков, Д. К. Батаев, Х. Н. Мажиев, А. Н. Бессаев, С. А. Бекузарова. (патент №20081429/14) Вазокомпрессор способен предотвратить контакт внутренних органов человека с воздухом при получении открытых ран.

По данным Д. А. Адаева во время боевых действий в Чеченской республике попутным транспортом в больницу доставилось 60% раненных из числа гражданского населения, как правило без оказания первой медицинской помощи с использованием существующих средств защиты (жгут Эсмарха, окклюзионная повязка, транспортные шины). При этом летальность у раненных с травмами при транспортировке санитарным транспортом снижалась на 10-12%.

При оказании первой медицинской помощи с использованием новых технологий по экстримальной медицине (изобретение С. К. Айсханова) на до госпитального этапе снижалась летальность у раненных с минноосколочными и пулевыми ранениями в течение первых суток от 10 до 18%.

ОПИСАНИЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МИНИ-ДОСТУПА ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Специфика хирургии желчных путей предъявляет большие требования к применению рационального доступа. В настоящее время активно внедрена в работу методика холецистэктомии из мини-доступа в различных модификациях.

В нашей клинике предложена усовершенствованная методика холецистэктомии из мини-доступа (Госпатент № 03-8/51605 от 3 июня 2010г.; № 2008/144249/14(057678)). Задачей предлагаемого изобретения является: сокращение продолжительности операции, возможность выполнения операции без специального инструментария, минимизировать травму брюшной стенки без повышения давления в брюшной полости.

Сущность изобретения заключается в том, что в предоперационном периоде при УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы отмечают две шчки на передней брюшной стенке: место проекции гепатикохоледоха или поротной вены на уровне гепатодуоденальной связки с одной стороны и дна желчного пузыря с другой стороны.

Сама операция состоит из 3-х этапов.

1-ый этап мини-лапаротомия. Параллельно и ниже рёберной дуги справа, отступя несколько сантиметров от срединной линии в промежуточном положении, максимально близко к выбранному перед операцией при УЗИ точкам, выполняется разрез кожи и п/к длиной 4-5см. После вскрытия таким же по направлению разрезом влагалища прямой мышцы выделяется её треть. Выделение осуществляется от белой линии живота путем отделения пальцем от задней стенки влагалища прямой мышцы. При наличии в выделяемом «мышечном пучке» крупных сосудов (a. et v. epigastrica superiores), они сдвигаются в сторону. Мышцы пересекаются электроножом, либо на зажимах. При соблюдении всех моментов хорошо открывается зона оперативного воздействия с сохранением крепкого каркаса брюшного пресса. Рассекаемые задняя стенка влагалища и брюшина обшиваются бельём.

2 этап: зона желчного пузыря и гепатодуоденальной связки ограничивается хирургическими салфетками с длинными «хвостами» из толстых лавсановых лигатур. Вводят их в брюшную полость полностью и устанавливают между зеркалами, как при ТХЭ: влево — под левую долю печени, влево и вниз — для отведения желудка и большого сального, вправо и

вниз — для отведения печёночного угла ободочной кишки и петель тонкой кишки.

3 этап: непосредственно холецистэктомия, которая отличается от ТХЭ только необходимостью дистантного оперирования и невозможностью ввести руку в брюшную полость. При затягивании узлов используется палочка Виноградова, а оттягивание желчного пузыря осуществляется мягким длинным за-¹жимом, введенным через контрапертуру, через которую в последующем проводится дренажная трубка. Контрапертура выполняется изначально с учетом создания удобств для манипуляции на желчном пузыре. Поперечный доступ, j выполняемый с учётом локализации гепатикохоледох и желчного пузыря, по-¹зволяет оперировать под хорошим визуальным контролем.

Основные правила выполнения холецистэктомии следующие:

— выделяют отчётливо гепатикохоледох и пузырный проток от шейки пузыря до впадения в желчный проток.

— перевязывается пузырная артерия после чёткой её идентификации, затем пузырный проток.

— при выраженном воспалительном процессе с рубцовыми плотными сращениями и невозможности верифицировать анатомические структуры, требующие обработки, после 30-40мин переходят на ТХЭ с доступом по Кохе-ру. Затем выделяется желчный пузырь из ложа от шейки, либо от дна разными способами. Операция заканчивается установкой перфорированного силиконового дренажа к ложу желчного пузыря через контрапертуру.

*А.Д. Асланов, А.К. Жигунов, О.Е. Лозвина, А.З. Батов, А.Х. Куготов
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик*

ВАЗОПРОСТАН И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

С 2002 по 2010 г в сосудистом отделении Республиканской клинической больницы находились под наблюдением 156 больных с хронической ишемией нижних конечностей, из которых 107 больных были с критической ишемией нижних конечностей. У 65 (41. 6 %) больных имелся сахарный диабет 2 тип. Таким образом, причиной ишемии нижних конечностей явился атеросклероз, диабетическая ангиопатия или их сочетание. Степень ишемии определялась по классификации А. В. Покровского и составляло II степени — 58 (37.1%), III степени — 64 (41. 2%), IV степени — 34 (21. 7%). Обследование больных включало: биохимическое исследование крови, функциональная диагностика,

юмплерография сосудов нижних конечностей, с высчитыванием плечелоды- *ечного индекса, радионизотопное, рентгенологическое исследование — дистальная субтракционная ангиография.

Больные были распределены на 2 группы:

Основная — которая включала 71 больной (45. 5%) и контрольная — 85 Сольных (54. 5%). Из 156 больных 69 (44. 2%) — производились различные реконструктивные операции на артериях нижних конечностей, при чем все ими вошли в основную группу. В контрольной группе проводилась обычная реологическая терапия, которая включала: реополигаюкин, трентал, ницерго- лин, никотиновая кислота, актовегин, глиатилин, тромбо-асс.

В основной группе проводилась монотерапия вазопростаном по следующей схеме:

1. в первый день производилось внутривенно капельное вливание 1 ампулы вазопростана на 100. 0 мл физиологического раствора со скоростью 8-10 капель /минуту.

2. Во второй и третий дни доза вазопростана увеличивалась до 2-х ампул.

3. С четвертого дня и до окончания курса лечения производилось вливание 3-х ампул вазопростана.

Результаты: В динамическом наблюдении у больных основной группы, которые в систематическом порядке получали вазопростан, наблюдался меньшее количество осложнений в послеоперационном периоде, а также у не оперированных больных. Из общего числа пациентов в основной группе, произведены экономные ампутации на уровне стопы 3-м (4. 2%) больным, в то время как в контрольной группе ампутации на уровне голени и бедра 26 (30.5 %) больным в связи с неэффективностью реологической терапии и нарастанием критической ишемии. При контрольном доплерографическом исследовании у больных, получавших вазопростан отмечается улучшение показателя плече-лодыжечного индекса на 0,3-0,4, пульсового давления, амплитуды кровотока. У 5-ти больных (7.1%) наблюдалось снижение артериального давления, которое требовало лечения кардиолога.

Выводы:

1. Прием вазопростана в основной группе позволил уменьшить количество ампутации конечностей, связанных с прогрессированием ишемии и развитием осложнений.

2. Эффективность монотерапии вазопростаном в работе доказана как клинически так и инструментально.

3. Во время проведения лечения вазопростаном требуется наблюдение кардиолога, в виду возможных гемодинамических осложнений.

А. Д. Асламов, А. К. Жигунов, Л. Я. Исхақ, М. А. Готыжеев, А. И. Билимиков
Республиканская клиническая больница, Нальчик

РЕКОНСТРУКЦИЯ НЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель—улучшить результаты хирургического лечения больных, при хронической критической ишемии нижних конечностей.

Объектом исследования стали 131 больной находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчика с 2004-2010 гг.

У всех больных имелось полисегментарное поражение артерии нижних конечностей, что весьма затрудняет выполнение шунтирующих операции.

72 больным ранее производились различные реваскуляризирующие операции:

Все больные поступили с клиникой хронической критической ишемии нижних конечностей.

Проведение триплексного сканирования, ангиографии, а так же интраоперационной ревизии сосудов нижних конечностей, позволило нам ставить точный топический диагноз поражения того или иного сегмента артерии нижних конечностей.

Было выявлено, что до 80% случаев имеется полисегментарное поражение артерии, с сохранением умеренного коллатерального кровотока на небольших участках магистральных артерий.

Все больные были оперированы — произведены многоуровневые шунтирования на артериях нижних конечностей с формированием коротких аутовенозных шунтов.

При этом у 35 больных из-за отсутствия площадки для формирования анастомоза на магистральной артерий, произведено выделение крупной коллатерали, чаще всего это ветвь ГАБ на 20 см. ниже отхождения последней от ОБА, коллатераль на уровне нижней трети ПБА, при выходе из гунтерового канала, и формирование анастомоза шунта и коллатерали по типу «конец в бок» или «бок в бок».

Клинический пример. Больной Х. 1950 г. р. поступил с клиникой хронической критической ишемии левой нижней конечности.

Ранее по поводу острого тромбоза подколенной и берцовых артерий левой нижней конечности был оперирован (произведена тромбэктомия). Затем через месяц повторно оперирован (произведена поясничная симпатэктомия), однако хроническая критическая ишемия нижней конечности сохранялась.

На ангиографии выявлено многоуровневое поражение поверхностной бе-

кронной, подколенной, задней большеберцовой артерии, и поражение передней большеберцовой артерии на всём протяжении.

Больному было произведено: многоуровневое, множественное общепериферическое— поверхностнобедренное (с/3), поверхностнобедренно (коллатеральной ветви) (н/3)—подколенное (с/3), подколенно (н/3) — заднеберцовое (н/3) аутовенозное шунтирование с реверсией.

В послеоперационном периоде признаки хронической критической ишемии левой нижней конечности компенсировались; на контрольных доплерограммах за период наблюдения, имеется магистральный кровоток по всем шунтам и дистальнее по задней большеберцовой артерии.

Выводы:

1. при диффузном поражении артерии нижних конечностей, часто обнаруживаются участки артерии с сохранённым коллатеральным кровотоком, пригодные для формирования коротких шунтов.
2. При отсутствии площадки для формирования анастомоза на магистральной артерии, можно использовать функционирующие крупные коллатерали.

А. Д. Асламов, А. К. Жигунов, О. Е. Ложкина, Д. Н. Исхақ, Куготов, А. Р. Дзугеев
Республиканская клиническая больница, Нальчик

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель исследования: определить тактику лечения больных с поражением брахиоцефального бассейна.

В отделении хирургии сосудов республиканской клинической больницы с 2008 по 2010 гг. выполнено 41 операций на брахиоцефальных артериях.

27 пациентов было оперировано по поводу окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА), 14 пациентов по поводу изъязвленной бляшки общей сонной артерии (ОСА).

Методы: все 41 пациентов поступили в отделение с клиникой ишемии головного мозга, перенесли в анамнезе острое или преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) или малый инсульт. Основным методом обследования больных с ишемией головного мозга является дуплексное исследование, при котором уделялось особое внимание структуре образований в ампуле ВСА, и ОСА диаметру ампулы ВСА, состоянию наружной сонной артерии (НСА).

При этом выявили, что у 27 больных имеется окклюзирующая бляшка в ампуле ВСА и у 14 пациентов определялась изъязвленная бляшка в ампуле ОСА.

На операции у больных с окклюзией ВСА выполнялась эндартерэктомия из ВСА с тромбэктомией из дистальных отделов ВСА с наложением сосудистого шва. Во время открытой эндартерэктомии у 5 пациентов был использован временный шунт, который был установлен во время операции в ВСА.

У больных с изъязвленной бляшкой ОСА, выполнено эндартерэктомия, с аутовенозной пластики ОСА.

При УЗДГ контроле во время операции и послеоперационном периоде кровотоков по ВСА сохранялся.

Выводы:

1. При наличии окклюзирующей атеросклеротической бляшки в ампуле ВСА можно восстановить кровотоков по ВСА у больных перенесших ишемический эпизод в анамнезе.
2. Эндартерэктомия из артерий брахиоцефального бассейна является профилактической мерой ишемических атак головного мозга.

*А. Д. Асланов, А. К. Жигунов, М. К. Батинаев, М. Х. Атамурзаев
Кафедра госпитальной хирургии. Республиканская клиническая
больница, хирургическое отделение №2, г. Нальчик.*

АБДОМИНОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Цель — улучшить качество хирургического лечения больных с вентральными грыжами с сопутствующим ожирением.

Материалы и методы исследования:

В хирургическом отделении № 2 республиканской клинической больницы, на базе кафедры госпитальной хирургии в период с 2005 по 2010 гг. находились 83 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами с сопутствующим ожирением. Возраст больных колебался от 36 до 62 лет. При этом женщин было — 78, мужчин — 5.

По размерам грыжевого выпячивания и грыжевых ворот у 61 больного имелась вентральная грыжа больших размеров (от 20 до 25 см), а у 22 — гигантских размеров (более 25 см).

У всех больных имелось ожирение по типу фартука («яблоко», абдоминальный тип), т. е. I тип ожирения.

В отделе все больные были обследованы клинически и лабораторно. Проведена тщательная предоперационная подготовка, в виде дыхательной гимнастики, строгой диеты и т. д.

Среди общего числа больных выделены 15 больных в качестве группы наблюдения, а основную группу составили оставшиеся 68 больных.

В контрольной группе после предоперационной подготовки выполнена иг-натяжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки.

В основной группе выполнена абдоминопластика с ненапряжной герниопластикой полипропиленовой сеткой.

В основном (n=62) выполнялось классическая расширенная абдоминопластика с транспозицией пупка (n=48), без транспозиции пупка (n=14). Кроме того, выполнены переднебоковая, напряженная абдоминопластика (n=4),

W-образная абдоминопластика (n=2).

Результаты:

Все больные были активированы на 3-4 сутки.

В контрольной группе (n=15) у 5 больных наблюдались признаки усиления дыхательной недостаточности. У 10 больных наблюдались различного объема серомы в области послеоперационных ран, у одного больного в последующем наблюдался лигатурный свищ.

В основной группе дыхательных расстройств не наблюдалось.

У 1-го больного на 4 сутки была опорожнена серома до 50 мл. Получен хороший эстетический эффект.

Выводы:

1. При наличии ожирения, выполнение, изолировано, грыжеечение, черево- • ю развитием в послеоперационном периоде гематом, сером и прочих осложнениях.

2. У больных с большими и гигантскими вентральными грыжами с сопутствующим ожирением, абдоминопластика является обоснованным, необходимым этапом операции.

Абдоминопластика, кроме эстетического, имеет и функциональное значение, путем улучшения функции внешнего дыхания.