

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ**

**ФГУ «РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РАДИОЛОГИИ  
И ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ РОСЗДРАВА»**

**ФГУ «ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ  
ИМ.А.В.ВИШНЕВСКОГО РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»**

**ОБЩЕСТВО ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ОНКОРАДИОЛОГОВ**

**МОСКОВСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАДИОЛОГОВ**

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА  
МЗ РСО-АЛАНИЯ**

**ОТДЕЛЕНИЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РКБ МЗ РСО-АЛАНИЯ**

**Актуальные вопросы  
интервенционной радиологии  
(рентгенохирургии)**

Материалы 9-й межрегиональной  
научно-практической конференции

Владикавказ 2009

ББК 54.54

### **Научные редакторы:**

Член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Л.С.Коков, г.Москва

Заведующий отделом ангиографии и интервенционной радиологии ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росздрава», доктор медицинских наук, профессор П.Г.Таразов, г.Ст.-Петербург

Заведующий отделом оперативной хирургии ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росздрава», доктор медицинских наук, профессор В.Н.Полысалов, г.Ст.-Петербург

**А 43 Актуальные вопросы интервенционной радиологии (рентгенохирургии): Материалы 9-ой межрегиональной научно-практической конференции [Текст] / ФГУ «РНЦ радиологии и хирургических технологий Росздрава»; ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского»; Общество интервенционных онкорadiологов, Московское общество медицинских радиологов; Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А; Науч. ред. Л.С.Коков, П.Г.Таразов., В.Н.Полысалов – Владикавказ: ПБОЮЛ «Тотиков», 2009. – 190с.**

ББК 54.54

## РАЗДЕЛ I.

# РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

***РОЛЬ МЕТОДОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ОНКОЛОГИИ***  
**Чалаев А.Г., Балахнин П.В., Ханевич М.Д., Фридман М.Х., Манихас Г.М.**  
ГУЗ Городской клинический онкологический диспансер,  
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Кровотечение из распадающейся опухоли и синдром сдавления полых органов являются частым осложнением течения опухолевого процесса. Цель исследования - оценить возможности и непосредственные результаты различных видов неотложных интервенционных вмешательств в онкологии.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2009 гг. в отделении рентгенохирургии ГКОД неотложные интервенционные вмешательства выполнены 310 пациентам:

- 53 пациентам с острым кровотечением из распадающихся опухолей верхней челюсти (n=4), полости носа (n=5), языка (n=6), желудка (n=6), шейки матки (n=18), мочевого пузыря (n=6) и прямой кишки (n=8) выполнена эмболизация опухолевых сосудов являвшихся источником кровотечения.

- 82 пациентам в связи с гидронефрозом опухолевой этиологии выполнена установка 152 нефростомических дренажей.

- 71 пациенту для купирования механической желтухи, обусловленной различными онкологическими заболеваниями, выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧХД).

- 104 пациентам произведено стентирование полых органов. Стентирование выполняли нитиноловыми стентами под рентгеновским контролем. Стентирование пищевода при опухолевой обструкции выполнено 42 пациентам. В 12 случаях стент устанавливали для разобщения эзофаго-медиастинальных и эзофаго-бронхиальных свищей. В 14 случаях произведено стентирование анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с рецидивами опухолей в зоне операции. Стентирование желудка выполнено 9 больным, двенадцатиперстной кишки – 5 пациентам, стентирование мочеточников – 6, стентирование желчных протоков – 8, стентирование трахеи - 7, бронхов – одному пациенту.

Результаты. У пациентов с опухолевыми кровотечениями эффективный гемостаз был достигнут в 98% случаев (n=52). При нефростомии наблюдалось одно серьезное осложнение в виде интенсивного кровотечения, обусловленного повреждением мелкой

ветви почечной артерии, которое было устранено эмболизацией данного сосуда. После ЧЧХД интенсивное кровотечение возникло у трех больных. В двух случаях кровотечение было остановлено консервативной терапией, в одном случае потребовалась эмболизация сегментарной печеночной артерии. Серьезных осложнений после стентирования полых органов не было. В двух случаях в связи со смещением стента потребовалось повторное вмешательство с целью его репозиционирования.

После устранения неотложного состояния у 232 пациентов (75%) было начато или продолжено противоопухолевое лечение.

**Заключение.** Методы интервенционной радиологии в онкологии являются эффективными и малотравматичными в лечении неотложных состояний у пациентов с различными опухолевыми заболеваниями. Методы интервенционной радиологии играют важную роль в комбинированном и комплексном лечении онкологических больных.

***НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ СИСТЕМ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ С ФУНКЦИЕЙ РОТАЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ (РР)***

**Балахнин П.В., Чалаев А.Г., Ханевич М.Д., Манихас Г.М.**

ГУЗ Городской клинический онкологический диспансер  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования.** Изучить возможности РР на фоне внутриартериального и внутривенного контрастирования в выявлении, стадировании и лечении первичного и метастатического рака печени.

**Материалы и методы.** РР печени с внутриартериальным контрастированием выполнена 60 пациентам:

- 14 пациентов с раком головки поджелудочной железы (РПЖ); цель - исключение метастатического поражения печени;

- 10 пациентов с солитарным метастазом колоректального рака (КРР) в печень и 4 пациента с солитарным метастазом карциноидной опухоли в печень; цель – оценка резектабельности опухоли;

- 32 пациента с билобарными метастазами КРР в печень; цель - оценка адекватности перфузии при проведении химиотерапии, а также оценка эффективности регионарной химиотерапии. Исследование выполняли на ангиографической установке Innova 4100 компании GE.

РР печени на фоне в/в контрастирования выполнена 22 пациентам:

- 8 пациентам с целью дифференциальной диагностики метастатического поражения и гемангиом печени;
- 4 пациентам с РПЖ для оценки операбельности опухоли (инвазия в артерии и вены, наличие метастатического поражения печени);
- 10 пациентам с билобарными метастазами КРР в печень - для планирования рентгенохирургического вмешательства (предоперационная оценка варианта артериальной анатомии, наличие/отсутствие признаков выраженного атеросклероза, состояние воротной вены и распространенности опухолевого процесса).

Результаты. РР с внутриаириальным контрастированием. У 8 из 14 пациентов с РПЖ были выявлены множественные метастазы в печень диаметром до 2 см, которые не определялись при МСКТ. У 4 пациентов с солитарным метастазом КРР и у 2 пациентов с солитарным метастазом карциноидной опухоли (по данным МСКТ) были выявлены множественные билобарные метастазы диаметром от 0,2 до 2,0 см. Анализ данных РР во всех случаях позволил определить объем метастатического поражения печени и локализацию метастазов по сегментам до начала регионарной химиотерапии и в процессе лечения.

РР на фоне в/в контрастирования во всех случаях позволила отличить гемангиомы печени от опухолевого поражения, определить вариант артериального кровоснабжения печени, инвазию в артериальное русло, анатомию и состояние воротной и других вен, а также распространенность опухолевого процесса.

Заключение. Ангиографические системы с функцией РР значительно расширяют диагностические и лечебные возможности интервенционной радиологии в онкологии.

***ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ АРТЕРИЙ ЦЕЛИАКО – МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО БАСЕЙНА: КТ АНГИОГРАФИЯ И ОПЕРАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ.***

**Егоров В.И., Яшина Н.И., Федоров А.В., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Шевченко Т.В.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»  
Москва, Россия

Введение. Знание строения артериальной системы гепатопанкреатобилиарной зоны имеет большое значение при операциях на поджелудочной железе, печени, желудке и двенадцатиперстной кишке, трансплантации этих органов, рентгенэндоваскулярных вмешательствах, а также для установки инфузионных систем для артериальной химиотерапии.

Цель. Определить частоту различных вариантов строения артериальной системы целиако – мезентериального бассейна с помощью абдоминальной КТ ангиографии и сопоставить полученные данные с интраоперационной картиной.

Материалы и методы. Проведен ретро - и проспективный анализ абдоминальных КТ ангиограмм, выполненных 120 пациентам. Полученные данные сопоставлены с интраоперационными находками при стандартных и расширенных панкреатодуоденальных резекциях.

Результаты: Архитектура ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии весьма вариабельна: классическая артериальная анатомия обнаружена с помощью КТ-ангиографии в 55% наблюдений. Самыми частыми aberrациями были дополнительные или замещающие левая и правая печеночная артерия, отходящие, соответственно, от левой желудочной и верхней брыжеечной артерий. Операционная ревизия артерий гепатопанкреатобилиарной зоны во всех случаях подтвердила данные, полученные при КТ ангиографии.

Заключение. КТ-ангиография позволяет быстро и надежно выявлять варианты артериальной анатомии целиако- мезентериального бассейна, что делает хирургическое лечение больных с заболеваниями верхних отделов брюшной полости более безопасным.

### ***ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ, ВЫЗЫВАЮЩИХ МЕХАНИЧЕСКУЮ ЖЕЛТУХУ.***

**Агаева З.А.**

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет

МУЗ Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Краснодар, Россия

Введение. Впервые клинические проявления опухолей с локализацией в воротах печени были описаны в 1957 году [4].

В 1965 году опухоли желчевыводящей системы (ЖС) в области ворот печени были подробно описаны и опубликованы Клатскиным [1].

С того времени всеобщее внимание к этой проблеме и интерес не ослабевают. Опухоль Клатскина или рак проксимальных желчных протоков (ПЖП) составляет 10–26,5% от всех злокачественных поражений желчных протоков. В США внепеченочные холангиокарциномы (ХК), включая ХК ворот печени, составили в 2000 году 0,5% всех

случаев рака, т.е. 1-2 случая заболевания на 100 000 населения [2], а в Великобритании наблюдалось 11 случаев у мужчин и 5 у женщин на миллион человек популяции [1,2].

В прибрежных районах России, Казахстана, Китая, Таиланда в пищу употребляют сырую или недостаточно обработанную рыбу карповых пород и опасность заражения описторхозом велика. В нашей стране наиболее крупный эндемический очаг описторхоза расположен в Обь- Иртышском бассейне. Эти гельминты (*Opisthorchis felineus*, *Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis*) паразитируют во внутривенечных желчных протоках и повышают риск развития ХК. Заболеваемость ХК в этом регионе в 10 раз выше, чем на остальной территории Российской Федерации [1, 2, 3].

Повышенная заболеваемость ХК зарегистрирована также среди населения стран Азии, Таиланде, где приблизительно 7 млн людей инфицированы описторхами, заболеваемость составляет 87 на 100.000 населения [1,4].

Средний возраст больных от 55 до 65 лет. Несколько чаще опухоль Клатскина встречается у мужчин (57–61%) [2].

Другими факторами риска развития ХК считаются афлотоксины, торий, радон и нитрозамины. У больных с первичным холангитом, билиарным циррозом, врожденным фиброзом, с неспецифическим язвенным колитом, синдромом Кароли (врожденное расширение внутривенечных желчных протоков) и поликистозом печени, при  $\alpha$ -1- трипсин-дефиците частота опухоли увеличивается [1,2,3,4, 5]. По данным М. Dayton et al., [1983] при болезни Кароли у 7% пациентов развивается ХК [1,2]. Злокачественная трансформация очень редко наблюдается при холедохеальных кистах, выявляемых в раннем возрасте. Однако частота возникновения ХК существенно увеличивается (до 15-20%) у больных, которые не лечились до 20-летнего возраста, а также у тех, кто лечился путем дренирования кист [2,4,5].

Опухоль Клатскина является медленно растущей опухолью, дающей отдаленные метастазы только на поздних стадиях заболевания. Локальная инвазия в паренхиму печени или элементы ворот печени встречается на ранних стадиях развития опухоли, что обуславливает трудности оперативного вмешательства при раке ПЖП подобной локализации и необходимость выполнения резекции печени различного объема [4]. В 90% случаев опухоли желчных протоков являются аденокарциномами, в 10% случаев выявляется плоскоклеточный рак, карциноид и лейомиосаркома.

Механическая желтуха, вызванная раком ПЖП сопровождается желтым окрашиванием кожных покровов, склер, слизистых оболочек и других тканей организма в результате повышенной концентрации билирубина в крови больного, вследствие обтурации опухолью желчевыводящих протоков. Являясь грозным

осложнением рака ПЖП механическая желтуха значительно утяжеляет состояние пациентов, омрачая ситуацию развитием печеночной, почечной и полиорганной недостаточности [6,7]. В последние десятилетия определенные достижения в диагностике и лечении этой тяжелой категории больных связаны с внедрением в широкую клиническую практику новых, либо совершенствованием известных методов исследования с применением малоинвазивных технологий – лапароскопических, эндоскопических, ультразвуковых, рентгентелевизионных, а также их сочетаний. .. Весьма распространенным среди клиницистов продолжает оставаться мнение о том, что только с помощью контрастных инвазивных методов возможно получение целостного изображения желчевыводящих путей. Однако большое количество осложнений на введение рентгеновских контрастных веществ, высокая лучевая нагрузка на пациентов, инвазивность и технические сложности проведения исследований послужили основанием для поиска новых высокоэффективных, неинвазивных и безопасных методов диагностики билиарной патологии. Неинвазивные методы послойной визуализации дают хорошие результаты. Магнитно-резонансная (МР) холангиография дает возможность получения высококачественных изображений в любой, произвольно определяемой плоскости, что значительно повышает наглядность отображения патологических процессов в гепато-панкреато -дуоденальной области.

В настоящее время проводится активное изучение сравнительных возможностей различных МР-контрастных препаратов, применяемых для оценки состояния печени.

Прогноз рака ПЖП неблагоприятен: без лечения большинство больных умирают в течение 4 - 6 мес после установления диагноза. Частота ошибок при общеклиническом обследовании больных с заболеваниями билиарного тракта чрезвычайно велика и достигает 30%, что свидетельствует о необходимости более широкого и раннего применения современных лучевых методов визуализации

Цель исследования: определить основные ультразвуковые критерии диагностики гиллюсных холангиокарцином при развитии механической желтухи, а также уточнить их ультразвуковую семиотику для ограничения рутинного рентгенологического метода в исследовании печени.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ комплексного ультразвукового обследования 120 пациентов с очаговыми поражениями печени, осложнившиеся развитием механической желтухи: мужчин - 86 (71,6), женщин – 34 (28,3%). Средний возраст пациентов при обследовании варьировал от 50 до 65 лет и составил в среднем  $58,0 \pm 1,1$  лет.



Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось на ультразвуковом сканере «LOGIQ –700» (General Electric); VOLUSON530 D MT в режиме серой шкалы, Ц(Э)ДК, спектральной доплерографии с конвексным датчиком 3,5 МГц.

Комплексная эхография включала ангиографию с оценкой показателей гемодинамики в собственно печеночной артерии, воротной, селезеночной и печеночных венах. Проводился сравнительный анализ информативности комплексного ультразвукового исследования в режимах серой шкалы, Ц(Э)ДК, спектрального анализа и их сочетания.

Для верификации диагноза, проводилось гистологическое и цитологическое исследование.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся методами многофакторного регрессионного анализа и анализа соответствий программой STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. Комплексное ультразвуковое исследование 120 больных с механической желтухой выявила: конкременты в желчном пузыре – 75 (62,5%), метастазы в ворота печени – 21 (17,5%), первичное злокачественное поражение печени – 3 (2,5%), опухоль головки поджелудочной железы – 7 (5,8%), рак ПЖП – 6 (5%), периферическая внутripеченочная опухоль – 3 (2,5%), причина обструкции неясна – 2 (1,6%).

Основные дифференциально-диагностические эхографические признаки гипусных ХК, выявленные в В – режиме в наших исследованиях:

- образование в области ворот печени с нечеткими и неровными контурами, неоднородной изо или гиперэхогенной структуры (98%);
- симптом «обрыва» желчного протока («культи»), что сочеталось с наличием объемного образования (89%);
- дилатация общего печеночного протока выше опухолевой стриктуры (58%);
- узурация внутреннего контура общего печеночного протока (99%);
- инвазия в область ворот печени с поражением конfluence желчных протоков (62%),

При цветовом доплеровском картировании (ЦДК) выявлено:

- отсутствие сосудов внутри образования - (98%);
- узурация стенки воротной вены (48%);
- экстравазальная компрессия воротной вены и печеночной артерии (89%);
- венозный тромбоз (45%);
- наличие опухоли в просвете вены (49%).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) с применением современных ультразвуковых сканеров заняло лидирующее место в дифференциальной диагностике механической желтухи при ПЖП.

Основное преимущество УЗИ – это неинвазивный характер метода, отсутствие лучевой нагрузки на больного, мобильность, возможность многократного повторения полипозиционного исследования, возможность проведения малоинвазивных диагностических и лечебных манипуляций под его контролем ( тонкоигольная аспирационная биопсия, чрескожная чреспеченочная холецистостомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, установка дренажей и стентов).

Чувствительность УЗИ при гилюсных ХК в нашем исследовании составила 86%, а специфичность – 85%.

Трудности интерпретации полученных данных при УЗИ у двух больных с неустановленной причиной обструкции были связаны с небольшими размерами опухолевидного образования в области терминального отдела общего желчного протока, составлявшие в диаметре 2-3 мм.

Конечно, эндоскопическая ретроградная холангиография ( ЭРХГ ), чрескожная гепатохолангиография (ЧГХГ) и магнитно-резонансная холангиография (МРХГ) в сложных случаях помогает в дифференцировании опухоли, но каждая из этих методик имеет свои серьезные недостатки (ЭРХГ, ЧГХГ) или доступны не для всех больных (МРХГ).

Выводы. Ультразвуковое исследование является основным ориентирующим методом инструментальной диагностики при подозрении на механический характер желтухи за счет гилюсных ХК, позволяющее легко и быстро оценить наличие и уровень стеноза. Даже незначительная дилатация билиарного тракта, являющаяся основным признаком гипертензии в желчных протоках, заставляет предполагать ее механический характер.

Ультразвуковое исследование с высокой достоверностью (86%) позволяет оценить характер очагового образования печени и не теряя времени, выбрать единственно оптимальную тактику дальнейшего исследования и лечения.

В диагностике гилюсных ХК следует использовать ультразвуковое исследование как высокоинформативное, если образование в воротах печени имеет размеры более 3-5 мм.

Список литературы.

1. Ю.И. Патютко, Хирургическое лечение злокачественных образований печени. Москва. 2005.-С.25-32.

2. В.А. Вишневецкий с соавт., Операции на печени, Руководство для хирургов. Москва. 2003.-С.21-26.
3. Л.Д. Линденбрaten. с соавт. Основные клинические синдромы и тактика лучевого обследования. Видар.Москва. 1997.-С.104-107.
4. А.В. Важенин с соавт. Лучевая диагностика и лучевая терапия. Учебное пособие для врачей лучевой диагностики. Изд. Иероглиф. Москва. 2000.-С. 199.
5. В.С. Савельев с соавт. Руководство по клинической эндоскопии, Москва.1985.-С.-126-138.
6. Holger Pettersson с соавт.. Юбилейная книга NICER 1995 года. Русское изд. Москва.-С.1027-1029.
7. А.В. Зубарев. Диагностический ультразвук, Москва.1999.-С-27.
8. В.В. Митьков. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Москва. 1996.-С.94-98.
9. Ю.М. Труханова и А.И. Труханова. Ультразвуковая доплеровская диагностика в клинике. Москва-Иваново. 2004. –С.301.
10. Л.Д. Линденбрaten, И.П. Королук. Медицинская радиология. Москва. 2000.-С.321-330.
11. Викрэм Догра, Дэбра Дж. Рубенс. Секреты ультразвуковой диагностики. Москва.-С. 127-132.
12. Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов. Москва. 1999.-С.526-531.
13. Европейская радиология. том №1/№1/2006.Журнал.-С.11-13.



УЗ – томограмма в В – режиме: гильзная ЖК.



УЗ – томограмма в В – режиме: гилюсная ХК. В проекции ворот печени визуализируется объёмное образование и расширенный общий желчный проток:

1- расширенный общий желчный проток; 2 – портальная вена.



УЗ томограмма печени с гилюсной ХК в режиме ЦДК: 1 – опухоль; 2 – сосуд.

### ***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ***

**Байматов М.С., Тиболов А.М.**

Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А (гл. врач Дигуров Б.С.)  
Владикавказ, Россия

Актуальность. По данным ВОЗ: МТС в печень выявляются у 20-70% онкологических больных. К моменту установки диагноза колоректального рака (КРР) – у 20% б-х уже имеются МТС в печень. Синхронные или метакронные МТС выявляются у 60% больных, перенесших резекцию рака толстой кишки. У 30% пациентов с КРР -

MTS в печень являются причиной смерти. Медиана выживаемости в данной группе больных находится в пределах 2-6 месяцев. Умирают в течение года 80% - 90% больных с MTS KPP в печень.

Системная химиотерапия и облучение – малоэффективны. Регионарная химиотерапия, по данным литературы – эффективна у 30-60% больных.

Цель исследования. Оценка эффективности регионарной внутрисосудистой химиотерапии при MTS KPP в печень

Пациенты и методы. Всего в отделении рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А выполнено 92 вмешательства у 25 больных. Из них 10 женщин, 15 мужчин, в возрасте от 36 до 85 лет. Диагноз основывался на результатах биопсии, данных УЗИ, КТ, эндоскопии, ангиографии, портографии, уровне онкомаркеров крови.

По объёму поражения паренхимы печени больные распределились следующим образом: до 25% - 7 больных; до 50% - 10 больных; 50–70% - 8 больных. Во всех случаях первичная опухоль: удалена за период от 1 до 6 месяцев до начала регионарного лечения.

Виды регионарной химиотерапии: 1 – пролонгированная регионарная химиоинфузия(ХИ); 2 – масляная химиоэмболизация печеночной артерии (МХЭПА) в сочетании с масляной химиоэмболизацией воротной вены (МХЭВВ); 3 – сочетание пролонгированной регионарной химиоинфузии с масляной химиоэмболизацией печеночной артерии и воротной вены.

Используемые химиопрепараты: 5-фторурацил – 2-4гр, доксорубин – 80-100мг, цисплатина – 80-100мг, иритен – 100мг.

Эмболизат – липиодол 10мл.

Противопоказания: 1 – Объём поражения паренхимы более 70%; 2 – Опухолевый тромбоз ствола воротной вены; 3 – Печеночная недостаточность; 5 – Наличие внепеченочных MTS.

Первичный эффект оценивается через 4 недели после регионарного лечения

Результаты.

Результаты проанализированы по следующим параметрам:

#### **1 - Вид регионарной химиотерапии:**

- ХИ выполнена 9 больным, умерли все 9 чел. через 4-20 мес (в среднем – 10,3мес).
- ХИ+МХЭПА выполнена 4 больным, умерли 3 чел. через 6-22 мес (в среднем – 13мес); жив 1 пациент в течение 10 мес.
- ХИ+МХЭВВ выполнена 2 больным, умер 1 чел. через 25 мес; жив 1 пациент в течение 6 мес.

- ХИ+МХЭПА+МХЭВВ выполнена 5 больным, умерли 4 чел. через 10-23 мес (в среднем – 11,5мес); жив 1 пациент в течение 23 мес., этому же пациенту была выполнена резекция печени, после чего он продолжил получать курсы химиотерапии.
- МХЭПА+МХЭВВ выполнена 4 больным, умер 1 чел. через 14 мес; 1 пациент прослежен в течение 36 месяцев; живы 2 пациента в течение 6 и 72 мес. (последняя пациентка находится под наблюдением в РНЦРХТ и получает комбинированное лечение).
- МХЭПА – выполнена 1 пациенту, который прожил 24 месяца.

### **2 - Количество курсов регионарной химиотерапии:**

- Один или два курса регионарной химиотерапии выполнено 12 больным, умерло 9 чел. через 4-25мес (в среднем 11,2мес); живы 3 пациента в течение 6, 7 и 10мес. Общая выживаемость – 10,3мес.
- Три и более курсов регионарной химиотерапии выполнено 13 больным. умерло 11 чел. через 8-36мес (в среднем 16мес), живы 2 пациента в течении 22 и 72 месяцев. Общая выживаемость – 20,8мес.

### **3 - Объем поражения паренхимы печени:**

- До 25% было 7 больных; умерло 3 чел. через 14-25мес. (в среднем – 21мес), живы 4 больных в течении 6-72 месяцев.
- 25-50% было 10 больных; умерло 9 чел. через 4-36мес. (в среднем – 14,3мес). В данной группе среди пациентов получивших 1-2 курса РХТ (4 больных) средняя продолжительность жизни составила 9,8мес, а среди пациентов получивших 3 и более курсов РХТ (6 больных) – 20мес.
- 50-70% было 8 больных, умерли все 8 чел., через 6-20мес. (в среднем – 10,6мес.)

Итого, по всем больным: Всего умерло 20 из 25 больных, в сроки от 4-36 мес, средняя продолжительность жизни – 13,9 мес., живы 5 больных в течении 6-72 месяцев (в среднем 23,4мес), медиана выживаемости составила – 15,8мес. Выживаемость более 1 года – 50%

#### **Выводы:**

- Регионарная химиотерапия – высокоэффективный и относительно безопасный метод лечения метастазов колоректального рака в печень.
- Масляная химиоэмболизация печеночной артерии и воротной вены – более предпочтительный метод лечения метастазов колоректального рака в печень.

- Ранняя диагностика метастазов колоректального рака в печень – актуальная и во многом не решенная проблема.
- Многократные курсы регионарной химиотерапии позволяют добиться лучших результатов выживаемости по сравнению с однократными.

***ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТЕГРАДНОГО РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ***

**Кукушкин А.В., Долгушин Б.И., Черкасов В.А., Виршке Э.Р.**

Российский онкологический научный центр (РОНЦ) им. Н.Н. Блохина РАМН,  
Москва, Россия

Цель: Определить частоту ятрогенной гемобилии, требующей выполнения эмболизации поврежденных при ЧЧРЭБД внутрипеченочных артерий, прогноз и частоту рецидивов кровотечений после эмболизации.

Метод: Оценивались случаи массивной гемобилии с развитием тампонады полости желчного дерева после чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, произведенных в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН за последние 25 лет у 903 онкологических больных.

Результат: Кровотечения различной степени интенсивности, возникшие после наложения пункционной холангиостомы, отмечены у 85 больных (9,4%). Массивная гемобилия с развитием тампонады желчных протоков возникла у 19 больных (2%). В этой группе пациентов причинами гемобилии были: артериобилиарное соустье у 14 больных, кровотечение из распадающейся опухоли – 1 больной. Сроки возникновения гемобилии были следующими: во время процедуры дренирования кровотечение возникло у 1 пациента, у 2 больных – в различные сроки от 2 до 7 суток, еще у 4 больных – в сроки от 8 до 14 суток, 2 больных от 14 – 21 суток, 2 больного от 22 до 30 суток, и в 8 случаях кровотечение возникло через 30 суток после процедуры.

Для купирования гемобилии 2 пациентам выполнена новая пункция и установка дренажного катетера по новому транспеченочному каналу. У 1 больного эта манипуляция оказалась неэффективной, что потребовало выполнения суперселективной эмболизации.

Эмболизация внутрипеченочных артерий для остановки кровотечения выполнена нами у 17 больных (1,9%). Процедура эмболизации не потребовала общего обезболивания. На первом этапе с диагностической целью бедренным артериальным доступом по методике Сельдингера производилась селективная ангиография печени

для выявления источника кровотечения, при обнаружении последнего затем производилась суперселективная катетеризация поврежденной артерии. Для эмболизации во всех случаях использовались металлические спирали, дополнительно вводился медицинский фетр. Эмболизация правой долевой печеночной артерии выполнена 2 больным (0,4%), в остальных случаях эмболизировалась одна из сегментарных артерий правой доли печени. Рецидив кровотечения возник у 1 больного (0,1%), вследствие реканализации (через 2 месяца) ранее эмболизированной артерии, выполнена повторная эмболизация с эффектом.

Эмболизация внутripеченочных артерий с целью остановки кровотечения была неэффективна в одном случае, что потребовало хирургической операции. У одного больного эмболизация была дополнена удалением ранее установленного транспеченочного катетера и установкой катетера в общий желчный проток через пузырный проток. Одна эмболизация выполнялась после не эффективной экстренной хирургической операции, выполненной для устранения внутripеченочного кровотечения.

Заключение: По нашим данным эмболизация поврежденных в результате рентгенэндобилиарного дренирования внутripеченочных артерий с образованием артериобилиарных фистул является высокоэффективным методом остановки кровотечения с частотой успешных исходов и отсутствием рецидивов в 94,1% случаев.

***ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ЗАВЕРШАЮЩЕГО ЭТАПА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ***  
**Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В., Веденин Ю.И.**

Волгоград, Россия

Увеличение числа больных калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, механической желтухой и острым гнойным холангитом, наблюдающийся в последнее время, а также тенденции к их малоинвазивному лечению с применением рентгенэндоскопических методик ставит перед хирургами задачи по повышению эффективности малоинвазивных транспапиллярных вмешательств у этой категории пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и острым холангитом, за



счет использования назобилиарного дренирования (НБД) в качестве завершающего этапа эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты эндохирургического лечения 56 пациентов с холедохолитиазом, механической желтухой и острым холангитом в период с 2006 по 2009 год. Средний возраст составил  $63,4 \pm 12,5$  лет. Мужчин было 19 (33,9%), женщин – 37 (66,1%) человек. Уровень гипербилирубинемии варьировал от 60,4 до 210,5 мкмоль/л, составив в среднем  $102,3 \pm 31,2$  мкмоль/л. Всем пациентам в качестве скринингового метода диагностики применяли ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Чувствительность и специфичность метода составили 75,6% и 68,3% соответственно. Из 56 пациентов ЭПСТ в качестве первого этапа комплексного хирургического лечения выполнили 41 (73,2%) больному, баллонную дилатацию БДС – 5 (8,9%) больным, транспапиллярную ревизию холедоха без ЭПСТ или баллонной дилатации – 10 (17,9%) пациентам. Одномоментное извлечение солитарных конкрементов корзиной Дормиа из общего желчного протока произвели в 32 (57,1%) наблюдениях, литотрипсию с последующей экстракцией фрагментов конкремента – у 24 (42,9%) больных.

Пациентов разделили на две группы: основную составили больные ( $n=21$ ), у которых ЭТПВ завершали установкой НБД, в контрольную вошли пациенты ( $n=35$ ) без инсталляции НБД. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру основной патологии, дооперационному уровню гипербилирубинемии, тяжести проявлений холангита. Показаниями к НБД считали: 1. Уровень билирубина крови  $> 150$  мкмоль/л. 2. Продолжительность заболевания более 6 суток. 3. Выраженные клинические проявления интоксикационного синдрома, гнойного холангита, печеночной недостаточности. 4. Риск вклинения фрагментов конкрементов в терминальный отдел общего желчного протока после механической литотрипсии.

Результаты. В проведенном исследовании при определении критериев эффективности НБД принимали во внимание ряд показателей – темп снижения гипербилирубинемии, показатели трансаминаз, характер отделяемой по дренажу желчи, клиническое течение гнойного холангита. В основной группе уровень билирубина сыворотки крови за 7 дней снизился на  $100,1 \pm 19,8$  мкмоль/л, в контрольной – на  $64,8 \pm 13,1$  мкмоль/л ( $p<0,05$ ). В процессе желчеотведения по НБД отмечали достоверное снижение показателей АЛТ и АСТ до  $73,3 \pm 11,4$  и  $51,8 \pm 9,8$  IU/L соответственно ( $p<0,01$ ).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) считали одним из объективных прогностических показателей тяжелого течения гнойного холангита. У пациентов

основной и контрольной групп на момент поступления исходным значением ЛИИ было  $7,9 \pm 0,8$ . На 7-е сутки после проведения ЭТПВ с НБД исследуемый параметр составил  $5,98 \pm 0,7$ , в то время как у больных без наружного отведения желчи ЛИИ не опустился ниже  $6,8 \pm 0,3$ .

Токсичность плазмы в обеих группах больных оценивали по уровню веществ средней молекулярной массы (ВСММ) методом спектрального анализа. На 7-е сутки после НБД уровень ВСММ плазмы в основной группе составил  $0,139 \pm 0,021$ , в контрольной –  $0,281 \pm 0,014$  у.е.

У пациентов основной группы антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры, выделенной при посеве отводимой по НБД желчи. Однако, клинических различий течения острого гнойного холангита у больных контрольной группы, которым антибактериальная терапия проводилась без учета чувствительности микрофлоры, выявлено не было.

Закключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует, что наиболее значимым преимуществом НБД является управляемая декомпрессия желчных протоков и создание условий для свободного оттока желчи. Определение чувствительности микрофлоры при проведении антибактериальной терапии первостепенного значения в лечении гнойного холангита не имеет.

#### ***АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ***

**Канцалиев Л.Б., Ботгаев Х.Б., Тилов Х.И., Юанов А.А., Гонибова О.С., Гусев В.А., Аккиев М.И.**

Городская клиническая больница №2  
Нальчик, Россия

Лечение больных механической желтухой по-прежнему остается важной проблемой в современной хирургии. С каждым годом растет количество пациентов с дистальной обструкцией холедоха обусловленная холедохолитиазом.

С 2004г по 2008г в хирургическом отделении ГКБ№ 2 было 68 пациентов с диагнозом ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Из них:

- до 50 лет – 15 больных.
- от 50 до 70 лет – 24 больных.
- старше 70 лет – 29 больных.

Из них оперированы 38 человек в объеме:

- 23 больным произведена – холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому.

- 7 больным произведена – холецистэктомия, холедохолитотомия, наложение холедоходуоденоанастомоза.

- 8 больным произведена – холецистэктомия, холедохолитотомия, наложение холедохоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле.

На первом этапе перед лапаротомной операцией 17 больным с целью предоперационной подготовкой произведена чрезкожное-чрезпеченочное дренирование печеночных протоков и 8 больным чрезкожная-чрезпеченочная холецистостомия.

30 больным произведено ретроградная холангио-панкреатография, с последующей папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов из протоков.

Летальный исход - 1, больной 69 лет, после неудачной папиллосфинктеротомии, перфорация 12-перстной кишки, забрюшинная флегмона, лапаротомия, смерть от нарастающей полиорганной недостаточности на 12 сутки.

Осложнений 3 – панкреонекрозы, консервативное лечение с положительным исходом.

Из сопутствующих заболеваний:

- у 22 больных сахарный диабет 1 или 11 типа.

- у 38 реактивный панкреатит.

- у 29 гипертоническая болезнь. Атеросклероз. Атеросклеротический кардиосклероз. ИБС.

- у 15 язвенная болезнь желудка или 12 перстной кишки.

- у 25 ХОБЛ.

- у 30 человек дивертикулы 12 перстной кишки.

У 43 больных из 68 по 2 и более сопутствующих заболеваний.

Среднее количество койко-день до операции - 9,3. После операции – 10,7.

Оценка тяжести состояния по SAPS 11.

При поступлении: 14,5+ 2,2

При выписке: 5,5+1,8

**ДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ****Харченко В.П., Лютфалиев Т.А., М Кунда.А., Запиров Г.М.**Российский Университет дружбы народов, Кафедра онкологии и рентгенорадиологии  
Москва, Россия

Цель исследования. Показать значение чрескожных и эндоскопических эндобилиарных декомпрессивных вмешательств в устранении обтурационного холестаза, сопровождающегося печеночной недостаточностью.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 85 больных первичным и 25 – метастатическим раком желчных протоков протоков, находившихся на лечении в Российском научном центре рентгенорадиологии МЗ РФ с 1991 по 2008 гг.

У всех больных раком желчных протоков, осложненным синдромом желтухи, клиническое течение заболевания осложнилось развитием печеночной недостаточности. В зависимости от выраженности клинических проявлений холестаза и тяжести функциональных нарушений печени выделены субкомпенсированная и декомпенсированная стадии печеночной недостаточности. Субкомпенсированная стадия печеночной недостаточности установлена у 43, декомпенсированная - у 67 пациентов.

Проведенные биохимические, радиоизотопные и морфологические исследования показали, что печеночная недостаточность, осложняющая клиническое течение рака желчных протоков характеризуется выраженными нарушениями функционального состояния печени, обусловленными грубыми воспалительно-дистрофическими и деструктивно-дегенеративными изменениями в клеточных и стромальных структурах печеночной ткани.

Для устранения обтурационного холестаза 89 больным раком желчных протоков выполнены чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессивные вмешательства под сонорентгенотелевизионным контролем, 21- эндоскопическое протезирование желчных протоков.

Результаты и выводы. Изучение динамики показателей биохимических исследований крови, гепатобилисцинтиграфии, структурных изменений в печени в процессе декомпрессии желчных протоков показало, что восстановление функциональных и структурных нарушений печени наблюдалось на 30 –36 сутки после купирования опухолевой желтухи..

Прогрессирующая печеночная недостаточность после эндобилиарной декомпрессии желчных протоков явилась причиной летального исхода у 1 больного.

Применение чрескожных чреспеченочных и эндоскопических эндобилиарных декомпрессивных вмешательств при опухолевой желтухе обеспечило эффективное устранение холестаза с минимальным риском развития осложнений и летальных исходов, связанных с печеночной недостаточностью и выполнением вмешательств.

Проведение чрескожных чреспеченочных эндобилиарных декомпрессивных вмешательств позволило стабилизировать состояние пациентов, купировать явления холемической интоксикации и провести у 21 больного первичным раком желчных протоков комбинированное, 65 - лучевое и у 21 пациента метастатическим раком – химиолучевое лечение.

#### ***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.***

**Байматов М.С., Тиболов А.М.**

Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А (гл. врач Дигуров Б.С.)

Владикавказ, Россия

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) – патологический синдром, обусловленный нарушением оттока желчи из желчных протоков и развитием вследствие этого печеночно-клеточной недостаточности.

Уже давно известно, что желтуха является лишь симптомом болезни, хотя длительно неустраняемая механическая непроходимость желчных путей приводит, как правило, к тому, что желтуха становится желтухой-болезнью. Причиной этому служат изменения в органах, которые развиваются вследствие холестаза. В последнее время значительно увеличилось количество больных, страдающих заболеваниями магистральных желчных путей и поджелудочной железы. Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для обеспечения желчеоттока из печени, тем лучше результат и лечения больного. Таким образом, в проблеме механической желтухи главным является совершенствование методов диагностики и своевременность выполнения операции направленной на декомпрессию желчных протоков. Несмотря на это, многие специалисты при поступлении больного с механической желтухой, по-прежнему придерживаются тактики длительной консервативной терапии, направленной на борьбу с

билирубинемией, не обеспечив декомпрессию билиарного дерева любым доступным способом.

Наиболее частыми причинами обструкции желчных протоков, по данным различных авторов, являются: злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны (65%) и желчекаменная болезнь (28%), остальная часть (7%) приходится на врожденные аномалии, неопухолевые заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, рубцовые стриктуры и ятрогенные повреждения желчных протоков.

В условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений (8-30%) и высокой летальностью (10-68%).

Желчеотведение при билиарной гипертензии опухолевого генеза показано:

как первый этап лечения больных резектабельным раком органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой.

как паллиативный метод лечения при нерезектабельном раке органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В настоящее время существуют следующие виды малоинвазивных вмешательств направленных на осуществление билиарной декомпрессии: 1) эндоскопические ретроградные транспапиллярные методы желчеотведения (назобилиарное дренирование тонким катетером или ЭПСТ + эндопротезирование внепеченочных желчных протоков); 2) хирургические и эндохирургические методы желчеотведения; 3) чрескожные чреспеченочные методы желчеотведения под УЗ- и рентгенологическим контролем.

Эти вмешательства позволяют эффективно устранить желчную гипертензию и купировать полиорганную недостаточность с минимальным числом осложнений. Целесообразность применения каждого из видов дренирования определяется по наличию абсолютных и относительных противопоказаний.

Цель. Оценить эффективность чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) в лечении МЖ опухолевого генеза.

Материалы и методы. Анализируется 248 больных с МЖ опухолевой этиологии, которым выполнено 454 ЧЧЭВ; длительность МЖ составляла от 3 до 120 дней; уровень сывороточного билирубина от 30 до 650 мкмоль/л; с холангитом было 137 б-х (55,2%).

По уровню блока больные были разделены на две группы: дистальный – 165 б-х, проксимальный – 83 б-х. Исходно наружное дренирование (НД) произведено у 224 б-х, наружно-внутреннее дренирование (НВД) – у 24 б-х.

При поступлении всем больным проводилась обязательная предоперационная подготовка, включающая: гепатопротекторы, кардиотропные препараты, витамины группы В, С, К и другие, метаболиты, дезагреганты, антибиотики. По необходимости назначалось дополнительное корригирующее лечение. Длительность консервативной терапии зависела от глубины нарушений коагулограммы и выраженности полиорганной недостаточности, но не более 2-3 суток.

В выполнении лечебных мероприятий больным с механической желтухой, мы придерживаемся следующей этапности:

Диагностическая антеградная холангиография выполняется только на 4-5-е, так как в момент дренирования она, как правило, не позволяет адекватно оценить уровень и характер блока желчных протоков, что может привести к их ятрогенному повреждению при попытке реканализации;

Наружно-внутреннее дренирование на первом этапе не выполняется в связи с тем, что: малоинформативная холангиография в момент дренирования может привести к ятрогенному повреждению протоков при попытке реканализации; травматизация опухоли в момент реканализации просвета на высоте холемии, может вызвать развитие профузного кровотечения; при установке наружно-внутреннего дренажа невозможно провести адекватную профилактику развития синдрома «быстрой декомпрессии»; создание прямого сообщения между желчным деревом и просветом кишечника безусловно приведет к усугублению холангита.

В дальнейшем при блоке желчных протоков на уровне дистального отдела общего желчного протока НВД и ВД установлен у 95% б-х, на уровне ворот печени - у 62% б-х.

Результаты. ЧЧЭВ выполнено всем 248 больным. Признаки холангита купировались у 123 (89,8%). Осложнения отмечены у 31 (12,5%) б-х. Умерло 24 (9,7%) б-х, из них от осложнений связанных непосредственно с вмешательством - 3 (1,2%) б-х.

Реабилитация больных после проведения наружно-внутреннего дренажа и восстановления внутреннего пассажа желчи происходила в более короткие сроки по сравнению с группой больных у которых оставался наружный дренаж.

По степени эффективности ЧЧЭВ на фоне лечения оказались: Высокой – 182 (73,4%); Средней – 31 (12,5%); Низкой – 18 (7,3%); Неэффективно – 17 (6,8%).

Выводы. ЧЧЭВ являются относительно безопасными и высокоэффективными методами лечения механической желтухи опухолевого генеза.

Выполнение НВД при дистальном уровне блока возможно практически во всех случаях, при проксимальном блоке – более чем в половине случаев.

***СОЧЕТАННЫЕ С ЭНДОСКОПИЕЙ ИНТЕРВЕНЦИОННО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ*****Долгушин Б.И., Кукушкин А.В., Черкасов В.А, Виршке Э.Р., Нечипай А.М., Авалиани М.В., Бурдюков М.С.**Российский онкологический научный Центр им. Н.Н. Блохина РАМН  
Москва, Россия

В последнее десятилетие отмечено динамичное развитие относительно нового направления лучевой диагностики и лечения — интервенционной радиологии. Этому способствовало как развитие аппаратно-инструментальной базы специализированных лечебных учреждений (в т.ч. онкологического профиля), так и неудовлетворенность специалистов чрезмерно травматичными хирургическими способами разрешения ряда сложных клинических задач, в частности механической желтухи опухолевого генеза. Сочетание этих посылов послужило катализатором не только и не столько расширения области приложения ряда известных и рассматриваемых в настоящее время в качестве рутинных интервенционно-радиологических процедур, сколько основанием для разработки совершенно новых, в т.ч. уникальных, сочетанных с интервенционной эндоскопией методик.

В настоящее время применяются следующие способы билиарной декомпрессии: - хирургический (формирование обходных билиодигестивных анастомозов); - антеградный (чрескожные чреспеченочные рентгеноэндобилиарные дренирующие вмешательства); - ретроградный (эндоскопическое дренирование желчевыводящих путей).

Антеградный и ретроградный методы устранения механической желтухи не являются конкурирующими и в настоящее время все чаще используются комплексно в различных сочетаниях, исполняются последовательно или одномоментно.

Среди которых:

- Антеградная холангиоскопия и прицельная биопсия
- Антеградная и ретроградная внутрипротоковая эндосонография билиопанкреатодуоденальной зоны
- Антеградная и пероральная холангиоскопия с прицельной биопсией
- Формирование компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов
- Формирование пункционных билиогастральных анастомозов
- Формирование пункционных билиоентеральных анастомозов
- Формирование пункционных билиобилиарных анастомозов



- Формирование компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов с отключенной по Roux петель тощей кишки
- Восстановление внутреннего желчеотведения антеградной установкой дренажного катетера через пластиковое покрытие и просвет дуоденального стента в 12-перстную кишку при «двойных» протоковых и дуоденальных стенотических стриктурах.

***НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАНЕВРИЗМЫ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ.***

**Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Польшалов В.Н., Сергеев В.И..**

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»  
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Продемонстрировать наблюдение успешного лечения посттравматической псевдоаневризмы печеночной артерии.

Описание наблюдения. Пациентка К., 70 лет, в октябре 2006 г. обратилась в стационар с жалобами на слабость, опоясывающие боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту. После проведенного обследования был установлен диагноз: острый панкреатит, желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. В результате консервативной терапии боли уменьшились, однако сохранялись слабость, частые приступы тошноты и рвоты.

Через год возобновились сильные опоясывающие боли, в рвотных массах появились сгустки крови (до 3 см) с желчью, отмечена иктеричность кожных покровов и склер. При повторной госпитализации по данным рентгенологического обследования и дуоденоскопии выявлено расширение внутripеченочных желчных протоков и два образования в печени. С предположительным диагнозом опухоли печени пациентка в ноябре 2007 г. была госпитализирована на отделение хирургии ФГУ РНЦРХТ. При многофазной многослойной спиральной компьютерной томографии (КТ) и ультразвуковом исследовании (УЗИ) с цветным доплеровским картированием и энергетической доплерографией выявлены две псевдоаневризмы печеночной артерии с выраженным артериальным кровотоком. Причиной их возникновения могла послужить травма, полученная при дорожно-транспортном происшествии 41 год назад.

Прямое ангиографическое исследование подтвердило данные КТ и УЗИ. Выполнена эмболизация полостей псевдоаневризм микроспиральями. После проведенного лечения приступы болей, тошноты и рвоты исчезли и не повторялись в

течение всего срока наблюдения (1,5 года). Контрольное ангиографическое обследование через 6 мес подтвердило полное выключение псевдоаневризм из кровотока.

**Закключение.** Представленное наблюдение демонстрирует необходимость проведения тщательного рентгенологического обследования у пациентов с объемными образованиями печени. Эмболизация полости псевдоаневризмы является эффективным, безопасным и надежным методом лечения этой патологии.

### ***ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ДИФФУЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ.***

**Борсуков А.В., Перегудов И.В., Степанова Н.С., Ковалькова В.В.**  
ПНИЛ “Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии”,  
Смоленская Государственная медицинская академия  
Смоленск, Россия

Цель работы: определить место ультразвуковой эластографии при диффузной и очаговой патологии печени.

Материалы и методы: за 2006-2009 гг. сотрудники ПНИЛ Смоленской государственной медицинской академии «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии», на базе МЛПУ «Клиническая больница № 1» комплексно обследовали 179 больных (93 мужчин и 76 женщин в возрасте 21 -77 лет). Пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа (n-49) – диффузные заболевания печени (хронический вирусный гепатит В и С, 2 группа (n-36) - алкогольная болезнь печени); 3 группа (n-41) – цирроз печени различной этиологии; 4 группа (n-53) - пациенты с единичными метастазами в печень после комбинированного лечения злокачественных опухолей различных локализаций. Эластография проводилась аппаратом ФИБРОСКАН (Франция). Среднее значение характеризовало эластический модуль печени, результат выражался в кПа. Допустимый интерквартильный коэффициент (IQR) составлял не более 1/4 показателя эластичности. У 109 больных проведены биопсии печени для морфологической верификации диагноза и выявления корреляции гистологии (по Khodell) и эластометрических данных. Контрольная группа составляла 108 пациентов с иной патологией желудочно-кишечного тракта.

Результаты: на I этапе алгоритма во всех группах проводились неинвазивные диагностические методики и клиничко-инструментальная оценка полученных данных для установления клинического диагноза. На 2 этапе делались по показаниям

малоинвазивные диагностические вмешательства в случае выявления очаговой патологии внутренних органов или диффузных заболеваний печени, требующих морфологической верификации диагноза. Проведено 123 тонкоигольных пункционно-аспирационных пункций очаговых поражений печени неясного генеза и 76 трепан-биопсий печени под ультразвуковым контролем. У 22 пациентов с макронодулярным циррозом печени и у 41 больного с метастазами в печень проведены тонкоигольная пункция и трепан-биопсия ( для иммуногистохимии и дифференцированной оценке по Knodell ). На 3 этапе проводился многофакторный статистический анализ полученных данных с последующей оценкой экономических затрат. Получена высокая корреляция показателей эластографии и степенью фиброза по биопсии ( $r=0,83$ ) в 1 гр. По Knodell у пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С 10 человек имели сумму баллов 4-8 , показатели эластометрии - 3,4-6,9 кПа.; у 5-ти больных фиброз составлял 9-11 баллов, а эластометрия составляла 8,0 - 11,5 кПа. У пациентов 2 группы с алкогольным стеатогепатитом (n-36) корреляция между степенью фиброза печени при гистологической оценке и данными эластографии ниже ( $r=0,37$ ). В 3 группе показатели эластометрии были достоверно выше, чем в 1 и 2 группах: 17,8-53,1 кПа. Получена высокая корреляция показателей эластографии и степенью фиброза по данным гистологии в 1 группе ( $r=0,79$ ). При оценке эластометрических показателей в 4 группе наблюдаются максимальные показатели эластичности патологического фокуса: 48,3-94,2 кПа. Однако без применения ультразвукового сканера для позиционирования эластометрического датчика корреляция данных фиброза печени при гистологической оценке и данными эластографии низка ( $r=0,23$ ). В случае применения 2-х контурного УЗ-исследования корреляция нарастала:  $r=0,62$ . Проводилась эластометрия метастатических фокусов после их локального лечения малоинвазивным электрохимическим лизисом (ЭХЛ): до лизиса при эластометрии метастатического фокуса наблюдались высокие цифры: 45,6 – 78,9 кПа., что говорило о большой плотности в фокусе поражения по сравнению со средними показателями в непораженных сегментах печени: 3,6 -31,7 кПа. Эффективность ЭХЛ во время сеанса лечения оценивалась комбинацией: цветовое доплеровское картирование + энергетический доплер + мультифокальная биопсия. Через 10-20-30 дней : цветовое доплеровское картирование + эластография в зоне остаточного очага и перифокальных участках печени. Наблюдались стабильно низкие цифры по эластографии в очаге - 7,5-11,8 кПа, в перифокальных зонах данные по ФИБРОСКАНУ прогрессивно увеличивались - от 9,7 до 37,4 кПа. Эти данные имеют высокую корреляцию с однородностью некроза в зоне воздействия по данным биопсии

( $r=0,85$ ). В отдаленном периоде (от 8 месяцев до 12 месяцев) показатели в зоне остаточного очага нарастают – от 14,3 до 37,1 кПа. В перифокальных зонах данные по ФИБРОСКАНУ стабилизировались - 16,2- 39,5 кПа.

Выводы: предложенный алгоритм позволяет более дифференцированно подходить к пациентам и более точно оценивать клинические проявления по данным эластометрии, что позволило в некоторых случаях отказаться от скинтиграфии печени в 1 и 3 группах и от повторных биопсий в 4 группе после локального лечения.

### ***КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ***

**Мизиев И.А., Тутуков А.Б., Дыгов В.М., Базиев З.М.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

По данным мировой статистики причиной половины летальных исходов при желудочно-кишечных кровотечениях является варикозное расширение вен пищевода и желудка. Опасность развития синдрома портальной гипертензии связана в первую очередь с возникновением целого ряда осложнений, которые представляют собой реальную угрозу для жизни. К этим осложнениям относятся кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, асцит, печеночная энцефалопатия. Наиболее грозным осложнением является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. После первого эпизода кровотечения летальность достигает 70%, а еще 40% из остальных пациентов умирают от рецидива кровотечения. Все доступные методы лечения направлены на коррекцию проявлений портальной гипертензии, главным из которых является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Морфологические изменения в печени при портальной гипертензии могут быть радикально разрешены только пересадкой печени.

В торакальном отделении ГУЗ РКБ МЗ КБР клинике факультетской и эндоскопической хирургии медицинского факультета КБГУ за период с 1998-го по 2008 г. на стационарном лечении находилось 78 пациентов портальной гипертензией с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Мужчин было 70 (89,7%), женщин 8 (10,3%). Возраст варьировал от 25 до 80 лет. Средний возраст составил 49 лет. Умерло 26 (33,3%) пациентов. Степень нарушения функции печени определялась

по классификации Chaild-Puph. Класс А выявлен у 3 (3,8%), класс В у 22 (28,2%), класс С у-53 (68%).

Всем пациентам выполнялась ЭФГДС, УЗИ брюшной полости, рентгеноскопия пищевода и желудка.

До 2006г. пациентам применялась тактика лечения, направленная на остановку кровотечения. Использовались гемостатические препараты, гемотрансфузия, общеукрепляющая терапия, профилактика печеночной недостаточности, энцефалопатии. При этом рецидив кровотечения возник у большинства пациентов. Умерло 21 (26,9%) пациент.

С 2006г. разработана и внедрена новая лечебная тактика. При поступлении проводился гемостатический эндоскопический гемостаз (орошение гемостатическими препаратами). При продолжающемся кровотечении устанавливали зонд-обтуратор Блекмора или назагастральный зонд. В комплекс лечения входило назначение H2-блокаторов, препаратов протонной помпы, сандостатина, коррекция белкового и водно-электролитного баланса, использовались гепатотропных препаратов (гептрал, уросан, аминостерил), переливание эритроцитарной массы, плазмы крови. При резистентном асците выполнялся лапароцентез с эвакуацией асцитической жидкости, при гидротораксе выполняли плевральную пункцию, при большом гидротораксе проводился торакоцентез с дренированием плевральной полости. Умерло 5 (6,4%) пациентов. Использование современных медикаментозных препаратов, таких, как сандостатин, зонда-обтуратора и эндоскопического гемостаза в большинстве случаев позволяет добиться гемостаза, улучшить функционально состояние печени, перевести пациента из класса С в класс В (по Chaild-Puph) для возможности проведения хирургического вмешательства. Трое пациентов после стабилизации состояния направлены в специализированный центр для проведения хирургического лечения (ТПСЖ). Использование данного комплексного лечения позволила снизить летальность с 26,9% в 1998-2005 гг. до 6,4% в 2006-2008 гг.

Выводы: единой программы лечения синдром портальной гипертензии до настоящего времени не выработано, сохраняется высокая летальность при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода. Пациенты с циррозом печени плохо переносят обширные, травматические хирургические операции, а при операциях на высоте кровотечения увеличивает летальность до 80%. Необходима разработка малоинвазивных вмешательств, основными из которых являются эндоскопический и эндоваскулярный гемостаз. Комплексная консервативная терапия с использованием современных препаратов позволяет добиться стабильного гемостаза, выиграть время

для проведения адекватной предоперационной подготовки, перевести больного из класса С в класс В. После этого можно ставить вопрос о выполнении оперативного вмешательства.

***ВОЗМОЖНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В КОМПЛЕКСНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.***

**Боровский С.П., Маткулиев У.И., Хасанов В.Р., Бозоров У.**  
Ташкент, Узбекистан

Цель: улучшить результаты лечения больных с портальной гипертензией осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка путем применения внутрипортальной катетерной терапии в комплексе эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы обследования: анализу подвергнуты результаты лечения 83 больных в возрасте от 21 до 74 лет ( $48,1 \pm 26,6$  лет), из них 17 женщин и 56 мужчин с циррозом печени и портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка, которым чреспеченочная эмболизация варикозных вен пищевода и желудка в сочетании с эмболизацией селезеночной артерии произведена после кратковременной предэмболизационной подготовки для достижения относительной стабилизации основных гемодинамических показателей. Всем больным в постэмболизационном периоде проводился курс регионарной внутрипортальной инфузионной терапии через катетер установленный в портальной системе для ускорения процессов восстановления функции печени, профилактики прогрессирования печеночной недостаточности и снижения активности цитолитического процесса в органе. Продолжительность катетерной терапии составила 4-7 суток.

Из 83 больных 45 (54,2%) больных уже имели в прошлом пищеводное кровотечение, у 38 (45,8%) пациентов - оно отмечено впервые. Состояние 77 (92,7%) больных при поступлении расценено как тяжелое, и только 6 (7,3%) - средней тяжести. Функциональное состояние печени, оцененное нами по методике Child C.C., у 32 (38,5%) больных соответствовало классу В (7-9 баллов) и у 51 (61,6%) пациентов - классу С (10-15 баллов).

Для оценки внутрипортальной катетерной терапии больные разделены на две группы. Первую группу составили 49 (59%) больных которым в

послеэмболизационном периоде внутрипортальная терапия проводилась по традиционной схеме, то есть, препаратами улучшающие кровоток в печени, антиоксиданты и витамины (аскорбиновая и глутаминовая кислоты, эссенциале, кокарбоксилаза), ингибиторы протеаз (гордокс, трасилол, контрикал), энергетические и пластические вещества (глюкоза, альбумин). Общий объем регионарной инфузии составлял 800-1000 мл\сут., что не сопровождалось повышением портального давления.

Во вторую группу вошли 34 (41%) больных которым в послеэмболизационном периоде проводилась внутрипортальная терапия с учетом активности печеночной недостаточности и внутрипеченочных гемодинамических нарушений, которые определяли во время портографии и ультразвуковой доплерографии. С целью разрешения и предупреждения прогрессирующей печеночной недостаточности с превалированием печеночной энцефалопатии (синдром недостаточности детоксикационной функции печени с развитием общей интоксикацией) и учитывая высокий уровень портальной гипертензии больным проводили длительную внутрипортальную инфузию препаратами: L-орнитин-L-аспартата 20 г/сутки (Гепамерц) со скоростью 5 г/час (как указано в инструкции) два раза в сутки, пропранолол (обзидан) 10 мг/сутки со скоростью 0,5 мг/час длительно (что не влияет на системный кровоток на фоне низкого артериального давления) как базис внутрипортальной инфузии. Основную часть больных сопровождал синдром цитолиза с проявлением выраженности печеночных трансаминаз, билирубина, щелочной фосфатазы, таким больным применяли базисную терапию и внутрипортальное введение гормонального препарата преднизолона 60 мг/сутки со скоростью 60 мг/час два раза в сутки в утреннее время и адеметионина (Гептрал) 800 мг/сутки разбавленный в специальном растворе L-лизина со скоростью 400 мг/час два раза в сутки. Препараты разводили на 5% растворе глюкозы для достижения вводимого суточного объема инфузий в портальное русло 800-1200 мл/сутки, скорость введения составляет 33,3-41,6 мл/час что не сопровождается повышением портального давления.

Оценивая результаты лечения больных в первой группе, следует указать, что из 49 пациентов умерло на госпитальном этапе 10 больных (20,4%). Причиной летального исхода у 6 больных была прогрессирующая печеночная недостаточность, в одном случае (2,05%) от прогрессирования печеночной недостаточности на фоне рецидивного кровотечения, в трех случаях (6,15%) – полиорганная недостаточность у крайне декомпенсированных больных. Основная часть летальных исходов от прогрессирующей печеночной недостаточности наблюдалась на 2-4 сутки.

Во второй группе больных прогрессирование печеночной недостаточности отмечалась у 12 (35,5%) пациентов, которая выражалась повышением уровня билирубина, печеночных трансаминаз, усугублением психоэмоционального состояния. Применение базисной терапии в комплексе с адеметионином и преднизолоном способствовало быстрому восстановлению психоэмоционального состояния, снижению билирубина и АсАТ, АлАТ, повышению уровня общего белка и А/Г индекса на 3-5 сутки внутривенного лечения.

На госпитальном этапе из 34 больных умерло 3 (8,8%) больных. Причиной летального исхода у 2 (5,9%) больных была прогрессирующая печеночная недостаточность, в одном случае (2,9%) – полиорганная недостаточность. Основная часть летальных исходов от прогрессирующей печеночной недостаточности наблюдалась на 3-4 сутки.

Общая госпитальная летальность в группе больных с кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка составила 13 (15,6%). Вместе с тем, в первой группе наблюдалось 10 (20,4%) летальных исходов на фоне длительной медикаментозной коррекции печеночной недостаточности посредством внутривенного введения лекарственных средств по традиционной схеме. Однако применение целенаправленно обоснованных препаратов внутривенного введения в зависимости от функции состояния позволило снизить летальность послеэмболизационном периоде на 8,8%.

***РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ***

**Михин С.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Кондаков В.И., Алейникова Е.С.**  
Волгоград, Россия

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с портальной гипертензией (ПГ) посредством применения рентгеноэндоваскулярных методов коррекции.

Задачи исследования: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) у больных с ПГ; провести анализ сочетанного применения малоинвазивных эндоскопических и рентгеноэндоваскулярных хирургических методов.



Материалы и методы. В данном сообщении представлены результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств у 7 больных с ПГ, которые начали применять в нашей клинике с 2008 года. У 5 пациентов причиной развития ПГ явился цирроз печени (ЦП), у 2 – внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Декомпенсированная стадия ПГ определена у 1, субкомпенсированная — у 6 больных. Эндоваскулярные вмешательства были проведены в плановом порядке. Как самостоятельный метод рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии была выполнена у 4 больных (ЦП – 3, ВПГ – 1). Последовательно использовали малоинвазивные эндоскопические методики (эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен (ВРВП) подслизистого слоя пищевода (ЭЛ), лапароскопическая диссекция венечной вены желудка (ДВВ)) и ЭСА в 3 наблюдениях. В группе ЦП (n5) комбинации хирургических методик применили в 2 случаях (ЭЛ+ДВВ+ЭСА - 1; ЭЛ+ЭСА - 1). При ВПГ (n2) однократно использовали последовательно ЭЛ и ЭСА. Патологические изменения вен пищевода у 2 больных группы ВПГ классифицировали как ВРВП III по А.Г. Шерцингеру; в группе ЦП ВРВП III было у 3 пациентов, ВРВП II – у 1 больного, у 1 – ВРВП не было обнаружено. ЭСА была показана во всех случаях ПГ для уменьшения притока артериальной крови в бассейн воротной вены с целью снижения портального давления при наличии спленомегалии, а также с целью коррекции гиперспленизма. Катетеризацию селезеночной артерии у 6 пациентов осуществляли путем пункции правой общей бедренной артерии в верхней трети. У 1 пациента двукратная попытка катетеризации селезеночной артерии путем пункции правой общей бедренной артерии оказались не удачными, в связи с чем была пунктирована и катетеризирована левая плечевая артерия в средней трети. Стволовая ЭСА выполнялась металлическими спиралями «Гиантурко» 0.035, 8 мм. у 5 больных, у 2 дополнительно для получения полного блока использовали спираль «Торнадо» 0.035, 5-3 мм. Для достижения блока селезеночной артерии было использовано от 2 до 7 металлических спиралей.

Результаты и выводы. После ЭСА в большинстве случаев были выявлены положительные сдвиги в показателях крови. На 18 сутки у 6 пациентов отмечали увеличение количества тромбоцитов и лейкоцитов. У одного больного с декомпенсированным ЦП показатели крови остались без изменений. Во всех случаях отмечали сокращение размеров селезенки. При УЗИ через неделю после ЭСА в 2 случаях были выявлены зоны инфаркта селезенки, с последующим их рубцеванием через 30 суток на фоне проводимой антибактериальной терапии и применения неспецифических противовоспалительных препаратов. На доплерографии у 5 больных

отмечали снижение кровотока по селезеночной артерии 3-4 раза от исходных показателей линейной скорости, у 2 – достигли полной окклюзии селезеночной артерии дистальнее эмболизационных спиралей. В двух наблюдениях через 1 и 2 месяца после первого сеанса ЭСА выявили реканализацию селезеночной артерии. При этом эффект операции снижался: отмечали тенденцию к увеличению селезенки и нарастанию явлений гиперспленизма в сравнении с показателями, зарегистрированными при выписке пациентов из стационара. В обоих случаях была выполнена повторная ЭСА. При использовании ЭСА в качестве самостоятельного метода коррекции ПГ отмечали уменьшение количества и диаметра стволов ВРВП. При сочетанном использовании ЭЛ, ДВВ и ЭСА рецидивов (прогрессирования) ВРВП через 1 год не выявили. Летальных исходов не было.

Самостоятельное и последовательное применение малоинвазивных эндоскопических и рентгеноэндоваскулярных хирургических методов позволяют улучшить результаты лечения больных с ПГ и ее осложнениями.

***МЕСТО ТРАНСЯРЕМНОГО ИНТРАПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТО-СИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ***

**Нартайлаков М.А., Мингазов Р.С., Мухамедьянов И.Ф., Калимуллин Н.Н., Рахимов Р.Р., Шаймуратов И.Х., Грицаенко А.И., Самоходов С.Ю.**

Башкирский государственный медицинский университет

РКБ им.Г.Г. Куватова

Уфа, Россия

Цель исследования: Оценить непосредственные результаты трансаремного интрапеченочного порто-системного шунтирования (ТИПШ) у пациентов циррозом печени, осложненного портальной гипертензией методом ультразвукового дуплексного сканирования (УДС) сосудов печеночно-воротного бассейна.

Материалы и методы: ТИПШ – способ создания прямого сообщения между печеночной веной и портальной системой с целью обеспечения оттока крови от печеночных синусов и уменьшения проявлений синдрома портальной гипертензии. За период с ноября 2007 по апрель 2009 года нами выполнены успешные ТИПШ 19 больным с циррозом печени (ЦП), из них состоявшееся кровотечение было отмечено у 11 пациентов. Мужчин было 12 человек, женщин-7. Средний возраст больных составил  $48,3 \pm 3,3$  лет. Всем пациентам в послеоперационном периоде проведено УЗИ печени, фиброгастроуденоскопия, общеклинические анализы. Варикозное

расширение вен пищевода II степени было отмечено у 3 больных, III степени - 5 человек, II степени с состоявшимся кровотечением у 3 пациентов, III степени с состоявшимся кровотечением - 8 больных. Оценка диаметра селезеночной вены (СВ), воротной вены (ВВ), размеров селезенки, наличие и выраженность асцита, а также доплерография и цветное доплеровское картирование сосудов печеночно-воротного бассейна проводились на ультразвуковом сканере «Logiq 9» фирмы General Electric до операции и на 13 день у всех пациентов, и у 11 больных в период от 6 до 12 месяцев после ТИПШ. Операции выполняли на ангиографическом комплексе INNOVA 3100 (Франция), инвазивное давление измеряли с применением станции гемодинамического контроля Mac-Lab. В наших наблюдениях стент-графт (Viatorr, Core) установлен 4 пациентам, 15 больным установлен самораскрывающийся стент (SMART-Cordis). После стентирования производилась эмболизация варикозно-расширенных вен пищевода спиралями «Гиантурко», затем портоманометрия и контрольная портография. В отдаленном послеоперационном периоде больные для профилактики тромбоза получали дезагреганты (тромбоАСС, трентал, пентоксифиллин) и непрямые антикоагулянты (фенилин, синкумар, дикумарин, варфарин).

Результаты ТИПШ: У всех больных наблюдалось улучшение клинической картины. Выполнение ТИПШ привело к снижению градиента порто-кавального давления с  $431 \pm 17$  до  $235 \pm 15$  мм водн. ст. До рентгеноэндоваскулярного лечения были зарегистрированы следующие показатели: диаметр воротной вены (ВВ) составил  $13,6 \pm 0,8$  мм, линейная скорость кровотока (ЛСК) -  $13,8 \pm 2,0$  см/сек. Диаметр СВ, измеренный в проекции поджелудочной железы, составил  $9,6 \pm 0,7$ . У всех пациентов была выявлена спленомегалия: длина селезенки составила  $17,0 \pm 2,0$  см. Асцит, наблюдаемый у всех больных, был рефрактерный к диуретической терапии. Оценка кровотока по внутрипеченочному шунту проводилась в режиме импульсволновой доплерографии. В В-режиме стент визуализировался как трубчатая структура с ребристыми стенками диаметром  $11 \pm 1,5$  мм, просветом  $7,5 \pm 1,0$  мм. Согласно данным УДС – стенты были проходимы у всех больных в позднем послеоперационном периоде и у 10 пациентов из 11 в период от 6 до 12 месяцев после ТИПШ (удовлетворительное функционирование шунта, регистрировался высокоскоростной поток от печени, направленный из воротной вены в печеночную). Тромбоз порто-системного шунта наступил у 1 больного. Уменьшение или полное отсутствие асцита, уменьшение варикозно-расширенных вен пищевода и желудка достоверно отмечены у всех пациентов. Кровотечение из ВРВП не рецидивировало у 11 пациентов в период от 6 до 12 месяцев после ТИПШ. Летальный исход у двух пациентов не был связан с ТИПШ, а

наступил в результате прогрессирования основного заболевания (ЦП) и от печеночной недостаточности.

Выводы:

- ТИПШ является безопасным малоинвазивным вмешательством.
- Трансяремное интрапеченочное порто-системное шунтирование является эффективным методом декомпрессии системы воротной вены, можно считать предотвращающим рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

### ***МАСЛЯНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***

**Долгушин Б.И., Виршке Э.Р., Мкртчян Г.С., Черкасов В.А., Кукушкин А.В., Трофимов И.А.**

Российский онкологический научный Центр им. Н.Н. Блохина РАМН  
Москва, Россия

Введение. Целью настоящей работы является оценить эффективность предоперационной и палиативной масляной артериальной химиоэмболизации (МАХЭ) у больных с опухолями головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. МАХЭ артерий головки поджелудочной железы была выполнена 38 пациентам (19 женщин, 19 мужчин, средний возраст 59,8). Большую часть (80,4%) составили пациенты с III и IV стадиями заболевания. Перед МАХЭ сосудов опухоли головки поджелудочной железы выполнялась механическая эмболизация правой желудочно-сальниковой артерии в проксимальном отделе с целью предупреждения возможного попадания химиоэмболизирующего материала в сосуды желудка и большого сальника. Материалом для механической эмболизации служили металлические спирали (n=17), металлические спирали в сочетании с фетровыми волокнами (n=16) или шелком (n=5). Для механической эмболизации использовались металлические спирали Гиантурко (.035 inch, длиной 10-20 мм), которые устанавливались в просвете правой желудочно-сальниковой артерии. Редукцию и перераспределение кровотока оценивали при контрольной ангиографии. Только после этого приступали к процедуре химиоэмболизации сосудов опухоли.

Химиоэмболизирующую композицию готовили непосредственно перед введением: гемцитабин (200-400 мг) смешивали с 3 - 6 мл липиодола и готовили суспензию ручным встряхиванием шприца в течение 3-5 мин. Приготовленный

препарат вводили медленно и дробно под рентгенотелевизионным контролем для выявления и предупреждения рефлюкса по артериальным анастамозам.

Результаты. Хирургическое лечение было предпринято у 16 пациентов в виде гастропанкратодуоденальной резекции (ГПДР).

У других 22 больных уже на этапе обследования был диагностирован неоперабельный опухолевый процесс за счет значительной местной инвазии, и в операции им было отказано. Все они получили консервативное лечение в виде МАХЭ сосудов головки ПЖ, как в самостоятельном варианте, так и в комбинации с системной химиотерапией и лучевым лечением.

Среди радикально оперированных пациентов живы 12 больных, 4 – умерли от прогрессирования болезни, при этом 1-летняя выживаемость составила  $80 \pm 17\%$ , 2-х летняя –  $53 \pm 25\%$ , 3-х летняя –  $53 \pm 25\%$ , максимальная продолжительность жизни 40 месяцев (таб.2). 1-летняя выживаемость тех пациентов, которым не была выполнена радикальная операция, составила 41%, медиана жизни – 10 месяцев.

Выводы: Таким образом, селективная трансартериальная химиоэмболизация является технически выполняемой процедурой, которая может улучшить качество жизни и выживаемость пациентов, страдающих раком головки поджелудочной железы. Однако пока её следует считать дополнительной процедурой в комплексном лечении рака головки поджелудочной железы.

### ***РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***

**Эгамов Н.Э., Рахманов С.У., Адылходжаев А.А.**

Ташкентская Медицинская Академия, кафедра факультетской и госпитальной хирургии  
Ташкент, Узбекистан

Рак головки поджелудочной железы характеризуется весьма низкой резектабельностью, которая не превышает 25–30%. Системная химиотерапия малоэффективна: ответ на лечение возникает менее чем у 20% больных. Медиана выживаемости составляет около 6-7 мес. Комбинированное лечение в виде химиолучевой терапии также не позволяет существенно увеличить продолжительность жизни как оперированных, так и неоперированных больных (Carr J.A. et al., 1999). Определенные надежды в улучшении результатов лечения особенно при неоперабельной стадии заболевания связаны с использованием относительно новой методики: суперселективной масляной химиоэмболизации артерий поджелудочной

железы антибластомным препаратом Гемзар (Гемцитабин) (Гранов Д.А., Таразов П.Г., 2002; Kalman D., Varenhorst E., 1999).

Вместе с тем, данный метод лечения в настоящее время находится на стадии интенсивной разработки, многообразие вариантов кровоснабжения самой поджелудочной железы и ее головки требует разработки многих технических аспектов выполнения эндоваскулярных вмешательств. Нуждается в совершенствовании методика выполнения химиоэмболизации для повышения эффективности данного метода лечения.

**Цель.** Улучшить результаты лечения неоперабельного рака головки поджелудочной железы, путем совершенствования техники масляной химиоэмболизации артерий поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов эндоваскулярных вмешательств у 32 больных с опухолями головки поджелудочной железы в возрасте от 29 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении во II клиники ТМА с период 2004 – 2009 г.г. Все больные поступали в стационар с явлениями механической желтухи, печеночной недостаточности. На первом этапе лечения было произведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей. После нормализации оттока желчи и анализов крови, вторым этапом были выполнены эндоваскулярные вмешательства. Была тщательно изучена ангиоархитектоника головки поджелудочной железы при наличии опухолевого процесса. 12 больным (34%) была произведена стандартная схема масляной химиоэмболизация гастродуоденальной артерии суспензией Гемцитабина в дозировке 1 г на йодолиполе, в соотношении 1:3 и металлическими спиралями, 4 больным произведена химиоэмболизация панкреатических ветвей в бассейне верхне - брыжеечной артерии.

**Результаты.** Выполнение масляной химиоэмболизации артерий поджелудочной железы, путем тщательного изучения ангиоархитектоники головки поджелудочной железы и совершенствования техники позволило добиться более эффективного попадания химиопрепарата в опухоль. Тем самым усилить концентрацию препарата, длительность химиотерапевтического эффекта, подавляя генерализацию опухолевого процесс и увеличивая медиану выживаемости в 1,5 раза.

**Заключение.** Эндоваскулярные вмешательства являются эффективным методом паллиативного лечения при неоперабельных опухолях периапулярной зоны, позволяющими существенно улучшить ближайшие и отдаленные результаты.

**РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАДИКАЛЬНО НЕУДАЛИМОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Тибиллов А.М., Байматов М.С.**

Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А (гл. врач Дигуров Б.С.)

Владикавказ, Россия

Актуальность: Рак поджелудочной железы (РПЖ) занимает 4-5 место среди причин смерти от онкологических заболеваний, причем на него приходится около 10% всех опухолей пищеварительного тракта. В структуре злокачественных новообразований в России РПЖ занимает 8-9 место, частота его постоянно растет и достигла показателя 9 на 100 тыс населения. До 95% больных погибают в течение года после установки диагноза.

Радикальная резекция (R0) возможна только при стадии опухолевого процесса – T1-2 N0 M0. Но при обращении к врачу до 90% больных с РПЖ оказываются с более поздними стадиями. Общая выживаемость после хирургического лечения: 1-летняя – 10-40%, 5-летняя – 0-5%.

Причинами неудовлетворительных отдалённых результатов хирургического лечения являются: опухолевая инвазия за пределы поджелудочной железы (ПЖ) которая встречается уже при T1 стадии первичной опухоли, способность к метастазированию с самых ранних стадий заболевания, каскадное метастазирование.

Системная химиотерапия (ХТ) малоэффективна: ответ на лечение наблюдается менее чем у 20% больных, 1 год выживают 14-30% больных. Устойчивость аденокарциномы панкреас к химиотерапии обуславливается наличием в клетках опухоли высокой концентрации белка множественной лекарственной резистентности.

С целью улучшения результатов лечения РПЖ T2-4 N0-1 M0 стадий применяется комбинированное лечение, что включает неоадьювантную ХТ + радикальную ПДР + адьювантную ХТ. Но и при таком лечении выживаемость составляет: однолетняя – 54%, двухлетняя – 23,9%, трёхлетняя – 17,4%, пятилетняя – 13%. Выживаемость более 2 лет наблюдается только среди больных со стадией T2 N0 M0.

Учитывая неудовлетворительные результаты лечения РПЖ основным критерием успешного лечения, является однолетняя выживаемость.

Одним из путей повышения эффективности лечения РПЖ в клинике является внутриартериальная регионарная ХТ (РХТ). Повышение концентрации химиопрепарата и времени его воздействия на опухоль создаёт условия для преодоления лекарственной устойчивости раковых клеток.

Цель: Оценка эффективности регионарной внутриартериальной химиоинфузии в лечении рака поджелудочной железы.

Пациенты и методы: Анализируемый период 2001 – 2008 года. За данный период в отделение получили лечение 98 больных с неоперабельным РПЖ (T2-4 N1 M0-1(НЕР)), у 87 больных заболевание осложнилось развитием механической желтухи (МЖ). У всех больных с синдромом МЖ на первом этапе выполнено чрескожное чреспечёночное наружное дренирование желчных протоков, на втором наружно-внутреннее дренирование желчных протоков (НВДЖП), при необходимости на третьем этапе выполнялось стентирование холедоха сетчатым стентом. У 38 из них, после купирования МЖ, выполнено 120 сеансов РХТ. Локализация опухоли в головке была у 85 больных, в теле и хвосте – у 13 больных.

У всех больных выявлена аденокарцинома ПЖ различной степени дифференцировки.

Показанием к РХТ считали наличие местнораспространённого РПЖ без отдаленных метастазов (МТС) или с МТС только в печень, т.е. 2B-4 стадию рака (T2-4 N0-1 M0-1(НЕР)).

РХТ не выполняли у больных с МЖ, лабораторными и клиническими признаками острого панкреатита, холангита, язвой желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК), асцитическим синдромом. У этой категории больных показания к ХТ ставили после ликвидации МЖ, купирования панкреатита, холангита и заживления язв.

На диагностическом этапе выявляли артерии, непосредственно кровоснабжающие новообразование, и оценивали возможность их селективной катетеризации с целью введения химиопрепаратов.

РХТ проводилась комбинацией трёх из следующих препаратов: (Гемзар – 1гр. или Доксорубин – 100мг), Цисплатин – 100мг, 5-ФУ – 4гр. Если основным источником кровоснабжения образования являлась гастродуоденальная артерия, то производилась катетеризация общей печеночной артерии или чревного ствола и химиоинфузия проводилась в течение 15-16 часов в сутки на протяжении 2 суток. Если основным источником кровоснабжения опухоли являлась нижняя панкреатодуоденальная артерия (НПДА), то производилась селективная катетеризация НПДА с болюсным введением химиопрепаратов. Затем катетер удаляли и назначали постельный режим на 18 часов. Процедуру повторяли ежемесячно до появления признаков опухолевой прогрессии. Эффективность проводимого лечения оценивали через 4 недели после курса РХТ.

Результаты: В процессе РХТ интенсивность болевого синдрома значительно уменьшилась и возобновлялась только при прогрессировании заболевания.

Во время проведения курсов РХТ тяжелых проявлений системной токсичности не наблюдали. Такие симптомы, как тошнота и рвота наблюдались у большинства



больных во время введения цитостатиков и в течение 1-2 суток после лечения. У 3 больных после ХТ появились явления эрозивного гастрита и дуоденита, которые купировались в течение 3-5 суток. У 4 больных – лейкопения, которая купировалась в течение 10-12 суток. У этих больных проводилась симптоматическая терапия.

Группы больных: 1 – Группа, больные с адекватным симптоматическим лечением, которая включала в себя консервативную терапию, а при показаниях: НВДЖП, гастроэнтероанастомоз или стентирование опухолевого стеноза ДПК; 2 – Группа, больные которым выполнено не более 1-2 курсов РХТ; 3 – Группа, больные с программным выполнением 3 и более курсов РХТ.

1-группа: Всего – 60 больных, умерло – 58 в период от 2 до 7 мес от начала лечения (в среднем – 3,3 мес), живы – 2 на протяжении от 4 до 6 мес.

2-группа: Всего – 24 больных, умерли 23 (в среднем – 6,9 мес), жив – 1 на протяжении 13 месяцев.

3-группа: Всего – 14 больных, умерло – 11 (в среднем – 19,5 мес), живы – 3 на протяжении 14, 15 и 65 мес от начала лечения, 1 год пережили 13 больных, 2 года – 3 больных, 3 года – 2 больных, 5 лет – 1 больной; общая выживаемость – 22 мес.

Выводы: Полный комплекс симптоматического лечения позволяет улучшить качество жизни пациентов, средняя продолжительность жизни (СПЖ) при этом остается в пределах – 4 мес.

Единичные курсы РХТ значительно улучшают состояние больных, но не позволяют достичь увеличения СПЖ более 7 мес.

Программное выполнение большого количества курсов РХТ позволяет увеличить показатели СПЖ до 19,5 мес, общей выживаемости около 22 мес, с сохранением относительно удовлетворительного общего состояния больных.

### ***ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИОРГАННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ***

**Тиболов А.М., Байматов М.С.**

Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-Алания

Владикавказ, Россия

Актуальность: Рак пищевода, желудка, панкреатодуоденальной зоны приводит к опухолевой стриктуре данных образований, и в отсутствии лечения к голоданию и смерти. При прорастании рака пищевода в дыхательные пути может развиваться пищеводнотрахеальный (бронхиальный) свищ с развитием аспирационной пневмонии

или стриктура дыхательных путей с нарушением дыхания. Хирургические вмешательства направленные на восстановление просвета трубчатых структур с радикальным удалением опухоли являются оптимальным методом лечения, но у тяжёлой группы больных выполнить такую операцию практически невозможно. У ослабленных больных и больных с неудалимой опухолью паллиативные вмешательства также являются тяжёлой травмой с сомнительным прогнозом, т.к. в 25% развивается рестеноз в зоне опухоли. Применение эндоскопической диатермической и лазерной реканализации опухолевых стриктур сопряжено с высокой степенью риска перфорации стенки органа, кровотечения из повреждённого сосуда, непродолжительностью эффекта. Протезирование пищевода металлическим саморасширяющимися сетчатыми стентами, устанавливаемыми в стенотическую стриктуру – простой, быстрый и эффективный способ устранения опухолевой стриктуры трубчатых структур.

Цель: Оценить ближайшие результаты внутриорганного стентирования у больных с опухолевыми стриктурами верхних отделов желудочно-кишечного тракта и трахеи.

Материалы и методы: Выполнено 7 стентирований у 6 пациентов.

- 2 пациента с опухолевым стенозом пищевода,
- 1 пациент с опухолевым стенозом пищевода осложнённым пищеводно-трахеальным свищём и сужением трахеи,
- 3 пациента с опухолевым стенозом двенадцатиперстной кишки.

Стентирование выполняли с целью восстановления пассажа пищи, купирования дыхательной недостаточности и, в дальнейшем, подготовки больных к проведению специального лечения.

Стентирование проводили под рентгенологическим и эндоскопическим контролем с использованием покрытых стентов «M.I.Tech» (Корея).

Результаты: У всех пациентов восстановлен пассаж пищи. У больного с опухолевым стенозом пищевода осложнённым пищеводно-трахеальным свищём и сужением трахеи, после стентирования пищевода и купирования пневмонии сохранялась дыхательная недостаточность, в связи с чем в зону сужения трахеи установлен стент, в результате дыхательная недостаточность купирована.

Заключение: Внутриорганное стентирование является малотравматичным и эффективным методом восстановления проходимости ЖКТ и верхних дыхательных путей, что, в свою очередь, даёт возможность приступить к специальному лечению больных с неоперабельными опухолями полых органов осложнённых обтурационным синдромом.

**РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ЭМБОЛИЗАЦИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ****Суворова Ю.В., Сокуренок В.П., Корытова Л.И., Таразов П.Г..**

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Основным методом лечения неоперабельных опухолей орофарингеальной зоны является комбинированная химиолучевая терапия. В последние годы в лечение онкологических больных начали широко внедряться методы интервенционной радиологии. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности регионарной болюсной химиотерапии с эмболизацией ветвей наружных сонных артерий как первого этапа комбинированной терапии неоперабельных опухолей орофарингеальной зоны.

**Материалы и методы.** За период 1999 - 2009г. каротидная ангиография, химиотерапия и эмболизация ветвей наружной сонной артерии выполнена у 33 больных в возрасте 39 - 70 лет с опухолями орофарингеальной зоны T4N2-3MX. Опухоль ротоглотки была диагностирована у 26, полости рта – у 7 пациентов. У трех больных имело место острое, а у 7- хроническое кровотечение.

Каротидную ангиографию выполняли по стандартной методике. После диагностического этапа в сосуды, кровоснабжавшие опухоль, вводили водный раствор 5-фторурацила (1 г) и карбоплатина (200 мг), затем выполняли их эмболизацию мелко нарезанной гемостатической губкой. Через 10 – 14 дней после интервенционной процедуры проводили курс конформного облучения обычным фракционированием дозы по 2 Гр 5 р/нед до СОД 68 – 74 Гр.

**Результаты.** После эндоваскулярного вмешательства все 33 пациента отмечали уменьшение болей и улучшение глотания. Острое кровотечение прекратилось в ближайшие 6 ч после эмболизации у всех трех больных. Повторных эпизодов хронического опухолевого кровотечения, наблюдаемого ранее у 7 больных, не отмечено в течение всего срока наблюдения ( $31,4 \pm 7,0$  мес). Осложнения эндоваскулярных процедур отмечены у 6 больных (18%). В 5 случаях они носили транзиторный характер и купировались после проведения противоотечной, спазмолитической и противовоспалительной терапии. У одной больной с опухолью глотки с переходом на подчелюстную зону после введения химиопрепаратов в лицевую артерию развился некроз мягких тканей щеки, потребовавший хирургической коррекции.

В результате комбинированного лечения полный ответ отмечен у 8 (24%), частичный у 18 (55%), стабилизация у 4 (12%), а прогрессирование у трех больных (9%). Таким образом, сумма положительных ответов на комбинированную терапию составила 79%. К настоящему времени умерли 17 больных в сроки от 9 до 44 мес, средняя продолжительность жизни составила  $19 \pm 7,4$  мес. Оставшиеся 16 пациентов живы в сроки от 3 мес до 10 лет из них 7 - более 3 лет.

**Заключение.** Регионарная боллюсная химиотерапия с эмболизацией ветвей наружных сонных артерий эффективно останавливает кровотечение, и в комбинации с лучевой терапией вызывает положительный ответ на лечения у большинства больных с местнораспространенной злокачественной опухолью орофарингеальной зоны.

#### ***РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ***

**Тибиллов А.М., Байматов М.С.**

Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А (гл. врач Дигуров Б.С.)

Владикавказ, Россия

**Актуальность:** Не менее 30 – 50% пациентов со злокачественными опухолями органов малого таза поступают в стационары с далеко зашедшими стадиями заболевания. Кровотечения в 30 – 40% случаев осложняют течение неоперабельного рака органов малого таза 3 – 4 стадий. Постгеморрагическая анемия ограничивает применение лечебных пособий. Медиана выживаемости не превышает – 5 – 10мес.

Инвазивный рак мочевого пузыря (РМП) является одной из наиболее сложных проблем онкоурологии.

По данным Б.М. Матвеева и соавт. (РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2002г.), цистэктомия (ЦЭ), являющаяся «золотым стандартом» в лечении инвазивного РМП, представляет собой сложное, длительное оперативное вмешательство, ассоциированное с высокой частотой осложнений, достигающих 11-70%, и летальностью, составляющей 2,3-26,9%. Результаты хирургического лечения больных РМП также остаются неудовлетворительными: от 40 до 80% больных инвазивным РМП, подвергнутых ЦЭ, погибают от метастазов.

Предположительной альтернативой ЦЭ могут быть органосохраняющие операции, лучевая терапия (ЛТ), а также химиотерапия (ХТ).

Отдаленные результаты трансуретральной резекции (ТУР) МП без дополнительного лечения при инвазивном РМП пузыря аналогичны таковым при использовании ЦЭ.

Частота местных рецидивов после ТУР в сочетании с последующей ХТ составляет около 50%, тогда как появление отдаленных метастазов регистрируются только в 7,1% случаев. При этом частота сохранения РМП составляет 85,7.

По данным Б.М. Матвеева и соавт. (РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2002г.), в тщательно отобранной группе больных альтернативой ЦЭ является ТУР МП с дальнейшим проведением адьювантой ХЛТ. Больным с полным эффектом консервативного лечения (отрицательные результаты биопсии и цитологического исследования мочи) показано продолжение ХТ и ЛТ.

В силу этого в последнее время все большее распространение получает сочетание хирургического лечения с лучевой и/или химиотерапией. В последние десятилетия для лечения онкологических больных широко используется внутриартериальная регионарная химиотерапия (РХТ), при проведении которой создается максимальная концентрация химиотерапевтического препарата в опухоли (Жаринов Г.М. и соавт, ЦНИРРИ, 2005г).

Цель: Оценка эффективности артериальной эмболизации у больных с инвазивным РМП осложнённым кровотечением. Анализ первого опыта РХТ инвазивного РМП.

Материал и методы: Анализируемый период с 2000 – 2008гг. За этот период выполнено 132 эмболизаций внутренних подвздошных артерий (ВПА) у 70 больных, у 4 из них в последующем проведены 22 курса пролонгированной внутриартериальной РХТ. Всего 18 женщин и 52 мужчин в возрасте от 45 до 87 лет.

У всех больных верифицирован переходно-клеточный РМП разной степени дифференцировки. Стадии опухолевого процесса T2-4 Nx-1 M0. Область шейки МП вовлечена в опухолевый процесс у 16 больных.

С целью остановки кровотечения из опухоли МП проводили эмболизацию ВПА. (Жаринов Г.М. и соавт, ЦНИРРИ, 2003г). Для проведения РХТ использовалась комбинация из трёх препаратов (Гемзар 1гр. или Доксорубин 100 мг), Цисплатин 100 мг, 5-ФУ – 4 гр. Один больной получил радикальный курс ЛТ до РХТ и один после, двое других ЛТ не получали.

Способы эмболизаций ВПА: Двусторонняя периферическая эмболизация висцеральных ветвей ВПА; Односторонняя периферическая эмболизация висцеральных ветвей ВПА с или без стволовой эмболизацией ВПА с другой стороны; Стволовая эмболизация ВПА.

Эмболизирующие материалы: Гемостатическая губка, 96% этанол, 40% глюкоза, металлические спирали.

Показания к эмболизации ВПА: не купирующееся кровотечение из опухоли; не эффективность системной и/или лучевой терапии.

Противопоказания: невозможность селективной катетеризации патологических сосудов; полиорганная недостаточность; наличие отдаленных метастазов.

Двусторонняя периферическая эмболизация выполнена у 50 больных, односторонняя периферическая эмболизация – 17 больным, стволовая эмболизация – 3 больным.

Эффективность гемостаза оценивали по следующим параметрам: 1 – эффективная, т.е. достигнут гемостаз, рецидива макрогематурии нет в течении нескольких месяцев; 2 – малоэффективная, т.е. достигнут гемостаз, но рецидив макрогематурии возник в первые 4 недели после эмболизации ВПА; 3 – неэффективная, т.е. интенсивность макрогематурии снизилась, но для достижения гемостаза требуются дополнительные вмешательства.

Эффективность РХТ оценивалась по данным УЗИ, КТ, цистоскопии, повторной биопсии, динамического наблюдения.

Результаты: Результаты эндоваскулярных гемостатических вмешательств оценивались по всем больным, по способу эмболизации и вовлечению в опухолевый процесс области шейки МП.

По всем больным: в раннем послеоперационном периоде стойкий гемостаз достигнут у 67 б-х (95,7%). Рецидива кровотечения в течение 3-4 месяцев не отмечено у 48 б-х (68,5%). В период до 4 недель рецидивы макрогематурии отмечены у 14 б-х (20%). У 2 больных (2,9%) гемостаз достигнут не был, для его достижения потребовались дополнительные хирургические и эндоскопические вмешательства.

По способу эмболизации: при двусторонней периферической эмболизации (всего 50 больных) у 47 (94%) больных лечение было эффективным, малоэффективным у 2 (4%), неэффективным у 1 (2%); при односторонней периферической эмболизации (всего 17 больных) лечение было эффективным у 6 больных (35%), малоэффективным у 10 (59%), неэффективным у 1 (6%); при стволовой эмболизации лечение было эффективным у 1 больного, малоэффективным у 2.

По распространенности опухолевого процесса: при поражении опухолевым процессом области шейки МП (всего 16 больных) лечение было эффективным у 9 (56%) больных, малоэффективным у 5 (31%), неэффективным у 2 (13%); при отсутствии поражения опухолевым процессом области шейки МП (всего 54 больных) лечение было эффективным у 45 больных (83,3%), малоэффективным у 9 (16,6%).

В результате пролонгированной внутриартериальной РХТ больных инвазивным РМП: у 3 получен полный ответ на лечение подтвержденный у 2 морфологически, у 1 данными визуального осмотра МП во время открытой цистостомии выполненной по поводу выявленного через год от начала РХТ рака предстательной железы; у 1 больного получена стабилизация патологического процесса, в последующем ему выполнен радикальный курс ЛТ. Умерли 3 больных через 1-2 года от начала РХТ, 1 жив на протяжении более 3 лет. Причина смерти у 1 больного желудочно-кишечное кровотечение из язвы ДПК, у 1 – прогрессирование рака предстательной железы на фоне «Метахронного первично множественного рака», у 1 – прогрессирование РМП.

Выводы:

Артериальная эмболизация ВПА – эффективный метод лечения кровотечений из РМП.

Целесообразно продолжение изучения РХТ как способа лечения местнораспространённого инвазивного РМП.

#### ***ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ***

**Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Леоненков Р.В.**

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность селективной артериальной эмболизации при опухоли единственной почки.

Материалы и методы. С 1999 по 2008 г. эмболизация выполнена у 9 больных в возрасте от 49 до 65 (средний возраст 56) лет. Диагноз опухоли единственной почки был установлен в сроки от 1 до 27 (в среднем 11) лет после контралатеральной нефрэктомии, показаниями к которой были почечноклеточный рак (n=6), гидронефроз (n=2) и поликистоз почки (n=1).

Максимальные размеры опухоли в оставшейся почке составили от 2 до 9 см (в среднем 5,0+1,7 см). Селективную эмболизацию сосудов, питающих опухоль, выполняли частицами поливинилалкоголя диаметром 0,1 мм, мелко нарезанной гемостатической губкой, 960 этанолом в смеси с липиодолом в соотношении 2:1, фрагментами металлических спиралей.

Результаты. Осложнений эмболизации не было. Постэмболизационный период сопровождался непродолжительным подъемом температуры тела до 38<sup>0</sup>С, а также

умеренными болями в области почки. У трех больных наблюдалось незначительное повышение показателей мочевины и креатинина.

Через 1 мес после эмболизации уменьшение объема опухоли на 25% отмечено у 7 пациентов, в оставшихся двух случаях наблюдалась стабилизация процесса. Повторные ангиографические исследования с доэмболизацией опухоли выполнялись у 7 больных. В настоящее время живы 8 из 9 больных в сроки от 1,5 до 8 лет. Один пациент умер через 7 мес после процедуры от прогрессирования опухолевого процесса.

Заключение: Селективная артериальная эмболизация является эффективным и безопасным методом лечения больных с неоперабельной опухолью единственной почки.

***ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКОЙ.***

**Трапезникова М.Ф., Уренков С.Б., Подойницын А.А., Иванов А.Е.**

МОНИКИ им М.Ф.Владимирского

Москва, Россия

Урологические осложнения у больных после пересадки почки остаются одной из серьёзных причин ухудшения как ближайших, так и отдалённых результатов трансплантации. Возникновение таких осложнений, которые по данным литературы наблюдаются у 2-30% реципиентов, считается плохим прогностическим признаком для функции пересаженной почки, нередко приводит к потере трансплантата, иногда представляет угрозу и для жизни самого больного.

Цель и задачи. До последнего времени основным методом лечения урологических осложнений у больных с пересаженной почкой были открытые оперативные вмешательства. Однако подобные операции травматичны, сложны в техническом выполнении, плохо переносятся пациентами, имеют немало послеоперационных осложнений, что также часто становится причиной потери трансплантата. По данным различных авторов положительный результат после таких восстановительных операций обычно удаётся достигнуть только у 25-50% больных.

Широкое внедрение за последние два десятилетия в урологическую практику новых малоинвазивных методов лечения позволило использовать эти операции также в области, очень близкой к урологии, – а именно, в оперативной нефрологии, при лечении различных урологических осложнений после пересадки почки и



урологических заболеваний у больных с пересаженной почкой, что послужило основой нашей работы.

Материалы и методы. При изучении результатов 926 пересадок почки, выполненных в нашем институте за последние 10 лет, урологические осложнения различного характера были обнаружены у 110 больных (11,8 %).

Среди урологических осложнений, при возникновении которых требовалось хирургическое лечение, целесообразно выделить две группы: осложнения, связанные с пузырно-мочеточниковым анастомозом (20,9% всех урологических осложнений) и осложнения, связанные с мочеточником трансплантата (36,3%).

Такое разделение объясняется как со временем возникновения этих осложнений, так и различной тактикой их оперативной коррекции. Если осложнения, относящиеся к пузырно-мочеточниковому анастомозу, обычно возникают в раннем п/о периоде и ликвидируются в большинстве случаев только с помощью открытых операций, то осложнения, связанные с мочеточником трансплантата, чаще диагностируются в более поздние сроки после пересадки почки и основным методом их лечения могут быть чрескожные рентген-эндоскопические операции.

Клиническая симптоматика большинства урологических осложнений достаточно бедна и неспецифична и может сильно запаздывать от момента их возникновения. Это объясняется сниженной реактивностью у больных с пересаженной почкой в результате иммуносупрессии, а также отсутствием иннервации трансплантата.

Результаты лечения урологических осложнений после пересадки почки прямо связаны со сроками их обнаружения. Раннее выявление особенно необходимо для предупреждения инфекции, с которой обычно связано большинство потерь трансплантатов и смертельных исходов.

В комплексе диагностических методов для обнаружения урологических осложнений у больных после пересадки почки обычно были необходимы УЗИ и антеградная пиелоуретерография. Остальные методы диагностики чаще просто не требовались из-за своей малой информативности или нежелательности выполнения у больных с терминальной стадией ХПН, а также в связи с иммуносупрессией.

Причём, антеградная пиелоуретерография была наиболее информативным методом в диагностике обструкции и некроза мочеточника пересаженной почки. По сравнению с данными УЗИ этот метод позволял получить более объективную информацию относительно уровня обструкции, протяжённости стенозированного участка мочеточника и степени его проходимости, локализации мочевого свища, размеров и распространении мочевого затёка в околопочечном пространстве. Кроме

того, антеградная пиелоуретерография, как никакой другой метод диагностики, способствовал решению вопроса относительно выбора дальнейшей тактики и характера лечения.

Результаты. При хирургическом лечении урологических осложнений у 83 больных с пересаженной почкой было выполнено 142 различных оперативных вмешательств, в том числе 85 чрескожных рентген-эндоскопических операций, включая и повторные.

Первоначально планировалось использовать только чрескожную пункционную нефростомию (ЧПНС) для экстренного дренирования трансплантата с целью подготовки больного к дальнейшей реконструктивной операции.

Однако уже после первых подобных вмешательств было решено расширить применение чрескожных операций.

Необходимость в дренировании мочевых путей пересаженной почки возникала у большей части больных с урологическими осложнениями. Характер этих осложнений – обструкция или мочевого свищ, всегда требует суправезикального отведения мочи для их последующей ликвидации. Нежелательность выполнения открытой нефростомии только с целью дренирования из-за травматичности и риска развития послеоперационных осложнений и, как правило, отсутствие возможности дренирования мочевых путей трансплантата ретроградным доступом из-за расположения устья мочеточника в области верхушки мочевого пузыря определяет целесообразность использования ЧПНС.

В подавляющем большинстве случаев это вмешательство производилось по экстренным показаниям и преследовало основную цель – обеспечить отток мочи, сохранить трансплантат, а иногда и жизнь пациента, а также предотвратить развитие гнойно-воспалительных осложнений.

Плановое чрескожное дренирование применялось в более редких случаях, в качестве начального этапа – формировании операционного доступа к мочеточнику трансплантата для выполнения последующей чрескожной коррекции стриктуры.

Показаниями к чрескожному лечению стриктуры мочеточника пересаженной почки были стриктуры протяжённостью до 1,5-2 см. Применение эндоскопической техники при выполнении таких операций позволило расширить показания в случаях наличия облитерации мочеточника, но не более 1 см.

Чрескожное бужирование стриктуры мочеточника трансплантата было наиболее распространенным оперативным вмешательством как самостоятельным, так и в сочетании с баллонной дилатацией. Обычно эти операции проводились под местной

анестезией в сочетании с внутривенным наркозом, реже – под перидуральной анестезией.

После выполнения бужирования и/или баллонной дилатации стриктуры мочеточника возникает необходимость в последующем длительном “шинировании” зоны стеноза. Наиболее подходящим для этой цели является установка внутреннего мочеточникового стента.

Во время первых операций с антеградным стентированием мочеточника пересаженной почки нам пришлось столкнуться с определёнными техническими неудобствами при установке обычного, только с укороченной мочеточниковой частью, стента.

Эти неудобства были связаны с трудностью регулирования его положения в мочевых путях трансплантата, из-за крайне дистального смещения стента после удаления струны-проводника, когда большая часть лоханочного кольца оказывалось в мочеточнике.

Поэтому появилась необходимость в применении более удобного дренирующего устройства. Совместно с фирмой “МИТ Лтд” (г. Железнодорожный Московской области) в нашей клинике для этих целей была разработана оригинальная стент-нефростома. Использование стента-нефростомы нашей конструкции с последующей её трансформацией во внутренний мочеточниковый стент имеет ряд определённых преимуществ по сравнению с обычным мочеточниковым стентом, которые заключались в следующем:

Дренирующее устройство одновременно выполняет функцию как мочеточникового стента, так и функцию нефростомы в раннем п/о периоде.

Имеется возможность легко и просто регулировать положение мочеточниковой части дренирующего устройства в мочевых путях трансплантата во время операции и в раннем п/о периоде.

В случае обструкции дренажа в раннем п/о периоде возможно восстановить его проходимость или произвести замену стента.

Стент-нефростома переводилась в мочеточниковый стент путём удаления её нефростомической части под рентгенологическим контролем (в среднем на 3-5 сутки после операции).

Обычно внутренний мочеточниковый стент удалялся из мочевых путей трансплантата амбулаторно, через 12-16 недель после операции.

Следует отметить, что при стриктуре мочеточника почечного трансплантата успех такого лечения прямо зависит от проведения струны-проводника через суженный

участок, то возникновение облитерации мочеточника крайне ограничивает применение этих малоинвазивных оперативных вмешательств.

Облитерация мочеточника почечного трансплантата нами наблюдалась у 11 больных (1,1%) после 926 пересадок почки. Всем больных в качестве первого этапа лечения была выполнена чрескожная пункционная нефростомия, после чего у 7 из этих пациентов с длиной облитерации более 1 см были выполнены открытые операции. При длине облитерации 0,5-1 см у 4 больных производилось электрорассечение или лазерная реканализация облитерированного участка мочеточника.

Под рентгенологическим контролем мочеточниковый катетер № 6 Ch, через нефростомический свищ проводился до уровня облитерации. Внутри катетера была установлена струна-проводник, подключённая к электрокоагулятору (мощность тока 70-80 Вт). Струна-проводник выдвигалась из катетера на 3-4 мм, и в несколько этапов производилось реканализация облитерированного участка мочеточника до мочевого пузыря путём электрорассечения рубцовых тканей. Прохождение струны в мочевой пузырь контролировалось при цистоскопии.

Перед установкой стента реканализированный участок мочеточника бужировался для облегчения проведения стента.

Операция заканчивалась антеградной установкой стента в мочевые пути трансплантата, положение которого контролировалось как рентгенологически, так и при цистоскопии. Стент удалялся через 4-6 месяцев.

Таким образом, рентген-эндоскопическая реканализация облитераций мочеточника пересаженной почки даёт возможность восстановить проходимость мочевых путей почечного трансплантата и избежать сложной и травматичной открытой операции.

Лечебная тактика по отношению к мочевым свищам при некрозе мочеточника пересаженной почки была следующей.

Если позволяли условия, т.е. имелось расширение мочевых путей трансплантата, даже минимальное, то первым этапом осуществлялось чрескожное дренирование пересаженной почки. Следующим этапом лечения после частичного или полного закрытия свища (в среднем через 7-10 дней после ЧПНС) выполнялось антеградное стентирование мочеточника. Установка стента-нефростомы являлась необходимой процедурой для полного заживления некротизированного участка мочеточника и профилактики возникновения стриктуры в этой зоне.

При больших размерах мочевого затёка и длительном незаживлении свища мочеточника, а также при инфицировании затёка одновременно с ЧПНС выполнялось его чрескожное дренирование.

Таким образом, использование чрескожных рентген-эндоскопических операций в лечении урологических осложнений, возникающих после пересадки почки, является перспективным направлением эндоурологии. Необходимо всегда пытаться начинать коррекцию стриктуры и облитерации мочеточника трансплантата или его некроза с помощью чрескожных методов.

Показаниями к продолжению лечения с помощью открытых операций у больных с такими урологическими осложнениями были:

Стриктура мочеточника трансплантата на протяжении более 1,5-2 см или его облитерация более 1 см.

Некроз мочеточника трансплантата на значительном протяжении.

Необходимо ещё раз отметить, что показания к применению чрескожных методов лечения у больных с урологическими осложнениями после пересадки почки могут быть значительно расширены за счёт более широкого внедрения в клиническую практику лазерной эндохирургии и гибких операционных эндоскопов. Возможности этой новой медицинской аппаратуры позволят чаще ликвидировать такие осложнения малоинвазивным методом, без травматичных открытых операций.

Выводы. Особенности урологических осложнений у больных с пересаженной почкой не позволяет полностью заниматься их лечением только хирургам-трансплантологам без тесного взаимодействия с урологами. Наиболее целесообразно проводить лечение этого контингента больных в условиях крупного урологического стационара, где имеется опыт применения малоинвазивных оперативных методов, необходимые инструментарий и оборудование, подготовленные специалисты. Такой подход к решению этой проблемы более выгоден как по лечебным, так и по экономическим показаниям.

Вместе с тем, на практике, к сожалению, в большинстве центров интеграция трансплантологов и урологов, как правило, отсутствует. Последние привлекаются к лечебно-диагностическому процессу чаще на этапах позднего выявления урологического осложнения самой трансплантации или возникновения осложнения, связанного с сопутствующими урологическими заболеваниями, что оказывает крайне негативное влияние на функцию трансплантата и нередко, даже приводят к развитию необратимых изменений.

Таким образом, малоинвазивные оперативные вмешательства у больных с урологическими осложнениями после пересадки почки коренным образом изменили традиционный подход к лечению этих осложнений по отношению к прежней хирургической тактике, когда основным лечебным методом были только открытые операции. Малоинвазивные оперативные вмешательства дают возможность по-новому решать вопросы коррекции таких урологических осложнений и являются важным и перспективным направлением в их лечении, способным стать альтернативой травматичным открытым операциям.

***Мультидисциплинарный подход при лечении у пациентки с распространенным раком желудка***

**Полысалов В.Н., Верясова Н.Н., Поликарпов А.А., Яковлева Е.К., Урбанский А.И.**  
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»  
Санкт-Петербург, Россия

Химиоэмболизация печеночной артерии и воротной вены при лечении пациентов с онкологической патологией выполняются более 20 лет. В течение последних нескольких лет внедряется методика химиоэмболизации гастродуоденальной артерии и её ветвей у больных с раком поджелудочной железы. Также имеются сообщения об успешных результатах химиоэмболизации верхней прямокишечной артерии у пациентов с раком прямой кишки. В доступной нам литературе мы не встретили сообщений о применении химиоэмболизации желудочных артерий как этапа комбинированного лечения у больных с распространенным раком желудка.

В нашей клинике выполнена химиоэмболизация левой желудочной артерии в качестве первого этапа комбинированного лечения у пациентки с распространенным кардиоэзофагеальным раком.

На момент поступления на основании данных рентгеноскопии желудка, магнитно-резонансной томографии брюшной полости (МРТ), позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) тела установлен диагноз: Рак кардиоэзофагеального отдела желудка T4N2M1. Метастатическое поражение печени (Gennari 2).

Первым этапом комбинированного лечения выполнена химиоэмболизация левой желудочной артерии. В левую желудочную артерию введено 10 мг митомицина С и 5 липиодола. В постэмболизационном периоде отмечалась лихорадка до 38,5С в течение недели, боли и ощущение дискомфорта в эпигастрии. Вышеуказанные явления были купированы медикаментозно. Первая оценка результатов процедуры произведена через

2 недели на основании данных МРТ и ПЭТ. Полученные данные свидетельствовали о наличии лекарственного патоморфоза в первичной опухоли, метастазах печени и лимфатических узлах. По данным ПЭТ отмечалось снижение коэффициента дифференциального накопления радиофармпрепарата в опухоли желудка и метастазах печени, по данным МРТ отмечено уменьшение размеров лимфатических узлов перигастральной области. Через две недели после химиоэмболизации выполнена лапаротомия по Starlz, гастрэктомия, левосторонняя гемипанкреатэктомия, спленэктомия, паратуморальная резекция 2 сегмента печени, РЧА трех метастазов правой доли печени, формирование аппаратного эзофагоэуноанастомоза на отключенной по Ру петле, дренирование брюшной полости.

28.04.2009г. – контроль анастомоза: данных за несостоятельность не получено, эвакуация удовлетворительная. Из осложнений отмечено: левосторонний плеврит, потребовавший однократную плевральную пункцию, лихорадка в течение 8 суток после операции. Заживление раны произошло первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана домой через 12 суток после операции.

Таким образом, выполнение химиоэмболизации левой желудочной артерии не привело к угрожающим жизни осложнениям и не усложнило выполнение оперативного вмешательства. По данным ПЭТ тела и МРТ брюшной полости, исследования послеоперационного гистологического материала выявлен лечебный патоморфоз в опухоли желудка, метастазах печени и лимфатических узлах брюшной полости.

#### ***РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИЙ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ***

**Шукуров. Б.М., Козлов Г.В., Фролов М.В., Каплиева А.В.**

Волгоградский Клинический Кардиологический Центр  
Волгоград, Россия.

С 2005 по 2009 год в нашем отделении было выполнено эмболизация маточных артерий 40 женщинам в возрасте 26-48 лет (средний возраст составил  $39,5 \pm 6,0$  лет). Показанием к операции явилось наличие симптомной миомы матки, или ее бессимптомный быстрый рост. Большинство женщин жаловались на обильные болезненные менструальные кровотечения – 25 женщин (62,5%), симптомы компрессии соседних органов – 16 женщин (40,0%). Постгеморрагическая анемия разной степени тяжести наблюдалась у 15 больных (37,5%). Семь пациенток (17,5%) не

имели субъективных клинических проявлений, у них, по данным обследований, выявлялся симптом роста миоматозных узлов.

Размеры и характер расположения узлов уточняли с помощью ультразвукового исследования и гистероскопии: миома размерами до 5-6 недель беременности зафиксирована у 22 (55,0%) обследованных, до 10-11 недель беременности – у 14 (35,0%), более 11 недель – у 4 (10,0%). В 15 наблюдениях (48,4%), наряду с крупным узлом, имелись множественные миоматозные узлы. Все узлы располагались в большем своем объеме (более 60-75%) интрамурально, субсерозно и субмукозно и все они не имели шейки.

Метод ЭМА использовался, как самостоятельный метод лечения в 100,0% случаев. Операции выполнялись по стандартной методике с использованием катетера Робертс, гидрофильного проводника и взвеси поливинилалкоголя (размер частиц колебался от 300 до 700 мкр.).

У 3-ух пациенток, из-за сложной ангиоархитектоники сосудов малого таза, не удалось выполнить эмболизацию маточной артерии с одной стороны. У другой больной развилась ятрогенная диссекция внутренней подвздошной артерии, и поэтому продолжить эмболизацию маточной артерии данной стороны не представлялось возможным.

Постэмболизационный синдром разной степени выраженности наблюдался у 29 (72,5%) пациенток, который нивелировался через 8 – 36 часов. Все женщины были выписаны на 2-3 сутки после операции.

В отдаленном периоде наблюдений (через 1, 6 мес. после операции) всеми пациентками отмечено значительное уменьшение симптоматики. Средняя продолжительность менструальных кровотечений сократилась до 3-4 дней (до вмешательства 8-9 дней). Полный регресс миоматозных узлов через 6 мес., по данным ультразвукового исследования, отмечен у 26 (65,0%) больных. Регресс узлов до 30-70% от первоначальных размеров – у 14 (35,0%), в том числе и у пациенток, у которых была выполнена эмболизация маточной артерии с одной стороны.

Две женщины после ЭМА заинтересованы в деторождении. У одной пациентке возникла беременность в сроки 12 мес. после эндоваскулярного лечения, завершившаяся выкидышем. У второй женщины через 5 мес. отмечен полный регресс миоматозных узлов, она планирует в ближайшем будущем выполнить экстракорпоральное оплодотворение.

**ВЫВОДЫ.** Эмболизация маточных артерий при лечении миом матки показала высокую эффективность в непосредственном и отдаленном периоде наблюдений, а



также малую травматичность и быструю реабилитацию после операции. У пациенток, заинтересованных в беременности, ЭМА может применяться в качестве органосохраняющего метода, дающего шанс на рождение здорового ребенка.

***СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИНВАЗИВНОЙ РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.***

**Мумладзе Р.Б., Рожкова Н.И., Прокопенко С.П., Запиова С.Б., Долидзе Д.Д.,  
Дзукаева Н.Т., Гобеев С., Джигкаев Т.Д.**

Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии Российской медицинской академии последипломного образования.

ФГУ «Российский научный центр рентгенрадиологии Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Наиболее часто из доброкачественных образований молочной железы встречаются кисты. Они выявляются в 60% случаев у женщин в возрастной группе 40-59 лет. Возникновение кист чаще связывают с дисгормональными процессами в результате чрезмерного роста соединительной ткани протоков и окружающей стромы, что приводит к застою секрета в расширенных протоках, количество которого со временем увеличивается. Несмотря на кажущуюся безопасность заболевания, в 1-3% случаев в полости кисты могут развиваться пристеночные разрастания злокачественной или доброкачественной природы, что подчеркивает необходимость ранней диагностики, существенным образом влияющей на выбор и объем лечебных мероприятий.

До настоящего времени в большинстве лечебно-профилактических уч-реждений страны, несмотря на успехи в комплексной диагностике заболеваний молочных желез и внедрение новых технологий консервативного лечения доброкачественных заболеваний, больные с кистами молочной железы подвергаются дорогостоящему хирургическому лечению. В последние годы сделан грандиозный прорыв в техническом оснащении медицины. Наибольшего успеха удалось добиться на пути междисциплинарной интеграции инвазивных методов с лучевыми методами диагностики, которые позволяют осуществить хирургические вмешательства, сочетающие диагностические и лечебные функции под контролем рентгенотелевидения, ультразвуковой биолокации и магниторезонансной томографии. Накопленный опыт за последнее время позволил сформировать новую концепцию развития исследований – интервенционную радиологию. Это касается и маммологии,

куда широко вошли подобные новейшие технологии, позволяющие поднять на новый уровень лечебно-диагностическую систему обследования женщин.

Нами впервые предложена методика склерозирования кист молочной железы с использованием озono-кислородной смеси. Озонотерапия – высокоэффективный немедикаментозный лечебный метод, находящий в последние годы все более широкое применение в клинической практике. Озон – O<sub>3</sub>, аллотропная форма кислорода, являющаяся значительно более сильным окислителем, чем сам кислород – газ с резким характерным запахом. Озон обладает большим разнообразием лечебных эффектов, оказывает антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное и иммуномоделирующее действие, усиливает микрогемодинамику, повышает активность системы антиоксидантной защиты. У этого метода лечения отмечается хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий.

Результаты настоящего исследования основаны на комплексном обследовании 54 больных с использованием озono-кислородной смеси в высоких концентрациях 40-80 мкг/мл. В эту группу были включены пациенты с одиночной кистой с ровными четкими контурами-11 чел., многокамерные кисты-19, кисты с воспалением-21, серомы в зоне послеоперационного рубца-4. Динамическое наблюдение за 54 пациентками, подвергшимся консервативному лечению кист молочной железы с использованием озона в течении 3 месяцев выявило рецидив в 1 случае при многокамерной кисте. После повторного введения озона при динамическом наблюдении рецидива не выявлено. В одном наблюдении через неделю после склерозирования кисты рубец сохранялся в зоне кисты, обусловленный спаившимися стенками кисты. При контрольном исследовании через 1 месяц рубцовые изменения в данной зоне отсутствовали. Данное лечение легко переносится больными и проводится амбулаторно. На поверхности кожи и в тканях молочной железы не остается рубцовых изменений.

Подводя итог можно сказать, что современный комплекс клинических и лучевых методов позволил не только повысить точность дифференциальной диагностики кист до 95%, в том числе и непальпируемых кист молочной железы, но и использование современных инструментов и склерозирующих препаратов под контролем ультразвуковых методик дало возможность снизить долю хирургического лечения кист на 88% и тем самым улучшить качество жизни женщины.

***МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МАММОЛОГИИ*****Долидзе Д.Д., Мумладзе Р.Б., Рожкова Н.И., Мазо М.Л., Нуждин О.И., Гобеев С.В. Джигкаев Т.Д., Дзугкаева Н.Т., Габулов Д.А.**

Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии. Российская медицинская академия последипломного образования.

ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Развитие технического прогресса в последние десятилетия расширило возможности в области диагностики заболеваний молочной железы. Несмотря на это, частота запущенных форм заболеваний молочной железы остается высокой. По данным экспертов ВОЗ за последние 20 лет заболеваемость молочной железы удвоилась, главным образом, за счет лиц молодого и среднего возраста.

Сходство и многообразие рентгенологических, ультразвуковых и патоморфологических проявлений ряда узловых образований молочной железы затрудняет постановку диагноза на ранних этапах заболевания. Это обусловило необходимость разработки новых технологий, основанных на малых инвазивных вмешательствах.

Многолетний опыт работы по комплексированию высоких технологий лучевой диагностики и хирургии положил начало новому самостоятельному направлению – рентгенохирургии или интервенционной радиологии. Это многоаспектное направление в медицинской науке и практике является ярким примером интеграции, казалось бы, несовместимых специальностей – лучевой диагностики и хирургии. Тем не менее, большой опыт работы показал преимущества сочетания вышеуказанных разделов медицинской науки со щадящей экономичной диагностикой и одновременными эффективными лечебными мероприятиями под объективным визуальным контролем лучевых методов исследования.

К ним относятся малоинвазивные технологии интервенционной радиологии. Среди них следует выделить прицельную тонкоигольную аспирационную биопсию непальпируемых образований молочной железы. Указанный метод также используется в лечении простых кист с применением различных склерозирующих препаратов, таких как воздух, сульфакрилат, озон и др.

При не информативности тонкоигольной аспирационной биопсии используется пункция образований на стереотаксических установках «Цитогайд» или цифровых маммографах с точностью попадания до 1 мм с помощью системы «пистолет – игла».

Последняя даёт возможность получить не только клеточный материал, но и тканевой для гистологического исследования. Данный способ применяется также для иммуногистохимического исследования опухолевой ткани.

При обнаружении атипичной кисты с внутрикистозным разрастанием более эффективно использовать пневмоцистографию. Однако в последнее время значительно снизилось применение данного инвазивного исследования благодаря улучшению ультразвуковой аппаратуры, которая позволяет чётко визуализировать все структуры полости кисты.

Вакуумная аспирационная биопсия с использованием приставки «МАММОТОМ НН», позволяет получать материал не только для морфологического исследования, но и даёт возможность выявлять тканевые факторы прогноза до начала лечения – индекс плоидности, показатели клеточного цикла, уровни и соотношения пролиферации и апоптоза и пр. Эти данные важны для выбора оптимальной комбинации лечебных мероприятий. Кроме того, в ряде случаев вакуумная аспирационная биопсия с использованием приставки «МАММОТОМ НН» является альтернативой секторальной резекции. Она позволяет в амбулаторных условиях удалять доброкачественные непальпируемые образования.

Так как маммография и сонография в данный момент не позволяют выявить внутрипротоковую патологию, необходимо применение инвазивной технологии с введением контрастных препаратов – дуктография.

Однако среди широкого спектра возможностей малоинвазивных технологий наиболее перспективной является вакуумная аспирационная биопсия, которая интегрирует в себе диагностические и лечебные возможности. Данные манипуляции могут выполняться как под рентгенологическим, так и под ультразвуковым контролем. Возможность получения образцов тканей в большем количестве, чем при обычной пункционной биопсии значительно повышает точность диагностики непальпируемых образований молочной железы.

Внедрение новых малоинвазивных технологий позволяет осуществить более точную диагностику узловых образований молочной железы, что дает возможность значительно повысить эффективность дооперационной диагностики на ранних этапах заболевания и осуществить щадящее органосохраняющее лечение.

***ПУНКЦИОННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ КИСТОЗНЫХ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ.*****Поляев Ю.А., Петрушин А.В., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенищев А.И., Мосин А.В.**

ГУ РДКБ Россздрава, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения,  
Москва, Россия

**Цель и задачи исследования.** Целью нашей работы являлась оптимизация результатов лечения кистозных лимфангиом. Задачи исследования: обосновать необходимость прямой кистографии для диагностики кистозных лимфангиом, разработать и обосновать схему лечения, включающую активное дренирование кист, многократные сеансы склеротерапии, оценить результаты лечения.

**Материалы и методы.** В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения РДКБ обследовано 10 детей с кистозными лимфангиомами (6 девочек, 4 мальчика). Мы проводили пункцию и прямую кистографию лимфангиом, с целью определения формы, объема кисты, возможного дренирования. Использовалось неионное рентгеноконтрастное вещество. После дренирования кисты выполнялась склеротерапия (фибро-вейн 3%, foam-form). В послеоперационном периоде проводилось активное дренирование кистозной полости в течении 7 дней и 2-3 повторных сеанса склеротерапии. Показанием для удаления дренажа являлось отсутствие отделяемого из кисты. Важным условием лечения являлась компрессия кисты в послеоперационном периоде.

**Результаты и обсуждение.** При проведении прямой кистографии мы выявили, что у 9 детей (из 10) кисты имели перегородки, однако объем кист заполнялся полностью, у 1 ребенка – киста без перегородок. Объем кист от 5 до 20 мл. Кисты были замкнутыми, заполнения лимфатических сосудов рентгеноконтрастным средством не было. На фоне проводимого лечения: активное дренирование, повторные сеансы склеротерапии, у всех детей удалось добиться слипания стенок кисты. После удаления катетера лимфореи не определялось. Среди осложнений склеротерапии можно выделить возникающее асептическое воспаление, которое купируется назначением нестероидных противовоспалительных средств, антигистаминных препаратов. В 1 случае произошло инфицирование лимфангиомы, которое было купировано после курса антибактериальной терапии. При контрольном обследовании через 6 и 12 месяцев, мы отмечали хороший результат у 8 детей: объем кистозной лимфангиомы не нарастал, по данным УЗИ дополнительных полостей не определялось. У 2 детей при обследовании через 12 месяцев наблюдалось рецидив заболевания, который потребовал

дополнительного лечения, однако объем кист был значительно меньше. После повторной прямой кистографии и склеротерапии удалось добиться стойкой ремиссии. Прямая кистография позволила оценить объем, распространенность кистозных лимфангиом, количество камер, а также позволяла мониторировать состояние лимфангиомы в динамике во время лечения. Важным фактором в лечении кистозных лимфангиом является наличие постоянного активного дренажа полости кисты и многократное проведение склеротерапии, что и позволило добиться успеха в лечении данной патологии.

Выводы. Таким образом доказана целесообразность применения прямой кистографии в диагностике кистозных лимфангиом, которая позволяет определиться с формой и объемом кисты, а также определять объем вводимого склерозирующего вещества при последующей склеротерапии. Также убедительно показана необходимость активного дренирования полости кисты в течение нескольких дней и проведение повторных сеансов склеротерапии.

#### ***РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ.***

**Мухамедьянов И.Ф., Сакаев Ф.З., Шаймуратов И.Х., Камиров А.И., Канбеков Р.З.**  
Отделение рентгенохирургии ГУЗ РКБ им Г.Г. Куватова  
Уфа, Россия

Актуальность. По данным ВОЗ метастазы (MTS) колоректального рака в печень выявляются у 20-70% онкологических больных. К моменту установки диагноза колоректального рака (КРР) – у 20% б-х уже имеются MTS в печень. Синхронные или метастатические MTS выявляются у 60% больных, перенесших резекцию толстой кишки. У 30% пациентов с КРР - MTS в печень являются причиной смерти. Медиана выживаемости в данной группе больных находится в пределах 2-6 месяцев. Умирают в течение года 80 - 92% больных с MTS КРР в печень.

Радикальное удаление опухоли возможно только у 5-15% больных. Рецидив в течение 3-5 лет наблюдается у 90-100% больных. Повторная резекция возможна не более чем в 10% случаев. Таким образом, на разных этапах лечения паллиативная противоопухолевая терапия необходима 90% больных с метастазами колоректального рака в печень.

Системная химиотерапия и облучение малоэффективны. Регионарная химиотерапия, по данным литературы, эффективна у 30-60% больных.

Цель исследования. Оценка эффективности регионарной внутрисосудистой химиотерапии при MTS KPP в печень.

Материалы и методы. Анализируемый период с мая 2005 года по декабрь 2008 года. За этот период выполнено 104 процедуры у 28 больных. Из них 15 мужчин, 13 женщин, в возрасте от 24 до 64 лет. Средний возраст составил  $46 \pm 1,82$  лет. Диагноз основывался на данных уровня онкомаркеров крови, УЗИ, КТ и/или МРТ, эндоскопии, ангиографии, портографии, биопсии.

По объёму поражения паренхимы печени больные распределились следующим образом: до 25% - 3 больных; до 50% - 15 больных; 50 – 70% - 10 больных. Во всех случаях первичная опухоль удалена за 2-6 месяцев до регионарного лечения.

Режимы регионарной химиотерапии: 1 – пролонгированная регионарная химиоинфузия; 2 – масляная химиоэмболизация печеночной артерии. Используемые химиопрепараты: эксолатин – 100 мг, доксорубицин – 60-100мг. Эмболизат – липиодол 10%. Производилась пункция бедренной артерии по Сельдингеру и селективно катетеризировались печеночные артерии. Противопоказания: Объём поражения паренхимы более 70%; 2 – Опухолевый тромбоз ствола воротной вены; 3 – Асцит; 4 – Наличие внепеченочных MTS. Первичный эффект оценивался через 1 месяц после регионарного лечения.

Результаты: Регионарная химиоинфузия выполнена 18 больным. Минимальный ответ получен у 2 б-х. Стабилизация у 6 б-х. Длительность ремиссии 6-15 мес. Умерло 10 б-х через 12-20 мес. (в среднем  $16 \pm 0,5$ мес). Масляная химиоэмболизация печеночной артерии – 10 больным. Частичный ответ получен у 3 чел. Минимальный ответ у 2 б-х. Стабилизация у 3 б-х. Длительность ремиссии 8-18 мес. Умерло 3 б-х через 10-24мес (в среднем  $17 \pm 0,5$  мес.). Период наблюдения за остальными 7-24 мес. Итого, по всем больным: средняя продолжительность жизни составила 18 мес. Период наблюдения за остальными 7–20мес, (в среднем-  $13 \pm 0,5$  мес.). Медиана выживаемости 13,8 мес. Выживаемость более 1 года составила 50%.

Выводы:

- Регионарная химиотерапия – высокоэффективный и относительно безопасный метод лечения злокачественных опухолей печени.
- Масляная химиоэмболизация печеночной артерии – более предпочтительный метод лечения метастазов колоректального рака в печень.
- Ранняя диагностика метастазов колоректального рака в печень является актуальной проблемой.

***СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОЙ СЕСТРЫ И РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА В УСЛОВИЯХ РЕНТГЕНОПЕРАЦИОННОЙ*****Водницкая О.А., Иванов П.А., Папук Е.М.**

Чита, Забайкальский край, Россия

Рентгенохирургия является сегодня одним из самых интригующих направлений современной медицины. С учетом высоких показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний представляется оправданным прирост числа ангиографий и операций чрескожной ангиопластики со стентированием, который ежегодно составляет, по данным Л.А. Бокерия и Б.Г. Алеяна (2008) от 20 до 25%. Активному внедрению малоинвазивных хирургических вмешательств под лучевым контролем способствует их малотравматичность, относительная бескровность и безболезненность, отсутствие необходимости в общей анестезии, немалый экономический эффект. Кроме этого, метод не требует длительного пребывания больного в стационаре и длительной реабилитации, а зачастую не имеет реальной альтернативы.

В связи с возрастанием роли рентгенохирургии в клинике и с увеличением общего количества диагностических и лечебных вмешательств, целью нашего исследования было исследование специфики работы операционной медсестры и рентгенолаборанта в условиях рентгеноперационной.

Для данного вопроса были использовано анкетирование среднего медицинского персонала отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Краевой клинической больницы, сравнение табеля оснащения и перечней операций рентгенохирургического отделения с аналогичными показателями операционного блока, сравнение условий работы и обязанностей рентгенолаборанта в рентгеноперационной и рентгеновском кабинете общего профиля.

Установлено, что работа операционной медсестры в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения существенно отличается от всех других операционных по набору помещений, оборудованию, используемому операционному белью и инструментарию. Также существенными является наличие ионизирующего излучения и средств защиты от него. Имеются отличия в составе операционной бригады и сфере применения рентгенохирургических вмешательств. Отдельным отличием можно считать наличие в рентгеноперационной дополнительного «инструмента» визуализации, которым по праву можно считать рентгеноконтрастное средство. Отличия работы рентгенолаборанта рентгеноперационной, в свою очередь, обусловлены оснащением, обуславливающим соответствующие обязанности



(управление инъектором, ведение электронных баз данных пациентов), различиями в регламентирующих документах, наличием в операционной режима асептики и норм инфекционной безопасности. Эти отличия зачастую требуют использования стерильной одежды и хирургической обработки рук, а также проведения более частых, чем в рентгенкабинете, текущих и генеральных уборок. В результате анкетирования врачей и среднего медицинского персонала установлено, что как медицинские сестры, так и врачи отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения считают необходимым проведение специализированной подготовки сестринских кадров для отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Таким образом, функциональные обязанности, необходимые знания и умения медсестры рентгеноперационной имеют существенные отличия от медицинской сестры любого другого отделения. Учитывая ежегодное увеличение числа вмешательств, предполагаемый рост количества рентгеноперационных в городских и краевых ЛПУ, назревает необходимость в организации специальных циклов по операционному сестринскому делу для медицинских сестер в рентгенохирургии как при первичной специализации, так и усовершенствовании. Подобным образом работа рентгенолаборанта рентгеноперационной также требует специальной подготовки, отличающейся от подготовки рентгенолаборанта общего профиля. Представляется целесообразным в ходе первичной специализации и усовершенствования по рентгенолабораторному делу ввести дополнительные циклы по информационным технологиям и инфекционной безопасности.

### ***ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ОТДЕЛЕНИИ РЕНТГЕНОХИРУРГИИ***

**Тибилев А.М., Кочиева С.Т., Байматов М.С.**

Отделение рентгенохирургии РКБ МЗ РСО-А (гл. врач Дигуров Б.С.)

Владикавказ, Россия

Актуальность проблемы: недостаток кадров в рентгеноперационной, причиной которого являются условия работы, процесс подготовки медперсонала, уровень.

Особенность работы среднего медперсонала в ОРХМДиЛ заключается в следующем:

#### **по стационару:**

- Особенности ухода за чрескожными дренажами, аппаратами дозированного введения лекарственных препаратов,

- Разнонаправленность больных,
- Нет процедурных, перевязочных сестер (все процедуры и назначения выполняет постовая медсестра)
- 50-60% онкологических больных
- 60-70% тяжелых больных
- Около 50% больных кому выполнены вмешательства соответствующие приказу МЗСР № 812 от 28 декабря 2008г. «О Государственном задании на оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств Федерального бюджета в 2008году». (РХТ, реканализации и стентирование трубчатых структур, вмешательства на сонных артериях и др.)

**по рентгенооперационной:**

- работа в условиях ионизирующего излучения,
- большой вес средств индивидуальной радиационной защиты,
- Работа в условиях ионизирующего излучения
- Владение навыками работы с аппаратурой (все операции проводятся под рентген и УЗ контролем.
- Работа со специфическими операционными инструментами
- Ассистенция рентгенохирургам
- Работа в рентгенозащитных костюмах
- Особенности дезинфекции рентгенооперационной (нецелесообразно использование хлорсодержащих дез. средств, по технике безопасности эксплуатации рентгеновского оборудования ограничено использование больших объемов дез. средств).

Цель: Повышения качества работы среднего медицинского персонала ОРХМДиЛ  
Материалы и методы.

Штаты отделения рентгенохирургии (ОРХМДиЛ). Всего, на сегодняшний день, в отделении 29,25 ставок.

Из них:

- штаты по рентген операционной – врачебный персонал – 5,0 ставки, среднего мед персонала 9,0 ставки, младшего мед персонала 3,0 ставки, 0,5 ставки инженера.
- штаты по коечному фонду: - врачебный персонал – 1,0 ставка, 4,75 – средний мед персонал, 5,0 - младший мед персонал.

В отделении разработана и внедрена система подготовки и контроля качества работы среднего медперсонала в ОРХМДиЛ. Составными частями данной системы являются:

- Специальная подготовка: 1-по уходу за чрескожными дренажными системами, аппаратами дозированного введения лекарственных препаратов; 2-направленная на понимание причин и процессов приводящих к сбою в функции данных приспособлений и устройств, что в свою очередь приводит к осложнениям процессе ведения больных.
- Повышение статуса среднего медперсонала как специалиста по сестринскому делу: 1-разработана карта сестринского наблюдения (КСН) за больным по 15 параметрам, являющееся обязательным разделом истории болезни в ОРХМДиЛ; 2-обучение больного и/или его родственников правильному уходу за чрескожными дренажными системами; 3-психологическая помощь больному и его родственникам.
- Ежегодное тестирование знаний среди среднего медперсонала ОРХМДиЛ, при этом используются тесты рекомендованные Ассоциацией медицинских сестёр России и специальные подготовленные сотрудниками отделения.
- Анонимное анкетирование больных по оценке качества работы среднего медперсонала.
- Индивидуальный подход к распределению кадров по рабочим местам.
- Контроль уровня лучевой нагрузки на медицинский персонал работающий в условиях рентгенооперационной решается путём: 1-индивидуального дозиметрического контроля накопительными дозиметрами; 2-контролем времени работы в условиях ионизирующего излучения (по данным встроенного в рентгеновскую аппаратуру хронометра); 3-составления соответствующего графика работы в рентгенооперационной; 4-контроля состояния индивидуальных средств радиационной защиты.

Результаты. В результате внедрения системы подготовки и контроля качества работы среднего медперсонала в ОРХМДиЛ:

- Улучшилось качество сестринской помощи (по анализу дефектов сестринской помощи), взаимоотношение медицинских сестер и врачей – микроклимат в коллективе.

- Поспособствовало становлению медицинской сестры как творческой личности, способной самостоятельно принимать ответственные решения, что повышает авторитет и престиж данной специальности.
- Происходит самоутверждение медицинской сестры как полноправного участника лечебного процесса.
- Удовлетворенность пациентов деятельностью среднего медицинского персонала.
- Снизился процент послеоперационных осложнений, по некоторым направлениям осложнения не наблюдаются в течение нескольких лет.
- Появилось больше доверия пациентов к медицинскому персоналу.
- Внедрение КСН позволило достичь: 1-взаимопонимания и преемственности между врачами и сменами медицинских сестер по проблемам сестринского ухода за больным. 2-способствует правильной организации работы медицинской сестры. 3-КСН стала не просто ежедневным подручным средством палатных сестер, но и действенным инструментом контроля их работы.
- Индивидуальный подход к распределению работников позволил уменьшить так называемый «эффект сгорания» сотрудников особенно при работе с тяжёлыми больными.
- Контроль уровня лучевой нагрузки позволил снизить суммарную дозу облучения на медперсонал по данным накопительных дозиметров.

#### Выводы.

- Рентгенохирургический средний медицинский персонал нуждается в разработке нормативно-правовых документов регламентирующих дифференцированную нагрузку с учетом внедрения сестринских технологий на посту и в рентгенооперационной.
- Средний медперсонал отделений рентгенохирургии нуждается в разработке единой учебной программы.

***РОЛЬ И МЕСТО МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ*****Бацигов Х.А.**

МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

Альметьевск, Россия

В силу различных, прежде всего экономических, причин отечественная кардиология продолжает идти в «фарватере» постоянно меняющихся рекомендаций и протоколов авторитетных международных организаций, зачастую не успевая приспособить их к российским реалиям. И даже будучи «прописанными» в отечественных протоколах и стандартах, эти рекомендации не могут быть реализованы в большинстве российских клиник, занимающихся острой коронарной патологией.

Доминировавшая длительное время единственная стратегия «фармакологической» реваскуляризации миокарда (тромболизис) начала сдавать свои позиции в связи с бурным развитием и внедрением в клиническую практику методов «механической», интервенционной реваскуляризации. В настоящее время активно дебатироваться вопросы роли и соотношения этих двух методов при инфаркте миокарда (ИМ). В пользу одного и другого приводится масса аргументов, основанных на данных целевых многоцентровых исследований. Тенденция к нарастанию позиций сторонников «механической» реваскуляризации очевидна. При этом ниша аорто-коронарного шунтирования при ИМ традиционно установилось на уровне 5 - 7%.

В силу тех же организационных и экономических проблем, появляются все больше клиник, практикующих интервенционные коронарные вмешательства без поддержки «большой» кардиохирургии. Желание поделиться и своим опытом, опытом типичной российской клиники без кардиохирургической службы, было целью настоящего анализа.

Материал и методы. В базу данных ретроспективного анализа вошли 162 пациента с ИМ, госпитализированных в первые сутки заболевания. Средний возраст -  $55,7 \pm 0,95$  лет. Мужчин – 128 (79%) человек, женщин – 34 (21%). Общая летальность в выборке - 17%. Ангиографическое исследование (коронарография) проведено у 51 (32%) пациента. Первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) проведены 39 больным (24%), фибринолитическая терапия (стрептокиназа, актилизе) - 41 больному (25%). Анализировались отдельно и в совокупности группы с тромболитической терапией, интервенционными вмешательствами, группа без вмешательств.

Полученные результаты. Несмотря на отсутствие строгой рандомизации, группы в целом однородны по многим лабораторным, клиническим и гемодинамическим показателям, что представлено в таблице 1.

Таблица 1: Клинико – лабораторная характеристика пациентов по группам

Критерии/значение	1 группа, без вмешательства (n=82)	2 группа Тромболизис (n=41)	3 группа ЧКВ (n=39)
Средний возраст (лет)	59,6±1,2	51,2±0,9*	50,5±1,0*
ИМ с Q (%)	71	90	78
Фракция выброса (%)	53,7±2,01	56,0±1,59	56,6±1,92
Продолжит. боли (часы)	7,1±0,21	2,3±0,33*	2,8±0,31*
ИМ передней стенки (%)	69	44	55
ИМ нижней стенки (%)	31	56	45
Ад-с (мм рт.ст.)	122±2,6	111,3±3,1	112,7±2,9
Лейкоциты	11,7±0,40	12,6±0,37	11,9±0,26
КФК ед/л	475±68	708±89	726±67
Глюкоза крови (ммоль/л)	7,3±0,09	7,7±0,12	8,6±0,12*
ГЛИ (у.е.)	0,93±0,03	0,95±0,02	1,22±0,03*
Фибриноген (г/л)	4,2±0,70	3,1±0,65	4,46±0,71
РФМК (мг%)	4,8±0,5	4,3±0,4	5,7±0,6*
ПДФ (-)	(-)	(+/-)	(+)
ЛДГ (ед/л)	747±253	893±189	673±195
Элевация ST (мм)	2,6±0,05	5,1±0,07*	2,9±0,04
ОСН по Killip	1,8±0,02	1,8±0,04	1,6±0,02
Тромболизис (%)	0	100	33
ЧКВ (%)	0	33	100

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , в сравнении с первой группой

Тем не менее, как видно из таблицы, пациенты первой группы старше по возрасту, у них чаще передняя локализации зоны поражения, больше продолжительность ангинозного статуса ( $p < 0,05$ ).

Анализ осложнений и особенностей течения заболевания в трех группах показал, что частота развития осложнений во всех группах, за исключением шока, отека легких, одинакова. При этом имеется значимый контраст в летальности по группам (таблица 2).

Таблица 2: Осложнения ИМ по группам

Группа/осложнение (%)	1 группа без вмешательств	2 группа тромболизис	3 группа ЧКВ
Кардиогенный шок	29	21	14*
ФЖ	18	14	10
Отек легких	28	11*	12*
Тромбоз желудочка	9	13	14
Аневризма желудочка	17	17	10
ЖТ	16	15	14
АВ-блокада 3 ст.	7	16*	10
П/и стенокардия	30	29	24
Перикардит	7	5	0*
Летальность	26	7*	4*

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , в сравнении с первой группой

Таким образом, очевидно преимущество ранней реваскуляризации миокарда и традиционным «фармакологическим» и активно развивающимся «механическим» способом. Роль и значение каждого из них требует уточнения в дальнейших исследованиях. Применительно к российской действительности, ранний системный тромболизис еще длительное время останется методом выбора при реваскуляризации миокарда, и это необходимо учитывать при адаптации международных рекомендаций к нашим условиям.

***РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ (ОПЫТ СОЗДАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА ОКС)***

**Бацигов Х.А., Тагирова Д.Р.**

МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

Альметьевск, Россия

Доступность современных методов диагностики и лечения при острой коронарной патологии остается актуальной проблемой для населения большинства российских регионов. Только часть клиник в крупных столичных городах и клиники областного и республиканского масштаба могут выполнить требования существующих сегодня стандартов и протоколов лечения этой патологии.

В этой связи парадоксальным представляется тот факт, что в России есть клиники в провинциальных городах с возможностью завершения цикла современного лечения

острой коронарной патологии (профильные отделения, развернутая R – хирургическая служба с современным оборудованием, функциональная и лабораторная службы и т.д.), но не имеющие возможности проведения лечебных и диагностических мероприятий из-за отсутствия регионального и федерального финансирования высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Еще более актуальными для России остаются эпидемиологические исследования в виде регистров, которые могли бы отразить состояние качества оказания помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС), рассчитать необходимый коечный фонд, запланировать ресурсы и структурную реорганизацию профильных служб.

Цель исследования. Изучить возможность проведения регионального эпидемиологического исследования (регистр), разработать и реализовать целевую муниципальную комплексную Программу по ОКС.

Материалы и методы исследования. Комплексная Программа разработана и реализуется в рамках одного из муниципальных районов РТ с населением до 200 000 человек. На этой территории функционируют два крупных лечебных учреждения (ЦГБ и МСЧ «Татнефть») с общим коечным фондом до 750 круглосуточных коек, четыре поликлиники, единая служба СМП. Развернуто и функционирует в их составе 90 коек кардиологического профиля. В структуре одной из клиник (МСЧ ОАО «Татнефть») на функциональной основе развернуты Региональный аритмологический Центр и Центр интервенционной кардиологии с опытом работы в рамках острой коронарной патологии и хирургической аритмологии.

Программа принята на год, с предполагаемой системной пролонгацией и модификацией, и состоит из нескольких частей:

Образовательная часть с циклом из 40 лекций и семинаров на всех этапах оказания помощи – ССМП, поликлиники, ФАПы, стационары. Проведение конференции по итогам реализации Программы.

Просветительская часть – широкое обсуждение в прессе, на телевидении, памятки пациентам, циклы передач для населения.

Закупка дополнительно для всех ЛПУ города и района ЭКГ - аппаратов, тромболитиков, дезагрегантов, расходного материала для чрескожных интервенционных вмешательств, контрпульсатора, диагностических тест полосок (Тропонин и миоглобин), электродов для временной ЭКС и постоянных электрокардиостимуляторов и т.д.

Разработка методических материалов по тромболитической терапии, методам чрескожных коронарных вмешательств, тактике ведения пациентов на всех этапах



движения и лечения, разработка маршрутов движения пациентов Регистр острых коронарных синдромов (ГОРОД)

Конференция «Роль и место методов реваскуляризации миокарда при острой коронарной патологии» - конференция Республиканского масштаба, проводимая раз в два года на базе МСЧ ОАО «Татнефть» с приглашением заинтересованных специалистов из близлежащих регионов Поволжья, Москвы, Екатеринбурга

Регистр острых коронарных синдромов – представляет собой адаптированный вариант третьего Европейского регистра ОКС и Первого Российского регистра, организуемого и проводимого Лабораторией клинической кардиологии ФГУ «Научно-исследовательский институт» Росздрава (руководитель – д.м.н., профессор Н.А. Грацианский). В отличие от Европейского и Российского регистров, в регистре «ГОРОД» планируется регистрация всех случаев внезапной смерти и ОКС по данным ЗАГСов, судебно-медицинских и патолого-анатомических бюро, ССМП, стационаров города и района.

Для ведения регистра ОКС создан на функциональной основе оргметодкабинет, координирующий этапы реализации программы, разрабатывающий методические материалы, ведущий статистическую и отчетную документацию. Кроме того, планируется перевод ангиографической лаборатории на круглосуточный режим работы.

Дополнительное финансирование проекта осуществляется из средств, выделенных Администрацией муниципального образования.

#### **Ожидаемые результаты от реализации программы.**

В среднем, по данным отчетов главных специалистов, ежегодно в городе и районе в стационары госпитализируется до 300 больных с инфарктом миокарда и 550-600 больных с нестабильной стенокардией. Летальность от инфаркта миокарда в стационарах города составляет от 10 до 16%. Кроме того, существует определенная напряженность медико-социальной ситуации в городе из-за различий в доступности населению современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

По результатам реализации Программы и регистра ожидается:

- обеспечение большей доступности современной высокотехнологичной медицинской помощи при ОКС населению;
- снижение госпитальной летальности от инфаркта миокарда до 10% в целом по городу и району в течение 3-х лет;

- снижение сроков госпитализации и интенсификация работы коечного фонда;
- снижение инвалидизации трудоспособного населения;
- реорганизация и оптимизация деятельности кардиологической службы города и района.

***ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ Сурфег: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.***

**Шукуров Б.М., Козлов Г.В., Фролов М.В.**

Волгоградский Областной Клинический Кардиологический Центр  
Волгоград, Россия

Цель исследования: оценить непосредственные и отдаленные результаты применения стентов Сурфег.

Методы: обследовано 50 пациентов, которым было выполнено коронарное стентирование с использованием стентов с лекарственным покрытием Сурфег, всего имплантировано 74 стента. Клиническими факторами, по которым оценивалась непосредственная эффективность лечения и отдаленные его результаты являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, повторная реваскуляризация миокарда (ангиопластика или коронарное шунтирование), изменение толерантности к физической нагрузке (данные нагрузочных тестов), инфаркт миокарда, смерть.

Результаты: вмешательства на коронарных артериях были выполнены 41 мужчине и 9 женщинам. Средний возраст пациентов составил  $53,5 \pm 8,2$  лет. Клиническое состояние больных до операции: нестабильная стенокардия – у 9 (18%) человек, стенокардия напряжения IV ФК – у 14 (28%) пациентов, III ФК – у 20 (40%) пациентов, II ФК – 7 (14%) пациента. Ранее перенесли инфаркт миокарда 27 (54%) больных. Сопутствующая патология: у 3 (2%) пациентов был имплантирован постоянный электрокардиостимулятор, у 8 (16%) имелась пароксизмальная мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь у 36 (72%) пациентов, ожирение у 11 (22%), сахарный диабет у 18 (36%), острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе у 2 (4%) пациентов.

Было имплантировано 33 (45%) стента в переднюю межжелудочковую артерию (ПМЖВ), 21 (28%) стент в правую коронарную артерию (ПКА), 13 (17,5%) в огибающую артерию (ОВ), 7 (9,5%) в ветвь тупого края (ВТК). Изолированное

поражение коронарных артерий встречалось у 29 (58%) пациентов. Многососудистое поражение коронарных артерий было у 16 (32%) пациентов. У 5 больных (10%) в связи с диффузным характером поражения коронарного сосуда было имплантировано 2 стента в одну артерию (двоим в ПКА, троим в ПМЖВ).

В ближайшем послеоперационном периоде не было выявлено случаев острого и подострого тромбоза стентов, летальности, острых коронарных осложнений. На момент выписки по данным нагрузочного теста у 19 пациентов отсутствовали симптомы стенокардии, у 14 пациентов имелся I ФК, у 17 - II ФК по классификации NYHA.

Средний срок наблюдения за пациентами составил  $2\pm 0,4$ г. Летальных исходов и острых коронарных осложнений в течение данного периода не наблюдалось. Коронарное шунтирование после выполненных стентирований не выполнялись. За время наблюдения 2 пациентам были выполнены повторные вмешательства с имплантацией стентов Cypher в другие сегменты коронарного русла (ВТК и ПКА), при коронарографии у данных пациентов стентированные ранее сегменты коронарных артерий без гемодинамически значимых стенозов. В отдаленном периоде удалось обследовать 38 больных. Они выполнили пробу с нагрузкой, по результатам которой у 10 пациентов ишемии миокарда не выявлено, у 12 пациентов имелся I ФК, у 16 - II ФК.

Заключение: применение стентов с лекарственным покрытием Cypher в эндоваскулярном лечении ИБС дает высокий клинический эффект при отсутствии развития осложнений в послеоперационном периоде. В течение 24 месячного срока наблюдения получены хорошие клинические результаты у большинства (76%) обследованных больных.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС***

**Гончаров А.И., Коков Л.С., Лихарев А.Ю.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики и коронарного стентирования у больных ИБС.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В.Вишневского за 2008 г. выполнена имплантация 107 коронарных стентов у 63 больных (количество стентов на

одного человека составило 1,7 шт). Возраст оперированных пациентов от 43 до 75 лет (средний возраст составил 59 лет). Пациентов мужского пола было 43, женского – 20, что составило 68% и 32% соответственно. Количество артерий, в которые были имплантированы стенты, составило 87 (1,2 стента в артерию). При этом количество пациентов, которым были имплантированы стенты в одну коронарную артерию, составило 38 (60%), в две – 23 (37%), в три – 2 (3%). Из указанных пациентов реканализация хронической окклюзии коронарной артерии выполнена у 9 человек. Бифуркационная ангиопластика отходящей от стентированного сегмента артерии ветви выполнена в 11 случаях. Соотношение покрытых и непокрытых стентов составило 1:1 (53 покрытых, 54 непокрытых стента). При этом в структуре стентов с антипролиферативным покрытием было 45 стентов покрытых everolimus и 8 покрытых prasitaxel.

**Результаты.** Оптимальный непосредственный ангиографический результата коронарного стентирования достигнут в 96,2% случаев. Непосредственный клинический успех реваскуляризации выражался в отсутствии объективных признаков ишемии, отсутствии случаев наличия нестабильной стенокардии, исчезновении стенокардии или снижении функционального класса на два и более, а так же стабилизации стенокардии у больных с исходно нестабильной стенокардией на госпитальном этапе. Все пациенты были выписаны из клиники в стабильном состоянии в течение 2-7 суток после эндоваскулярного вмешательства с рекомендациями по дальнейшему медикаментозному лечению. За период наблюдения до трех месяцев не было отмечено случаев смерти, инфарктов миокарда, не выполнялось коронарное шунтирование.

**Заключение.** Непосредственный клинический успех чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики и коронарного стентирования, выражающийся полным отсутствием симптомов стенокардии, купированием нестабильной стенокардии, достоверным снижением функционального класса стенокардии, можно расценить, как хороший. На основе нашего опыта можно сделать вывод, что имплантация коронарных стентов является малотравматичным и эффективным методом лечения больных ИБС.

**РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ****Сидоров А.А., Коков Л.С., Шутихина И.В., Лихарев А.Ю., Цыганков В.Н.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности рентгеноэндоваскулярного лечения атеросклеротических стенозов внутренних сонных артерий (ВСА) у различных групп пациентов в ближайшие и отдаленные сроки после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ клинической работы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГУ «Института хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий» за период с июня 2005 по февраль 2009 года по рентгеноэндоваскулярному вмешательству на внутренних сонных артериях. Было выполнено 22 стентирования внутренних сонных артерий с церебральной протекцией 19 пациентам. Средний возраст пациентов составил  $63 \pm 3$  года. Среди них 13 мужчин (68%) и 6 женщин (32%). 7 пациентам было имплантировано 7 стентов Precise компании Cordis, 12 пациентам имплантировано 15 стентов Acculink компании Guidant.

Все пациенты были разделены на две группы: в I группу вошли 12(63,15%), асимптомных пациентов во II группу – 7(37,85%) симптомных пациентов

Объем обследования пациентов включал: стандартную дигитальную субтракционную ангиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) на этапах эндоваскулярного лечения стенозов ВСА,

По данным ДС выявлено 5 (22,7%) ВСА со стенозами от 60- 75%; 17 (77,3%) ВСА со стенозами от 75- 90%. В 15 артериях выявлены гипоехогенные циркулярно расположенные бляшки.

Четверым пациентам было выполнено стентирование ВСА вследствие их рестеноза после КЭАЭ. Троем пациентам выполнено стентирование обеих ВСА, в каждом случае эндоваскулярные вмешательства выполнялись в два этапа.

Для качественной оценки положения, локализации и структурных особенностей стента использовали В-режим. Для оценки проходимости стента количественно оценивали ЛСК на всем протяжении стента и на всем протяжении дистального русла. УЗ-критериями хорошего результата вмешательства являлись: полное прилегание стента к сосудистой стенке на всем протяжении; окрашивание просвета стента в режимах ЦДК и ЭОДС; остаточный стеноз менее 20%; отсутствие диссекций интимы;

отсутствие локальных изменений ЛСК на всем протяжении стента и восстановление ламинарного кровотока в дистальных сегментах артерии.

**Результаты.** Ангиографический успех был достигнут в 100% случаев. В ближайшем послеоперационном периоде по данным ДС в стентированных артериях регистрировался ламинарный характер кровотока с ЛСК до 0,9 м/с. В режимах ЦДК и ЭОДС просвет стента окрашивался полностью. По данным ТКДС массивной материальной эмболии не отмечено. У одного пациента из I группы сразу после завершения рентгеноэндоваскулярного вмешательства отмечено развитие транзиторной ишемической атаки в виде амавроза на стороне операции. Прослежены отдаленные результаты стентирования 18 ВСА у 16 пациентов в сроки от 6 до 12 месяцев: отмечено развитие рестенозов у 2 (11%) пациентов I группы.

**Заключение.** Стентирование ВСА с церебральной протекцией является малотравматичным и высокоэффективным методом лечения гемодинамически значимых стенозов атеросклеротической этиологии. Комплексное ультразвуковое исследование артерий на этапах эндоваскулярного лечения позволяет уточнить состояние гемодинамики в стентированных и внутримозговых артериях и прогнозировать вероятность развития послеоперационных осложнений.

***ДАННЫЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ER СИГНАЛА МИОКАРДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОДОВ ЭЛБИ 211-321 С ФУНКЦИЕЙ АВТОМАТИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ ПОРОГА СТИМУЛЯЦИИ (AUTOCAPTURE).***

**Александров А.Н. Дроздов И.В. Ганеева О.Н. Амирасланов А.Ю. Книгин А.В. Янпольский А.С.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»  
Москва, Россия

Цель исследования: Оценить возможность использования электродов ЭЛБИ 211 - 321 для ЭКС имеющих функцию автоматического измерения порога стимуляции по критерию регистрации ER сигнала.

Материалы и методы: С 2002 по 2009 год проводилось исследование в которое были включены 33 пациента с постоянной и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (тахии - бради) в возрасте от 43 до 78 лет которым были имплантированы ЭКС Affinity SR , Affinity DR, Identity DR, Insignia DR 17 мужчин и 16 женщин.

Динамическое наблюдение включало стандартные проверки и трехкратное тестирование ER сигнала, в том числе и в день операции. В первые три месяца

выполнение данных тестов производилось трехкратно с интервалом 1 раза в три месяца на первом году наблюдения и 1 раза в полгода на втором. В дальнейшем пациенты наблюдались один раз в год.

Результаты: В исследуемой группе значения ER сигнала колебались от минимальных 3,88 mv до максимальных 34,45 mv. Все данные показатели превышали критический порог (2,8 mv), при котором программатор позволяет включить функцию «AutoCapture». Важными для практической деятельности врача оказались изменение значения данного показателя более чем в два раза в сторону уменьшения в период между двумя проверками рекомендованными при обычном наблюдении. Данный факт был зафиксирован в двух (6%) наблюдениях у пациентов с колебанием порога стимуляции и совпадал по времени с данным явлением. Стабилизация порога стимуляции, наступившая у данных пациентов в трехмесячный период с момента имплантации, привела к улучшению параметров детекции ER сигнала.

Заключение: Электроды ЭЛБИ 211-321 позволяют измерять ER сигнала с необходимой точностью для корректной работы функции автоматического измерения порога стимуляции. Выявлена возможность влияния микродислокации на ухудшение детекции ER сигнала у обследованных электродов. Величина снижения данного показателя у исследуемого электрода требует дополнительного запаса чувствительности к ER сигналу по сравнению с предлагаемым программатором в автоматическом режиме. Мы рекомендуем создание 2,5 – 3 кратного запаса в ручном режиме.

***ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ МЕТОДОМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ***

**Дроздов И.В., Ганеева О.Н., Амирасланов А.Ю., Александров А.Н., Книгин А.В.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Медикаментозная терапия при тахисистолической форме фибрилляции предсердий требует предельной осторожности назначения препаратов: минимальная кратность приема, подбор индивидуальных доз, повышенный риск побочных эффектов, наличие сопутствующих заболеваний, что затрудняет назначение адекватной терапии. Радиочастотная абляция АВ соединения и имплантация ЭКС является альтернативным способом контроля частоты сердечных сокращений у данной категории больных.

Цель исследования: Изучение отдаленных результатов, оценка качества жизни после радиочастотной абляции АВ соединения у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: В исследуемую группу вошли 120 больных в возрасте от 37 до 83 лет из них 89 женщин и 31 мужчина с тахисистолической формой фибрилляции предсердий. Все пациенты были резистентны к антиаритмической терапии. За период с 2004 -2006 год выполнена радиочастотная абляция АВ соединения с имплантацией ЭКС. Срок наблюдения 2 года. Наблюдение включало в себя электрокардиографическое, эхокардиографическое исследование. Анализ и программирование параметров ЭКС, тест 6-минутной ходьбы, опросник качества жизни SF36.

Результаты: Процедура РЧА А-В соединения и имплантация ЭКС всеми больными переносилась хорошо. Летальных исходов не было. Независимо от формы фибрилляции предсердий и режима ЭКС происходило улучшение сократительной функции левого желудочка, что отражается в увеличении ФВ левого желудочка, уменьшении регургитации на атриовентрикулярных клапанах. Отмечается достоверное улучшение качества жизни.

Выводы: РЧА АВ соединения и имплантация ЭКС устраняет тахисистолию, хорошо переносится больными и улучшает качество жизни, что позволит расширить показания к проведению данной операции. При выборе типа кардиостимулятора предпочтение следует отдавать моделям, имеющим функцию частотной адаптации и автоматического переключения режима стимуляции при возникновении эпизода фибрилляции предсердий.

***ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ:  
ПЕРВЫЙ ОПЫТ***

**Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Иванов А.С., Осовских В.В.,  
Поликарпов А.А., Суворова Ю.В., Жеребцов Ф.К., Корнюшина М.К.,  
Топтыгин Е.В.**

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»  
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить технические аспекты и ближайшие клинические результаты эндоваскулярного протезирования аневризм инфраренального отдела аорты (АИА).

Материалы и методы. С мая 2007 по март 2009 г. обследованы 48 мужчин (83%) и 10 женщин (17%), средний возраст – 68,4 лет, с диагнозом АИА. Возможность



применения эндопротеза (стент-графта) и подбор необходимых модулей осуществляли по данным спиральной компьютерной томографии с последующей 3D-реконструкцией. Для имплантации использовали коммерческие модульные бифуркационные эндопротезы. Операцию осуществляли под спинномозговой анестезией в рентген-операционной, оснащенной ангиографическим комплексом Angiostar (Siemens, Германия).

Результаты. Из 58 обследованных пациентов, у 11 определялось небольшое увеличение диаметра аорты (менее 35 мм), требующее только динамического наблюдения. В одном случае патологии не выявлено. У остальных 46 больных имелась АИА с наружным диаметром от 41 до 84 мм (в среднем  $55,4 \pm 3,6$  мм) и наличием пристеночных тромбов. В 27 (59%) случаях отмечалось асимптомное течение АИА, в 19 (41%) были жалобы на периодические болевые ощущения в животе, наличие округлого пульсирующего образования в животе.

Согласно классификации типов АИА по локализации (А.В.Покровский и соавт., 1978), II тип выявлен у 32 (70%) больных, III тип в 13 (28%) и IV тип в одном (2%) наблюдениях.

Установка эндопротеза была возможна у 29 (63%) из 46 пациентов. Остальным 17 пациентам (37%) было предложено открытое оперативное лечение. Выбор тактики лечения также был продиктован выраженностью сопутствующей патологии, обуславливающей риск развития осложнений в пери- и послеоперационном периодах.

Эндоваскулярное устранение АИА выполнено у 15 пациентов. Использовались следующие модели стент-графтов: Aorfix (Lombard Medical, Великобритания) (n=7), Excluder (W.L.Gore & Associates, США) (n=5), Talent (Medtronic Corp., США) (n=3). В 12 случаях (92%) выполнено бифуркационное протезирование. У одного пациента из-за окклюзии правой общей подвздошной артерии выполнено аортоунилатеральное протезирование АИА с наложением бедренно-бедренного шунта.

Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное течение было гладким, пациенты выписывались на 5-7 сут. По данным контрольной спиральной компьютерной томографии эндопротезы проходимы, аневризм не определяется.

На данный момент живы 14 (93%) больных в сроки от 1 до 20 (в среднем  $8,7 \pm 2,3$ ) мес. Погиб один пациент от острого инфаркта миокарда через 3 мес после эндоваскулярной операции.

Заключение: Применение модульных бифуркационных эндопротезов расширяет возможности лечения пациентов с АИА.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗОВ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ****Лихарев А.Ю., Коков Л.С., Шутихина И.В.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность рентгеноэндоваскулярного лечения стенозов подвздошных артерий разными типами стентов, оценить результаты стентирования в отдаленный период на сроках более 1 года по данным дуплексного сканирования и ангиографии.

Материалы и методы. С 1996 года по 2007 год было прооперировано и обследовано 118 пациентов в возрасте 35 - 91 года (средний возраст  $58,06 \pm 1,7$  года). Всего было имплантировано 204 стента, 62 больным устанавливали по 2 стента, в 4 случаях – 3 стента и у 2 пациентов – 4 стента. В 48 случаев было выполнено стентирование наружных подвздошных артерий. У 59 больных выполнено стентирование общей подвздошной артерии. У 35 пациентов стенты имплантированы и в наружную и в общую подвздошную артерию. Больные были разделены на три группы в зависимости от того какую артерию стентировали. Группа А (n=59) включала в себя больных, которым были имплантированы стенты в общую подвздошную артерию. В группе Б (n=24) были пациенты после установки стентов в наружную подвздошную артерию. В группу В (n=35) включались больные, которым выполнялось стентирование и общей и наружной подвздошной артерии. Объем обследования пациентов включал: стандартную дигитальную субтракционную ангиографию, комплексное ультразвуковое исследование аорты, подвздошных и бедренных артерий по общепринятым методикам. Динамический мониторинг проводился в сроки от 6 до 24 месяцев и более. Всем больным ультразвуковое исследование стентированной артерии проводили в операционной, сразу после установки стента, на 1, 5 сутки после вмешательства и спустя один месяц и ежегодно после операции. У всех больных длительность наблюдения после операции составила 12 и более месяцев. Для качественной оценки положения, локализации и структуры стента использовали В-режим, режим тканевой гармоники и режим Sie-Flow. При использовании ультразвукового исследования для оценки проходимости стента применяли метод цветового доплеровского картирования (ЦДК) и энергии отраженного доплеровского сигнала (ЭОДС) в сочетании с данными спектра доплеровского сдвига частот (СДСЧ).

Результаты. В группе А частота гемодинамически значимого рестеноза в стентированном сегменте составила 10%, а гемодинамически незначимого 24%. Не

было выявлено зависимости от типа стента. В группе Б частота рестенозирования была выше гемодинамически значимые – 22%, а гемодинамически незначимые – 36%, была выявлена зависимость от типа имплантированного стента, чаще рестенозы отмечались в группе баллонрасширяемых и резаных стентов. В группе В гемодинамически значимые рестенозы – 34%, а гемодинамически незначимые – 43%, так же как и в группе Б чаще рестенозы чаще отмечались у пациентов с баллонрасширяемыми и резанными стентами.

**Заключение.** При стентировании общей подвздошной артерии не выявлена зависимость от типа стента. Выявлена зависимость результатов стентирования от типа установленного стента и протяженности участка стентирования. Плетеные стенты, как наиболее мягкие по конструкции вызывают меньше рестенозов в более подвижной артерии, которой по анатомо-гистологическим характеристикам является наружная подвздошная артерия.

***РОЛЬ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***

**Суорова Ю.В., Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г.,  
Ремезов А.С., Сонькин И.Н.**

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»  
НУЗ ДКБ ОАО РЖД  
Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Основным методом лечения больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) являются шунтирующие операции. При двухэтажном поражении у больных ОАСНК нередко возникает необходимость в выполнении расширенного хирургического вмешательства. Однако, у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, сопровождающей течение основного заболевания, имеется высокий риск оперативного лечения. Целью настоящего исследования явилась оценка роли рентгеноэндоваскулярных вмешательств при многоуровневом атеросклеротическом поражении сосудов нижних конечностей.

**Материалы и методы.** За период 2007 - 2009г. ангиография, баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий выполнена у 17 больных в возрасте 41 - 74 (в среднем 59) лет с поражением аорто-бедренного и окклюзией бедренно-подколенного сегментов. ОАСНК IIб стадии диагностирован у 14, IV стадии - у трех больных. Риск оперативного лечения расценивался как крайне высокий у всех

больных. Ангиографию аорты и сосудов нижних конечностей выполняли по стандартной методике. После диагностического этапа осуществляли баллонную ангиопластику стенозов подвздошных артерий. В 10 из 17 случаях потребовалась установка стентов.

Результаты. Осложнений эндоваскулярных процедур не было ни в одном случае. После эндоваскулярного вмешательства все 17 пациентов отметили уменьшение интенсивности перемежающейся хромоты. У 7 больных выполнено бедренно-подколенное шунтирование в сроки от 6 дней до 2 мес (в среднем 2 нед) после эндоваскулярного лечения. У остальных 10 больных дополнительное хирургическое вмешательство не потребовалось в связи с исчезновением симптомов. В настоящий момент живы 15 больных. Причиной смерти пациентов послужил острый инфаркт миокарда в одном и инсульт в другом случае.

Заключение. Баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий при многоуровневом ОАСНК является эффективной и малотравматичной составляющей комплексного хирургического лечения.

***РОЛЬ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В УЛУЧШЕНИИ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ***

**Акинфиев Д.М., Коков Л.С., Шутихина И.В., Цыганков В.Н., Лихарев А.Ю.**

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

Москва, Россия

Цель исследования: оценить роль ВСУЗИ при ангиопластике со стентированием магистральных артерий и показать его возможности при выявлении опухолевого поражения различной локализации, контактирующего с магистральными венами.

Материалы и методы: методом ВСУЗИ обследовано 18 пациентов: 17 – с атеросклеротическим поражением артерий, 1 – с фибромышечной дисплазией почечной артерии. Пациенты были в возрасте от 47 до 82 лет (средний возраст составил  $59 \pm 4,7$  лет). В исследовании преобладали мужчины – 83,3%. ВСУЗИ производилось на аппарате Galaxy 2 фирмы Boston Scientific. Применялись механические датчики Atlantis SR pro (40 mHz) и Sonicath Ultra 6 (20 mHz). Во всех случаях применялось устройство для механической протяжки.

При обследовании пациентов с атеросклеротическим поражением артерий исследование проводилось по следующему протоколу: оценка поражения до стентирования, затем контрольное ВСУЗИ после установки стента и, при

необходимости, ВСУЗИ после коррекции положения стента. Оценка полученных изображений проводилась по следующим показателям: до ангиопластики – протяжённость поражения, степень стеноза, эксцентричность поражения, структура бляшки, состояние референсного сегмента; после ангиопластики – протяжённость стента, диаметр стента, равномерность расправления, прилегание стента к стенке сосуда, наличие/отсутствие остаточных масс в просвете стента, состояние артерии в зоне, непосредственно прилежащей к стенту. В 10 (55,6%) случаях проводилось исследование почечных артерий, в 7 (38,8%) – общих подвздошных артерий, в 1 (5,6%) – чревного ствола. В 17 случаях ВСУЗИ и стентирование провели в одном сосуде, в 1 – в двух.

Результаты. При атеросклеротическом поражении артерий выявили следующие ультразвуковые показатели состояния сосудов: среднее значение максимального стеноза в почечных артериях перед операцией составило  $78,6 \pm 2,8\%$ , в подвздошных артериях –  $74,3 \pm 6,3\%$ ; протяжённость поражения при ВСУЗИ в почечных артериях составила  $14,3 \pm 1,1$  мм, в подвздошных –  $41,0 \pm 2,8$  мм.

По результатам ВСУЗИ после вмешательства в 3 (16,7%) случаях наблюдалось неполное перекрытие бляшки стентом: в 1 - в чревном стволе из-за сочетания стеноза с извитостью, в 2 – в почечных артериях вследствие наличия пролонгированной гетерогенной по структуре бляшки. Также, в 1 (5,6%) наблюдении фибромышечной дисплазии почечной артерии при ВСУЗИ была диагностирована поломка стента. Во всех этих наблюдениях провели дополнительное воздействие на стент, в результате чего удалось добиться оптимального расположения стента.

В остальных 14 (77,8%) наблюдениях визуализировали корректное положение стента в сосуде.

Выводы. ВСУЗИ во время проведения ангиографического исследования при наличии атеросклеротического поражения магистральных артерий и фибромышечной дисплазии даёт возможность интраоперационно оценить состояние просвета сосуда, что в 22,2% случаев позволило улучшить непосредственные результаты ангиопластики со стентированием.

***РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С СОСУДИСТОЙ ПРОГРАММОЙ В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ МНОГОЭТАЖНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.***

**Асланов А.Д., Ойтов Т.Х., Исхак Л.Н., Батов А.З., Готыжев М.А.**  
Нальчик, Россия

Цель исследования. Определить необходимый комплекс исследований при атеросклеротическом поражении артерии нижних конечностей.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов Республиканской клинической больницы произведено комплексное исследование артериального русла у 87 пациентов с артериальной патологией сосудов нижних конечностей.

Для сравнения методов исследования и соответствии с результатами интраоперационной ревизии, больные были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 25 больных которым произведены различные методы ультразвуковой диагностики (доплерография, дуплексное сканирование артерий нижних конечностей), во вторую группу вошли 28 больных, которым произведена компьютерная томография с сосудистой программой в трехмерной реконструкции. В третью группу вошли 34 больных которым произведено комплексное обследование (компьютерная ангиография+ультразвуковая диагностика).

Результаты. Данные были сопоставлены с интраоперационной ревизией артерий нижних конечностей. Получены следующие результаты:

У больных которым производилась ультразвуковая диагностика (25), при интраоперационной ревизии, выявлено совпадение в 81,3% случаев.

У больных которым производилась компьютерная ангиография в трехмерной реконструкции совпадения результатов с интраоперационной ревизией было в 91,9 % случаев.

У больных 3-ей группы, результаты комплексного обследования (компьютерная ангиография+ультразвуковая диагностика), соответствовали интраоперационной ревизии в 96,7% случаев.

Сравнивая полученные результаты, мы пришли к следующим выводам:

- компьютерная томография в трехмерной реконструкции является большим шагом в диагностике артериального поражения, результаты которой в 92% случаев соответствует интраоперационной находке.
- при комплексном ультразвуковом исследовании соответствии результатов и интраоперационной находки составляют около 81 %.

- комплексное применение компьютерной диагностики с сосудистой программой и ультразвуковых методов исследования позволяет повысить топическую диагностику патологии артериального русла почти до 100 %.

***РОЛЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)***

**Суворова Ю.В., Бекусов Е.Г., Кокорин Д.М., Ремезов А.С., Сонькин И.Н.**

НУЗ ДКБ ОАО РЖД

Россия, Санкт-Петербург,

Введение. Основным методом лечения больных с критической ишемией нижних конечностей является шунтирующая операция. Однако хирургические вмешательства при окклюзиях артерий голени особенно на фоне сахарного диабета, технически сложны и часто малоэффективны. Целью настоящего исследования явилась оценка роли чрескожной транслюминальной ангиопластики артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. За период 2008 - 2009г. чрескожная транслюминальная ангиопластика артерий голени выполнена у 5 больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета II типа в возрасте 69 - 83 (в среднем 74) лет. Ангиографию сосудов нижних конечностей выполняли по стандартной методике. После диагностического этапа осуществляли транслюминальную реканализацию и ангиопластику окклюзий протяженностью от 2 до 12 см (в среднем 5 см) подколенной, передних, задних большеберцовых или малоберцовых артерий.

Результаты. Осложнений не было. После эндоваскулярного вмешательства все 5 пациентов отметили уменьшение интенсивности болей при ходьбе и исчезновение болей в покое. У трех больных отмечено заживление трофических язв. В одном наблюдении интервенционное вмешательство сочетали с ампутацией дистального отдела стопы в связи с некрозом пальцев. У одного пациента через неделю после реканализации протяженной окклюзии подколенной артерии, распространяющейся на тибіоперонеальный ствол, диагностирован острый тромбоз и выполнена ампутация на уровне верхней трети голени. На настоящий момент все 5 пациентов живы в сроки от 1 до 6 мес.

**Заключение.** Первые клинические результаты свидетельствуют о том, что чрескожная транслюминальная ангиопластика сосудов голени является эффективной и малотравматичной составляющей комплексного лечения критической ишемии у больных сахарным диабетом.

***РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***

**Зеленов М.А., Коков Л.С., Петрушин К.В.**

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

Москва, Россия

**Цель:** изучить результаты применения чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и критической ишемией в ближайшем и отдаленном периоде.

**Материалы и методы:** 34 пациентам, страдающим сахарным диабетом, выполнены эндоваскулярные вмешательства на 35 конечностях по поводу критической ишемии. У 33 больных были язвенно-некротические поражения стопы, подавляющее большинство язвенно-некротических дефектов располагалось на пальцах и в дистальном отделе стопы, что давало возможность сохранения функционально активной стопы после «малой» ампутации в случае улучшения кровоснабжения конечности. У большинства пациентов (69,8%) отмечалась стенокардия напряжения, 7,5 % больных в анамнезе перенесли ОНМК, что говорит о том, что больные сахарным диабетом входят в группу риска не только по поражению артерий нижних конечностей, но и по другим сосудистым бассейнам (коронарные, сонные артерии). При поступлении всем пациентам, наряду с обследованием, проводился комплекс процедур, направленных на адекватное обезболивание, назначалась стандартная консервативная терапия (дезагреганты + сулодексид, мексидол в/в капельно). Больных с декомпенсацией сахарного диабета, по возможности, переводили на подкожное введение инсулина для достижения стабильной коррекции показателей глюкозы крови. Пред- и послеоперационное ведение пациентов, которым выполнялась ангиопластика и стентирование, наряду со стандартной консервативной терапией, также включало прием плавикса по 75 мг 1 раз в день, как минимум, за 3 дня до операции и 6 месяцев после операции. Во время операции обязательно вводился гепарин в дозе 1 тыс. ЕД в час в/в. Его введение продолжалось еще в течение суток с переходом на фраксипарин в дозе 0,6 мл, который вводился в течение недели после операции. В 50 % случаев



пациентам назначался зокор для коррекции гиперхолестеринемии и гиперлипидемии. В 54,7% случаев выполнена баллонная ангиопластика, а в 45,3% случаев – стентирование пораженных артерий.

Результаты: клинический успех после операции составил 65,7%. Показатели базального TcPO<sub>2</sub> на стопе после операции в среднем увеличились на 10,7 мм рт. ст., а TspO<sub>2</sub> сидя увеличилось на 10,9 мм рт. ст. При благоприятном исходе лечения ЛПИ увеличивался в среднем на 0,27, однако разница в показателях до и после операции оказалась статистически достоверной только для задней большеберцовой артерии (p=0,05). Лишь в одном случае не удалось выполнить реканализацию и ангиопластику задней большеберцовой артерии из-за выраженного кальциноза в месте окклюзии артерии. Через 12 месяцев после баллонной дилатации и стентирования частота рецидива ишемии составила 37%. Наиболее часто рецидив ишемии наблюдали в срок от 3 до 9 месяцев. У 5 пациентов рецидивировала критическая ишемия. В этой группе пациентов рецидив наступил после операций, выполненных ниже паховой связки. У 4 из них рецидив ишемии в эти сроки связан с развитием рестенозов в месте ангиопластики. У одного больного кроме рестеноза в месте ангиопластики выявлен новый стеноз выше места баллонной ангиопластики. Через 6 месяцев сохранение конечности отмечено в 81% случаев, а через 12 месяцев – 70%. После проведенного эндоваскулярного лечения из 10 пациентов с язвенными дефектами на стопе у 7 человек отмечено полное заживление язв в сроки от 3 недель до 2,5 месяцев. У 4 пациентов прослежены отдаленные результаты лечения язвенных дефектов на стопе. Сроки наблюдения составили от 4 до 21 месяца, средний срок наблюдения – 12 месяцев. У трех пациентов не отмечено рецидива критической ишемии. У 1 пациента через 8 месяцев после ЧТБА задней большеберцовой артерии выполнена высокая ампутация из-за рецидива критической ишемии.

Выводы: наши данные показывают, что баллонная ангиопластика и стентирование являются эффективными методами лечения поражений артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и критической ишемией нижних конечностей. Реваскуляризация, достигаемая за счет применения рентгенэндоваскулярных методов лечения, обеспечивает заживление язвы стопы и снижает частоту высоких ампутаций. Учитывая тяжесть общего состояния больных диабетом, наличие сопутствующих заболеваний, риск развития осложнений хирургического лечения, баллонная ангиопластика может рассматриваться как операция первого выбора и выполняться для спасения конечности.

***ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ*****Приворотский В.В., Сараев Г.Б., Карев А.В., Мартыненко Г.И.,  
Бедров А.Я., Цветкова Е.А..**Каф. Госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. Павлова (Зав.каф. акад. Яицкий Н.А.)  
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования изучение безопасности и эффективности рентгенохирургического лечения при атеросклеротическом поражении артерий подвздошного сегмента.

Материалы и методы. 40 пациентам с атеросклеротическим поражением подвздошных артерий проведено 48 процедур чрескожной реваскуляризации, имплантировано 44 стента. У четырёх пациентов стенотические изменения сочетались с аневризматическим поражением в том же артериальном сегменте. Средняя протяжённость поражения достигала  $34 \pm 14$  мм (мин - 12, макс - 72), при стенозировании просвета сосуда  $85\% \pm 10$  (мин - 65, макс - 100). До проведения реваскуляризации ЛПИ составил  $0,58 \pm 0,12$  (мин - 0,23, макс - 0,79). Имплантация стента осуществлялась при резидуальном стенозе более 30%, и при поток - ограничивающих диссекциях интимы. Прямое стентирование было выполнено у 46,8% больных при выраженной нестабильности атеросклеротической бляшки и/или признаках тотального кальциноза реваскуляризируемого сегмента. В случаях комбинированного поражения выполнялась прямая имплантация стент-графта.

Результаты. Процедуры чрескожной реваскуляризации были успешны у всех пациентов. Резидуальный стеноз после проведения баллонной дилатации с остаточным стенозированием просвета, достигавшем в среднем  $63\% \pm 16$  (мин - 55, макс - 75) был основанием для имплантации стента. Значимая диссекция интимы отмечена в 61 % из 18 баллонных ангиопластик. После имплантации стента геометрия артериального просвета была восстановлена во всех вмешательствах с остаточным стенозированием просвета  $12\% \pm 6$  (мин - 0, макс - 25).

Выводы. Чрескожная реваскуляризация артерий подвздошного сегмента является высоко эффективным и безопасным методом. Имплантация стент-графта рациональна при сочетанном поражении артерий подвздошного сегмента.

***ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ СТЕНОЗАХ ОБЩЕЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ С ВАРИКОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***

**Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенищев А.И., Петрушин А.В.**

ГУ РДКБ Россздрава, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Москва., Россия

Цель: оценить влияние баллонной ангиопластики при стенозах общей бедренной вены на венозный кровоток нижних конечностях.

Материалы и методы. Проведено комплексное лечение двум пациентам с использованием баллонной ангиопластики стенозов общей бедренной вены сочетающегося с варикозной трансформацией поверхностных вен нижней конечности, ХВН 1 степени. Приводим примеры. Больной В. 14 лет. Предъявлял жалобы на боли и тяжесть в левой нижней конечности при нагрузке. При осмотре определялись варикозно-измененные поверхностные вены бассейна большой и малой подкожных вен (БПВ и МПВ), отека не было. УЗ ангиосканирование: определялись расширенные притоки БПВ и МПВ, рефлюкс по БПВ, несостоятельные перфорантные вены Коккета, остиальный клапан. Стеноз общей бедренной вены на уровне паховой складки протяженностью 3-4 мм, диаметр не более 2 мм, объемный кровоток над уровнем стеноза снижен на 57%, скорость кровотока снижена на 24 %, по сравнению со здоровой стороной. Проведена баллонная ангиопластика трасъгулярным доступом, баллон 5 мм. Пациент А. 13 лет. Жалобы на боли и тяжесть в правой нижней конечности при нагрузке. Определялись варикозно-измененные поверхностные вены бассейна БПВ и МПВ, флебэктазы в области коленного сустава и голени, отека не было. УЗ ангиосканирование: определялись расширенные притоки большой подкожной вены (БПВ) и флебэктазы в области коленного сустава и голени, рефлюкс по БПВ, несостоятельные перфорантные вены Коккета, Бойда, остиальный клапан. Стеноз общей бедренной вены от уровня паховой складки до отхождения глубокой вены бедра, диаметр вены не более 2-3 мм, коллатеральный кровоток в бассейн внутренней подвздошной вены и на контралатеральную сторону. Объемный кровоток над уровнем стеноза снижен на 64%, скорость снижена на 35%. Проведена баллонная ангиопластика трасъгулярным доступом, баллон 4 мм. Для профилактики тромбоза применяли Клексан 0,4 мл п/к 1 раз в сутки. Постоянная эластическая компрессия (компрессионный трикотаж 2 ф.к.). Через неделю объемный кровоток над областью стеноза в первом случае был снижен на 11%, во втором на 54% по сравнению с контралатеральной стороной. Через 6 месяцев объемный кровоток у первого пациента

был снижен на 3%, остиальный клапан состоятелен. У второго 35%, сохраняется несостоятельность остиального клапана.

**Заключение:** после проведения баллонной ангиопластики у первого пациента отмечалось четкое улучшение гемодинамических показателей в венозном русле левой нижней конечности, увеличился объемный кровоток практически до нормы, стал состоятелен остиальный клапан. У второго пациента так же отмечена четкая положительная динамика, но учитывая большую протяженность стеноза результаты были несколько хуже. Стентирование в обоих случаях не проводилось, так как в этом сегменте венозного русла высока вероятность перелома стента с последующим тромбозом.

**Вывод:** Использование баллонной ангиопластики у пациентов с венозными дисплазиями и варикозной трансформацией вен нижних конечностей, обусловленной наличием стенотических поражений магистральных вен, позволило улучшить гемодинамические характеристики венозного кровотока в нижних конечностях и результаты последующего комплексного лечения.

#### ***ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ***

**Коков Л.С., Шутихина И.В., Хамнагадаев И.А., Лихарев А.Ю.,  
Акинфиев Д.М., Зеленев М.А.**

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»  
Москва, Россия

**Введение.** Одной из основных проблем стентирования почечных артерий являются рестенозы, которые определяются как сужение просвета почечной артерии более 50% от исходного. Частота этого осложнения составляет от 11% до 25% в течение первого года после вмешательства. В большинстве случаев рестенозы после стентирования почечных артерий выявляются в период наблюдения от 6 до 12 месяцев после выполнения вмешательства. В связи с этим, приводим данное сообщение.

**Наблюдение.**

Больной С., 55 лет поступил в Институт хирургии им. А.В. Вишневского с жалобами на боли в нижних конечностях, возникающие при ходьбе, а также эпизоды повышения артериального давления до 220/120 мм рт.ст. Из анамнеза стало известно, что артериальная гипертензия характеризовалась резистентностью к гипотензивной терапии. При обследовании по данным дуплексного сканирования (ДС) был выявлен

гемодинамически значимый стеноз правой почечной артерии. Из лабораторных показателей обращало на себя внимание повышение в сыворотке крови уровня глюкозы до 10,22 ммоль/л и С-реактивного белка (С-РБ) до 9,4 мг/л ( $N \leq 5$  мг/л). Пациенту была выполнена ангиография брюшной аорты, артерий таза и нижних конечностей, по данным которой в устье правой почечной артерии определялось сужение просвета до 80%. Также у больного выявлена окклюзия поверхностной бедренной артерии слева и окклюзия артерий голени с обеих сторон. Было выполнено стентирование правой почечной артерии стентом Nefro «Balton» 5×18 мм. По данным контрольной ангиографии и внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ) просвет правой почечной артерии был восстановлен, стент плотно прилежал к стенкам артерии на всем протяжении. Артериальное давление было стабилизировано на уровне 130/70 мм рт.ст., после чего больной был выписан. Рекомендован прием Плавикса 75 мг 1 раз в сутки, отказ от курения, ДС почечных артерий в динамике через 2, 4 и 6 месяцев.

Через два месяца больной стал отмечать жалобы на эпизодическое повышение артериального давления до 220/110 мм рт.ст. Пациент был повторно госпитализирован в Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Из анамнеза стало известно, что больной антиагреганты принимал не регулярно и от курения не отказался. По данным ДС был диагностирован пролонгированный рестеноз правой почечной артерии более 90%. При диагностической ангиографии и ВСУЗИ диагноз был подтвержден. Больному выполнена ангиопластика стенозированного участка. Через два дня больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Артериальное давление стабилизировалось на уровне 140/70 мм рт.ст.

Выводы. Анализ литературных данных и наш опыт показывает, что наличие таких факторов риска, как нерегулярный прием антиагрегантов, продолжение курения приводит к развитию рестеноза почечной артерии в ранние сроки. В тоже время, повышенный уровень С-РБ является маркером развития рестеноза. Проведение ангиопластики почечной артерии является эффективным методом лечения раннего рестеноза после стентирования почечной артерии. Сочетание различных методов лучевой диагностики позволяет выявлять рестенозы в ранние сроки после оперативного лечения, а также интраоперационно оценивать результаты ангиопластики и стентирования.

***ЧРЕСКОЖНАЯ АНГИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ.*****Сараев Г.Б., Приворотский В.В., Карев А.В., Семенов Д.В., Трубкин В.Е.**Каф. Госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. Павлова (Зав.каф. акад. Яицкий Н.А.)  
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность чрескожной реваскуляризации почечных артерий при тотальной хронической окклюзии.

Материалы и методы : 15 пациентов с тотальной хронической окклюзией почечных артерий из них (8 женщин, 7 мужчин) в возрасте от 46 до 79 лет (средний возраст  $60.5 \pm 8.8$  лет). Поражение контралатеральной почечной артерии выявлены у 13 (86,6%) больных. Была использована техника двухэтапного (отсроченного) лечения. Первым этапом проводилась реканализация артерии и баллонная ангиопластика, вторым этапом – через в среднем 36 часов, контрольная ангиография и имплантация стента при удовлетворительном состоянии периферического русла.

Результаты : Процедура реканализации была успешной у 11 из 15 больных (73,3%). После проведения дилатации резидуальный стеноз артериального просвета варьировал от 60% до 80% средний  $70 \pm 7\%$ . После имплантации стента остаточный стеноз составлял  $13 \pm 4\%$ . Средний диаметр артерии в области реконструкции составлял  $5.5 \pm 0.5$  мм.

Выводы: Результаты выполненного исследования показали, что чрескожная реваскуляризация почечных артерий при тотальной хронической окклюзии является безопасным и эффективным методом, позволяющим снизить уровень летальности до 2% по сравнению с открытыми операциями по реваскуляризации 5.3%.

***ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ*****Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Коков Л.С., Цыганков В.Н.,****Кригер А.Г., Козлов И.А.**ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»  
Москва, Россия

Введение. Ложная аневризма висцерального сосуда – серьёзное осложнение течения хронического панкреатита и до недавнего времени сопровождалось летальностью от 40% до 80% (Канс М.Г. и Krejs G.J., 1984; Данилов М.В. и Федоров В.Д., 1995).

Цель исследования: оценить возможности лучевых методов исследования в диагностике и эндоваскулярных вмешательств в лечении пациентов с ложными аневризмами висцеральных сосудов.

Материалы и методы: С 1999 по 2009 г.г. в Институте хирургии проходили обследование и хирургическое лечение 20 пациентов с хроническим панкреатитом со сформировавшейся на его фоне постнекротической кистой (постнекротическими кистами) и развившимися ложными аневризмами. Пациенты были в возрасте от 27 до 64 лет, в исследовании преобладали мужчины (65%). Постнекротические кисты при этом локализовались следующим образом: головка поджелудочной железы – у 6 (30,0%) больных, тело – у 2(10,0%), тело-хвост – у 4 (20,0%) и хвост – у 8 (4,0%) больных. В 2 случаях в паренхиме поджелудочной железы локализовались и другие постнекротические кисты. У 3 больных было выявлено два источника ложной аневризмы. Распределение аневризм по сосудам источникам аневризмы было представлено следующим образом: селезеночная артерия 12 (52,3%); общая печёночная - 1 (4,3%); правая печёночная - 1 (4,3%); желудочно-двенадцатиперстная - 4 (18,7%); поджелудочно-двенадцатиперстная - 2 (8,7%); левая желудочная - 1 (4,3%); желудочно-сальниковая - 1 (4,3%); тощекишечная артерия - 1 (4,3%). Пациентам с ложными аневризмами проводили КУЗИ во всех наблюдениях, СКТ и МРТ выполнены в 15 и 7 случаях, соответственно, ангиографию аорты и её ветвей выполнили у 12 больных. Оценку образований проводили по следующим критериям: локализация аневризмы; определение сосуда, являющегося источником аневризмы с оценкой диаметра; форма аневризмы; размеры; состояния просвета сосуда и характера кровотока; состояние полости и взаимоотношение с окружающими структурами.

Результаты. Диаметр постнекротической кисты составил от 73,0 до 143,0 мм. Размеры полости ложной аневризмы варьировали от 20,0×16,0 до 44,6×52,0 мм. Во всех случаях в полости постнекротической кисты определялись циркулярно расположенные тромботические массы толщиной от 4,0 мм до 27,7 мм. Размер дефекта сосуда составлял от 4,9 мм до 7,1 мм.

По результатам предоперационного обследования, с учётом клинических данных о состоянии паренхимы поджелудочной железы, а также состоянии органов желудочно-кишечного тракта, была выбрана следующая тактика лечения пациентов:

- эндоваскулярная окклюзия полости аневризмы - в 3 наблюдениях;
- в качестве I-го этапа лечения выполнили эндоваскулярное вмешательство (окклюзию полости артерии, ствола артерии на проксимальном участке,

эндопротезирование) (II этап – открытое оперативное вмешательство) - в 5 наблюдениях;

- изогнутость ствола артерии не позволила выполнить эндоваскулярное вмешательство, вследствие чего произвели открытую операцию – в 1 случае;

- ангиографическое исследование носило диагностический характер, так как при проведении консервативной терапии по данным ультразвукового мониторинга в динамике было отмечено постепенное «закрытие» полости аневризмы, что было подтверждено и при ангиографии - в 3 случаях;

- при выраженном болевом синдроме и/или угрозе разрыва кисты - экстренное открытое оперативное вмешательство - в 8 наблюдениях.

При выполнении в качестве I этапа эндоваскулярной окклюзии заинтересованной в патологическом процессе артерии кровопотеря составила 750,0 мл, в то время как при открытом оперативном вмешательстве без предварительной эмболизации она варьировала от 3500 мл до 7000 мл.

В 2 случаях рентгеноэндоваскулярное вмешательство проводили под контролем интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). При выполнении открытого оперативного вмешательства в 1 случае выполнили ИОУЗИ, которое позволило чётко определить локализацию ложной аневризмы селезёночной артерии, входящей в воспалительный инфильтрат.

Лечение затрудняет и общее соматическое состояние этого контингента больных. Трое больных умерли, это составило 15,0% от общего числа пациентов группы.

Выводы. Результаты нашего наблюдения за пациентами с ложными аневризмами, развившимися на фоне хронического панкреатита, свидетельствуют о том, что определение тактики лечения должно быть индивидуальным с учётом клинических данных и наличия осложнений. Однако следует учесть, что если невозможно избежать открытого оперативного вмешательства, то эндоваскулярная окклюзия сосуда, питающего аневризму, должна быть методом выбора в качестве I этапа лечения, так как позволяет значительно уменьшить интраоперационную кровопотерю и, тем самым, снизить риск оперативного вмешательства.



***СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ОБЛАСТИ ШЕИ.*****Климова И.Б.**

НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды

ОАО «РЖД»

Минеральные Воды, Россия

Цель исследования показать актуальность использования спиральной компьютерной томографии и ультразвукового сканирования в диагностике сочетанной травмы шеи.

Материалы и методы. Всего обследовано 118 больных (98 мужчин и 20 женщин в возрасте от 15 до 60 лет), получивших сочетанную травму области шеи. Компьютерно-томографическое исследование проводилось по обычной методике в алгоритме спирального сканирования на аппарате Astheon фирмы «Тошиба». Ультразвуковое сканирование проводилось также по стандартным методикам на аппарате SSA-390 датчиками в 7,5-12 Мг.

Полученные данные сопоставлялись с клиническими, операционными и секционными данными.

Результаты и обсуждения. До последнего времени в клинической практике широко применялись традиционные рентгенологические методы в диагностике травм шеи с использованием стандартных рентгенограмм в одной или двух проекциях. Однако, такая методика затруднена у тяжелых больных с тетрапарезом и больных, находящихся в коме. Возможности традиционной рентгенографии ограничены в оценке состояния мягких тканей паравертебральной области и структур спинномозгового канала. С появлением таких методов как спиральная компьютерная томография и ультразвуковая томография высокочастотными датчиками возможности точного и углубленного обследования политравмы шеи повысились.

Так, спиральная компьютерная томография в максимально быстрые сроки (что немаловажно для данного контингента больных) дает возможность определить не только наличие переломов в шейном отделе позвоночника с полной характеристикой расположения костных отломков, но и оценить состояние вещества спинного мозга и мягких структур спинномозгового канала (как было определено у 89 пациентов), а также выявить наличие крови в виде гематомииелии и гематорахиса (19 пациентов), инородных тел в спинномозговом канале и мягких структурах паравертебральной области (у 47 пострадавших), повреждение связочного аппарата (у 22 человека), разрывы мышц паравертебральной области (у 91 больного).

С использованием высокочастотных датчиков в диагностике повреждений мягких тканей шеи повысились возможности прогнозирования течения раневой болезни и гнойно-септических осложнений. Так, по данным ультразвукового сканирования наличие разрывов мягких тканей шеи с вторичным отеком было визуализировано ( у 81 пациентов) и гематом ( у 67 пострадавших) с определением точного топического расположения, объема, и глубины повреждения мягких тканей.

Выводы. Таким образом, анализ показал, что спиральная компьютерная томография и ультразвуковое сканирование высокочастотными датчиками являются высокоинформативными методами в оценке степени повреждения шейного отдела позвоночника, структур спинномозгового канала и мягких тканей паравerteбральной области при сочетанной травме.

Чувствительность компьютерной томографии составила 97,6%, ультразвукового сканирования- 94,9%, специфичность компьютерной томографии – 95,3%, ультразвукового сканирования- 93,8%,точность компьютерной томографии -98,7%, ультразвукового исследования- 96,5%

## РАЗДЕЛ II.

### РАЗНОЕ.

#### ***ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНАППАРАТОВ ФИРМЫ «ЭЛЕКТРОН» В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ***

**Дигуров Б.С., Хамиков А.И.**

РКБ МЗ РСО-Алания

Владикавказ, Россия

С 25 марта 2008 года в РКБ эксплуатируются 2 аппарата КРТ-«ЭЛЕКТРОН», один из которых экспертного класса. Аппараты производства фирмы ЗАО НИПК «ЭЛЕКТРОН» из САНКТ-ПЕТЕРБУРГА. Оба аппарата телеуправляемые, пригодны для большинства видов рентгенологических исследований в Клинической практике и практически удовлетворяют все наши потребности.

Будучи телеуправляемыми комплексами, сводят до минимума контакт обслуживаемого персонала с пациентами, что имеет существенное значение в плане снижения доз облучения персонала во время проведения рентгенологических исследований. Возможность проведения рентгеноскопических и рентгенографических исследований с получением цифровых изображений на экране монитора с помощью телевизионной системы значительно повышает качество исследований, а соответственно и качество диагностики, а так же возможность захвата рентгенограмм, их хранение и обработка в цифровом виде с использованием АРМ. Возможность хранения (архивирования) всех проведенных исследований в памяти компьютера исключает необходимость иметь отдельное архивное помещение.

Оба аппарата оснащены термопринтерами, обычными бумажными принтерами, а так же проявочными машинами. Наличие указанных принтеров и проявочных машин позволяет получать готовые рентгенограммы в течении нескольких минут, что позволяет существенно сокращать сроки обследования, а бумажные принтеры позволяют экономить рентгенпленку.

Следует отнести к положительным качествам протяженность перемещения рентгеновского излучателя и блока ЭСУ-РЭОЩ 1080см), что позволяет проводить полное исследование без необходимости изменения положения пациента.

К положительным моментам следует отнести так же то, что все рабочие места (функции) совмещены на одном столе, а так же нахождение томографического

механизма в постоянном рабочем состоянии. Эти моменты так же позволяют сокращать время исследования.

К недостаткам следует отнести малый диаметр РЭОП на одном из аппаратов (12дм), а вообще желательно, чтобы на аппаратах стояли РЭОПы как можно большего диаметра.

В целом можно сказать, что указанные модели рентгенаппаратов, являются достаточными для использования в медицинских учреждениях любого уровня.

### ***ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.***

**Кульчиев А.А., Тигиев С. В., Морозов А.А., Сланов А.В.**

Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, Кафедра хирургии ФПДО  
Узловая больница на ст. Владикавказ  
Владикавказ, Россия

Актуальность проблемы. Желчекаменная болезнь (ЖКБ) является весьма распространенной патологией. По данным ВОЗ у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 65 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет у каждого третьего из них (Г.С.Рыбаков с соавт. 2004г.). ЖКБ страдает 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению данного показателя примерно в 2 раза. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный в последние десятилетия, сопровождается ростом ее осложненных форм. Среди осложнений одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз, который встречается у 15% больных ЖКБ. (А.И. Нечай 1998г. Г.А.Клименко 2000г.) по мере старения до 75 лет и более частота холедохолитиаза увеличивается до 44%. (Б.И. Шчигель 1988г.). Увеличивается и количество оперируемых больных, в том числе лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. Наибольшее распространение в России получил так называемый двухэтапный способ, когда холедохолитиаз устраняют до операции путём проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЛХЭ). При очевидных достоинствах данный способ имеет и недостатки. Только папиллосфинктеротомии сопровождаются развитием осложнений у 7-10% больных при летальности до 1,0% (А.С. Балалыкин и соавт. 1996г. Шаповальянц С.Г. и соавт. 2001г., А.В. Оноприев и соавт. 2002г. Второй недостаток - нарушение замыкательной функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки (Б.С.Д.К.). В последующем развивается дуоденобилиарный рефлюкс и хроническое воспаление желчных путей, что приводит к осложнениям в

отдалённом периоде у 12,3-24% больных.(J.Pereira-Lima et al.1998г,М .Tanaka et.al.1998)

Альтернативным является одноэтапный способ, когда вмешательство на общем жёлчном протоке и холецистэктомия выполняются во время операции, проводимой малотравматичным способом – лапароскопическим или минилапаротомным, холедохолитиаз устраняется путём холедохотомии, не разрушая сфинктер Одди. В России в настоящее время большую популярность завоёвывает мини-доступ по методу МИПрудкова

Цели исследования. Улучшить результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза больных пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования

1. Оценить преимущества и недостатки методов холицистэктомии из минидоступа, лапароскопической и традиционной холицистэктомии по ближайшим результатам лечения больных пожилого и старческого возраста с ЖКБ.

2. Оптимизировать технику интраоперационной холедохолитоэкстракции из мини-доступа.

3. Дополнить инструментальное обеспечение отдельных малоинвазивных методов лечения ЖКБ, при необходимости разработать инструменты, позволяющие оптимизировать определенные этапы вмешательств

Материал и методы исследования.

В работе использованы и обобщены результаты хирургического лечения 1718 больных пожилого и старческого возраста с различными формами желчекаменной болезни с использованием малоинвазивных методик в общехирургическом отделении Узловой больницы №2 на ст. Владикавказ ОАО РЖД с июня 2001г по декабрь 2008г.

Больные госпитализировались, как в плановом, так и в экстренном порядке. В исследования включались больные в возрасте 65 лет и старше, оперированные по поводу желчекаменной болезни и ее осложнений. Критериями выбора был возраст (65 лет и старше), а так же факт выполнения холицистэктомии одним из трех методов: традиционным (ТХЭ), лапароскопическим (ЛХЭ) и минидоступом (МХЭ) Наиболее грозным и частым осложнением ЖКБ является механическая желтуха. По данным различных авторов, механическая желтуха осложняет ЖКБ у 15-44% больных. Однако, с увеличением возраста больных, его частота возрастает до 50%. Основной причиной развития механической желтухи является холедохолитиаз.

Все пациенты разделены на три группы больных в зависимости от лечебной тактики

- 1) В первой группе применен одномоментный малоинвазивный метод лечения.
- 2) Во второй группе применен двухэтапный метод лечения
- 3) В третьей группе традиционный метод

В основной группе проводили одноэтапное лечение холедохолитиаза, которое заключалось в проведении холецистэктомии и холедохолитоэкстракции, во время операции проводимой из минидоступа аппаратом Пруткова. В группу было включено 43 больных с холецистохоледохолитиазом. После холецистэктомии проводили холедохолитоэкстракцию специальными инструментами, входящими в набор «Мини-Ассистент», а так же катетером Фогарти и корзинкой Дормиа. Контроль эффективности санации гепатохоледоха осуществляли посредством фиброхолангиоскопии (бронхоскопом Pentax). После освобождения желчных протоков от конкрементов проводили оценку проходимости терминального отдела холедоха с целью выявления папиллостеноза. Диагностику стеноза проводили на основании 2х методов исследования – рентгенохолангиографии и зондирования набором калибровочных зондов.

Таким образом, нарушение проходимости терминального отдела холедоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки диагностировано у 6 пациентов (13,9%). Это значит, что большинство больных холецистохоледохолитиазом не нуждаются в проведении папиллосфинктеротомии или другой операции, изменяющей нормальную анатомию гепатобилиарной системы. При выявлении папиллита проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию на 6-7е сутки после операции, при выявлении тубулярного стеноза терминального отдела холедоха выполняли супродуоденальную холедоходуоденостомию по Юрашу-Виноградову. Всем больным операцию заканчивали наружным дренированием общего желчного протока.

Большинству пациентов холедох дренировали через культю пузырного протока по Пиковскому. Больным с синдромом Мириззи проводили дренирование холедоха Т-образным дренажом по Керру. Холедохотомное отверстие зашивали однорядным непрерывным швом, рассасывающейся нитью на атравматической игле, используя викрил 4,0 или 5,0. Наружный желчный дренаж удаляли на 15-21е сутки после операции, при отсутствии гипертензии на контрольной холангиограмме.

Во второй группе острый калькулёзный холецистит сочетался с холедохолитиазом у 29 больных из 180 оперированных лапароскопически. Всем больным с холедохолитиазом проводилось двухэтапное лечение. Первым этапом устраняли холедохолитиаз путём проведения ЭПСТ с литоэкстракцией. Вторым этапом выполнялась холецистэктомия, РХПГ проводили во второй группе по стандартной

методике. Мелкие камни отходили самостоятельно в двенадцатиперстную кишку после папиллосфинктеротомии. Если камни оставались в жёлчных протоках, выполняли эндоскопическую холедохолитоэкстракцию корзинкой Dormia. После разрешения холедохолитиаза в среднем через 4-5 дней больным проводили второй этап лечения холецистэктомия. Во второй группе из 29 пациентов успешно удалось устранить холедохолитиаз в 18 случаях (62,1 %), а в 11 (37,9 %) не удалось. Основной причиной неэффективности литоэкстракции у пациентов во второй группе явилось не соответствие размера камня диаметру просвета терминального отдела холедоха.

В третьей группе острый калькулёзный холецистит сочетался с холедохолитиазом в 72 (17,6 %) случаях из 272 (66,3 %) больных. Производилась верхне- срединная лапаротомия. Холецистэктомия. Всем пациентам выполнялась интраоперационная холангиография, холедохолитотомия с ревизией и санацией холедоха. Операция заканчивалась либо наружным (дренирование ОЖП через пузырный проток по Пиковскому-24, по Керу-36), либо внутренним (холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову в 12 случаях) дренированием ОЖП.

Интраоперационные осложнения в группах с холедохолитиазом

В нашей работе мы выделяем специфические (связанные непосредственно с хирургическим вмешательством) осложнения.

В первой группе осложнения зафиксированы у 3 больных 6,9 %. У одного больного в послеоперационном периоде развилась картина острого панкреатита отёчной формы, средней степени тяжести, с повышением в сыворотке крови уровня амилазы, превышающей норму в 3 раза. Вовремя начатой инфузионно-дезинтоксикационной терапией легко удалось купировать возникшее осложнение.

Второй случай осложнения зафиксирован у пациента с кровотечением из пузырной артерии (во время манипуляции мигрировала лигатура из пузырной артерии). Мини доступ расширен до 5см и кровотечение устранено. У третьего пациента произошла миграция дренажа из холедоха. На вторые сутки после операции произведена экстренная релапаротомия и дренирование холедоха по Керру. Все больные выздоровели и выписаны домой. Во второй группе осложнения развились у 6 (20,6 %) больных, у большинства из них после эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, у пяти пациентов после ЭПСТ и холедохолитоэкстракции - острый панкреатит с болевым синдромом и с повышением в сыворотке крови уровня амилазы, превышающий норму в пять раз. Своевременно начатое лечение позволило быстро купировать осложнение. У одного больного осложнение развилось в послеоперационном периоде (кровотечение из папиллотомной раны после ЭПСТ).

Пациент в экстренном порядке оперирован через 12 часов после операции. Произведена лапаротомия, дуоденотомия с прошиванием папиллотомной раны викрилом №5-0. Главным достоинством одноэтапного способа лечения холедохолитиаза из мини доступа является возможность сохранения замыкательной функции БСДК. В первой группе подобный результат достигнут в 97,7 % больных. Во второй группе папиллосфинктеротомия произведена всем больным. Замыкательная функция БСДК в той или иной степени нарушена у всех пациентов данной группы. Эффективность лечения холедохолитиаза выше в первой группе. Количество осложнений в первой группе меньше, чем во второй. Летальных исходов в первой группе нет. Во второй группе отмечено 3 случая летального исхода. Причиной в одном случае явилась тромбоэмболия лёгочной артерии на фоне тяжёлой сердечно-сосудистой недостаточности и мерцательной аритмии.

У другого больного на фоне гнойного холангита желчный перитонит. Три раза произведена релапаротомия. Развилась полиорганная недостаточность на фоне тяжёлой сердечно-лёгочной недостаточности. И у третьего больного причиной летального исхода оказался острый гангренозный калькулёзный холецистит, холедохолитиаз, гнойный холангит, механическая желтуха, желчный перитонит. На фоне тяжёлой сердечно-лёгочной недостаточности развилась полиорганная недостаточность.

Мы пришли к выводу, что оба способа лечения холецистохоледохолитиаза соответствуют современным требованиям хирургии. Они малотравматичны и достаточно эффективны. Оба способа дополняют друг друга. Каждый имеет свои показания и противопоказания. Необходимо индивидуальный подход к каждому конкретному клиническому случаю. Мы предлагаем схему лечения больных холедохолитиазом.

1) При острой блокаде ТОХ, острый билиарный панкреатит с быстро нарастающей желтухой показано двухэтапное лечение, причём эндоскопическую папиллосфинктеротомию необходимо выполнить, как можно раньше.

2) Больным, у которых нет острой блокаде ТОХ показано одноэтапное лечение из мини доступа.

В третью группу вошли 72 пациента, которым применён традиционный одномоментный метод лечения, при этом отмечено три случая летального исхода. У одного причиной явился острый гнойный холангит, желчный перитонит на фоне которого развилась полиорганная недостаточность, у второго – печечно-почечная недостаточность на фоне острого деструктивного калькулёзного холецистита и перитонита. У третьего больного на фоне тяжёлой сердечно-сосудистой патологии и



мерцательной аритмии развилась тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА). Летальность в третьей группе составила 4,2 %. В послеоперационном периоде отмечено семь осложнений. У двух больных отмечалось кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У одного больного выявлена нижнедолевая пневмония. У трёх больных отмечено нагноение послеоперационной раны, и у одного - серома. Все осложнения купированы медикаментозной терапией.

Мы считаем, что при лечении больных пожилого и старческого возраста с острым калькулярным холециститом и холедохолитиазом наиболее оправдана активная тактика - оперативное лечение в сроки от 6-до 48 часов от начала заболевания

#### Выводы.

- Этапная тактика лечения у больных с осложнёнными формами желчекаменной болезни позволяет быстрее купировать явления интоксикации, тем самым улучшая результаты лечения.
- У больных с холецистохоледохолитиазом, не осложнённым острой блокадой терминального отдела холедоха, одноэтапное лечение из мини доступа более эффективно по сравнению с двухэтапным эндоскопическим способом, включающим ЭПСТ на первом этапе и ЛХЭ- на втором.
- Оба способа лечения холецистохоледохолитиаза (одноэтапный из мини доступа и двухэтапный, включающий ЭПСТ на первом этапе ЛХЭ- на втором) малотравматичны, достаточно эффективны и безопасны, они не исключают, а взаимно дополняют друг друга.
- Холецистэктомия, выполняемая из минилапаротомного доступа, позволяет статистически достоверно сократить время операции и длительность госпитализации пациентов.
- Противопоказаниями к холецистэктомии из минидоступа являются распространенный перитонит и необходимость широкой ревизии брюшной полости.
- Дополнительный осветитель улучшает обзор при деструктивных формах острого калькулезного холецистита, уменьшает время оперативного вмешательства.

**ЛЕЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА****Кульчиев А.А., Тигиев С. В., Морозов А.А., Сланов А.В.**Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, Кафедра хирургии ФПДО  
Узловая больница на ст. Владикавказ  
Владикавказ, Россия

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) является весьма распространенной патологией. По данным ВОЗ у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 65 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет у каждого третьего из них (Г.С.Рыбаков с соавт. 2004г.). ЖКБ страдает 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению данного показателя примерно в 2 раза. Увеличивается и количество оперируемых больных, в том числе лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. При хирургическом лечении ЖКБ роль сопутствующей патологии достаточно велика, особенно у пожилых людей, что значительно повышает операционно-анестезиологический риск.

Таким образом, вопрос повышения эффективности хирургического лечения ЖКБ, внедрение новых малоинвазивных методов, приближение последних к контингенту больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, разработка и совершенствование тактических и технологических решений представляются актуальными.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения ЖКБ, острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

**Задачи исследования**

1. Изучить характер интраоперационных осложнений при холецистэктомии из минидоступа, при традиционной холецистэктомии и лапароскопической
2. Оценить преимущества и недостатки методов холецистэктомии из минидоступа, лапароскопической и традиционной холецистэктомии по ближайшим результатам лечения больных пожилого и старческого возраста .
3. Оптимизировать технику интраоперационной холедохолитоэкстракции из мини-доступа.
4. Дополнить инструментальное обеспечение отдельных малоинвазивных методов лечения ЖКБ, при необходимости разработать инструменты, позволяющие оптимизировать определенные этапы вмешательства.

Материал и методы исследования. В работе использованы и обобщены результаты хирургического лечения 1718 больных пожилого и старческого возраста с различными формами желчекаменной болезни с использованием малоинвазивных

методик в общехирургическом отделении Узловой больницы №2 на ст. Владикавказ ОАО РЖД с июня 2001г по декабрь 2008г.

Больные госпитализировались, как в плановом, так и в экстренном порядке. В исследования включались больные в возрасте 65 лет и старше, оперированные по поводу желчекаменной болезни и ее осложнений. Критериями выбора был возраст (65 лет и старше), а так же факт выполнения холецистэктомии одним из трех методов: традиционным (ТХЭ), лапароскопическим (ЛХЭ) и минидоступом (МХЭ).

Таблица №1

Способы операций	Количество операций по поводу ЖКБ								Всего
	Годы наблюдения								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Минидоступ	70	90	108	120	145	140	138	145	956(55,6%)
Лапароскопия	0	0	0	65	73	76	71	67	352(20,5%)
Традиционный	95	82	75	35	30	35	30	28	410(23,9%)
итого	165	172	183	220	248	251	239	240	1718(100%)

Из общего количества больных - 956 (55,6-%) оперированы из мини доступа аппаратом Прудкова с набором инструментов «мини-ассистент», которые составили основную группу. Из них по поводу хронического калькулезного холецистита 312(32,6%) по поводу острого 644(67,4%) больных. Число деструктивных форм составляли 49,9%(477 больных)..

Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена 352 (20,5%) больным. Из них по поводу хронического калькулёзного холецистита оперировано 172 (48,9%), по поводу острого холецистита 180 (51,1%) больных, число деструктивных форм составило 77 (42,8%) , 28 (8%) оперированы по поводу холедохолитиаза.

Традиционная холецистэктомия произведена 410 (23,9%) больным. Доступ к желчному пузырю производился верхнесрединной лапаротомией и косым подрёберным доступом по Фёдорову. При этом обеспечивался широкий доступ к жёлчному пузырю внепечёночным жёлчным путям, печени, поджелудочной железе, двенадцатиперсной кишке. Методика использовалась для выполнения всех способов интраоперационной ревизии внепечёночных жёлчных протоков, включая интраоперационную холангиографию, холедохотомию с интраоперационной холедохоскопией и дренированием холедоха. Из общего количества больных оперировано традиционным способом с хроническим калькулёзным холециститом 138 (33,4%), по поводу острого калькулёзного холецистита оперировано 272 (66,3%), число деструктивных форм

составило 209 (51%) ,72 (17,6%) больных оперированы по поводу холедохолитиаза. Все пациенты разделены на 3 группы больных в зависимости от лечебной тактики.

Результаты исследования. В первой группе больных с желчекаменной болезнью операции проводились из минилапаратомного доступа в правом подреберье с использованием комплекта инструментов «Мини-Ассистент». Длина разреза составляет 2,5-3,5см. Разрез кожи проводился в правом подреберье трансректальным или параректальным разрезом. Холецистэктомия из мини доступа выполнена 956 больным. Из них с хроническим калькулёзным холециститом 312 (32,6%) .

С острым калькулёзным холециститом оперировано 644 (67,4%) больных, из них деструктивные формы 477 (74%) - эти больные оперированы после снижения операционно-анестезиологического риска, путём коррекции сопутствующей патологии. Экстренные операции в течение 6-12 часов после заболевания выполнили у 306 (100%) больных в основной группе. Во время операции у 87 (28,4%) из них выявлен острый простой холецистит, в 158 (51,2%) случаях флегмонозный холецистит и гангренозная форма в 61 (19,4%) случаях. В срочном порядке оперировано 228 (100%) больных, которым проводили консервативную терапию в течении 48 часов безуспешно. Интраоперационно выявлен в 61 (26,8%) случаях острый простой холецистит, флегмонозный холецистит в 119 (52,2%) случаях, гангренозная форма у 48 (21%) больных. Отсроченные операции выполнены у 110 (100%) больных, спустя 48 часов после госпитализации. Эти больные оперированы после предоперационной подготовки, проведения инфузионно-детоксикационной терапии, коррекции соматических нарушений. С острым калькулёзным холециститом оперировано 19 (17,3%) больных. Флегмонозный холецистит выявлен у 61 (55,4%) больного, гангренозная форма у 30 (27,3%).

Во второй группе сравнения лапароскопическая холецистэктомия произведена 352 (20,5%) пациентам, из них с хроническим калькулёзным холециститом оперировано 172 (48,9%) пациента, с острым калькулёзным холециститом 180 (51,1%) больных, деструктивные формы выявлены в 77 (42,8%) случаях.

В экстренном порядке с острым калькулёзным холециститом оперировано в течении 6-12 часов от начала приступа 66 (100%) больных в группе сравнения. Во время операции у 51 (28,3%) из них выявлен острый простой холецистит, у 9 (5,9%) – острый флегмонозный калькулёзный холецистит и гангренозная форма у 6 (3,3%) пациентов. Срочные операции выполнены 59 (100%) больным. Острый простой калькулёзный холецистит выявлен у 34 (18,9%), флегмонозная форма в 16 (8,9%) случаях, гангренозный холецистит у 9 (5,0%).

Отсроченные операции выполнены 55 (100%) больным спустя 48 часов с начала болевого приступа. Эти пациенты пожилого и старческого возраста, которые оперированы после предоперационной подготовки, коррекции соматических отклонений и детального обследования. Немаловажным фактором, влияющим на выбор лечебной тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста, является наличие сопутствующих заболеваний и их патогенетическая связь с основным заболеванием. Мы считаем, что при лечении больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом наиболее оправдана активная тактика, принципом которой является операция в сроки 6-48 часов от начала заболевания. В третьей группе сравнения операции выполнены из лапаротомного доступа у 410 (23,9%) больных. В данной группе применен одномоментный традиционный метод лечения. Мы придерживались индивидуальной активной тактики при лечении этих больных с учетом ультразвуковой и клинической картины.

С острым калькулезным холециститом оперировано традиционным способом 272 (66,3%) больных, из них деструктивные формы выявлены у 209 (51%). В экстренном порядке с острым калькулезным холециститом оперировано в течение 6-12 часов от начала болевого приступа 65 (100%) больных. Во время операции у 14 (5,1%) из них выявлен острый простой калькулезный холецистит, в 35 (12,9%) случаях – острый флегмонозный холецистит и гангренозная форма у 16 (5,9%) больных.

Срочные операции выполнены в течении 48 часов 94 (100%) больным. Из них острый простой холецистит выявлен у 21 (7,7%) больного, острый калькулезный флегмонозный холецистит 45 (16,5 %) случаях, гангренозная форма у 28 (10,3%). Отсроченные операции выполнены у 113 (100%) больным, спустя 48 часов от начала болевого приступа, из них в 28 (10,3%) случаях выявлен острый простой холецистит, флегмонозный холецистит констатирован в 48 (17,6%) случаях и гангренозная форма в 37 (13,6%).

Чем позже произведено оперативное лечение, тем больше осложнённых форм в группах. Важным фактором, влияющим на выбор лечебной тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста, является наличие сопутствующих заболеваний и их патогенетическая связь с основным заболеванием, частота которых указана в таблице. Мы считаем, что при лечении больных пожилого и старческого возраста с острым калькулярным холециститом и холедохолитиазом наиболее оправдана активная тактика - оперативное лечение в сроки от 6-до 48 часов от начала заболевания

Продолжительность стационарного лечения.

Из общего количества больных 956 (55,6%) оперировано из минидоступа аппаратом Прудкова с набором инструментов «Мини-Ассистент», которые составили основную группу. Из них по поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 312 (32,6%), продолжительность операции колебалась от 40 до 55 мин (средняя продолжительность операции 47,5 мин). Длина разреза составила 2,5-3,5см. У всех больных использовали трансректальный, либо параректальный доступ. Послеоперационное течение гладкое, летальных исходов не было. Средний к/д у данной категории больных 4,5 суток. По поводу острого калькулезного холецистита оперировано 644 (67,4%) пациентов. Продолжительность операции колебалась от 50 до 90 мин (средняя продолжительность операции  $69,9 \pm 2,7$ ). Длина разреза - от 2,5 до 3,5см. У всех больных использовали трансректальный или параректальный разрез. Средний к/д в этой группе больных составил 7,3 суток (Средний к/д до операции 3,1 суток и послеоперационный 4,2 суток).

Из общего количества больных 352 (23,9%) оперировано лапароскопически, из них по поводу хронического калькулезного холецистита 172 (48,9%). Продолжительность операции колебалась от 45 до 55 мин (средняя продолжительность операции 50 мин). Послеоперационное течение гладкое. Осложнений и летальных исходов не было. Средний к/д у данной категории 6,6 суток. По поводу острого калькулезного холецистита оперировано 180 (51,1%). Продолжительность операции колебалась от 66 до 120 мин (средняя продолжительность операции 90 мин). Средний к/д в группе составляет  $15 \pm 0,8$ . Средний к/д до операции 5,1 и после операции 10,7суток.

Из общего количества 410 (23,9%) оперированы традиционным способом, из них с хроническим калькулезным холециститом оперировано 138 (33,4%). Продолжительность операции колебалась от 55 до 75 мин (средняя продолжительность операции 65 мин). Проводилась верхнесрединная лапаротомия, в редких случаях косым разрезом Федорова. Средний к/д у данной категории больных 12 суток. По поводу острого калькулезного холецистита оперировано 272 (66,6%). Продолжительность операции от 65 до 120 мин (средняя продолжительность операции  $92 \pm 5$  мин). Средний к /д к группе составил 16,3 суток. Средний к/д до операции 5,3 суток. Средний к/д после операции 11 суток.

При деструктивном калькулёзном холецистите и выраженном спаечном процессе на верхнем этаже брюшной полости во время операции из мини доступа существуют определённые трудности. В условиях выраженного воспалительного инфильтрата в области ворот печени обзор затруднён.

С этой целью предложен дополнительный осветитель. Пучок света исходит не с торца, как у стандартного аппарата, а из глубины раны, улучшающий обзор. Создание дополнительного осветителя, позволяет делать операции из минидоступа более комфортной для хирурга, а для больного более эффективной и безопасной. Следовательно, уменьшается продолжительность операции, что крайне важно у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском

**Выводы.**

Степень травматичности холецистэктомии из минидоступа по изученным показателям не превышает лапароскопическую холецистэктомию, при которой наиболее "агрессивным" является создание рабочего пространства путем напряженного CO<sub>2</sub> - перитонеума.

Этапная тактика лечения у больных с осложнёнными формами желчекаменной болезни позволяет быстрее купировать явления интоксикации, тем самым улучшая результаты лечения.

Постоянный визуальный контроль и возможность использовать традиционные приемы и манипуляции, характерные для традиционной холецистэктомии, позволяет выполнять операции из минидоступа при различных вариантах осложнений желчнокаменной болезни (инфильтрат, перепузырный абсцесс, спаечный процесс .) у больных пожилого и старческого возраста.

8. Дополнительный осветитель улучшает обзор при деструктивных формах острого калькулезного холецистита, уменьшает время оперативного вмешательства.

#### ***ГЛЮКОЗО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА***

**Бацигов Х.А.**

МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

Альметьевск, россия

Значимость и актуальность разработки простых, доступных клинических и лабораторных критериев стратификации риска и прогноза течения инфаркта миокарда (ИМ) признавалась всегда. Шкалы и модели стратификации риска, основанные на малом количестве признаков, могут переоценивать или недооценивать риск основных сердечно-сосудистых событий при этой патологии. Кроме того, используемые модели стратификации риска должны быть доступны большинству лечебных учреждений,

просты в применении и точнее в возможности оценки прогноза. Актуально это и в виду смещения эффективных лечебных и диагностических технологий в максимально ранний период заболевания.

В наиболее распространенных в современной медицинской практике шкалах стратификации и оценки риска (TIMI, FRISK, CADILLAC, GUSTO - 1V и др.) при ИМ, не нашли отражения стрессовая гипергликемия и лейкоцитоз, как возможные предикторы тяжести течения и неблагоприятного исхода. Они и на сегодняшний день остаются всего лишь лабораторными феноменами, не имеющим применения в практической кардиологии. Попыткой восполнить этот пробел и было целью настоящего исследования.

Цель исследования. Предложить и изучить интегрированный показатель гликемии и лейкоцитоза при ИМ – глюкозо-лейкоцитарный индекс (ГЛИ) для стратификации риска при этой патологии.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 164 пациента с ИМ в возрасте от 22 до 84 лет, (средний возраст  $55,7 \pm 0,95$  лет), без сахарного диабета в анамнезе. Мужчин 130 чел. (79%), женщин – 34 чел. (21%). Из них ИМ с зубцом Q у 127 пациентов (77%), повторный ИМ у 29 чел. (18%). Коронарографическое исследование проведено 51 пациенту (31%), чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) - 50 пациентам (30%), тромболитическая терапия - 41 (25%). Умерло 28 человек (17%).

Диагноз ИМ верифицировали клинически, электрокардиографически. Определялись ранние и поздние маркеры некроза миокарда (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, Тропонин – Т). Кровь на анализы забирали из вены при госпитализации пациента, до начала лечебных мероприятий, исследовали при поступлении, на вторые и третьи сутки.

Глюкозо-лейкоцитарный индекс (ГЛИ) вычисляли следующим образом:

$$\text{ГЛИ} = (\text{лейкоциты} \times \text{глюкоза}) / 100, \text{ выраженный в условных единицах (у.е.).}$$

Обработку полученных результатов осуществляли методами статистических анализов, реализованных в пакете прикладных программ Statistica 6 (StatSoft inc.USA).

Полученные результаты и обсуждение. Уровень ГЛИ регистрировался с разбросом значений от 0,2 до 5,2 у.е. в первые сутки, составив в среднем  $0,9 \pm 0,05$  у.е. На вторые сутки -  $0,7 \pm 0,04$  у.е., на третьи –  $0,5 \pm 0,05$  у.е.

Динамика значений ГЛИ по суткам так же отражает стрессовую природу этого показателя - максимальные значения в период пика действия стрессорных факторов (первые сутки), снижаясь по мере их модификации (третьи сутки).



## Группы по ГЛИ

В зависимости от значения ГЛИ при поступлении, пациенты были разделены на три группы:

1-я (контрольная) (n=50) – ГЛИ до 0,6 у.е.;

2-я (n=54) – ГЛИ от 0,6 до 0,9 у.е. ;

3-я (n=60) – ГЛИ от 0,9 у.е. и более.

Статистически значимой дисперсии средних величин ГЛИ по возрасту, полу, локализации, наличию зубца Q в группах нет ( $p>0,05$ ) (таблица 1).

Таблица 1: Клинико-лабораторная характеристика групп по ГЛИ

Показатель/группы	1-я (n=50)	2-я (n=54)	3-я (n=60)
Средний возраст (годы)	58,0±1,95	54,0±1,63	55,5±1,39
Мужчины, %	76	83	78
Женщины, %	24	17	22
Передний инфаркт, %	67	83	58
Повторный инфаркт, %	18	21	14
Коронарография, %	18	26*	44*
Тромболизис, %	18	23	32
ЧКВ, %	18	26	44*
Фракция выброса, %	57,7±1,75	54,9±1,89	53,8±1,82
Ад-с (мм рт.ст.)	133±5,8	126±5,2	96±6,2*
КФК (ед./л)	253±44	764±140*	692±122*
ЛДГ (ед./л)	569±69	853±93*	1059±113**

Примечание: \* -  $p<0,05$ ; \*\* -  $p<0,001$ ; \*\*\* -  $p<0,0001$  по отношению к группе контроля

В то же время, как видно из таблицы, группы имеют различия в средних величинах ГЛИ по многим клиническим, лабораторным и гемодинамическим параметрам.

Осложнения ИМ в трех группах так же характеризуются нарастанием тяжести от первой группы ко второй, принимая максимальные значения в третьей (таблица 2).

Таблица 2: Осложнения ИМ в трех группах

Осложнение (%)	1-я	2-я	3-я
Кардиогенный шок	14	23	45**
Отек легких	12	17	36**
Желудочковая тахикардия	8	15	24**
Фибрилляция желудочков	8	13	25*
Тромбоз ЛЖ	2	11*	16**
Аневризма ЛЖ	10	19	16
АВ-блокада 3 ст.	6	8	14*
Эпистенокардитический перикардит	4	2	8*
Ранняя постинфарктная стенокардия	39	25	21
Летальность	10	13	26*

Примечание: \* -  $p<0,05$ ; \*\* -  $p<0,001$ , по отношению к группе контроля

Как следует из таблицы, осложнения ИМ в первой группе характеризуются высокой частотой развития ранней постинфарктной стенокардии, что вероятно связано с малым количеством чрескожных коронарных вмешательств и фибринолитической терапии. По сравнению с контролем, в третьей группе выше удельный вес пациентов с кардиогенным шоком, ЖТ и ФЖ. Летальность в ней же в полтора раза выше, чем в первой. Прирост значения ГЛИ на каждые 0,5 у.е. сопровождается ростом летальности более чем на 10%.

Таким образом, рассчитанный при поступлении, в течение 30 минут, показатель ГЛИ, наряду с анамнезом, клиническими данными и ЭКГ, может стать наиболее ранним критерием риск-стратификации больного с ИМ. Его значение выше 1,0 у.е. с большой вероятностью предсказывает риск осложнений, летальность, что должно мотивировать врача к более активной и агрессивной тактике наблюдения и лечения.

#### ***НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРИТОНИТА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА***

**Юанов А.А.**

Нальчик, Россия

Увеличение числа тяжелых сочетанных повреждений в структуре современной автодорожной и рельсовой травмы и связанное с этим значительное учащение развития тяжелых, в том числе и инфекционных, осложнений делают эту проблему одной из актуальнейших.

Тяжелая сочетанная травма живота, осложненная перитонитом, занимает в структуре сочетанной травмы одно из ведущих мест, достигая 25,9-37,8% и несмотря на то, что эта проблема разрабатывается много лет, летальность остается высокой, составляя 38,9-53,8% .

Высокая летальность обусловлена тем, что последняя создает в организме патологическую ситуацию, которая неизбежно приводит к дезинтеграции на уровне метаболических процессов, причем в первую очередь при этом страдают высокодифференцированные функции защиты и резистентности организма, такие как детоксикация, иммунитет, адекватная гуморальная биорегуляция коррекция которых представляет значительные трудности.

Не вызывает сомнений, что благоприятный послеоперационный период в значительной степени обеспечивается наряду с адекватной коррекцией внеабдоминальных повреждений, устранением источника перитонита и качественной санацией брюшной полости рациональной антибактериальной и интенсивной терапией, также своевременной и обоснованной иммунокорректирующей терапией.

Лечение тяжелой сочетанной травмы живота, осложненной перитонитом, требует активной хирургической тактики, в то время как операции сами по себе усугубляют нарушения во всех звеньях иммунной защиты (фагоцитозе, клеточном и гуморальном ответе), что сопровождается развитием иммунодепрессии и иммунодефицита.

Обследовано 117 пострадавших с ТСТЖ, осложненной перитонитом. Пострадавшие были в возрасте от 16 до 69 лет, средний возраст составил  $37,9 \pm 1,7$  лет. Травма получена в результате дорожно-транспортных и рельсовых происшествий.

В первые 2 ч в стационар поступило 75,7% пострадавших.

В 27,8% случаев повреждения были средней тяжести ( $12,8 \pm 1,3$  баллов по ISS и  $14,7 \pm 1,8$  баллов по РАТИ), в 52,7% - тяжелые ( $25,6 \pm 1,6$  баллов по ISS и  $29,1 \pm 2,0$  по РАТИ), в 20,5% - крайне тяжелые ( $35,8 \pm 2,9$  баллов по ISS и  $38,8 \pm 2,1$  баллов по РАТИ).

Средней тяжести состояние расценено в 22,4% наблюдений ( $20,1 \pm 1,8$  баллов по АНАСНЕ-II), тяжелое - в 54,9% ( $26,8 \pm 1,3$  баллов по АНАСНЕ-II), крайне тяжелое - в 19,2% ( $38,5 \pm 2,9$  баллов по АНАСНЕ-II) и терминальное - 3,5% ( $60,2 \pm 3,8$  баллов по АНАСНЕ-II).

Шок I ст. диагностирован в 9,8% случаев ( $\pm I/T 8,9 \pm 0,4$  баллов), II ст. - в 54,6% ( $\pm I/T 16,0 \pm 1,7$  баллов), III ст. - в 32,1% ( $\pm I/T 25,2 \pm 1,4$  баллов).

Острая кровопотеря была выявлена в 109 (34,4%). Дефицит ОЦК до 10% наблюдался в 27,6% случаев, от 10 до 20% - в 18,3%, от 21 до 41% - в 35,8% и более 41% - в 18,3% наблюдений. В 13,9% случаев были выявлены повреждения желудка, в 19,9% двенадцатиперстной кишки, 33,1% - тонкой кишки, в 24,0% - ободочной кишки, в 6,0% - внутрибрюшинного отдела прямой кишки и в 3,1% - внутрибрюшинного отдела мочевого пузыря. Изолированные повреждения полых органов выявлены в 40 случаях, множественные в 20, повреждения полых органов в сочетании с паренхиматозными - в 57. Среди внеабдоминальных повреждений травма черепа и головного мозга встретилась в 22,7% случаев, груди - в 39,1%, таза - в 31,4%, конечностей - в 16,7%. Повреждения двух анатомических областей выявлены в 52 случаях, трех - в 38, четырех - в 12, пяти - в 15.

Местный перитонит имел место у 27,1% пострадавших, распространенные формы - у 72,9%. Среди распространенных форм диффузный (выходит за пределы зоны воспа-

ления и охватывает рядом расположенные зоны) встретился в 26,5% случаев, разлитой (охватывает значительную или всю зону брюшной полости) – в 46,4%.

При Мангеймском индексе перитонита менее 20 баллов перитонит расценивался I ст. тяжести, частота которого составила 27,1% ( $18,9 \pm 1,3$  баллов), от 20 до 30 баллов - II ст. - 26,5% ( $27,1 \pm 1,9$  баллов), и более 30 баллов - III ст. – 46,4% ( $38,4 \pm 1,8$  баллов). Концентрация микробных тел в 1 мл перитонеального экссудата при местном перитоните достигала в среднем  $4,68 \pm 0,551$  г КОЕ/мл, при распространенном  $7,36 \pm 0,39$  г КОЕ/мл, анаэробная микрофлора при местном перитоните составила  $3,52 \pm 0,33$  г КОЕ/мл, распространенном –  $6,92 \pm 0,41$  г КОЕ/мл, аэробная – соответственно  $3,99 \pm 0,48$  г КОЕ/мл и  $7,43 \pm 0,581$  г КОЕ/мл.

Методы исследования. Общую тяжесть травмы оценивали по ISS (Injury Severity Score) (Baker S. et al., 1974; Rowles J.M. et al., 1992), живота - по PATI (Penetrating Abdominal Trauma Index), состояния пострадавших - по APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) (Knaus W. et al., 1985, 1989; Kruse J., 1989), шока – ( $\pm T$ ) критерию (Цибин Ю.Н. и др., 1975; Цибин Ю.Н., 1980; Гринев М.В. и др., 1994; Гринев М.В., 1997), кровопотерю - по дефициту ОЦК. Классификацию перитонита осуществляли по рекомендациям Федорова В.Д. и соавт. (2000). Для устранения источников перитонита и санации брюшной полости использовали видеолапароскопическую технику фирм «Circon» и «Storz», а также лазерный («LFA-2M»), ультразвуковой (УРСК-7Н-22) аппараты.

### ***ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЯЗВЕННО-ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ***

**Ачабаева А.Б., Хапаева А.И.**

Нальчик, Россия

Язвенно-эрозивные поражения гастродуоденальной зоны относятся к одной из часто встречающихся патологии желудочно-кишечного тракта. Многочисленные клинические и экспериментальные исследования показали, что объяснить патогенез язвенной болезни унитарной теорией не возможно, так как в возникновение и развитие язвенной болезни, принимает участие значительное количество общих и местных факторов, имеющих тесные связи между собой. Особую группу составляют язвенно-

эрозивные поражения обусловленные изменением гормонального фона, например женщины в климактерическом периоде.

Цель исследования: Определить влияние периода жизни женщины и уровня половых гормонов на процессы образования язв и эрозий в гастродуоденальной зоне.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе эндоскопического отделения РКБ, женской консультации №1 г. Нальчика. Всем больным выполнялась гастродуоденоскопия и определялся уровень половых гормонов с помощью иммуноферментного метода.

Результаты. Из 232 исследованных женщин у 81 (34,91%) были выявлены язвенные и эрозивные поражения желудка и 12-перстной кишки.

Распределение по возрастным группам показано в таблице:

	язва желудка	язва 12 п.к.	эрозивные поражения
Пубертатный период	0	8 (9,87%)	1 (1,23%)
Репродуктивный период	1 (1,23%)	16 (19,75%)	6 (7,4%)
Климактерический период	8 (9,87%)	23 (28,39%)	12 (14,81%)
Сенильный период	3 (3,7%)	3 (3,7%)	0

При исследовании уровня гормонов, уровни эстрадиола и прогестерона колебались от нормальных в репродуктивном периоде, до резко сниженных в климактерическом периоде. Нормальным уровнем по используемой нами методике были показатели прогестерона в лютеиновая фаза 10-89 нмоль/л и эстрадиола 15-60 пг/мл.

Выводы и заключение: Учитывая, что при беременности у 80% больных наблюдается ремиссия язвенной болезни (Василенко В.Х., Гребенев А.Л., 1981), то «противоязвенным гормоном», вероятнее, является прогестерон. Это подтверждается и тем, что обострение болезни наступает в пред- и менструальный периоды. В то же время, по литературным данным, именно в климактерическом периоде наблюдается тяжелое течение язвенной болезни.

Снижение функции яичников в климактерическом периоде, и как следствие, снижение уровня половых гормонов, может привести к увеличению частоты эрозивно-язвенных поражения в климактерическом периоде. По нашим данным уровни эстрадиола ниже 5,0 пг/мл и уровень прогестерона ниже 2,9 нмоль/л являются

показателем высокого риска развития язвенно-эрозивного поражения гастродуоденальной зоны.

**ВЛИЯНИЕ ЭТАПНЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА СОСТОЯНИЕ БРЮШИНЫ И ПЕЧЕНИ****Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А., Ошроев М.М., Базиев З.М., Ачабаева А.Б.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

Цель исследования. Исследовать особенности гистологических изменений брюшины и печени на фоне лечения разлитого перитонита с использованием программированных санаций брюшной полости и без нее.

Материалы и методы. Были проведены гистологические исследования кусочков брюшины и печени от 39 больных перитонитом, причем, у 15 из них - без лапаростомы и у 24 других с лапоростомой - в том числе у 14 с однократной, у 7 - с двукратной и у 3 - с трехкратной ревизией брюшной полости. Во всех случаях использовался операционный материал, который был разделен на 4 группы: 1 группа включала биоматериал от 15 человек без лапаростомы (все выжили). 2 группа включала биоматериал от 14 человек с однократной ревизией брюшной полости, причем, 8 человек выжили (2а группа), 6 умерли (2б группа). 3 группа включала биоматериал от 7 человек с двукратной ревизией брюшной полости, причем 2 человек выжили (3а группа), 5 – умерли (3б группа). 4 группа включала биоматериал от трех человек (все умерли).

Для гистологического исследования кусочки брюшины фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина, а кусочки печени - в жидкости Карнуа. После соответствующей проводки парафиновые срезы окрашивались гематоксилином-эозином, по Ван Гизон на соединительную ткань, по Маллори на фибрин и реактивом Шиффа на гликоген (с контролем на амилазу).

Результаты. Проведенные гистологические исследования показали, что в 1 группе выживших больных перитонитом без лапаростомы имелось серозно-фибринозное воспаление брюшины с 1) наличием микроорганизмов в брюшной полости, в ткани, сосудах брюшины и сосудах печени, и с 2) нарушением микроциркуляции обусловленным патологией сосудистого гемостаза (слущивание эндотелия, кровоизлияния) и разбалансированностью работы коагуляционно-фибринолитической системы (агрегация эритроцитов, следы фибрина). Гепатоз, гипертрофия, гиперплазия звездчатых эндотелиоцитов являются проявлением неспецифического реактивного гепатита с компенсаторно-адаптивной реакцией клеток Купфера.

В группе 2а выживших больных перитонитом с лапаростомой (1 операция) имело место фибринозно-гнойное воспаление брюшины с нерезко выраженным некротическим компонентом, развившемся на фоне бактериемии.

Проведенные гистологические исследования биоматериала 2б группы показали наличие фибринозно-гнойного воспаления с выраженным некротическим компонентом и флегмоной поперечно-полосатых мышц передней стенки живота. В этой группе больше, чем в предыдущих группах выражены кровоизлияния, некрозы, бактериемия-септицемия (?) с развитием тромбозов сосудов, фибриноидным некрозом сосудистой стенки. В печени - неспецифический реактивный гепатит с нарастанием количества некротизированных гепатоцитов.

В группе 3а на фоне бактериемии (септикопиемии?) имеет место фибринозно-гнойное воспаление с выраженным некротическим компонентом. В печени остаются признаки неспецифического реактивного гепатита.

Гистологические исследования в 3б группе показали, в отличие от предыдущих групп, прогрессирующее нарастание количества микрофлоры в ткани брюшины, печени и в сосудах. Продолжающееся снижение функциональной активности печени с утяжелением симптомов неспецифического реактивного гепатита связано с обсеменением микрофлорой, прогрессирующим гепатозом, снижением количества и функции клеток Купфера.

Проведенные гистологические исследования биоматериала 4 группы показали наличие гнойно-фибринозного воспаления брюшины с выраженным некротическим компонентом и флегмоной поперечно-полосатых мышц передней брюшной стенки, развившихся на фоне септицемии. Наличие прямых (тромбы) и непрямых (кровоизлияния и некрозы) признаков ДВС-синдрома в брюшине свидетельствуют о наличии локального внутрисосудистого свертывания - ЛВС. В печени нарастает выраженность и распространенность признаков неспецифического реактивного гепатита и нарушения микроциркуляции, которые также стимулируют развитие внутрисосудистого свертывания крови.

Выводы. Проведенные гистологические исследования биоматериала (брюшины и печени) при перитоните показали:

1. бактериемия – септицемия? и обсемененность изученных органов брюшной полости микроорганизмами нарастает от группы без лапаростомы к группе больных с лапаростомой, от 1 к 3 операции и от выживших к умершим.

2. нарушения сосудистого гемостаза с дистрофическими изменениями, слущиванием, очаговым отсутствием эндотелиоцитов, что сопровождается сладжем и пердиapedезными кровоизлияниями. Нарастание выраженности этих изменений соответствует тяжести повреждения брюшины от 1 к 4 группе и идет параллельно



нарастанию обсемененности брюшины микроорганизмами, токсины которых и обуславливают повреждение эндотелиоцитов.

3. Наличие рассогласованности коагуляционно-фибринолитической системы в виде ЛВС.

4. Нарастание частоты и выраженного фибриноидного некроза сосудистой стенки от 1 к 4 группе связано с микробной инфекцией и развитием аллергического компонента воспаления.

### ***ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ***

**Мизиев И.А., Баксанова М.Х., Хапаева А.И., Ачабаева А.Б.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

Цель исследования. Разработать тактику лечения при острых эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны, осложненных кровотечением и проверить ее эффективность по сравнению с традиционной методикой.

Материалы и методы. С целью уточнения факторов риска рецидива кровотечения и интенсивности кровотечения, нами проведен ретроспективный анализ 176 историй болезни пациентов с кровотечением из острых изъязвлений ГДЗ. Статистическая обработка с применением двухфакторного регрессионного анализа 16 основных параметров, касающихся клинических, эндоскопических и лабораторных данных показала, что сильная корреляционная связь имеется между фактом рецидива кровотечения и высокой интенсивностью кровопотери и следующими факторами: 1. Размеры острых язв 0,7-1,0 см и более; 2. Множественность острых язв ГДЗ; 3. Локализация острых язв в области "сосудистой дорожки" желудка. С учетом клинико-эндоскопических данных (факторов риска рецидива кровотечения) и интенсивности кровопотери, разработана следующая тактика лечения (таблица) в отношении острых изъязвлений острых изъязвлений ГДЗ, осложненных кровотечением.

Результаты. С использованием разработанной тактики лечения было пролечено 44 больных (1 группа), а с использованием традиционной тактики – 40 больных (2 группа). После традиционного хирургического лечения отмечено 19 послеоперационных осложнений (42,5%), которые в 4-х наблюдениях закончились летальным исходом (10,0%). После разработанного хирургического лечения

наблюдались 12 послеоперационных осложнений (27,3%), в 3-х случаях (6,8%) они закончились летальным исходом. При традиционном лечении больные до операции находились в стационаре в среднем на 2 суток дольше, чем при разработанном. Это объясняется применением при разработанном лечении срочных хирургических вмешательств, которые выполнялись в большинстве случаев через 1-5 суток после госпитализации.

В послеоперационном периоде лица, получавшие разработанное хирургическое лечение, находились примерно на 1 сутки меньше, чем при традиционном лечении.

В итоге, пациенты при разработанном хирургическом лечении находились в стационаре на 4,5 суток меньше, чем больные, получавшие традиционное лечение.

Выводы. Применение разработанной методики при кровотечениях из острых язв и эрозий позволяет уменьшить число осложнений, послеоперационную летальность и продолжительность лечения.

Таблица:

Критерии выбора лечебной тактики при кровотечениях из острых язв и эрозий ГДЗ

Эндоскопические данные	Интенсивность кровопотери		
	Высокая	Средняя	Низкая
Продолжающееся кровотечение: - струйное	ЭО	ЭО	1. ЭО - при сочетании трех факторов риска рецидива кровотечения. 2. КТ - при сочетании двух факторов риска; при отсутствии эффекта в течение 2 часов - ЭО.
- капиллярное	Эндоскопическая остановка кровотечения, при отсутствии эффекта - ЭО	1. ЭО - при сочетании трех факторов риска рецидива. 2. СО - при сочетании третьего фактора риска я любым из остальных двух факторов риска. 3. КТ - при других сочетаниях факторов риска рецидива. 4. СО - при неэффективности КТ в течение 12 часов.	1. КТ - при любом сочетании факторов риска рецидива кровотечения в течение 12 часов 2. СО - при неэффективности КТ в течение 24 часов.

Остановившееся кровотечение	СО - при любом сочетании двух факторов риска рецидива кровотечения	1. СО - при сочетании всех трех факторов риска рецидива кровотечения. 2. КТ - при наличии двух и менее факторов риска рецидива кровотечения.	1. КТ - при любом сочетании факторов риска рецидива кровотечения. 2. СО - при рецидиве кровотечения
Факторы риска рецидива кровотечения	1. Размеры острых язв более 1 см 2. Множественность острых язв 3. Локализация в зоне "сосудистой дорожки" желудка		
ЭО - экстренная операция; СО - срочная операция; КТ - консервативная терапия			

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ГРУДИ**

**Мизиев И.А., Тутуков А.Б., Дыгов В.М., Базиев З.М.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

Диагностика и лечение сочетанных травм груди является одной из актуальных проблем. Нередко лечение больных с сочетанной травмой груди осуществляется в общехирургических или травматологических отделениях, что приводит к большому числу лечебных и диагностических ошибок.

В торакальном отделении ГУЗ РКБ МЗ КБР клинике факультетской и эндоскопической хирургии медицинского факультета КБГУ за период с 2001 по 2008 г. на лечении находилось 194 пациента с травмой груди, из них у 152 травма была осложненной. Мужчин было 161 (83%), женщин 33 (17%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 83 лет. Средний возраст составил 42,3 года. Основными причинами сочетанных повреждений были транспортные происшествия, падения с высоты, бытовая травма. Травма груди в 64,4% (125 пациентов) сопровождалась переломами ребер. Двусторонние переломы ребер с флотацией имелись у 13 больных, у 107-множественные односторонние переломы ребер (3 и более). Перелом ребер, грудины с флотацией грудной стенки было у 5 пациентов. У 69 пациентов имелась травма груди без нарушения целостности костей.

Наиболее частым осложнением закрытой травмы груди был пневмоторакс, который наблюдался у 31 (16%) пациентов. В подавляющем большинстве случаев причиной возникновения пневмоторакса было повреждение легкого отломками ребер. У 16 пациентов пневмоторакс был без повреждения ребер. Причиной пневмоторакса,

было разрыв спаек или булл. Напряженный пневмоторакс наблюдался у 12 пациентов и в большинстве случаев сопровождался подкожной эмфиземой груди, средостения, шеи, лица. Гемоторакс выявлен у 15 (7,7%) пациентов. Гемопневмоторакс отмечен 17 (8,8%) больных, у одного пациента был свернувшийся гемоторакс. У 4 пациентов гемоторакс расценен как большой, у других имелся малый и средний гемоторакс. У 3 пациентов выявлена обширная гематома легкого, которая сопровождалась кровохарканьем. Повреждение легкого, сопровождающееся внутривезикулярным кровотечением, имело место у 2 пациентов.

Для своевременного распознавания травмы груди и их осложнений большое значение имеет рентгенологическое исследование, которое выполнено всем пациентам. При кровохарканье проводилась фибробронхоскопия после декомпрессии плевральных полостей при наличии гемопневмотораксе. При гемо или пневмотораксе 51 пациенту выполнен торакоцентез с дренированием плевральной полости. Одному больному с 2-сторонними множественными переломами ребер и обширной подкожной эмфиземой выполнена диагностическая видеоторакоскопия. При напряженном пневмотораксе применялась активная аспирация. Критерием удаления дренажной трубки из плевральной полости было полное расправление легкого после контрольного рентгенологического исследования. При наличии подкожной эмфиземы применялась инцизия в месте эмфиземы с дренированием подкожной клетчатки. Важное диагностическое и лечебное значение при сочетанной травме груди имеет бронхоскопия, что позволяет выполнить санацию, удаление крови, секрета, введение антибиотиков.

Особенно сложным является лечение множественных, двусторонних переломов ребер, грудины, сопровождающихся флотацией грудной стенки. При флотации передних отделов грудной стенки 4-м пациентам выполнена открытая репозиция и остеосинтез фрагментов грудины. При флотации боковых отделов груди (2 больных) осуществлялся внеочаговый остеосинтез ребер с фиксацией. 4 пациентам выполнен остеосинтез ключицы. В ряде случаев, с целью коррекции расстройств дыхания применялась ИВЛ в условиях отделения реанимации. Экстренная торакотомия выполнена 2 пациентам. Показанием к торакотомии было продолжающееся внутривезикулярное кровотечение. 1 больному выполнена отсроченная операция (декортикация легкого) по поводу свернувшегося гемоторакса. В комплекс лечения входило проведение адекватное обезболивание. С этой целью проводились межреберные новокаиновые блокады. Для улучшения дренажной функции бронхов назначали противовоспалительную терапию, отхаркивающие препараты, щелочные

ингаляции, бронхосанации. Всем больным создавали выгодное положение на функциональной кровати.

Умерли 14 (7,2%) пациентов. Причиной летального исхода были множественные переломы ребер с флотацией, повреждением внутренних органов, тяжелым ушибом легкого в результате прогрессирования легочно-сердечной недостаточности, шок. Эти пациенты умерли в течение 1-х суток с момента получения тяжелой травмы.

### ***ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ***

**Мизиев И.А., Дабагов О.Ю., Шерхова З.Х., Мизиева Д.И.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения и снижение риска послеоперационных осложнений при ЖКБ у больных с высоким операционным риском с использованием видеоэндоскопической техники.

Для наиболее четкого понимания поставленной цели и методов её достижения необходимо указать на выявленные за время использования, достоинства лапароскопической холецистэктомии, которые заключаются в следующем:

- небольшая травматичность при операции ЛСХЭ;
- щадящая инструментальная техника, обеспечивающая легкое течение послеоперационного периода;
- кратковременное нахождение больного в стационаре (3-5 дней);
- сокращение сроков восстановления трудоспособности (2,53 нед.);
- низкий процент послеоперационных осложнений со стороны операционной раны, брюшной полости и сердечно-легочной системы:

Не трудно заметить, что перечисленные достоинства ЛСХЭ делают ее социально значимой и перспективной в лечении ЖКБ.

За период с 2003 года по настоящее время на нашей кафедре выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу симптомного холелитиаза у 345 больных. Из общего числа оперированных – 225 (65,3%) пациентов были с высоким операционным риском, который определялся не только операционной агрессией, но риском анестезиологического пособия.

Количество больных с высоким операционным риском прооперированных лапароскопически указано в таблице 1.

Фактор риска	Кол-во больных
Ожирение III-IV ст.	102
Сердечно-сосудистые заболевания, стадия суб- и декомпенсации	71
Сахарный диабет, 2 тип	14
ХОБЛ Дыхательная недостаточность	31
Хроническая почечная недостаточность (ХПН)	7

Больным с ХПН аппаратный гемодиализ мы проводили накануне оперативного вмешательства. Интраоперационно проводился тщательный гемостаз, учитывая высокие дозы гепарина, которые получал больной. Очередной сеанс гемодиализа проводился на 2-е сутки послеоперационного периода.

Необходимо отметить, что лапароскопическая холецистэктомия у больных с ожирением имела ряд технических особенностей на этапах наложения пневмонеритонеума, введения троакаров, извлечения желчного пузыря из брюшной полости, закрытия пупочной ранки, которые в основном определялись наличием выраженного подкожно-жирового слоя, затрудняющего перечисленные манипуляции.

Также была проведена ЛХЭ и удаление жирового фартука одновременно у 16 больных. Непосредственно холецистэктомия, у этих больных производилась после удаления жирового фартука. В брюшную полость входили через небольшой разрез около пупка, до ушивания дефекта кожи. После удаления желчного пузыря и дренирования брюшной полости формировался кожный шов, закрывающий образовавшийся дефект.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

Особенности ведения больных с высоким послеоперационным риском:

- Профилактика ТЭЛА - эластическое бинтование нижних конечностей и подкожное введение клексана.
- Прерывистый пневмоперитонеум у больных с сердечно-сосудистой патологией, ожирением, дыхательной недостаточностью не больше 12 мм рт ст.
- Антибиотикопрофилактика.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Случаев летального исхода не было.

Выводы. Проведённая работа и анализ собственных результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью показывает, что противопоказания для лапароскопической

холецистэктомии в подавляющем большинстве случаев являются относительными, которые можно нивелировать при соблюдении нескольких несложных правил предоперационной подготовки и непосредственно техники самого вмешательства.

Полученные результаты позволяют рекомендовать лапароскопическую холецистэктомию как операцию выбора в лечении холелитиаза. Тщательное соблюдение показаний и противопоказаний к эндохирургической операции, проведение целенаправленной профилактики и совершенствование техники вмешательства сводят к минимуму количество интра - и послеоперационных осложнений и снижают послеоперационную летальность у больных с высоким операционным риском.

#### ***ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПО КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ***

**Мизиев И.А., Ошноков И.Х., Баксанов Х.Д., Шидугов А.З., Аль-Сультан М.Х.М.**  
Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

За последние 5 лет в четырех специализированных травматологических отделениях КБР (1- РКБ, 3- ЦРБ) лечились 947 больных с сочетанными (675) и множественными (269) травмами – 56,7% всех травматологических больных. Подавляющее большинство пострадавших люди трудоспособного возраста - 81%. Чаще причиной возникновения тяжелых сочетанных и множественных повреждений являлись дорожно-транспортные происшествия (77.3%), на втором месте по частоте бытовая травма (21%). Как правило, пострадавшие доставлялись в лечебные учреждения бригадой скорой медицинской помощи или на попутном транспорте. Медицинская помощь либо не оказывалась, либо ограничивалась введением анальгетиков и транспортной иммобилизацией. Адекватная диагностика на этом этапе была редкостью. Доставлялись пострадавшие в специализированные отделения в поздние сроки (1-2 часа и более).

Подавляющее большинство среди сочетанных травм составили сочетание черепно-мозговой травмы с повреждением опорно-двигательного аппарата (76%), на втором месте сочетание травм опорно-двигательного аппарата с повреждением полостных органов (грудной клетки, брюшной полости, полости таза) – 17,4%.

Остальные пострадавшие были с множественными повреждениями. Практически все указанные травмы сопровождались шоком различной степени (87%), что усложняло диагностику.

Основным подразделением при диагностике и определении тактики лечения является дежурная бригада приемного отделения, сформированная из квалифицированных специалистов. Из потока поступающих больных выделяют пострадавших, которым требуется экстренное оперативное вмешательство (продолжающееся кровотечение, отрывы конечностей). Оперативное пособие в данном случае является неотъемлемой частью противошоковой терапии. Остальным больным проводится более полное обследование, с целью выявления и детализации скрытых повреждений. Если раньше превалировали клинично-рентгенологическое обследование и диагностическая лапаротомия, то сейчас широко внедрены эндоскопические методы исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Нашим больным дежурной бригадой с диагностической целью произведены 65 видеолапароскопических исследований, из которых 38 закончились лапаротомией. Пункция и дренирование плевральной полости по Бюлау производилось 46 пострадавшим с сочетанной травмой. Всего в 4 случаях за отчетный период были допущены диагностические ошибки (2 разрыва брыжейки тонкого кишечника, 1 субкапсулярный разрыв селезенки, 1 разрыв почки). Все они оперированы в более поздние сроки, что не способствует улучшению исхода. Возникает сложность относительно оказания помощи данной категории больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата. Мы сторонники "щадящей" помощи при этих травмах. Это заключается в: 1) наложение гипсовых повязок; 2) наложение аппаратов внешней фиксации; 3) первичная хирургическая обработка ран с диафиксацией костных отломков спицами Киршнера. Таких операций при поступлении больных с сочетанной и множественной травмой было произведено более 150. Затем их госпитализировали с учетом доминирующей травмы в различные отделения (нейрохирургия, торакальная хирургия, травматология и т.д.), где после дополнительного обследования принималось решение по тактике дальнейшего лечения (виды операций, сроки вмешательства и т.д.)

У нас в отделениях операции на опорно-двигательном аппарате производят чаще всего на 5-7 сутки после поступления, т.е. после купирования шока и стабилизации функций жизненноважных органов и систем. Оперированы 165 больных - все с положительным исходом (операции на 2-3 сегментах произведены у 119 больных).

Летальность среди больных с сочетанными и множественными травмами по республике за последние 5 лет составила 6,1% (53 человека, из которых 12 (22%)



погибли в приемном отделении с травмами, не совместимыми с жизнью). В преобладающем большинстве случаев доминирующей патологией была тяжелая травма головного мозга и множественные переломы, осложненные тяжелым шоком.

С открытием центра медицины катастроф с подготовленными специалистами и значительным улучшением условий работы (современное оснащение машин скорой помощи) качество оказания помощи на догоспитальном этапе значительно улучшилось. Сроки доставки больных в лечебные учреждения сократились и составили 30-60 мин. Количество диагностических ошибок при сочетанных и множественных травмах значительно сократилось до 10-15%. И, как следствие, летальность сократилось до 4,9 %, а в раннем периоде - 16%.

Кроме этого, с учетом вышеизложенного, назрел вопрос о целесообразности открытия на базе Республиканской клинической больницы отделения сочетанной травмы со всеми необходимыми специалистами и оснащением.

#### ***ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ВО ВРЕМЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА***

**Мизиев И.А., Баксанов Х.Д., Жигунов А.К., Ошноков И.Х., Мисроков М.М.,  
Асланов А.Д., Ахкубеков Р.А., Аль-Сультан М.Х.М.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

13 Октября 2005 года в день нападения боевиков на г. Нальчик в Республиканскую клиническую больницу поступило 62 пострадавших с огнестрельными ранениями различной локализации. Сразу после поступления сигнала о нападении боевиков были задействованы все оперирующие отделения больницы (12) и организована сортировка раненых в приёмном отделении.

Из 62 пострадавших мужчин было 59 (95,2%), женщин - 3 (4,8%). В возрасте до 20 лет поступило 3 человека (4,8 %), от 21-30 лет - 22(35,5%), от 31-40 лет - 21 (34%), от 41-50 - 12 (19,6%), от 51-60 - 2 (3,2%) и свыше 60 лет - 2 человека (3,2%). Пулевое ранение было у 37 человек (60%), осколочное - у 25 (40%) В состоянии травматического шока 3 степени поступило 8 человек, в глубокой коме— 3.

С огнестрельным ранением черепа и головного мозга поступило 9 человек. Из них у 5 пострадавших диагностировано множественное осколочное ранение головы,

туловища и конечностей без перелома костей. У 2 пострадавших эти ранения сочетались с переломом костей лица и стопы. У одного больного касательное ранение черепа сочеталось с переломом теменной кости и ещё у одного диагностировано диагональное проникающее сквозное пулевое ранение головы, сочетавшиеся с ранением мягких тканей груди и правого бедра.

Огнестрельное ранение груди диагностировано у 11 человек. Из них у 2 пострадавших диагностировано осколочное непроникающее ранение грудной и брюшной стенки в сочетании с ранением мягкой ткани бедра и голени. У 5 пострадавших - проникающее ранение грудной клетки с переломом рёбер, повреждением лёгких и гемопневмотораксом, у 4 - торако-абдоминальное ранение с повреждением лёгких и органом живота. У 5 пострадавших диагностировано ранение живота. Из них у одного - непроникающее сквозное ранение передней брюшной стенки в сочетании с огнестрельным ранением бедра. У 4 - проникающее ранение с повреждением органов живота в сочетании с переломом бедренной кости и бедренной артерии у 1, и с переломом плечевой кости в сочетании с повреждением плечевой артерии ещё у 1. Огнестрельное ранение таза диагностировано у 5 человек. Из них непроникающее ранение мягких тканей - у 2 человек, проникающее ранение с переломом костей таза и повреждением тазовых органов - у 3. У 2 больных эти повреждения сочетались с ранением мягких тканей верхних и нижних конечностей.

Огнестрельное ранение бедра отмечено у 8 человек. Из них у 5 пострадавших диагностировано пулевое сквозное и слепое ранение мягких тканей без повреждения костей. У 3 человек - огнестрельный перелом бедренных костей, причём у 1 из них перелом сочетался с повреждением седалищного нерва. Огнестрельное ранение голени диагностировано у - 10 человек. Из них у 6 пострадавших было сквозное и слепое пулевое ранение мягких тканей. При этом у 1 из них они сочетались с повреждением малоберцового нерва на уровне коленного сустава. У 4 человек отмечен оскольчатый перелом костей голени на разных уровнях. Огнестрельный перелом костей стопы диагностирован у 2 больных. Огнестрельное сквозное ранение мягкой ткани плеча с повреждением плечевой артерии диагностировано у 3 пострадавших. Огнестрельный перелом плечевой кости - у 2 человек. Огнестрельный перелом костей предплечья - у 2, у 1 из которых эти переломы сочетались с переломом фаланг пальцев кисти. С огнестрельным ранением челюстно-лицевой части головы поступило 5 пострадавших, из которых - у 3 человек было множественные раны мягкой ткани, у 2 они сочетались с переломами лицевой части головы. С ранениями глаз поступило 2 человека.

Все 62 человека оперированы в день поступления. Из них у 11 пострадавших произведен туалет раны с наложением швов. Первичная хирургическая обработка раны мягких тканей с наложением швов произведена у 20 пострадавших, без наложения швов - у 3. Оперативное вмешательство на органах грудной и брюшной полости осуществлено у 15 пострадавших, в том числе зашивания раны легких - 2, диафрагмы - 1, желудка - 1, спленэктомия - 1, резекция тонкой и толстой кишки - 2, сигмостома и илиостома - 4, наложение программированной лапаростомии - у 3. У остальных 4 больных производился торакоцентез и торакотомия с ревизией органов грудной полости (2) и лапароскопия (2) с ревизией органов брюшной полости и с дренированием ран.

Оперативное вмешательство на костях опорно-двигательного аппарата производилось у 13 пострадавших, в том числе по поводу перелома бедренной кости у 3 человек с повреждением седалищного нерва у 1 из них. На костях голени и стопы операция производилась у 5 пострадавших, на плечевой кости и костях предплечья - у 5 человек.

Из 62 пострадавших умерло 4 человека. Из них один умер от проникающего ранения головы, 1 - от проникающего ранения груди и 2 - от проникающих ранений живота. Все умершие оперированы в течение одного часа с момента поступления. Двое из них умерли в течение 2 часов с момента операции, а 2 - через 4 дня после операции.

После оказания необходимой хирургической помощи из 62 раненых на амбулаторное лечение отпущено 7 человек, остальные 55 раненых госпитализированы в стационар по профилю. Из них для дальнейшего лечения в Москву переведены 10 человек, в МСЧ МВД КБР - 14, в районные больницы республики - 3 и в города РФ - 4 человека. Остальные 24 человека лечились в стационарах РКБ. Средний койко-день составил 12,4. Первичное заживление раны отмечено у 12 больных. В стадии заживления раны до снятия швов выписано 5 больных. Заживление раны вторичным натяжением произошло у 3, нагноение раны - у 3, из них у 2 больных развился остеомиелит бедра и большеберцовой кости. Эти 2 больных провели в стационаре соответственно 28 и 46 дней.

Таким образом, всем раненым в условиях Республиканской клинической больницы оказана одномоментная исчерпывающая специализированная хирургическая помощь в максимально короткие сроки после ранения. Всем раненым произведена радикальная хирургическая обработка раны. Летальность составило 6,4% все умершие получили травму, не совместимую с жизнью. Остеомиелит костей развился у 2 (3,2%).

Хорошие результаты лечения раненых мы связываем с четкой и быстрой организацией сортировки с полноценной первичной хирургической обработкой раны, выполненной по показаниям и в максимально короткие сроки после ранения, а так же от правильно выбранного объема оперативного вмешательства на полостных органах и костях, которая была индивидуализирована соответственно особенностям каждого случая.

***ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ***

**Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А., Хапаева А.И., Ачабаева А.Б., Баксанова М.Х.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

В настоящее время острые эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК являются одним из наиболее широко выявляемых патологических состояний слизистой оболочки гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта. Накопленный материал и опыт свидетельствуют о том, что острые изъязвления стали важной клинической формой, а лечение грозных осложнений, как кровотечение и перфорация, относится к числу наиболее трудных проблем в клинической практике.

Встречаемость острых изъязвлений по данным различных авторов довольно вариабельна – от 10% до 100% и надо отметить, тот факт, что развитие острых эрозий и язв зависит от конкретной клинической ситуации. Однако, установленная множеством авторов закономерность, а именно что увеличение количества тяжелых острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК напрямую зависит от тяжести состояния пациентов, не подвергается обсуждению. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что образование острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК носит полиэтиологический характер. Так как эти поражения возникают у больных при самых разнообразных по своей природе состояниях и в то же время представляют собой однотипных характер повреждений, то можно предположить, что в патогенезе развития острых изъязвлений ГДЗ имеются общие факторы участвующие в появлении указанных гастропатий.

В объяснении механизмов развития острых повреждений слизистой оболочки желудка существуют множество различных точек зрения. Например пищеварительную систему рассматривают как одну из главных мишеней агрессивных стрессорных

факторов. Несомненное значение в патогенезе острых эрозий и язв желудка и ДПК имеют рН слизистой оболочки, внутрижелудочный рН, состояние слизистого барьера, кровообращения, регенераторная способность эпителия. С этих позиций образование острых эрозивно-язвенных поражений рассматривают как нарушение соотношения между агрессивными и защитными факторами. Отмечена роль в развитии острых эрозивно-язвенных поражений и других факторов, в частности, рефлюкс желчи в просвет желудка, уремия, системная гипотония, прием лекарственных препаратов. нарушение микроциркуляции, повышение активности свободно-радикального (перекисного) окисления липидов (ПОЛ) клеточных мембран слизистой оболочки желудка и ДПК, генетические аспекты.

По мнению ученых основные положения этиологии и взаимосвязь патогенетических звеньев образования острых эрозий и язв делают возможным объединение всех этих нарушений в одно под названием «синдром острого повреждения желудка».

С учетом основных патогенетических изменений в организме, которые встречаются в организме при определенных заболеваниях, все факторы риска язвообразования мы выделили в 4 основные группы: I. Гипоксические. II. Дистрофические. III. Метаболические. IV. Дистресс факторы.

Материал и методы. Всего было обследовано 82 больных, из которых у 39 причиной смерти явились острые изъязвления ГДЗ. Для оценки роли каждого из видов факторов риска определяли встречаемость того или иного фактора в сопоставлении с тяжестью острых эрозивно-язвенных поражений. После этого была разработана следующая таблица:

Таблица

Балльная шкала оценки факторов риска язвообразования

Группы факторов риска	Кол-во баллов
I. Гипоксические	по 1 баллу
II. Дистрофические	по 2 балла
III. Метаболические	по 3 балла
IV. Дистресс-факторы	по 1 баллу

Сопоставление тяжести эрозивно-язвенных поражений желудка с количеством баллов риска язвообразования у умерших больных позволило разработать балльную оценку степени риска возникновения острых изъязвлений у больных: до 6 баллов - риск возникновения изъязвлений незначителен; От 6 до 10 баллов - высокий риск

возникновения неосложненных острых изъязвлений; 10-15 баллов и более - высокий риск возникновения осложненных форм острых изъязвлений.

Вывод. Указанная методика прогнозирования острых изъязвлений гастродуоденальной зоны позволяет выявлять группы больных повышенного и высокого риска, что делает возможно превентивное лечение этих больных с целью предупреждения развития острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки и их осложнений.

### ***ПРОГРЕСС ПРОГРЕСИРОВАНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСУРЕТАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРОСТАТЫ***

**Толкачев А.О., Шаплыгин Л.В., Клопот А.М.**

Трансуретральная резекция простаты (ТУРП) является эффективным методом ликвидации инфравезикальной обструкции не только при ДГП, но и при РП у больных с противопоказаниями к радикальному лечению. Целью настоящей работы явилась оценка факторов прогноза прогрессии рака у больных, подвергшихся ТУРП.

В исследование включены 56 больных РП, перенесших ТУРП в составе комбинированного лечения. Больные были разделены на две группы: первая группа больных (n=25) подверглась ТУРП с максимально возможным удалением ткани простаты по возможности до ее капсулы («субтотальная» ТУРП), вторая группа (n=31) перенесла паллиативную ТУРП. В качестве прогностических факторов выступали исходные показатели ПСА крови и объема простаты и степень их снижения 1 мес. после операции, стадия заболевания (Т) и степень дифференцировки опухоли по Gleason. Прогрессирование РП оценили по росту ПСА и объема простаты в динамике.

Частота прогрессирования РП составила 32,5% при среднем сроке наблюдения 28,3 мес. В первой группе больных частота прогрессирования составила 24% при сроке наблюдения 50,9 мес., во второй группе 35,5% при наблюдении 26,7 мес. Во всех случаях прогрессирование заболевания, проявившееся в росте ПСА крови и объема простаты, было отмечено в течении первых 12 мес. наблюдения. Исходные значения ПСА у больных первой и второй групп без прогрессировать РП составили 80,3 и 75,5 нг/мл, у больных с прогрессированием 121,2 и 99,9 нг/мл соответственно. Снижение концентрации ПСА крови составило 79,8 и 75,5% у больных первой и второй групп без прогрессирования 56,9 и 31,3% с прогрессированием. Объем простаты в первой и второй группах без прогрессирования соответственно составил 54,6 и 48,7 см, у

больных с прогрессированием 44,8 и 81,9 см, а степень снижения объема – 68,8 и 27,7 % у больных первой и второй групп без прогрессирования и 68,1 и 35,1% у больных с прогрессированием. Локализованный РП у больных в первой и второй группах без прогрессирования был выявлен у 66,7 и 55%, а распространенный РП – у 33,3 и 45% больных соответственно. У больных с прогрессированием локализованный РП был выявлен у 28,6 и 54,6 % процентов больных, а распространенный РП – у 71,4 и 45,4% больных в первой и второй группах. Следует отметить, что у всех больных со стадией E4 обеих групп были выявлены признаки прогрессии РП. Степень дифференцировки РП, оцененная по шкале Gleason, у больных без прогрессирования составила в среднем 5,3 и 5,0 баллов, в то время как у больных с прогрессированием 5,9 и 6,6 балла в первой и второй группах соответственно.

Выводы : 1. Наиболее значимыми факторами прогноза прогрессирования РП у больных , перенесших ТУРП, являются стадия заболевания (наибольший риск прогрессирования отмечен у больных со стадией E4), исходный уровень ПСА крови и степень снижения ПСА после операции.

2. Влияние объема простаты и степени дифференцировки опухоли значительно зависело от методики операции, увеличение объема операции снизило влияние этих параметров на риск выявления признаков прогрессии РП.

### ***ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ***

**Мизиев И.А., Алишанов С.А.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

Введение. Хирургическая коррекция передней брюшной стенки носит в себе серьезный, агрессивный характер и, как правило, сопровождается различными осложнениями.

В послеоперационном периоде частота возникновения послеоперационных осложнений в основном связано с толщиной жировой клетчатки на передней брюшной стенке и весом пациента, наличием сопутствующих заболеваний.

Осложнения абдоминопластики можно разделить на общие и местные.

К общим осложнениям относятся: перегрузка малого круга кровообращения, флебит глубоких вен нижних конечностей, который встречается в 1,1% случаях, тромбоэмболия легочной артерии, которая чаще всего связана с гиподинамией

пациента, жировая эмболия, осложнения, связанные с наркозом, такие как коллапс, нарушение дыхательной функции, пневмония и прочие.

К местным осложнениям относятся: серома, которая возникает вследствие нарушения оттока жидкости в результате пересечения лимфатических путей при большой отслойке кожно-жировой ткани, неадекватном дренировании раневой полости, гематома, краевой некроз и некроз участка кожно-жирового лоскута, раневая инфекция, смещение пупка книзу, из-за плохого планирования месторасположения пупка, «перипупочное» рубцевание, несостоятельность швов, нарушение иннервации кожи передней брюшной стенки, нарушения рубцевания операционной раны, образование несимметричных зон нижних отделов передней брюшной стенки.

Толщина подкожно-жировой клетчатки является важным показателем, во многом определяющим риск развития сером и других осложнений. Подкожно-жировая клетчатка весьма чувствительна к любой, в том числе, к операционной травме.

Во всех предложенных методах абдоминопластики, которые осуществляются на сегодняшний день, предполагается проведение значительной отслойки кожно-жировой ткани, что является травматичной процедурой и приводит к возникновению осложнений.

Цель исследования: улучшение результатов абдоминопластики путем снижения количества осложнений.

Материалы и методы. На кафедре факультетской и эндоскопической хирургии МФ КБГУ, за период с 2008 по 2009гг проведен проспективный анализ 86 пациентов с деформациями передней брюшной стенки различного характера. Из них 12 (14%) мужчин, 76 (86%) женщин. У всех пациентов, деформация передней брюшной стенки алиментарного генеза с различными степенями ожирения. Средний возраст больных составил  $41 \pm 11,8$  лет.

Все пациенты были распределены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили 60 (70%) пациентов, которым выполнена хирургическая коррекция передней брюшной стенки с применением новых технологий, а именно диссекция кожно-жирового слоя производилась до пупочного кольца, выше пупка проводилась липосакция.

Контрольную группу составило 26 (30%) пациента, которым проводилась классическая абдоминопластика с диссекцией кожно-жирового слоя до реберных дуг.

Пациентам, у которых вопрос решается в пользу оперативного вмешательства, рекомендовали профилактические мероприятия, которые должны проводиться до операции: при чрезмерном ожирении, снизить вес, подготовка брюшной стенки и



органов брюшной полости к состоянию повышенного давления путем тугой эластичной компрессии в течение 2-3 недель до операции, ношение компрессионных чулок.

Компрессионный бандаж пациенты носят в течение 3-4 недель, при этом достигается плотное прилегание кожно-жирового лоскута к апоневрозу, это способствует быстрому приживлению кожно-жирового лоскута, меньшей экссудации серозной жидкости в подлоскутное пространство.

Выводы.

Образование серомы в послеоперационном периоде является наиболее часто встречающимся осложнением (20-25%).

В нашем исследовании число осложнений в виде сером составило: в контрольной группе 5 (19,2%), в основной группе осложнений не выявлено.

В ходе нашего исследования с целью профилактики развития лимфорееи и в последующем возникновение серомы, нами предложен метод дессекции кожно-жирового лоскута до пупочного кольца, выше пупка производится липосакция. Полученные результаты показывают достаточно высокую эффективность предлагаемой методики. О чем свидетельствует отсутствия осложнений.

Техника и выбор метода абдоминопластики должны проводиться строго индивидуально в зависимости от вида деформации передней брюшной стенки, от сопутствующих заболеваний, также от цели операции (получение функционального или эстетического эффекта).

#### ***РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА***

**Мизиев И.А., Созаева С.Р., Шомахова Б.Ю., Марзоева Р.В.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

Своевременная диагностика новообразований остается самым уязвимым местом в онкологии. Раковые опухоли желудочно-кишечного тракта занимают второе-третье место среди опухолей, выявляемых у взрослых, уступая лишь раку легкого и молочной железы. Значительная часть больных начинает лечение в III–IV стадиях заболевания, что соответственно ведет к неудовлетворительным результатам. Это и определяет задачу необходимости установки диагноза рака желудочно-кишечного тракта на

ранних стадиях и динамического наблюдения за теми пациентами, у которых обнаруживаются предраковые изменения слизистой оболочки его отделов. Важную роль в ее решении играет эндоскопический метод обследования – высокоинформативный инструментальный метод визуальной ревизии отделов желудочно-кишечного тракта. Многими исследованиями показано, что диагностическая точность гастроскопии без биопсии равна примерно 70 %, а если биопсия проводится - 95%.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей применения уточняющих эндоскопических методик в решении проблемы своевременной диагностики предопухолевой патологии и раннего рака пищевода и желудка.

Принято различать предраковые (или фоновые) заболевания и предраковые изменения слизистой оболочки пищевода и желудка. Первые представляют собой патологические состояния, которые при соответствующих условиях могут привести к развитию рака (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, хронические атрофический и гипертрофический гастриты, язвы, полипы желудка, оперированный желудок), т.е. ассоциируются с повышенным риском заболеть раком. Вторые — это морфологические доказанные изменения слизистой оболочки, достоверно свидетельствующие о развитии процесса в сторону злокачественного роста (тяжелая дисплазия (неоплазия) и неполная толстокишечная метаплазия эпителия).

За прошедшие 2 года нами обследовано 515 пациентов (16 – 79 лет). Из общего числа обследованных хронический неатрофический гастрит выявлен у 142 (27%), хронический атрофический гастрит у 36 (7%), эрозивный гастрит у 86 (17%), язвы желудка и ДПК у 92 (18%) полипы у 17 (3%), различные формы эзофагита у 65 (13%), в том числе пищевод Барретта у 3 (0,6% от общего количества пациентов), Данных за патологию со стороны слизистой оболочки не выявлено у 41 (8%) . Рак выявлен у 36 (7%).

С целью улучшения визуальной картины и ее трактовки, а затем и прицельной биопсии из патологически измененных участков, а также для определения точных границ поражения, выявления минимальных, на первый взгляд поверхностных, изменений слизистой оболочки ЖКТ использовали метод хромоскопии. Эндоскопическое исследование во всех наблюдениях сопровождалось обязательным взятием из зоны патологического образования фрагмента ткани для морфологического исследования.

В процессе морфологического изучения гастробиопсий было обнаружено 279 (54%) случаев эпителиальной дисплазии и 89 (17%) случаев кишечной метаплазии,

причем легкая дисплазия встретилась в 109 (21%) случаях, средняя в 98 (19%), тяжелая в 72 (14%).

За время динамического наблюдения за группой больных с предраковыми изменениями слизистой оболочки удалось проследить динамику выявленных изменений у 114 больных, из них дисплазией составили 89 пациента, с кишечной метаплазией – 25. Прогрессирование эпителиальной дисплазии было отмечено у 10 (11%) больных, стабилизация процесса отмечена у 28 (32%) и обратному развитию подверглось 51 (57%) случаев эпителиальной дисплазии. Эпителиальная дисплазия на фоне предшествующей кишечной метаплазии за время динамического наблюдения была выявлена у 6 (26%) больных.

При проведении нашей работы и анализе ее результатов большое значение уделяется использованию всех возможностей для выявления и установления наличия участков метапластических и неопластических изменений слизистой оболочки пищевода и желудка.

Многочисленные клинические, морфологические и эндоскопические исследования позволяют сделать вывод, что исходные изменения слизистой оболочки имеют определенное значение в развитии рака желудочно-кишечного тракта.

По данным ВОЗ из 100 заболевших раком желудка лишь только 6-7 человек доживают до 5 лет и 1-2 до 10 лет. Около 50% больных РЖ умирают в течение первого года с момента установления диагноза. Но есть и другая статистика: если рак желудка оперировать на ранней стадии, то 5-летняя выживаемость по сводной статистике японских авторов равна 90%, а 10-летняя – 80%. Таким образом, сегодня и в ближайшем обозримом будущем, только ранняя диагностика является реальным фактором продления жизни больного.

#### ***РОЛЬ УШИБА ЛЕГКИХ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ***

**Мизиев И.А., Зекореева Л.И.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии  
Нальчик, Россия

Одной из актуальных проблем хирургии сочетанных торакальных травм является диагностика повреждений внутренних органов груди. Наиболее неблагоприятным повреждением легких при тяжелой сочетанной травме является острый респираторный дистресс-синдром взрослых (ОРДСВ), при котором летальность может достигать 90%.

В последние годы РДСВ расценивается как одно из проявлений полиорганной недостаточности, причем развернутая клиническая картина с нарушением вентиляционно-перфузионных отношений и рефрактерной гипоксемией при тяжелых сочетанных травмах наблюдается, как правило, начиная с 3-4 суток после повреждения, то есть в раннем послешоковом периоде. Ведущее звено патогенеза поздних стадий РДСВ, по современным воззрениям, - увеличение проницаемости эндотелия микрососудов легких под влиянием различных медиаторов.

Факторами, способствующими развитию РДСВ, являются тяжесть травмы, особенно груди, массивная кровопотеря, переломы длинных трубчатых костей, массивные гемотрансфузии.

РДСВ должен быть заподозрен при появлении дыхательной недостаточности, усугубляющейся, несмотря на повышенные концентрации  $O_2$  во вдыхаемой смеси. В настоящем исследовании диагноз РДСВ устанавливали по величине отношения  $PaO_2/FiO_2$ . Если этот показатель превышал 150, то регистрировался РДСВ. Диагностика дополнялась определением показателей насыщения гемоглобина кислородом и респираторного индекса (РИ), наиболее полно отражающих нарушение диффузии газов.

С целью определения влияния ушиба легких на развитие РДСВ проведен анализ его частоты у пострадавших с сочетанными травмами груди. Для сравнения были выделены 2 группы: 1-ая состояла из 36 пострадавших с ушибами легких, 2-ая включала 38 пациентов без травмы легких. По тяжести травмы, в соответствии со шкалами ВПХ представленные группы были вполне сопоставимы. Исследования показали, что в группе с ушибом легких РДСВ развился у 4 (11,1%) пострадавших, во 2-й группе он диагностирован у 1 (2,6%) пациентов.

В группе пострадавших с ушибом легких частота развития РДСВ в 3 раза превысила аналогичный показатель в группе без травмы легких.

Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют о приоритетной роли ушиба легких в развитии РДСВ. По-видимому, это объясняется тем, что изначально поврежденная паренхима легких является благоприятной основой для ее вторичного поражения. Поэтому своевременная диагностика и рациональная интенсивная терапия ушиба легких – основной путь снижения частоты развития РДСВ и как следствие – уменьшения летальности в этой группе пострадавших.

**СЛОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ  
ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫМИ МАТЕРИАЛАМИ**

**Мизиев И. А., Гедгафова З.Х., Малкарова А. А.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

В статье приводятся результаты анализа причин неэффективности герниопластики местными тканями и преимущество пластики послеоперационных вентральных грыж полипропиленовыми материалами.

Насколько известно, частота послеоперационных вентральных грыж составляет около 25 % от общего числа грыж. Причиной развития служили технические ошибки во время операции, сопутствующие заболевания пациентов, благоприятствовавшие повышению внутрибрюшного давления с последующим развитием грыжи и такой фактор, как вторичное заживление раны.

До 1997 г. оперативное лечение грыж включало в себя лишь пластику местными тканями, частота рецидивов после которой составляла около 48 % на разных сроках после операции. На современном этапе эта методика применяется в случаях с малыми грыжами и при отсутствии необходимого синтетического материала, как вынужденный шаг на современном этапе. Несмотря на безошибочное выполнение операции с пластикой местными тканями сохраняется риск рецидива в связи с тем, что в зоне операции резко снижены регенеративные свойства рубцово-измененных тканей. В сравнении с тканями передней брюшной стенки здорового человека, ткани больного с грыжей дистрофически изменены и подвергаются тем большим изменениям, чем дольше грыженосительство. Герниопластика заведомо измененных тканей без дополнительного укрепления, особенно на поздних этапах, фактически обречена на рецидив. Условием пластики без натяжения тканей при исходной дистрофии последних является использование дополнительного материала в качестве протеза.

В клинике факультетской и эндоскопической хирургии за период с 2004 г. по 2008 г. выполнено 286 герниопластик с применением полипропиленовой сетки. Часто применялась методика комбинированной пластики с размещением сетки над апоневрозом, в основе которой лежит принцип ушивания грыжевых ворот край в край с последующим укреплением шва сверху эндопротезом. Во избежание длительной экссудации из оставшейся полости обязательным является широкая отслойка подкожно-жировой клетчатки от апоневроза. Для предотвращения развития сером и повышенной плазморагии в послеоперационном периоде производилось

дренирование образующейся над сеткой полости в течение 5-6 суток с активной аспирацией. С третьих суток после операции начинается процесс адаптации организма к эндопротезу, что подтверждается постепенным уменьшением количества экссудата.

Также производилось измерение уровня внутрибрюшного давления для предотвращения развития абдоминального компартмент-синдрома. В предоперационном периоде больным с большими и гигантскими грыжами, а также пациентам с ожирением, ХОБЛ, целесообразно ношение фиксирующего бандажа для предупреждения дыхательной недостаточности вследствие повышения внутрибрюшного давления. Дополнительно для изучения тканевой реакции в зоне оперативного вмешательства и наблюдения за формированием соединительно-тканной капсулы вокруг сетки с апоневрозом, больные подвергались ультразвуковому методу исследования на 3, 10 сутки и, предположительно, отдаленные результаты должны быть зафиксированы через 6 месяцев. С начала 2008 г. нами было обследовано 45 пациентов после грыжесечения с пластикой полипропиленовой сеткой. При этом выявлено нарастание отека местных тканей и инфильтрации в месте имплантации полипропиленовой сетки на 3 сутки с постепенным снижением реактивного воспаления к 9-10 суткам и началом формирования соединительно-тканной капсулы. В ранние сроки возможно формирование так называемых сером за счет плазморрагии и отека окружающих тканей. На 3 сутки у 73 % больных количество раневого отделяемого, не превышавшего 50 мл в случаях с вентральными, к 9-10 суткам отделяемого не было, что также подтверждалось УЗИ. При изучении реакции местных тканей в месте имплантации материала отмечено, что пик воспалительных реакций приходился на 3-е сутки, а постепенное их снижение отмечалось на 7-е сутки. Полное угасание реактивных изменений в зоне операции наблюдалось к 15-16 суткам. В исследуемой группе мужского пола после грыжесечения соединительно-тканная капсула была заметно толще в размерах, нежели в случаях с группой старшего возрастного состава. В первом случае этот параметр колебался от 9 до 16 мм, во втором составил 6-9 мм. Возможным объяснением этого является наличие более целостных анатомических структур в молодом возрасте. Отсутствие различных осложнений в послеоперационном периоде позволяет судить о совместимости полипропиленового эндопротеза с тканями человеческого организма.

Вывод: технически правильно выполненная герниопластика в сочетании с адекватным пред- и послеоперационным ведением больного снижает число рецидивов к нулевому показателю.

**ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ****Мизиев И.А., Дабагов О.Ю.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

Интерес хирургов к проблеме кровоточащей гастродуоденальной язвы не ослабевает и в наши дни. Причиной является то что, результаты его лечения, по-прежнему не удовлетворяют медиков, что обусловлено высокой летальностью при них. В последнее время разработано большое количество эндоскопических методов остановки желудочно-кишечных кровотечений (диатермокоагуляция, клипирование сосудов, склеротерапия, аппликация и т.п.). Однако известно что, эндоскопический гемостаз эффективен лишь у части больных, а срок его стабильности исчисляется часами. Летальность после оперативных вмешательств на высоте кровотечения при рецидивах остаётся на недопустимо высоком уровне и составляет 33-34%. Учитывая выше изложенное, мы считаем, что эндоскопический метод обследования играет неоспоримо высокую роль в верификации диагноза язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки осложнённой кровотечением. Эндоскопические методы остановки желудочно-кишечных кровотечений являются важным и необходимым этапом в лечении больных с геморрагиями в гастродуоденальной зоне.

В работе представлен анализ нашего клинического опыта и результатов научных изысканий, касающихся формирования оптимальной хирургической тактики при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях.

В клинике применяется методика прогнозирования рецидива состоявшегося кровотечения (спонтанно остановившегося или остановленного эндоскопически), результаты которого играют определяющую роль в выборе дальнейшей тактики лечения таких больных. При прогнозировании рецидива кровотечения учитывались такие данные как, клинико-эндоскопическая оценка геморрагии и оценка общего состояния больных по системе APACHE II.

Клинико-эндоскопическая оценка интенсивности кровопотери производилась по классификации FORREST, которая выделяет три степени активности кровотечения: 1) продолжающееся кровотечение; 2) состоявшееся кровотечение с неустойчивым гемостазом; 3) состоявшееся кровотечение с устойчивым гемостазом.

Вероятность раннего рецидива при неустойчивом гемостазе, по данным разных авторов, составляет 50-79%, при устойчивом менее 5%. За период с 2000 по 2009г. в

клинике пролечено 233 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки осложнённой кровотечением. Оценивая состояние больных по описанной методике, мы выделяли три степени риска рецидива кровотечения. Больные с первой степенью подлежали экстренному оперативному вмешательству, со второй степенью, отсроченному, после адекватной предоперационной подготовки, больные с третьей степенью лечились только консервативно. Из общего числа больных оперировано 69 (29,6%), из них, 20 (29 %) больных были с первой степенью риска, 35 баллов по системе АРАСНЕ II, 49 (71 %) со второй, 20-24 балла. Для ориентирования в выборе метода операции, мы выделяли две основные группы, состояние которых оценивалась по системе АРАСНЕ II. Первая группа – больные молодого и среднего возраста (до 60 лет), не имеющие серьёзных сопутствующих заболеваний, 40 (58%). Больным этой группы всегда проводились радикальные операции. Выбор метода оперативного лечения в данной группе мы проводили в соответствии с классификацией язв Джонсона. При первом типе, в этой группе больных выполнялась классическая резекция желудка 10 (25%). При втором типе выполнялась стволовая ваготомия с антрумэктомией 12 (30%) или классическая резекция желудка 9 (24,8%) больных. При третьем типе, тактика была аналогична второму типу язв, оперированы 9 (5,1%) больных.

Вторая группа – больные с крайне неустойчивыми показателями гемодинамики, тяжёлой сопутствующей патологией, наличием выраженных конкурирующих заболеваний 29 (42%). По шкале АРАСНЕ II эти больные получали 25 баллов и выше. Экстренная операция в данной группе больных была направлена на остановку кровотечения и была минимальна по объёму, (гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы), 9 (31%) больных. При локализации язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки предпочтение отдавалось стволовой ваготомии, иссечению язвы и пилоропластике по Финею 11 (38%). При трудных, низких, пенетрирующих язвах производилась стволовая ваготомия с прошиванием кровоточащего сосуда и пилоропластикой по Финею 6 (20,7%) больных. 2 (6,7%) больным произведена вынужденная резекция на выключение, выполняя вмешательства на открытой культе двенадцатиперстной кишки с обязательным прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы. Один больной, в возрасте 81 года (по шкале АРАСНЕ II больше 35 баллов) с тяжёлой сердечно-сосудистой патологией, умер при попытке прошить кровоточащий сосуд по витальным показаниям.

Таки образом, дифференцированный выбор хирургической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях с учётом тяжести кровотечения и результатов



эндоскопического исследования позволяет, исключить необоснованные, травматичные оперативные вмешательства с одной стороны, и оказать необходимую своевременную, квалифицированную хирургическую помощь с другой стороны.

### ***ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КБР***

**Мизиев И.А., Тутуков А.Б., Дыгов В.М., Базиев З.М.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

В настоящее время во всех областях хирургии широко распространяется миниинвазивная техника оперативных вмешательств, которая не обошла стороной и торакальную хирургию. Диапазон эндоскопических торакальных оперативных вмешательств, при которых используется торакоскопическая техника, широк. Считается, что до 70% торакальных операций возможно выполнять торакоскопически. Сегодня торакоскопические операции применяют при спонтанном пневмотораксе и буллезной эмфиземе легких, опухолях грудной полости, бронхоплевральных свищах, в кардиохирургии и во многих других областях. В лечении спонтанного пневмоторакса торакоскопия признана «золотым стандартом».

Перспективным является применение торакоскопии при ранениях органов грудной клетки. По мнению многих авторов торакоскопия эффективна в выявлении ранений диафрагмы в 98% случаев, в эвакуации гемоторакса - в 90%, при остановке внутриплеврального кровотечения - в 82%. При этом в 62% случаев удается избежать напрасной торакотомии или лапаротомии; осложнения торакоскопии отмечены в 2% случаев, а летальность составила 0,8%.

В настоящее время существуют две разновидности малоинвазивных интраторакальных вмешательств: торакоскопические, при которых торакоскоп и инструменты вводят в плевральную полость через торакопорты; и операции с видеосопровождением, когда миниторакотомию (5-6 см), используемую для удаления резецированного фрагмента в конце торакоскопической операции, выполняют в начале вмешательства, что позволяет иметь двойной обзор оперируемой зоны и использовать традиционные инструменты. Несмотря на оптимистичный настрой ряда авторов торакоскопические вмешательства имеют и свои противопоказания.

Абсолютными противопоказаниями являются: наличие грубых плевральных сращений. Относительные противопоказания: общесоматические (наличие

сопутствующей патологии, обуславливающей высокий риск проведения наркоза и хирургического вмешательства); распространенность процесса, вызывающая сомнения в возможности выполнения необходимого объема операции средствами эндоскопической хирургии (эндоскопическая операция может быть применена, только при условии обеспечения возможности ее конверсии в открытое вмешательство).

Цель исследования: определение роли видеоторакоскопии при оказании специализированной хирургической помощи у пациентов с различными заболеваниями и травмами органов грудной клетки.

Материал и методы: За последний год в нашей клинике произведено 40 торакоскопических вмешательств. Все больные поступили по экстренным показаниям. Из них 30 мужчин и 10 женщин, трудоспособного возраста от 25 до 50 лет. С травмами грудной клетки и гемотораксом поступили 30 пациентов, в 8 случаях спонтанный пневмоторакс, 1 эмпиема плевры, 1 повреждение пищевода. Всем им были произведены торакоскопические вмешательства или операции с видеосопровождением.

Результаты и обсуждение: У больных с травмами грудной клетки, в основном переведенные из других лечебных учреждений на 10 – 30 сутки с момента получения травмы, обнаружен свернувшийся гемоторакс. Проводились торакоскопические вмешательства: ликвидация свернувшегося гемоторакса, декорткация легкого, санация плевральной полости в 24 случаях. В 6 случаях декорткация легкого проводилась под видеоконтролем через миниторакотомию. Больные после этих вмешательств выписаны из стационара на дальнейшее амбулаторное долечивание в среднем через 7 дней.

Торакоскопическое оперативное пособие проводилось также в 8 случаях при спонтанном пневмотораксе. В 6 случаях выявлены кисты легкого, произведены атипичные резекции легкого (в 3 случаях торакоскопически, в 3 через миниторакотомию под видеоконтролем), в 2 случаях конверсия в связи с наличием выраженных плевральных сращений в зоне интереса. После торакоскопических вмешательств больные выписаны на амбулаторное долечивание через 5-7 дней. После торакотомий через 10-12 дней.

У одной больной с повреждением пищевода проводилась торакоскопия с диагностической целью, для диагностики послеоперационных осложнений (ранее проводилось ушивание раны пищевода на фоне медиастенита). В связи с ухудшением состояния произведена диагностическая видеоторакоскопия. Выявлен медиастенит, абсцесс заднего средостения. Произведена правосторонняя торакотомия, вскрытие и дренирование абсцесса заднего средостения. Больная умерла на 5 сутки.

В одном случае эмпиемы плевры выполнена торакоскопическая санация плевральной полости, декортикация легкого. Больной выписан в удовлетворительном состоянии через 3 недели после оперативного вмешательства.

**Выводы:** Преимущества торакоскопических операций неоспоримы: видеоторакоскопический инструментарий обеспечивает хороший обзор оперируемой зоны, дает возможность коллегиального обсуждения сложившейся ситуации; возможность ретроспективного анализа видеозаписи; меньшая болезненность в послеоперационном периоде; ранняя послеоперационная активность; укорочение сроков госпитализации, что учитывая трудоспособный возраст имеет большое значение; единственный летальный случай не связан с проведением самого исследования, а является исходом основной патологии.

#### ***ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ***

**Мизиев И. А., Мисроков М.М., Дабагов О. Ю., Гедгафова З. Х., Байчоров Б.И.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

За последнее десятилетие достигнуто значительное улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами. Подобные результаты стали возможны благодаря внедрению в практику современных технологий, как применение качественных синтетических материалов.

Преимущества применения протезирующих методик пластики послеоперационных грыж признаны в настоящее время большинством хирургов.

Длительный опыт использования для герниопластики исключительно местных тканей, как методики создания дубликатуры тканей и сопоставления апоневроза край в край, продемонстрировал плачевные результаты- от 22 до 60 % рецидивов при наблюдении за больными около 5 лет. Только при операциях по поводу небольших грыж количество рецидивов не превысил 10 %.

Основой выполнения герниопластики со временем стал принцип сшивания тканей без натяжения. Его соблюдение радикально меняет условия заживления раны после пластики. Это очень важно для профилактики сердечно-сосудистых и легочных осложнений после операции.

Протезирующие методики герниопластики из традиционного доступа разделяются на три группы: комбинированная пластика с надапоневротическим размещением протеза (onlay), комбинированная пластика с прдбрюшинным или подмышечным расположением протеза (sublay) и закрытие дефекта брюшной стенки синтетическим материалом (inlay).

Общим правилом для всех протезирующих методик является выкраивание протеза такого размера, чтобы после фиксации он перекрывал дефект брюшной стенки или линию шва на 5 см в каждом направлении. Другой важной особенностью является закрытие протезом не только грыжевых ворот, но и всего рубца после ранее выполненной операции, Это предотвращает появление грыжи вновь рядом с прооперированной. Фиксировать протез по периметру лучше монофиламентными нитями слегка внатяг для предотвращения формирования полостей под протезом.

В клинике факультетской и эндоскопической хирургии за период с 2004 г. по 2008 г. выполнено 286 герниопластик с использованием полипропиленовой сетки. Возраст больных колеблется от 23 до 85 лет. Если в 2004 г. количество этих больных составляло 3, то в 2008 г. он достиг 164. Это свидетельствует о том, что с каждым годом все большее число больных оперируются с применением новых материалов. Показаниями к операции служат грыжи различной локализации, первичные и рецидивирующие. При делении грыж по локализации ведущее место принадлежит паховым грыжам, которые составили 51,3 % (147 больных) от общего числа. На втором месте вентральные грыжи- 37,7 % (108 больных). Остальные 11 % ( 31 больной) пришлось на долю грыж белой линии живота и пупочных грыж.

Все больные до операции были обследованы. В случае выявления сопутствующих заболеваний, особенно способствующих грыжеобразованию, проводилось дооперационное лечение этих нозологий до достижения компенсации. Непосредственно перед операцией проводилась антибиотикопрофилактика (цефалоспорины II- III поколений) и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

В случаях с паховыми грыжами применялась методика Лихтенштейна. При пупочных грыжах- методика onlay (83 %), при послеоперационных- inlay (32 %) и при невозможности предыдущих методик- sublay (9 % ). Для уменьшения объема образующейся полости после фиксации сетки к апоневрозу, подкожную жировую клетчатку подшивали к эндопротезу и апоневрозу в шахматном порядке. Полость, остающуюся по срединной линии, дренируем по Редону для оценки характера раневого

отделяемого в послеоперационном периоде. В случае появления признаков воспаления дренаж промывался растворами антисептиков.

Также целесообразно применение сетки у больных с гигантскими вентральными грыжами, так как этой категории больных невозможно выполнить натяжную герниопластику. При ее использовании возрастает риск развития абдоминального компартмент- синдрома вследствие уменьшения объема брюшной полости.

Выводы: современные методы герниопластики прочно вошли в хирургическую практику. Опыт применения данных операций за 5 лет свидетельствует об их эффективности, безопасности, надежности и удобстве применения. На данном этапе можно утверждать, что герниопластика с применением синтетических материалов стала общепринятым стандартом в оперативном лечении грыж.

#### ***ШКАЛЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ***

**Мизиев И.А., Мисроков М.М., Ахкубеков Р.А., Ошроев М.М.**

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Нальчик, Россия

Цель исследования. Выяснить возможности шкал объективизации состояния больных при распространенном перитоните.

Материалы и методы. С этой целью для сравнения были взяты следующие группы больных: первая - в которой применялся метод управляемой лапароскопии изначально (лапароскопия по программе) – 31 пациент; вторая, операция при которой завершалась ушиванием брюшной полости с дренированием – 91 больной; третья – лапароскопия была наложена после релапаротомии («лапароскопия по требованию») – 27 пациентов. Причинами перитонита были тяжелые сочетанные травмы органов брюшной полости, перфоративная язва желудка и 12 п.к., острая кишечная непроходимость, ущемленные грыжи брюшной стенки, острый аппендицит, осложнения после операций на органах брюшной полости (несостоятельность анастомозов, ушитых ран кишки, некрозы органов и т.д.).

Для объективизации состояния больных использовались шкалы APACHE II, MODS, Мангеймский индекс перитонита и измерение внутрибрюшного давления.

Лапароскопию мы выполняли с помощью протекторных швов. Количество санаций колебалось от 2 до 14. Интервал между санациями составлял 24-72 часа. В этот

период больные находились в реанимационном отделении, где получали массивную антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную терапию, нутритивную поддержку, плазмо- и гемотрансфузии по показаниям. Внутривнутрибрюшное давление измерялось закрытым способом через мочевого пузыря. Биоптаты брюшины брались во время каждой санации брюшной полости, биоптаты печени – во время первой и последней санации.

Результаты. Из 31 случаев первой группы в 9 (29 %) развился летальный исход, во второй группе умерло 17 больных (19 %); в третьей группе – 15 больных (55 %). Причиной было развитие полиорганной недостаточности на фоне развития септического состояния. В 4 случаях причиной летальной полиорганной недостаточности стало развитие абдоминального компартмент-синдрома, прогрессирующей, несмотря на декомпрессию брюшной полости.

Анализ летальности в зависимости от дооперационной оценки по шкале APACHE II показал, что видимое преимущество при использовании этапных санаций брюшной полости имеется при дооперационной оценке от 11 до 15 баллов по шкале APACHE II. Если же баллы выше 16 – судить о выборе методики по степени полиорганной недостаточности нельзя. Обращает на себя внимание высокая летальность в третьей группе, т.е. у больных, которым наложение лапаротомии было вынужденным во время повторной операции.

Дооперационная оценка по шкале MODS и связь ее показывает ту же тенденцию, что не удивительно – опять сравнивается летальность и степень полиорганной недостаточности.

Оценки по МИП до операции и связь с летальностью показывает преимущество этапных санаций брюшной полости имеется при баллах МИП от 20 до 29 в первой группе. В случае релапаротомий «по требованию» летальность выше, чем в первой и второй группах, при баллах больше 21.

Выводы. Таким образом, применение программированной лапаротомии наиболее оправдано при сочетании указанных показаний с дооперационной оценкой по APACHE II от 11 до 15 баллов, MODS – 3-9 баллов, МИП – 20-30 баллов. При баллах выше указанных значений выбор хирургической тактики сложен и нельзя говорить об очевидном преимуществе определенной методики. При этом следует отметить, что больные с высокими баллами МИП (например, 30 баллов) и невысокими APACHE II (12 баллами) и MODS (8 баллами) имеют лучший прогноз, чем больные с небольшими значениями МИП (21 балл) и средними APACHE II (16 баллов) и MODS (10 баллов). Это говорит в пользу того, что ведущим признаком летальности больных с перитонитом

является полиорганная недостаточность. В то же время выраженная тяжелая полиорганная недостаточность является состоянием, при котором применение лапаростомии может еще более ухудшить состояние больных. Поэтому при высоких баллах APACHE и MODS необходимость в применении лапаростомии существует тогда, когда необходим контроль за источником инфекции. В случае, если возможно удаление источника инфекции за одну операцию, применять санационную лапаростомию не следует.

Также отсюда следует вывод, что указанные шкалы не являются строго специализированными для выбора тактики лечения при разлитом перитоните. Необходимо создание алгоритма и выработка конкретных рекомендаций для определения операционной тактики с использованием концепции абдоминального сепсиса, шкал APACHE II и МИП.

***РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫМИ ИНФИЛЬТРАТАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ***

**Борсуков А.В.<sup>1</sup>, Бельков А.В.<sup>2</sup>, Игнатъев С.П.<sup>2</sup>**

1) ПНИЛ СГМА «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии»

2) Смоленская государственная медицинская академия, кафедра факультетской хирургии

Смоленск, Россия

Целью исследования явилось изучение применения различных частот низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном хирургическом лечении воспалительных перивезикальных инфильтратов.

Клинические случаи и методы. В клинике факультетской хирургии СГМА проведено обследование 40 пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным околопузырным инфильтратом. Лазеротерапию инфильтрата осуществляли лазерным аппаратом «Улей 2КМ». Все пациенты разделены на 3 группы: больные 1-ой группы получали лазеротерапию в режиме 8 тысяч Гц, больные 2-ой группы – 24 тысячи Гц, 3-я группа контрольная (лазерное излучение не применяли).

Результаты. Эффективность лазеротерапии оценивали по клиническим, лабораторным и инструментальным критериям.

По нашим наблюдениям, болевой синдром после применения низкоинтенсивного лазерного излучения (группа 2), был выражен умеренно (интенсивность боли 5, 2±0,3

балла по международной визуально-аналоговой шкале (Rudkin G.F.)) и требовал применения ненаркотических анальгетиков в течение 3-х суток с момента поступления и с 4-ых суток необходимости в медикаментозном обезболивании не было. В то время как в группах больных, получавших стандартное лечение или лазерные процедуры с частотой 8 тыс.Гц (группы 3 и 1) назначение ненаркотических анальгетиков требовалось на протяжении 4-х и более суток (интенсивность боли  $5,1\pm 0,3$  и  $4,2\pm 0,4$  балла соответственно), с последующей постепенной их отменой.

В периферической крови больных 2-й группы на 3-и сутки нахождения в стационаре показатели лейкоцитов пришли к норме ( $8,5\times 10^9/\text{л}\pm 0,4$ ), однако наблюдался палочкоядерный сдвиг формулы ( $6,0\pm 0,8$ ), который полностью нормализовался к 5-м суткам. В 1-ой группе больных, получавших процедуры лазерного излучения с частотой 8 тыс.Гц, величина показателей лейкоцитов в периферической крови на 3-и сутки в среднем составила  $10,1\times 10^9/\text{л} \pm 0,5$ , нормализовалась к 4-м суткам; у больных 3-й группы на 3-и сутки динамика снижения показателей лейкоцитов была незначительной, в среднем  $11,3\pm 0,6\times 10^9/\text{л}$ . Полученные результаты указывали на скорейшее снижение лейкоцитоза у больных, получавших воздействие лазерного излучения с частотой 24 тыс.Гц, по сравнению с больными 1-й и 3-й группы ( $p<0,05$ ).

Клинический положительный эффект лазеротерапии острого холецистита, осложненного околопузырным инфильтратом, был подтвержден при контрольном ультразвуковом исследовании. Выявлено, что околопузырный инфильтрат, выявлявшийся в виде дополнительной эхо-структуры около желчного пузыря, уменьшался в размерах и позволил дифференцировать наружный контур стенки желчного пузыря в области шейки, элементы гепатодуоденальной связки. Это послужило ориентировочным показателем для выбора срока оперативного вмешательства.

Заключение. Таким образом, лазеротерапия в комплексном лечении острого холецистита, осложненного околопузырным инфильтратом является эффективным неинвазивным методом, причем эффективность возрастает с увеличением частоты излучения.



**ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ С ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОМ «РАДАХЛОРИН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ****Долидзе Д.Д., Мумладзе Р.Б., Герцен А.В., Нуждин О.И., Джигкаев Т.Д., Решетников А.В., Хамукова О.С., Дзукаева Н.Т., Гобеев С.В., Габулов Д.А.**

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии Москва, Россия

В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости тиреоидной патологией. Среди больных с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ) преобладают пациенты с узловым нетоксическим зобом (УНЗ).

Одним из основных методов лечения пациентов с УНЗ является хирургический. Оперативное вмешательство на ЩЖ, несмотря на многолетний опыт его выполнения, все еще является одним из самых сложных в хирургии. Об этом свидетельствует большое количество разнообразных осложнений, развивающихся после подобных операций.

В последние годы у больных с УНЗ стали использоваться альтернативные малоинвазивные методы лечения. К ним относятся склерозирование этанолом и лазерная деструкция опухолевидного образования.

В данной работе показаны результаты лечения больных с УНЗ с применением предложенного нового малоинвазивного метода, основанного на принципе фотодинамического воздействия. Мы использовали фотосенсибилизатор второго поколения «Радахлорин», активным веществом которого является хлорин  $E_6$ . «Радахлорин» вводили интранодулярно под ультразвуковым наведением с трансгистоиллюминационным и интранодулярным подведением лазерного излучения с длиной волны 662 нм. Данные методики были применены у 37 больных с УНЗ. Размеры узловых образований составляли 1-2 см в диаметре. Все пациенты до хирургической манипуляции были полностью обследованы с уточнением цитологических особенностей.

Следует отметить, что за 2 года наблюдения у всех больных отмечается положительная динамика после проведенных манипуляций, которая выражается в улучшении эхографических данных.

Таким образом, предложенные новые методы малоинвазивного хирургического лечения с фотодинамическим воздействием у ряда больных с УНЗ могут стать реальной и эффективной альтернативой существующим методам лечения больных данной категории.

***ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «МИЛАЙФ».*****Галабуева А.И., Льянова Д.К., Слонова В.М., Л.В. Цокова**Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова  
Владикавказ, Россия

Актуальность. Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, недостаточная эффективность терапии обуславливают актуальность дальнейшего совершенствования методов лечения этой патологии. Поиск иммунокорректоров, обладающих иммуномодулирующим, антимикробным и противовоспалительным эффектами - чрезвычайно важная проблема для всей стоматологии и для лечения больных пародонтитом, в частности.

Цель: клиническая и микробиологическая оценка эффективности лечения хронического пародонтита средней степени тяжести с применением препарата «Милайф» - адаптогена с иммуномодулирующей, антибактериальной и противовоспалительной активностью.

Методы: Проведено клиническое, рентгенологическое и микробиологическое обследование 40 больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Состояние тканей пародонта оценивали при помощи пародонтальных индексов ОН I-S, РМА, РВІ, SBI, определяли степень подвижности зубов и глубину пародонтальных карманов. При микробиологическом исследовании изучали качественный состав микробной флоры пародонтальных карманов. Лечение пародонтита осуществляли по общепринятой методике с использованием трех его этапов (начальное, основное, поддерживающее). После проведения диагностических исследований, составления плана лечения и информированного согласия пациентов, проверяли уровень гигиены полости рта, обязательно проводили инструктаж по правилам чистки зубов ее кратности и методике. По показаниям – лечение кариеса и его осложнений, коррекция пломб, восстановление нарушенных контактных пунктов, коррекция мягких тканей преддверия полости рта. При наличии супраконтактов использовали метод функционального избирательного шлифования. Зубы с подвижностью II степени шинировали с использованием композиционных материалов или системы «Ribbond» и др. Местное лечение включало ирригацию растворами антисептиков, аппликации лекарственных средств, содержащих противовоспалительные и антибактериальные компоненты (индометацин, метронидазол, бутадион). После проведения комплекса предварительной противовоспалительной терапии, подтвержденных данными стабильных хороших

показателей гигиены, в течение 2-4 недель осуществляли оперативные вмешательства на пародонте. Системно для перорального приема по данным антибиотикограммы назначали макролиды и общеукрепляющий иммуномодулирующий препарат-адаптоген Милайф по схеме.

Состояние пародонта у обследованных оценивали до лечения, через 7, 14, 21-28 дней после проведения комплекса лечебных мероприятий, через 3, 6, 12 месяцев

**Результаты:** во всех случаях наблюдалась стойкая ремиссия заболевания. Статистически достоверным было снижение индексов ОНI-S, РМА, РВI, SBI. Выявлена тенденция к уменьшению глубины пародонтальных карманов со снижением микробного числа основных пародонтопатогенных видов. При анализе рентгенологических данных определяли четкие ровные края альвеолярной кости с более плотной структурой, чем до лечения.

**Выводы:** многосторонние фармакологические свойства препарата «Милайф» позволяют качественно повысить эффективность комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, подтверждаемого достоверным снижением показателей лабораторных и стоматологических индексов на 3-х этапах лечения.

#### ***СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.***

**Галабуева А.И., Льянова Д.К., Слонова В. М., Л.А. Дзагурова**  
Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова  
Владикавказ, Россия

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. Многочисленные исследования по совершенствованию диагностики и лечения пародонтита подтверждают высокую распространенность заболевания. Пародонтит является главной причиной потери зубов, что определяет повышенное внимание исследователей к вопросу диагностики и лечения данного заболевания.

Особую роль в развитии пародонтита играет микробный фактор, который усиливает механическая нагрузка, супраконтракты, приводящая к разрушению тканей пародонта. Общие заболевания отягощают интенсивность первично возникшей воспалительной реакции, в этой связи процессы воспаления и деструкции тканей усиливаются, а процессы регенерации замедляются. Кроме того, на фоне комплекса сниженных специфических и неспецифических реакций организма, как местных, так и

общих, резко угнетается метаболизм тканей пародонта. Вместе с тем, эффективность лечения в значительной степени зависит от использования средств, оказывающих позитивное влияние на иммунную систему человека - иммуномодуляторов, в том числе, их местное применение.

Применение лекарственных препаратов в лечении пародонтита должно быть обоснованным и последовательным: местная и общая противовоспалительная терапия; механическая обработка, устранение причинного фактора; использование средств патогенетической терапии с учетом клинической картины. В последнее время для лечения хронического генерализованного пародонтита применяется много различных лекарственных средств, но наиболее целесообразным является использование антибактериальных препаратов с пролонгированным действием. Среди отечественных лекарственных веществ обладающими такими фармакологическими свойствами, мы выявили следующие препараты: «ППА-3-РАД» (с дексаметазоном, метронидазолом, метилурацилом), пленка «ДИПЛЕН-ДЕНТА К» (с фосфатом клиндамицина)

Целью исследования явилась оценка эффективности последовательного применения препаратов «ППА-3-РАД» и «Диплен- Дента К» в комплексной терапии хронического пародонтита легкой степени.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 48 больных в возрасте от 21 года до 56 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.

Определяли индекс CPITN; гигиенические индексы; индексы ПМА и кровоточивости РВи, глубину пародонтальных карманов, микробное число и частоту выделения пародонтопатогенных видов.

Анамнез данных опроса обследованных больных характеризовался высоким инфекционным индексом У 40 больных (83.3%) пародонтит протекал на фоне сопутствующих заболеваний бактериальной этиологии (хронические заболевания ЖКТ, почек, печени, легких). У 8 (1,7%) - соматической патологии органов и систем не выявлено. При рентгенологическом обследовании (ортопантомограмм) выявлены отсутствие компактной пластинки, снижение вершин межальвеолярных перегородок до 1/3 их высоты, очаги остеопороза, также отмечены расширения периапикальной щели.

Лечение пародонтита осуществляли по общепринятой методике с использованием терапевтических, хирургических методов.

После проведения диагностических исследований, составления плана лечения и информированного согласия пациентов, их обучали правилам индивидуальной гигиены. Терапевтические мероприятия включали лечение кариеса зубов и его

осложнений, коррекцию пломб, восстановление нарушенных контактных пунктов. При наличии супраконтактов использовали метод функционального избирательного пришлифовывания. При консервативном местном лечении хронического пародонтита легкой степени тяжести пациентам проводили профессиональную гигиену-снятие зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата «Pieson-Master 400», антисептическую обработку, полирование поверхности зубов, проведение кюретажа пародонтальных карманов, системное и местное применение антибактериальных (в том числе антибиотикотерапия) и регенерирующих средств. Через 7,14 дней, 3 и 6 месяцев проводили клинко-микробиологическую оценку лечения. Анализ отдаленных результатов диспансерного наблюдения проводили через 12 месяцев после лечения.

В зависимости от применяемых схем дифференцированного лечения пациенты распределены на следующие группы.

1 (основную) группу составили 28 пациентов с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести в возрасте от 21 до 56 лет (11 мужчин и 17 женщин).

Местное противовоспалительное лечение включало аппликацию лекарственных средств, содержащих высокоактивные противовоспалительные антибактериальные и иммуностропные компоненты (дексаметазон, метронидазол, метилурацил), находящихся в пасте-повязке «ППА-3 РАД» (Радуга-Р) на 30-40 минут (3-5сеансов). Затем после повторной антисептической обработки раствором на слизистую пародонта фиксировали пленку «Диплен-Дента К» (с фосфатом клиндамицина) фирмы НордОст.

Использовать адгезивную пленку рекомендовали пациентам и в домашних условиях после чистки зубов на ночь.

2 группу (сравнения) составили 20 пациентов с хроническим пародонтитом легкой степени в возрасте от 21 до 56 лет (8 мужчин и 12 женщин).

Для местной терапии использовали традиционное лечение: антибактериальные повязки с 5% мазью «Бутадион» по 15 минут в течение 7-14 дней.

Статистическая обработка результатов исследований включала определение процента штаммов определенного вида при расчете структуры ассоциаций бактерий, выделенных у больных основных групп сравнения, а также частоты выявления штаммов устойчивых или чувствительных к данному антибактериальному препарату.

Для показателей, характеризующих число больных, рассчитывали частоту в процентах, а для относительных величин - индексы гигиены, ПМА, кровоточивости, глубины пародонтальных карманов.

Для параметрических значений проводили расчет средней величины с вычислением средней ошибки, коэффициента Стьюдента для малой выборки данных (Т) и вероятности различий (Р). Статистически достоверной считали разницу при значении  $P < 0,05$  (Крамер, 1981). При статистической обработке данных использованы компьютерные программы Biostat Excel для Microsoft/

Результаты. Состояние десны у обследованных первой группы оценивали до лечения, через 7,14 дней после проведения комплекса лечебных мероприятий, через 3,6 и 12 месяцев.

Таблица 1. Оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени в динамике наблюдения больных основной группы ( $M \pm m$ )

Параметры	Индекс гигиены	ПМА	Глубина пародонтальных карманов, мм	Индексы частоты, %	
				кровооточивости десен	выделения экссудата
		До лечения			
$M \pm m$	$1,34 \pm 0,11$	$34,0 \pm 2,4$	$3,8 \pm 0,2$	28,6	28,6
N	28	28	28	8	8
		На 7-й день лечения			
$M \pm m$	$0,4 \pm 0,1^*$	$15,8 \pm 2,3^*$	$3,4 \pm 0,1$	10,7	3,5
N	28	28	28	3	1
		На 14-й день лечения			
$M \pm m$	$0,2 \pm 0,1^*$	$5,3 \pm 0,7^*$	$3,0 \pm 0,1$	0	0
N	28	28	28	0	0
		Через 3 мес после лечения			
$M \pm m$	$0,3 \pm 0,08^*$	$7,4 \pm 0,05^*$	$3,2 \pm 0,1$	0	0
N	28	28	28	0	0
		Через 6 мес после лечения			
$M \pm m$	$0,4 \pm 0,1^*$	$7,8 \pm 0,7^*$	$3,4 \pm 0,1$	3,5	3,5
N	28	28	28	1	1
		Через 12 мес после лечения			
$M \pm m$	$0,3 \pm 0,08^*$	$7,8 \pm 0,7^*$	$3,2 \pm 0,1$	0	0
N	28	28	28	0	0

\*достоверные различия по сравнению с исходными данными до лечения,  $P < 0,05$

Из данных (табл.1) видно, что непосредственно после проведения лечебных мероприятий значительно улучшилось гигиеническое состояние полости рта, уменьшились воспалительные явления в тканях пародонта, что отмечено существенными положительными изменениями всех клинических индексов ( $P < 0,05$ ): ИГ, ПМА, кровооточивости, глубины пародонтальных карманов.

Микробиологическая оценка эффективности местного лечения показала, что обсемененность пародонтальных карманов снижалась до  $2,8 \pm 0,4$ . Пародонтогенные виды выявлены лишь у 1 больного (индекс частоты встречаемости - 0,06). Детальный анализ микробного числа регистрирует четкое снижение микробной обсемененности уже на 5-7 день. Особенно важным, на наш взгляд, является продолжительность

сохранения терапевтического эффекта. С этой целью мы проводили повторное микробиологическое исследование на 14 день лечения и отмечено отсутствие увеличения степени обсемененности.

Через 3 месяца после проведенного лечения уровень гигиены полости рта оставался удовлетворительным (0,3 балла), показатель индекса гигиены значительно отличался от исходного значения 1,34 балла ( $P < 0,05$ ). Спустя 6 месяцев при обследовании у 1 пациента (3,5%) были выявлены зубные отложения светло-желтого цвета, в этой связи проведена повторная профессиональная гигиена и повторное обучение правилам личной гигиены.

После лечения значения гигиенического индекса существенно не изменялись и были на уровне 0,4 балла. У всех больных до лечения на ортопантомограммах выявлена резорбция межальвеолярных костных перегородок и снижение их высоты на  $1/3$  длины корня. Края альвеолярной кости были неровные, нечеткие. Через 6 месяцев после лечения на ортопантомограмме определяли четкие и ровные края альвеолярной кости с более плотной структурой, чем до лечения.

Через 12 месяцев проводили повторный профилактический курс (2-3 посещения) местного антибактериального лечения у всех пациентов. Отсутствие деструктивных процессов в костной ткани отмечалось у 27 (96,4%) больных. У 1-го больного, имеющего сопутствующую мочекаменную болезнь, явных улучшений не отмечено. Но, сравнительные показатели, отражающие воспаление в тканях пародонта до лечения, и полученных после проведения комплексной терапии были достоверно лучше ( $P < 0,05$ ) и свидетельствовало о стойкой эффективности проведенного лечения пародонтита с применением препаратов «ППА-3-РАД» и «Диплен - Дента К».

У пациентов группы сравнения для лечения пародонтита применяли ирригации пародонтальных карманов и аппликации на слизистую оболочку десны бутадионовой мази. На 7 день лечения индекс гигиены хотя и уменьшился, но составил  $1,1 \pm 0,1$ ; индекс ПМА составил  $20,6 \pm 2,1$ ; глубина пародонтального кармана  $3,4 \pm 0,2$ . Тенденция к снижению кровоточивости десен, выделения экссудата из пародонтальных карманов, которые составили 15,0% (табл.2).

Таблица 2. Оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени в динамике наблюдения больных группы сравнения ( $M \pm m$ )

Параметры	Индекс гигиены	ПМА	Глубина пародонтальных карманов, мм	Индексы частоты, %	
				кровоточивости десен	выделения экссудата
		До лечения			
$M \pm m$	$1,32 \pm 0,15$	$30,2 \pm 3,4$	$3,6 \pm 0,2$	25,0	25,0
n	20	20	20	5	5
		На 7-й день лечения			
$M \pm m$	$1,1 \pm 0,1$	$20,6 \pm 2,1^*$	$3,4 \pm 0,2$	15,0	15,0
n	20	20	20	3	3
		На 14-й день лечения			
$M \pm m$	$0,8 \pm 0,14^*$	$16,3 \pm 2,4^*$	$3,4 \pm 0,2$	10,0	10,0
n	20	20	20	2	2
		Через 3 мес после лечения			
$M \pm m$	$0,9 \pm 0,1^*$	$13,6 \pm 2,5^*$	$3,4 \pm 0,2$	15,0	10,0
n	20	20	20	3	2
		Через 6 мес после лечения			
$M \pm m$	$1,2 \pm 0,1$	$16,5 \pm 2,4^*$	$3,4 \pm 0,2$	15,0	15,0
n	20	20	20	3	3
		Через 12 мес после лечения			
$M \pm m$	$1,1 \pm 0,1$	$18,5 \pm 2,5^*$	$3,4 \pm 0,2$	20,0	20,0
n	20	20	20	4	4

\* достоверные различия по сравнению с исходными данными до лечения,  $P < 0,05$

К 14 дню выделения экссудата и кровоточивость выявлялись у 2 пациентов (10,0%). Показатели индекса гигиены почти не изменились, а индекс ПМА снизился до  $16,3 \pm 2,4$ . Глубина пародонтальных карманов не изменилась.

У больных пародонтитом группы сравнения отмечена незначительная динамика снижения количества микрофлоры, содержащейся в пародонтальном кармане - микробное число пародонтального кармана по своему видовому и количественному составу после лечения через 7 дней составило:  $1g \text{ КОЕ/мл} = 6,7 \pm 0,7$ , что в 2,5 раза выше, чем в 1-й группе.

Так, во 2-й группе до лечения присутствовали: бактероиды, актиномицеты, стрептококки, пептострептококки, фузобактерии и кандиды. Через 14 дней после лечения традиционным методом общая высеваемость пародонтальных бактерий не снижалась по сравнению с частотой выделения через 7 дней:  $1g \text{ КОЕ/мл} = 6,2 \pm 0,6 (P < 0,05)$ .

В содержимом пародонтального кармана была несколько снижена частота выделения *Prevotella intermedia*, *Peptostreptococcus micros*, *Actinomyces israelii*.

**Данные отдаленных наблюдений.** Через 3 месяца гигиенический индекс оставался  $0,9 \pm 0,1$ . Средние значения индекса ПМА через 3 месяца после лечения подтверждали слабую эффективность лечебного процесса в тканях пародонта ( $13,6 \pm 2,5$ ). В эти сроки у 5 больных наблюдали обострения. На это указывали индексы кровоточивости десен, выделения экссудата.



Через 6 месяцев клиническая картина, в том числе и индексная ее оценка была не стабильной, гигиенические показатели ухудшились и почти приблизились к исходным до лечения. Проведена повторная противовоспалительная терапия с повторным удалением зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата Пьезон–Мастер у 9 пациентов. Рекомендована тщательная чистка зубов. Через 12 месяцев после лечения пациенты отмечали болезненность и дискомфорт, отмечена кровоточивость десен при чистке, в том числе выделение серозно-кровянистого экссудата из пародонтального кармана. У этих же больных были выделены бактерии *Actinomyces naeslundii*, *Streptococcus micros* и *Prevotella Intermedia*.

В результате, во второй группе установлен низкий клинический эффект от проводимого местного лечения с использованием традиционных препаратов, что не привело к результативно-стойкому антибактериальному и регенерирующему действиям в области гингивальной ткани. Анализ данных клинических и микробиологических исследований показал низкую эффективность традиционного лечения, что отражали показатели всех основополагающих индексов.

Таким образом, установлено, что в первой группе наибольший эффект местной терапии отмечен при обследовании через 3 месяца после проведенного лечения, который сохранился через 6 месяцев по всем клиническим и микробиологическим параметрам, а показатель ИК отсутствовал уже к 14 дню лечения, не выявлялся через 3 месяца, и отмечен только у 1 пациента через 6 месяцев. К 12 месяцам после лечения клиническая и индексная оценка показали стабильно положительную картину. Этому способствовало и соблюдение пациентами правил гигиены по уходу за полостью рта с предварительно индивидуальным подбором средств гигиены. Среди зубных паст индивидуально рекомендовались: Пародонтол, Локалют, Пародонтакс; для очистки межзубных промежутков-применение флоссов. Пленку «Диплен –Дента К» с пролонгированным антибактериальным эффектом пациентам рекомендовали применять на ночь в домашних условиях 1 курс 5 аппликаций в 7-10 дней

Следовательно, применение пародонтальных антибактериальных паст-повязок «ППА-3-РАД» оказывает антиаллергическое действие и стимулирующие процесс регенерации гингивальной ткани при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени. Адгезивная пленка «Диплен Дента К» обладает ярко выраженным спектром антибактериального действия на резидентную пародонтопатогенную микрофлору. В результате последовательного применения этих препаратов в комплексном лечении полностью исчезали такие агрессивные виды как *Actinomyces sp.*, и устранялись клинические признаки воспаления пародонта (десен).

***РОЛЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.*****Льянова Д.К., Дроздова Г.А., Косырева Т.Ф., Слонова В.М., Галабуева А.И.**Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова  
Владикавказ, Россия

Как свидетельствуют исследования последнего десятилетия, в патофизиологии пародонтитов важную роль играет иммунновоспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитотоксинами. Повышенные уровни циркулирующих провоспалительных цитотоксинов (ФНО-0, ИЛ-6), растворимых рецепторов ФНО-0 являются предикторами активации и хронизации патологического процесса.

Системную воспалительную активацию, проявляющуюся гиперпродукцией цитокинов, рассматривают как важный фактор дестабилизации течения воспаления в тканях пародонта. В связи с этим особый интерес представляет вопрос о соотношении воспалительной активации и тяжести патологии пародонта, а так же в какой степени повышение продукции воспалительных медиаторов обусловлено дополнительными эффектами диабетического генеза.

Пародонтит часто протекает на фоне патологии различных органов и систем, что оказывает несомненное влияние на течение и прогноз воспалительно-деструктивных процессов в пародонте. У больных сахарным диабетом распространенность заболеваний пародонта достигает 95%. Интенсивное развитие иммунологических методов исследования в последние годы позволило получить убедительные данные, свидетельствующие о роли недостаточности специфических и неспецифических факторов резистентности организма в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта на фоне сахарного диабета. Наиболее выраженные изменения возникают, как известно, в клеточном звене иммунной системы. Отсутствие адекватной оценки иммунного статуса не позволяет достаточно аргументировано выработать критерии для применения иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении пародонтита. Наибольшую сложность представляет лечение больных пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести, когда глубина пародонтального кармана достигает 5-6 мм и более.

В прошлом при одновременном упоминании этих заболеваний подчеркивалось влияние диабета на возникновение и течение деструктивного процесса в пародонте. Однако современные наблюдения подтверждают факт, что и пародонтит способен существенно ухудшить прогноз заболевания диабетом (1,2). Различные эпидемиологические исследования констатируют, что диабет в 2-3 раза повышает риск

возникновения пародонтита, а также в значительной степени влияет на интенсивность и степень деструкции пародонта (3,4,5).

По данным ВОЗ, ежегодный прирост числа больных сахарным диабетом составляет 0,05% и их общее количество приближается к 1,6 млн во всем мире. В России уровень заболеваемости диабетом составляет около 7,56 %. У больных сахарным диабетом отмечается высокая степень распространенности воспалительных заболеваний пародонта, которые отличаются быстрым течением с высокой степенью деструктивных поражений. Ведущими факторами развития воспаления являются: накопление гликогена в слизистой оболочке полости рта и десне, изменение микроциркуляции, местного иммунитета и, как результат, высокая активность условно-патогенной и пародонто-патогенной флоры полости рта.

Необходимо также отметить, что и пародонтальная инфекция может неблагоприятно влиять на уровень глюкозы при диабете. Лечение пародонтита, которое уменьшает бактериальное воздействие и, следовательно, воспалительное разрушение пародонта, способствует уменьшению количества глюкозы в крови у пациентов, страдающих диабетом. Это необходимо знать больным диабетом и их лечащим врачам (в первую очередь эндокринологам), поскольку тогда становится ясна важность обследования, диагностики, лечения и профилактики заболеваний пародонта.

Цель работы – исследование уровней про- и противовоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли, интерлейкина – 1b, интерлейкина – 6 и интерлейкина – 4) у больных с пародонтитами в зависимости от наличия диабетического статуса.

Материал и методы. Обследование 69 больных с пародонтитами в возрасте 43-75 лет. У всех больных диагностирован пародонтит. Больные были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 38 пациентов с пародонтитом, во 2-ю – 31 больной с диабетом и пародонтитом. Контрольную группу составили 17 практически здоровых лиц. Уровень цитокинов (ФНО-, ИЛ - 1b, ИЛ – 6, ИЛ – 4) в сыворотке крови исследовали с помощью иммуноферментных тест-систем фирмы «Pro Con» (Россия). В комплексе инструментальных методов входили Статистический анализ проводили с использованием программы статистической обработки данных Statistika (StatSoft Inc, США).

Результаты и их обсуждение. У больных с пародонтитами по сравнению с лицами контрольной группы наблюдали изменения активности ФНО- в сыворотке крови: достоверное повышение его уровней в 1-й группе ( $P < 0,01$ ) и дальнейший существенный прирост этого показателя во 2-ой группе ( $P < 0,001$ ) (табл.1). при этом

концентрации ФНО – в сыворотке крови больных 2-й группы значительно превышали таковые не только в контрольной, но и в 1-ой группе ( $P < 0,05$ ).

Уровни ИЛ - 1b у больных обеих групп были выше, чем в группе контроля ( $P < 0,005 - 0,01$ ), у больных 1-й и 2-й групп эти показатели различались недостоверно.

Характер изменений активности ИЛ-6 в сыворотке крови существенно отличался от динамики ФНО- и ИЛ - 1b. Наиболее высокий уровень ИЛ-6 выявлен в 1-й группе, но различия в его содержании у больных 1-й группы по сравнению с контрольной и со 2-й группой не были достоверными. У больных 2-й группы концентрация ИЛ-6 в сыворотке крови практически не отличалась от таковой в контрольной.

Фагов в повреждении нормальных тканей пародонта (2,4,6), целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка функциональных характеристик нейтрофилов и макрофагов при моделировании пародонтита путем локального многократного введения ЛПС.

Нейтрофилы выделяли из периферической крови кроликов и здоровых доноров на 2-х слойном градиенте фиккола-верографина. После этого клетки дважды отмывали фосфатным буфером, pH 7,4 (PBS). Для регистрации апоптоза клетки культивировали в среде RPMI – 1640 с 10% эмбриальной телячьей сывороткой («Sigma»), 1% L-глутамина, 1% пенициллина и стрептомицина (культурная среда) при 370 C в атмосфере, содержащей 5% CO<sub>2</sub> (концентрация клеток 1x10<sup>6</sup>/мл) в течение 9 часов. Процент апоптотных и живых клеток определяли методом проточной цитометрии (с использованием флуоресцентного зонда Hoechst-33258). Реакцию адгезии ставили в 24-х луночных плоскодонных планшетах (Nunc). В опытную лунку вносили 1x10<sup>6</sup>/мл нейтрофилов и растворы дексаметазона и рокалтрола различной концентрации в физрастворе. Во всех экспериментах использовали планшеты, покрытые фибриногеном (нейтрофилы прилипают к фибриногену CD11/CD 18 рецепторами). Клетки культивировали в культуральной среде 60 минут при 370C в атмосфере, содержащей 5% CO<sub>2</sub>. После окончания адгезии планшеты 3 раза тщательно ополаскивали теплым раствором Хенкса (370C) с кальцием и магнием. Адгезию нейтрофилов определяли по количеству прилипших нейтрофилов с использованием метода Лоури (метод количественного определения белка; калибровочную зависимость получали используя в качестве источника белка выделенные нейтрофилы, предварительно лизированные детергентом-холатом натрия). Генерацию активных форм кислорода (АФК) нейтрофилами определяли хемилюминесцентным методом. Нейторофилы (в концентрации 0,2x10<sup>6</sup>/мл) помещали в эппендорфы в среду Хенкса с ионами Ca<sup>2+</sup>, люминолом (3,5x10<sup>-4</sup>M), 10 мкМ NaN<sub>3</sub> в термостатируемую ячейку люминометра 1250

ЛКВ (Швеция). В качестве активатора генерации активных форм кислорода нейтрофилами использовали Fmlp (

Степень увеличения активности противовоспалительного цитокина ИЛ-4 в группах больных была аналогична нарастанию уровней ФНО- : концентрация ИЛ-4 в сыворотке крови достоверно повышалась у больных 1-й группы ( $P < 0,05$ , по отношению к контролю); у больных 2-й группы активность ИЛ-4 была достоверно выше по сравнению с таковой и в контрольной ( $P < 0,001$ ), и во 2-1 группах ( $P < 0,01$ ).

При корреляционном анализе у больных 1-й группы установлена положительная корреляция между уровнями провоспалительного ИЛ-1b и противовоспалительным ИЛ-4 ( $r = 0,53$ ,  $P < 0,01$ ). У больных 2-й группы выявленные взаимосвязи существенно отличались. Во-первых, выявлена положительная корреляционная связь между концентрацией ФНО- и уровнем ИЛ-1b ( $r = 0,51$ ,  $P < 0,05$ ). Во-вторых, уровни обоих этих цитокинов положительно коррелировали с уровнем ИЛ-4: соответственно  $r = 0,61$  ( $P < 0,05$ ) и  $r = 0,69$  ( $P < 0,01$ ). Эти данные могут свидетельствовать о существенной не только количественной, но и качественной перестройке сети цитокинов при развитии воспалительного процесса в тканях пародонта.

Таблица. Уровни цитокинов в сыворотке крови больных с пародонтитом в зависимости от наличия диабета.

Показатель	Величина показателя (M+m) в группах		
	доноры	пародонтит	Пародонтит+сах.диабет
ФНО- L, пг/мл	42,62+/- 5,46	68,61+/-5,20	93,21+/-7,21
ИЛ-1B, пг/мл	27,70+/- 4,28	38,27+/-4,34	49,84+/-4,34
ИЛ-6, пг/мл	39,92+/- 5,12	46,82+/-3,88	42,37+/-4,62
ИЛ-4, пг/мл	43,11+/- 6,24	60,21+/-6,22	89,43+/-6,54

### **МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ –ОСЕТИЯ АЛАНИЯ**

**Льянова Д.К., Авдольян С.А., Галабуева А.И., Гонтарев А.Г., Слонова В.М.**

Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова

Владикавказ, Россия

В связи с социально- экономическими преобразованиями, происходящими в обществе, вопросы изучения стоматологической заболеваемости и оказания специализированной помощи населению всегда были и остаются одними из наиболее актуальных разделов организации здравоохранения.

В последние годы с изменением экономической модели государства данная проблема не только не перестала быть актуальной, но, напротив, получила еще большую остроту и важность. Это объясняется тем, что экономические трудности

государства, возникшие в последние годы, отрицательно сказались и на деятельности стоматологических учреждений. Они стали просто убыточными, а средств на их содержание стало выделяться явно недостаточно. На таком фоне встал вопрос о выживаемости этих учреждений, имеющих немаловажное значение для обеспечения стоматологического здоровья населения.

В указанном аспекте требуется разработка современных и в том числе экономически обоснованных подходов к проблемам организации стоматологической помощи населению и внедрение ее новых моделей.

В условиях функционирования рыночных отношений стоматологические учреждения должны взаимодействовать с другими субъектами воспроизводства стоматологического здоровья посредством соответствующих механизмов. Однако реализация таких принципов в условиях социально-экономических трудностей не в состоянии эффективно влиять на сохранение и улучшение стоматологического аспекта здоровья населения.

И если в ближайшее время не будут найдены пути выхода из кризисного состояния (поскольку идет резкое сокращение финансирования стоматологических учреждений со стороны государства), проблема «выживания» их станет еще более острой.

Материалы и методы исследований. В основу методического подхода при изучении показателей стоматологической заболеваемости детского населения республики Северная Осетия-Алания были положены основополагающие принципы изучения эпидемиологии стоматологических заболеваний, разработанные ВОЗ (Женева, 1963) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии (А.И. Рыбаков, 1964).

Всего с целью изучения показателей стоматологической заболеваемости в 2005-2006 гг. обследовано на территории республики свыше 2000 детского населения в возрасте от 3 до 16-18 лет, постоянно проживающих в основных ее районах. В результате в зону обследования попали как жители столицы с недостаточным содержанием фтора в питьевой воде, так и прилежащих районов.

Обследование предусматривало изучение всех показателей стоматологического статуса по методическим рекомендациям, изложенным в соответствующих руководствах по изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по правилам общемедицинской статистики и предусматривала получение как средних величин, так

и ошибок к ним. Показатели интенсивности поражения детского населения кариесом зубов обрабатывались методом вариационной статистики.

Достоверность имеющихся различий или их несущественность оценивалась по критерию согласия Стьюдента. Различия считались достоверными при величине  $t$ -коэффициента достоверности, равной или большей 2,0.

Результаты исследования. В таблице 1 представлены показатели распространенности кариеса зубов среди школьников 3 районов республики РСО-Алания.

Как установлено, наиболее высокий уровень поражаемости характерен для жителей г.Ардона, расположенного на равнине (91,8%). В свою очередь, наиболее низкий показатель пораженности выявлен среди сельского населения с. Чикола, расположенного в предгорной зоне (79,1%). По сравнению с последним существенно более высокий уровень пораженности (86,7%) зарегистрирован среди коренных жителей высокогорного пос. Мизур. Столь значительные различия в размерах пораженности кариесом зубов среди обследованного детского населения связаны как с климатическими особенностями изученных территорий, так и с показателями содержания фтора в питьевой воде обследованных зон.

Таким образом, при прочих равных условиях (в частности, при одинаковом содержании фтора в питьевой воде) показатели пораженности кариесом у школьников, родившихся и проживающих в зоне высокогорья, достоверно выше, чем у жителей предгорья и тем более – равнины. Что касается фтора в питьевой воде, то он, безусловно, оказывает свое влияние, но уже является вторым по значимости из вышеуказанных климато- географических и природных факторов. Полученные нами результаты подтвердили опубликованные данные (А.И. Рыбаков и соавтор. 1979) о том, что фтор в питьевой воде оказывает противокариозное влияние в основном на постоянные зубы детского населения дошкольного и школьного возраста. Что касается кариеса временных зубов, то его величина практически мало зависит от данного фактора.

Так, индексы КПУ (таблица 2) у жителей высокогорья и предгорья практически мало отличаются друг от друга. В то же время наиболее высокий уровень КПУ зарегистрирован у коренных жителей Ардона, что оказалось статистически достоверным как по сравнению с жителями предгорья (9,2), так и высокогорья (8,4). Иными словами, фтор в питьевой воде изученных зон оказался здесь определяющим фактором.

В пользу второго тезиса указывают данные, помещенные в таблице 3.

Согласно приведенным данным наиболее высокий уровень интенсивности поражения зарегистрирован у жителей высокогорного пос. Мизур (3,35). Выявленные различия оказались статистически достоверными прежде всего при сравнении с данными по с.Чиколе и г. Ардону. Это указывает на то, что ведущим фактором при оценке размеров пораженности временного прикуса является не содержание фтора в питьевой воде, а широтность проживания или высота, как в данном случае, места проживания школьников над уровнем моря.

Полученные данные позволяют несколько видоизменить тактику проведения профилактических мероприятий среди детского населения, проживающих в регионах предгорной и горной местности.

Совершенно очевидно, что одна и та же оптимальная концентрация фтора в питьевой воде действует здесь по разному: в предгорье и среднегорье она дает хороший кариеспрофилактический эффект, а в условиях высокогорья – явно недостаточный.

Решать данную проблему можно двояким путем: либо за счет увеличения концентрации фтора в питьевой воде в горных районах, либо подключения других, например индивидуальных мер профилактики кариеса зубов среди детского населения.

Серьезные недостатки, согласно полученным данным, имеют место и в санационной работе. В результате, повсеместно уровень организации стоматологической помощи школьникам оценен как неудовлетворительный.

Все это выдвигает на передний план проблему коренного улучшения стоматологического обслуживания детского населения республики Северная Осетия – Алания. Практически везде в районах наблюдается чрезвычайно высокая, порой неоправданная потеря зубов, причем в основном вследствие дефектов в организации стоматологической помощи. Все это требует разработки и внедрения на территории республики не только адекватных мер профилактики стоматологических заболеваний, но, прежде всего, современных методов организации стоматологической помощи детскому населению, которые бы вписывались в существующие рыночные отношения:

1. Подготовка высококвалифицированных кадров по специальности «Детская стоматология».

2. Организация смотровых кабинетов и кабинетов гигиены в дошкольных и школьных учреждениях.

3. Организация многопрофильных консультаций 2 раза в год (пародонтолог, ортодонт, гигиенист, эндокринолог, ЛОР-врач ит.д.), диспансерный учет.



4. Обратить внимание Министерство здравоохранения и федеральное агенство по надзору в области здравоохранения и социального развития на проблему фторирования в республике.

Только такой путь представляется нам единственно оправданным при организации приоритетного стоматологического обслуживания детского населения республики Северная Осетия Алания.

Таблица № 1. Повозрастные показатели распространенности кариеса среди жителей школьного возраста (в % к числу обследованных в 2005-2006 гг.  $M \pm m$ ).

Возраст в годах	Место обследования		
	Мизур	Чикола	Ардон
7	93,67±2,04	94,12±2,37	98,53±1,42
8	98,33±1,65	95,26±1,96	96,18±1,92
9	91,21±2,96	93,65±3,04	96,52±1,96
10	80,50±3,00	95,89±2,49	91,21±3,90
11	76,40±4,76	87,14±3,94	92,82±3,56
12	68,71±3,86	89,09±4,10	93,61±5,58
14-15	67,96±5,06	76,00±3,25	92,38±3,61
16-18	80,04±3,38	85,08±1,26	89,66±3,04
Всего (стандартизированный показатель)	79,21±1,37	86,70±1,26	91,8±1,81

Таблица № 2. Повозрастные показатели интенсивности поражения кариесом постоянных зубов (индексы КПУ) среди жителей школьного возраста (в среднем на 1 обследованного  $M \pm m$ ).

Возраст в годах	Место обследования		
	Мизур	Чикола	Ардон
7	0,46±0,12	0,76±0,18	0,81±0,17
8	0,98±0,16	0,84±0,12	1,12±0,21
9	0,96±0,14	0,93±0,10	1,70±0,22
10	0,98±0,15	1,23±0,14	1,87±0,24
11	0,99±0,28	1,13±0,17	2,28±0,45
12	1,35±0,11	2,09±0,36	3,02±0,49
14-15	2,23±0,31	2,49±0,24	3,46±0,31
16-18	2,72±0,24	2,69±2,00	3,21±0,14
Всего (стандартизированный показатель)	1,46±0,04	1,53±0,05	2,19±0,06

Таблица № 3. Повозрастные показатели интенсивности поражения кариесом молочных зубов (индексы кп) среди жителей школьного возраста (в среднем на 1 обследованного в 2005-2006 гг.  $M \pm m$ ).

Возраст в годах	Место обследования		
	Мизур	Чикола	Ардон
7	4,49±0,31	7,27±0,34	6,11±0,37
8	5,04±0,22	4,91±0,38	5,29±0,41
9	3,30±0,10	3,84±0,42	3,27±0,33
10	1,91±0,24	2,06±0,51	1,93±0,31
11	1,03±0,42	0,90±0,24	1,06±0,24
12	0,15±0,07	0,35±0,10	0,42±0,14
Всего (стандартизированный показатель)	2,31±0,05	3,04±0,06	2,59±0,05

***АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «ДИАСТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА.*****Слонова В.М., Льянова Д.К., Галабуева А.И., Дзагурова Л.А., Авдольян С.А.**Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова  
Владикавказ, Россия

Заболевания пародонта в настоящее время, несмотря на применение целого ряда способов лечения с применением различных лекарственных средств и хирургических методов лечения продолжают оставаться одной из ведущих проблем стоматологии, при этом, составляя от 40 до 60 % пациентов стоматологических поликлиник.

В задачу настоящего исследования входило применение автоматизированной компьютерной программы «Диаст», с помощью которой проводилась дифференциальная диагностика пародонтита и его комплексное лечение с применением лекарственных средств (метронидазол, хлоргексидин, поливитаминный комплекс - Алфавит), лазерного и магнитно-лазерного излучения с использованием стоматологического полупроводникового аппарата «Оптодан».

Исследуемые больные (102 пациента) составляли 2 группы, в которых указанные выше лекарственные препараты, а также инструментальные методы (удаление зубных отложений, кюретаж, вскрытие пародонтальных абсцессов и др.) применялись в различных сочетаниях; в группу сравнения входило 37 больных, лечение которых проводили традиционными способами.

Автоматизированная компьютерная система «Диаст» позволяла с довольно высокой степенью вероятности выявлять не только клинические формы заболеваний пародонта, но и степень его поражения.

Существенным преимуществом системы «Диаст» является определение 10 пародонтальных индексов (Грина-Вермиллиона, Рамфьерда, Шиллера-Писарева, Федорова-Володкиной, распространенности патологического процесса, подвижности зубов, убыли костной ткани, ВОЗ), которые необходимы как для проведения дифференциальной диагностики, так и для определения степени излечения. Важным качеством определения пародонтальных индексов является их расчет в автоматизированном режиме за несколько секунд после ввода исходных данных.

При анализе результатов в основной группе II, где проводилась магнитно-лазерная терапия в комплексном лечении наблюдались значительные улучшения клинического состояния тканей пародонта на 2-е сутки после закрытого кюретажа, что выразилось в ликвидации гиперемии, кровоточивости, патологических карманов, зуда, неприятных ощущений. После окончания 1-го курса лечения признаки воспаления тканей пародонта полностью исчезли у 97,5% больных.

В основной группе I, где применялась лазерная терапия в комплексном лечении, также отмечена позитивная динамика, однако клиническое улучшение получено на 4-5 сутки после кюретажа, полностью явления воспаления к концу курса ликвидировались у 94,6% пациентов.

В группе сравнения, где использовалась только медикаментозная терапия и закрытый кюретаж в комплексном лечении, дала клиническое улучшение лишь на 7-8 сутки и 85,7% успешного устранения явлений воспаления в пародонте.

**Выводы.** Таким образом, проведенное нами исследование с использованием компьютерной программы «Диаст» подтверждает научно обоснованный вывод о многофакторном патогенетическом действии магнитно-лазерной терапии, которая приводит к ликвидации воспалительных явлений в тканях пародонта в значительно более короткие сроки по сравнению с применением лазерной терапии и традиционной методики лечения.

***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОГО ПОРОШКА «МИКРОБРАЙТ» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.***

**Слонова В.М., Льянова Д.К., Галабуева А.И., Авдольян С.А.**

Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова

Владикавказ, Россия

**Актуальность.** Беременные женщины уже на ранних сроках испытывают ухудшение состояния зубов и пародонта на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта и сдвигов в составе ротовой жидкости. В связи с этим им необходимо проводить комплекс лечебно-профилактических мероприятий под постоянным наблюдением врача–стоматолога.

**Цель исследования.** Изучить влияние зубного порошка «микробрайт» на поддержание хорошего гигиенического состояния у обследуемых женщин на весь период беременности

**Материал и методы исследования.** Нами были обследованы и взяты на диспансерный учет 36 беременных женщин (от 20 до 40 лет) с интактным пародонтом, которых обучили рациональной гигиене полости рта с контролируемой чисткой зубов, помогли в подборе основных и дополнительных средств гигиены, а также рекомендовали ежедневную чистку зубов завершать использованием зубного порошка «микробрайт» в течение одной минуты при помощи зубной щетки. «Микробрайт» – первый зубной порошок с антиоксидантными свойствами, разработанный по

уникальной технологии компанией Royal Body Care (США), содержащий микрогидрин, карбонат кальция, магния, бикарбонат натрия, обогащенный водородом кремнезем, Aloe vera и др, благодаря которым он отбеливает, чистит и оказывает противовоспалительное действие на ткани пародонта. Гигиеническое состояние полости рта оценивали по динамике показателей индекса эффективности гигиены полости рта - РНР (Podshadley-Haley, 1968) и упрощенного индекса гигиены ОНI-S (J Green, Vermillion, 1964). Кроме того, беременным проводили санацию полости рта, профессиональную гигиену.

Комплекс общих профилактических мероприятий включал правильный режим труда и отдыха, полноценное питание и витаминотерапию.

Результаты исследования оценивали на основании объективных критериев – динамики гигиенических индексов до и после (через 1 и 3 мес.) проведения лечебно-профилактических мероприятий.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал достоверное снижение показателей гигиенических индексов (табл.1).

#### Сравнительные данные динамики гигиенических индексов (таблица 1)

Показатели	Исходные	Через 1 мес.	Через 3 мес.
ОНI-S	2,15 +0,01	1,54+0,45	0,67+0,08
РНР	4,12+0,05	2,67+0,01	2,14+0,14

При повторном обследовании у всех беременных наблюдались: хороший уровень гигиенического состояния полости рта и отсутствие признаков воспаления пародонта.

**Выводы:** Таким образом, регулярное использование зубного порошка «микробрайт» способствует повышению уровня гигиены женщин на весь период беременности, что указывает на перспективность его местного использования для профилактики заболеваний пародонта.

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИАБЕТОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Льянова Д.К., Дзагурова Л.А., Галабуева А.И., Слонова В.М.,**  
Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова  
Владикавказ, Россия

Среди больных сахарным диабетом большое распространение имеют воспалительные заболевания пародонта. Они носят генерализованный характер и в большинстве случаев имеют средне-тяжелую степень (27-31%). По данным ВОЗ число больных сахарным диабетом увеличивается в год в 2 раза (Доклад исследовательской

группы ВОЗ 2007 года). Заболевания пародонта у этих больных, согласно результатам исследований различных авторов, встречается от 51,8% случаев до 98,8-100%. Считается, что диабет относится к факторам риска для развития поражения тканей пародонта.

Цель работы: определить эффективность препарата "Диабетон" в комплексном лечении поражений тканей пародонта и оценить его влияние на микроциркуляторное русло, которое в значительной степени подвержено деструктивным изменениям у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: Комплексное клинико-лабораторное и функционально-диагностическое обследование было проведено у 78 больных сахарным диабетом, из них 31 человек имел инсулинзависимый тип – ИЗСД (I тип) и 47 человека – инсулиннезависимый ИНЗСД (II тип). Пациенты были в возрасте от 35 до 60 лет и давностью заболевания сахарным диабетом от 5 до 8 лет. Из всех обследованных нами больных было 26 мужчин и 52 женщин. Заболевание диабетом у всех пациентов было в стадии компенсации (сахар в крови у них не превышал 8 ммоль/л).

В связи с тем, что в патогенезе пародонтита и сахарного диабета нарушения в микроциркуляторном звене (периферической сосудистой системы) играют ведущую роль мы использовали лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛАКК-01 (НПП "ЛАЗМА", Москва). Прибор позволяет проводить объективную регистрацию уровня капиллярного кровотока, основанную на эффекте Доплера (таблица 1)

Результаты и выводы: Оценка уровня капиллярного кровотока позволила выявить существенную закономерность в состоянии микроциркуляции в тканях пародонта. Он оказался значительно сниженным, как исходно, так и после препарата "Диабетон".

Таблица 1. Средние значения ( $M \pm m$ ) показателя микроциркуляции (усл. ед.) у больных тяжелой формой пародонтита и сахарным диабетом в стадии компенсации

Область исследования			
Маргинальная десна		Прикрепленная десна	
До приема "Гликозид"	Через 6 мес. после приема	До приема "Гликозид"	Через 6 мес. после приема
10,6 ± 2,1	14,6 ± 1,3 p < 0,001	15,8 ± 1,1	12,4 ± 1,5 p < 0,05

\*p – достоверность различий ПМ до и после приема препарата «Гликозид».

Наглядно видно, что при сахарном диабете изменение в микроциркуляторном русле маргинальной десны отличаются значительно не только от нормы, но и от состояния микроциркуляции при тяжелой степени пародонтита. Различия после проведенного комплексного лечения у больных сахарным диабетом в маргинальной

десне от нормы были более чем в 4 раза, а при тяжелой степени пародонтита – в 3 с лишним раза. Несколько меньшие различия в уровне капиллярного кровотока были в прикрепленной десне: исходно от нормы он отличался на 75%. У больных сахарным диабетом уровень кровотока в прикрепленной десне остался после комплексного лечения сниженным на 60% от нормы, но оказался выше, чем при тяжелой степени пародонтита без фоновой патологии на 16%, что можно отнести к эффективности препарата "Диабетон». В целом положительный эффект от приема препарата "Диабетон" сказался на обменных процессах в тканях пародонта

***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РИБОМУНАЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.***

**Льянова Д.К., Баллаева М.Ф., Галабуева А.И., Слонова В.М.**

Кафедра терапевтической стоматологии СОГУ им. К.Л. Хетагурова  
Владикавказ, Россия

Пародонтит является одним из самых распространенных заболеваний человека. Заболеваемость населения разных стран в возрасте от 35 до 55 лет приближается к 89%.

Механизмы возникновения и развития заболеваний пародонта до настоящего времени окончательно не изучены. В виду исключительной распространенности заболеваний пародонта и спорности некоторых концепций продолжает привлекать пристальное внимание изучение этой проблемы. Многочисленные работы последних десятилетий посвящены изучению различных нюансов иммунопатогенеза заболеваний пародонта и его взаимосвязи с различными формами заболевания.

Серьезные успехи в изучении патогенеза хронического генерализованного пародонтита оказались возможными благодаря совместным усилиям представителей ряда биологических и медицинских наук, и, в первую очередь - иммунологии и биохимии. Наиболее интересным для нас представляется рассмотрение этой проблемы с точки зрения иммунологии.

В настоящее время установлено значительное угнетение иммунной активности организма у больных хроническим генерализованным пародонтитом. Этой проблеме придаётся в настоящее время гораздо меньше внимания, чем она того заслуживает, врачи общей практики крайне редко обращают внимание на патологические процессы происходящие в полости рта пациента. Длительное течение пародонтита способствует ослаблению реактивных сил, особенно на фоне общих соматических заболеваний.

Цель и задачи исследования. Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней тяжести за счет включения в комплексную терапию препарата «рибомунал» для иммунокоррекции под контролем лабораторных тестов (иммунограмм).

Материалы и методы. Всех пациентов разделили на 2 контрольные группы по 12 человек, приблизительно с одинаковой степенью тяжести генерализованного пародонтита.

При клиническом осмотре отмечали зубную формулу, состояние прикуса, твердых тканей зубов, наличие тяжей уздечек, травматическую артикуляцию, глубину пародонтальных карманов, характер экссудата, изменение цвета слизистых оболочек десен (гиперемия, цианоз), гипертрофию десневого края, наличие кровоточивости десен, патологической подвижности зубов, мягкого зубного налета, над- и поддесневых зубных отложений.

Показатели иммунограмм периферической крови состоялись на основании анализов. Для этого проводили забор капли крови из пальца, далее по стандартной методике. В результате определяли общие показатели (таб 1), степень выраженности хронической интоксикации (таб 2). А через месяц после лечения проводили повторные анализы. (таб 3).

К клиническим симптомам интоксикации относили наличие жалоб на слабость, вялость, повышенное потоотделение, снижение аппетита. Эти показатели оценивали комплексно, по количеству имевшихся у пациента симптомов и степени их, выраженности. У каждого пациента определяли наличие хронической интоксикации. Было очевидно, что в группах больных хроническим генерализованным пародонтитом достоверно ( $P < 0,05$ ) понижена фагоцитарная активность нейтрофилов, достоверно ( $P < 0,05$ ) повышено количество дегенеративных форм лимфоцитов и нейтрофилов, а также нейтрофилов с токсигенной зернистостью.

Другими лабораторными критериями, на которые обращали внимание при оценке хронической интоксикации организма, были наличие в мазке крови дегенеративных форм лимфоцитов и повышенное содержание лимфоцитов (моноцитов)

На основании оценки всех этих критериев определяли степень выраженности хронической интоксикации и снижения реактивности организма у каждого пациента. Выделяли 5 степеней выраженности хронической интоксикации.

Самая слабая по выраженности I ст. снижения иммунного статуса характеризовалась отсутствием клинических симптомов интоксикации при наличии части слабо выраженных лабораторных признаков.

При **II ст.** у пациентов имелась хотя бы часть из перечисленных выше клинических признаков снижения иммунитета, причем они были слабо выражены. У части больных была понижена фагоцитарная активность нейтрофилов. У всех имелись хотя бы 1-2 признака дегенерации ядер или цитоплазмы лейкоцитов, слабо или умеренно выраженных.

**III** Снижения иммунитета характеризовалась наличием комплекса четко выраженных клинических признаков интоксикации, снижением фагоцитарной активности нейтрофилов, наличием большинства интенсивно выраженных признаков дегенерации клеток крови.

**IV** Снижения иммунитета присваивали тем пациентам, у которых большинство клинических симптомов проявлялось интенсивно, за исключением повышенного выпадения волос. Подавляющее число лабораторных признаков также присутствовало, они были резко выражены, хотя дегенеративный сдвиг влево и моноцитоз отсутствовали.

**V** Снижения иммунитета характеризовалась максимальной выраженностью всех перечисленных выше клинических симптомов и присутствием всех лабораторных признаков интоксикации, большинство из которых имели максимальную интенсивность.

Таким образом, у всех пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в период обострения имелось снижение иммунного статуса организма различной степени тяжести.

Обе группы получали лечение по стандартной методике:

Комплексное лечение включало общую и местную терапию. Местная терапия включала: гигиену полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; противовоспалительную терапию; устранение супраконтрактов (избирательное шлифование); кюретаж, лоскутные операции по показаниям; исследования общего характера иммунограммы в зависимости от необходимости, до лечения, в процессе лечения и после лечения; проведение консультации врача-ортопеда с целью оценки существующих ортопедических конструкций; исключение по возможности таких факторов, как курение, прием алкоголя и горячей острой пищи, рекомендовали щадящую диету.

Кроме указанных общепринятых мероприятий нами назначалось местное медикаментозно лечение десен: полоскание рта после каждого приема пищи раствором лапчатки прямостоящей (калгана), обладающего вяжущим и антисептическим действием (после удаления зубных отложений).



Общая терапия включала: включение иммуномодулятора «рибомунал»; в случаях наличия невротических реакций рекомендовали (при консультации с невропатологом) седативную терапию в основном с применением препаратов лекарственных растений, обладающих успокаивающим действием (настой коры калины, отвар листьев кипрея, настойку пустырника).

Через 14 дней, 1 месяц, 6 месяцев проводились повторные иммунологические исследования.

Через 14 дней особых различий в иммунограммах не наблюдалось, а те что наблюдались нами были оценены как незначительные и не принимались во внимание. Хотя клинически наблюдалась более быстрая регенерация тканей пародонта по сравнению со 2 группой.

Через месяц иммунограммы очень сильно отличались друг от друга. По сравнению со здоровыми (табл. 3) донорами у пациентов обеих групп выявлялись определенные сдвиги ряда показателей. В группе больных пародонтитом без сопутствующей патологии был достоверно ( $P < 0,05$ ) снижен ИН. Можно отметить также ощутимое снижение уровня Т-лимфоцитов, в том числе Т-супрессоров, повышение соотношения Т-хелперы/Т-супрессоры, количество нулевых клеток и Е-РОН. В группе пациентов хроническим генерализованным пародонтитом с сопутствующей патологией, помимо ИН были достоверно ( $P < 0,05$ ) понижены уровни суммарных Т-лимфоцитов и Т-супрессоров, достоверно ( $P < 0,05$ ) повышено соотношение Т-хелперы/Т-супрессоры, уровень нулевых клеток и адгезивная активность нейтрофилов (Е-РОН).

У первой группы отмечают явные сдвиги показателей в сторону нормы, тогда как у второй иммунный статус оставался по-прежнему на низком уровне.

Через 6 месяцев клиническая и иммунологическая картина в первой группе была стабильно положительной, а во второй группе наблюдалась небольшое ухудшение состояния у некоторых пациентов.

Проведение лабораторных методов исследования.

Лабораторное обследование состояло в определении иммунограммы для оценки иммунного статуса пациентов. Иммунограмму определяли у каждого пациента 3-4 раза: до лечения и в процессе лечения. Всего проведено 89 полных иммунологических исследований пациентов. Кровь для иммунограммы забирали утром до приема пищи. Иммунограмму определяли при помощи микротехнологии с использованием капиллярной крови из пальца, что важно для стоматологических больных. Перечень

определявшихся нами показателей иммунограммы с их кратким описанием и сокращениями представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, иммунограмма представляет собой комплекс показателей, дающих количественные и качественные характеристики иммунокомпетентных клеток периферической крови. В состав иммунограммы входит лейкограмма, включающая содержание лейкоцитов и формулу с оценкой морфологических особенностей клеточных элементов и оценка субпопуляции и физиологической активности иммунокомпетентных клеток.

Нами обследовано и проведено лечение 24 больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Из них 10 (42,6%) мужчин и 14 (57,4%) женщин в возрасте от 23 до 65 лет. Возраст 30 лет и моложе имели всего 22,1% пациентов, все остальные (77,9%) были старше.

Значение показателей иммунограммы у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сравнении с нормой приведены в табл. 2. Как видно из этой таблицы, средние значения большинства иммунологических показателей в I и II группах достоверных различий не имели. Исключение оставил ИН, который у больных с сопутствующими заболеваниями был достоверно ( $P < 0,05$ ) ниже, чем у пациентов хроническим генерализованным пародонтитом без сопутствующей патологии.

Существенных особенностей в иммунограммах, характеризующих хронический генерализованный пародонтитом легкой и средней степени тяжести, выявлено не было. Сдвиги в иммунограмме значительно лучше коррелировали с клинической выраженностью заболевания.

#### Выводы.

Хронический генерализованный пародонтит при любой степени тяжести этого заболевания характеризуется хронической интоксикацией организма, которая выявляется как лабораторными показателями, так и по клиническим признакам.

Обострение хронического генерализованного пародонтита сопровождается существенными сдвигами в иммунной системе выявляемыми в иммунограмме периферической крови, которые характеризуются повышением уровня лимфоцитов, снижением лимфоцитов, повышением соотношения Т-хелперов и супрессоров, снижением индекса нагрузки.

Включение в комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита иммуностимулятора «рибомунал», приводит к исчезновению лабораторных и клинических признаков интоксикации на и к нормализации показателей иммунограммы 87%.

ТАБЛИЦА 1 ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГРАММЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Показатель	Сокращения	Значимость показателя
Лейкоциты, 10 <sup>7</sup> /л	Лей	Суммарное содержание иммунокомпетентных клеток в крови, включают 5 популяций
Лимфоциты, %	Л	Популяция иммунокомпетентных клеток, непосредственно участвующих в иммунном ответе
Моноциты, %	М	Популяция, участвующая в иммунном ответе в комплексе с лимфоцитами; фагоцитирующие клетки; продуцируют биологически активные вещества, регулирующие образование других иммунокомпетентных клеток.
Нейтрофилы, %: Сегментоядерные Палочкоядерные	<sup>л</sup> с п	Популяция, основной функцией которой является фагоцитоз.
Эозинофилы, %	Э	Популяция, участвующая в формировании очага воспаления -регулятора сосудисто-инфильтративной фазы.
Базофилы, %	Б	Популяция, участвующая в формировании очага воспаления. Источник гистамина, гепарина, серотонина.
Т-лимфоциты, %	Т	Субпопуляция лимфоцитов, ответственная за клеточный иммунитет (обладают эффекторной функцией).
В-лимфоциты, %	В	Субпопуляция лимфоцитов, ответственная за гуморальный иммунитет (продуцируют иммуноглобулины).
Нулевые лимфоциты, %	О	Ни Т-, ни В-лимфоциты; смешанные субпопуляции, включающие клетки с незрелыми или дегенерированными рецепторными аппаратами, а также естественные киллеры.
Т-хелперы, %	т <sub>х</sub>	Субпопуляция Т-лимфоцитов, стимулирующая продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами.
Т-супрессоры, %	т <sub>с</sub>	Субпопуляция Т-лимфоцитов, подавляющая продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами.
Фагоцитарная активность нейтрофилов, %	ФН	Способность нейтрофилов к выполнению их основной функции.
Адгезивная активность нейтрофилов (розетко-образован ие нейтрофилов), %	Е-РОН	Способность нейтрофилов к адгезии - <i>начальному</i> этапу фагоцитоза.
Индекс нагрузки	ИН	Показатель, имеющий тесную корреляцию с напряженностью функционирования иммунной системы.
Токсическая зернистость в нейтрофилах, в баллах	ТЗН	Показатель интоксикации организма.
Дегенеративные ядра нейтрофилов, в баллах	Дян	Показатель интоксикации организма.
Дегенеративные ядра лимфоцитов, в баллах	Дял	Показатель интоксикации организма.

ТАБЛИЦА 2 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Показатель	Степень выраженности				
	I	II	III	IV	V
Клинические проявления	нет	слабо выражены	умеренно выражены	резко выражены кроме выпадения волос	резко выражены, включая выпадение волос
Лабораторные показатели			■v		
Содержание нейтрофилов, 10%	в норме	в норме	в норме	в норме или понижено	понижено
Д-ФН, %	в норме или слабо понижен	в норме или понижен	понижен	понижен	резко понижен
ДФН, балл	0-1	0-2	1-3	2-4	3-4
ТЗН, балл	0-1	0-1	0-2	1-3	2-4
Сдвиг нейтрофилов влево, дегенеративный	нет	Нет	нет	нет	имеется
ДФЛ, балл	0-1	0-2	1-2	2-3	3-4
Моноциты, %	в норме	в норме	в норме	в норме или повышены	повышены

ТАБЛИЦА 3 ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ

Показатель	Средние значения показателя М±г (минимальное-максимальное значение)		Достоверность различия - средних Р
	Группа I (без сопутствующей патологии)	Группа II (с сопутствующей патологией вне обострения)	
Лей, 107л	5,88±0,42(4,0-9,2)	6,74±0,45 (3,8 - 9,5)	>0,05
Ли, %	32,4±1,50 (19-45)	28,1±1,48(18-44)	>0,05
М, %	5,6±0,44(2-10)	6,7±0,48 (3-11)	>0,05
Н, % С	57,9±1,72(44-70)	60,7±1,83(43-71)	>0,05
п	2,0±0,03(0-6)	2,5±0,003(1-6)	>0,05
Э, %	2,1±0,03(0-7)	1,9±0,03(0-8)	>0,05
Б, %	0	0,1±0,002(0-1)	>0,05
Т, %	60,8±1,76(39-72)	57,2±1,70 (38-70)	>0,05
В, %	7,9±0,95(2-20)	6,9±1,06(3-22)	>0,05
о, %	31,3±1,38(8-42)	35,9±1,40(9-44)	>0,05
Тх, %	51,6±1,69 (40-69)	49,8±1,67(39-70)	>0,05
Тс, %	9,2*1,01 (-4-22)	7,4±0,92(-8-23)	>0,05
ТГ* %	5,6±0,46 (2,4 - 8,3)	6,7±0,49 (2,6 - 8,5)	>0,05
Е-РОН, %	34,0±1,41 (18-48)	38,2±1,48(16-50)	>0,05
ин	1,45±0,01(0,9-1,9)	1,22±0,01 (0,8-1,9)	<0,05

## Содержание

## Раздел I.

**РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ  
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.**

<i>РОЛЬ МЕТОДОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ОНКОЛОГИИ</i> Чалаев А.Г., Балахнин П.В., Ханевич М.Д., Фридман М.Х., Манихас Г.М. ....	3
<i>НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ СИСТЕМ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ С ФУНКЦИЕЙ РОТАЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ (РР)</i> Балахнин П.В., Чалаев А.Г., Ханевич М.Д., Манихас Г.М.....	4
<i>ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ АРТЕРИЙ ЦЕЛИАКО – МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО БАССЕЙНА: КТ АНГИОГРАФИЯ И ОПЕРАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ.</i> Егоров В.И., Яшина Н.И., Федоров А.В., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Шевченко Т.В.....	5
<i>ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ, ВЫЗЫВАЮЩИХ МЕХАНИЧЕСКУЮ ЖЕЛТУХУ.</i> Агаева З.А. ....	6
<i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ</i> Байматов М.С., Тибилев А.М. ....	12
<i>ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТЕГРАДНОГО РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ</i> Кукушкин А.В., Долгушин Б.И., Черкасов В.А, Виршке Э.Р. ....	15
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ЗАВЕРШАЮЩЕГО ЭТАПА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ</i> Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В., Веденин Ю.И. ....	16
<i>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ</i> Канцалиев Л.Б., Ботгаев Х.Б., Тилов Х.И., Юанов А.А., Гонибова О.С., Гузев В.А., Аккиев М.И. ....	18
<i>ДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ</i> Харченко В.П., Лютфалиев Т.А., М Кунда.А., Запиров Г.М. ....	20
<i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.</i> Байматов М.С., Тибилев А.М. ....	21

<b>СОЧЕТАННЫЕ С ЭНДОСКОПИЕЙ ИНТЕРВЕНЦИОННО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ</b>	
Долгушин Б.И., Кукушкин А.В., Черкасов В.А., Виршке Э.Р., Нечипай А.М., Авалиани М.В., Бурдюков М.С. ....	24
<b>НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАНЕВРИЗМЫ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ.</b>	
Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Польшалов В.Н., Сергеев В.И. ....	25
<b>ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ДИФФУЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ.</b>	
Борсуков А.В., Перегудов И.В., Степанова Н.С., Ковалькова В.В. ....	26
<b>КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ</b>	
Мизиев И.А., Тутуков А.Б., Дыгов В.М., Базиев З.М. ....	28
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В КОМПЛЕКСНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.</b>	
Боровский С.П., Маткулиев У.И., Хасанов В.Р., Бозоров У. ....	30
<b>РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ</b>	
Михин С.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Кондаков В.И., Алейникова Е.С. ....	32
<b>МЕСТО ТРАНСЯРЕМНОГО ИНТРАПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТО-СИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b>	
Нартайлаков М.А., Мингазов Р.С., Мухамедьянов И.Ф., Калимуллин Н.Н., Рахимов Р.Р., Шаймуратов И.Х., Грицаенко А.И., Самоходов С.Ю. ....	34
<b>МАСЛЯНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	
Долгушин Б.И., Виршке Э.Р., Мкртчян Г.С., Черкасов В.А., Кукушкин А.В., Трофимов И.А. ....	36
<b>РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	
Эгамов Н.Э., Рахманов С.У., Адылходжаев А.А. ....	37
<b>РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАДИКАЛЬНО НЕУДАЛИМОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	
Тибилев А.М., Байматов М.С. ....	39
<b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИОРГАННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b>	
Тибилев А.М., Байматов М.С. ....	41

<i>РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ЭМБОЛИЗАЦИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ</i> Суворова Ю.В., Сокуренок В.П., Корытова Л.И., Таразов П.Г. ....	43
<i>РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</i> Тиболов А.М., Байматов М.С. ....	44
<i>ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ</i> Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Леоненков Р.В. ....	47
<i>ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКОЙ.</i> Трапезникова М.Ф., Уренков С.Б., Подойницын А.А., Иванов А.Е. ....	48
<i>МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТКИ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА</i> Полысалов В.Н., Верясова Н.Н., Поликарпов А.А., Яковлева Е.К., Урбанский А.И. ....	54
<i>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИЙ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ</i> Шукуров. Б.М., Козлов Г.В., Фролов М.В., Каплиева А.В. ....	55
<i>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИНВАЗИВНОЙ РЕНТГЕНОРАДИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.</i> Мумладзе Р.Б., Рожкова Н.И., Прокопенко С.П., Запиова С.Б., Долидзе Д.Д., Дзукаева Н.Т., Гобеев С., Джигкаев Т.Д. ....	57
<i>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МАММОЛОГИИ</i> Долидзе Д.Д., Мумладзе Р.Б., Рожкова Н.И., Мазо М.Л., Нуждин О.И., Гобеев С.В. Джигкаев Т.Д., Дзугкаева Н.Т., Габулов Д.А. ....	59
<i>ПУНКЦИОННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ КИСТОЗНЫХ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ.</i> Поляев Ю.А., Петрушин А.В., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенищев А.И., Мосин А.В. ....	61
<i>РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ.</i> Мухамедьянов И.Ф., Сакаев Ф.З., Шаймуратов И.Х., Камилов А.И., Канбеков Р.З. ....	62
<i>СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОЙ СЕСТРЫ И РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА В УСЛОВИЯХ РЕНТГЕНООПЕРАЦИОННОЙ</i> Водницкая О.А., Иванов П.А., Папук Е.М. ....	64
<i>ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ОТДЕЛЕНИИ РЕНТГЕНОХИРУРГИИ</i> Кочиева С.Т., Тиболов А.М., Байматов М.С. ....	65

<b><i>РОЛЬ И МЕСТО МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ</i></b>	
<b>Бацигов Х.А. ....</b>	<b>68</b>
<b><i>РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ (ОПЫТ СОЗДАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА ОКС)</i></b>	
<b>Бацигов Х.А., Тагирова Д.Р. ....</b>	<b>71</b>
<b><i>ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ СУРНЕР: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.</i></b>	
<b>Шукуров Б.М., Козлов Г.В., Фролов М.В. ....</b>	<b>74</b>
<b><i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС</i></b>	
<b>Гончаров А.И., Коков Л.С., Лихарев А.Ю. ....</b>	<b>75</b>
<b><i>РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ</i></b>	
<b>Сидоров А.А., Коков Л.С., Шутихина И.В., Лихарев А.Ю., Цыганков В.Н. ....</b>	<b>77</b>
<b><i>ДАННЫЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЕR СИГНАЛА МИОКАРДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОДОВ ЭЛБИ 211-321 С ФУНКЦИЕЙ АВТОМАТИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ ПОРОГА СТИМУЛЯЦИИ (AUTOCAPTURE).</i></b>	
<b>Александров А.Н. Дроздов И.В. Ганеева О.Н. Амирасланов А.Ю. Книгин А.В. Янпольский А.С. ....</b>	<b>78</b>
<b><i>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ МЕТОДОМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ</i></b>	
<b>Дроздов И.В., Ганеева О.Н., Амирасланов А.Ю., Александров А.Н., Книгин А.В. ....</b>	<b>79</b>
<b><i>ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ</i></b>	
<b>Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Иванов А.С., Осовских В.В., Поликарпов А.А., Суворова Ю.В., Жеребцов Ф.К., Корнюшина М.К., Топтыгин Е.В. ....</b>	<b>80</b>
<b><i>РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗОВ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ</i></b>	
<b>Лихарев А.Ю., Коков Л.С., Шутихина И.В. ....</b>	<b>82</b>
<b><i>РОЛЬ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</i></b>	
<b>Суворова Ю.В., Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Ремезов А.С., Сонькин И.Н. ....</b>	<b>83</b>
<b><i>РОЛЬ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В УЛУЧШЕНИИ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ</i></b>	
<b>Акинфиев Д.М., Коков Л.С., Шутихина И.В., Цыганков В.Н., Лихарев А.Ю. ....</b>	<b>84</b>



- РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С СОСУДИСТОЙ ПРОГРАММОЙ В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ МНОГОЭТАЖНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.***  
Асланов А.Д., Ойтов Т.Х., Исхак Л.Н., Батов А.З., Готыжев М.А..... 86
- РОЛЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)***  
Суворова Ю.В., Бекусов Е.Г., Кокорин Д.М., Ремезов А.С., Сонькин И.Н..... 87
- РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***  
Зеленов М.А., Коков Л.С., Петрушин К.В. .... 88
- ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***  
Приворотский В.В., Сараев Г.Б., Карев А.В., Мартыненко Г.И.,  
Бедров А.Я., Цветкова Е.А. .... 90
- ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ СТЕНОЗАХ ОБЩЕЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ С ВАРИКОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***  
Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенищев А.И.,  
Петрушин А.В..... 91
- ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ***  
Коков Л.С., Шутихина И.В., Хамнагадаев И.А., Лихарев А.Ю.,  
Акинфиев Д.М., Зеленов М.А. .... 92
- ЧРЕСКОЖНАЯ АНГИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ.***  
Сараев Г.Б., Приворотский В.В., Карев А.В., Семенов Д.В., Трубкин В.Е. .... 94
- ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ***  
Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Коков Л.С., Цыганков В.Н.,  
Кригер А.Г., Козлов И.А. .... 94
- СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ОБЛАСТИ ШЕИ.***  
Климова И.Б. .... 97

Раздел II.  
**РАЗНОЕ.**

<i>ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНАППАРАТОВ ФИРМЫ «ЭЛЕКТРОН» В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ</i>	
Дигуров Б.С., Хамиков А.И. ....	99
<i>ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.</i>	
Кульчиев А.А., Тигиев С. В., Морозов А.А., Сланов А.В. ....	100
<i>ЛЕЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</i>	
Кульчиев А.А., Тигиев С. В., Морозов А.А., Сланов А.В. ....	106
<i>ГЛЮКОЗО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА</i>	
Бацигов Х.А. ....	111
<i>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРИТОНИТА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА</i>	
Юанов А.А. ....	114
<i>ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЯЗВЕННО-ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ</i>	
Ачабаева А.Б., Хапаева А.И. ....	116
<i>ВЛИЯНИЕ ЭТАПНЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА СОСТОЯНИЕ БРЮШИНЫ И ПЕЧЕНИ</i>	
Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А., Ошроев М.М., Базиев З.М., Ачабаева А.Б. ....	118
<i>ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ</i>	
Мизиев И.А., Баксанова М.Х., Хапаева А.И., Ачабаева А.Б. ....	120
<i>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ГРУДИ</i>	
Мизиев И.А., Тутуков А.Б., Дыгов В.М., Базиев З.М. ....	122
<i>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ</i>	
Мизиев И.А., Дабагов О.Ю., Шерхова З.Х., Мизиева Д.И. ....	124
<i>ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПО КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ</i>	
Мизиев И.А., Ошноков И.Х., Баксанов Х.Д., Шидуров А.З., Аль-Сультан М.Х.М. ....	126
<i>ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ВО ВРЕМЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА</i>	
Мизиев И.А., Баксанов Х.Д., Жигунов А.К., Ошноков И.Х., Мисроков М.М., Асланов А.Д., Ахкубеков Р.А., Аль-Сультан М.Х.М. ....	128

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А., Хапаева А.И., Ачабаева А.Б., Баксанова М.Х. .... 131

**ПРОГРЕСС ПРОГРЕСИРОВАНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСУРЕТАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРОСТАТЫ**

Толкачев А.О., Шаплыгин Л.В., Клопот А.М. .... 133

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ**

Мизиев И.А., Алишанов С.А. .... 134

**РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В РАННЕЙ  
ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА**

Мизиев И.А., Созаева С.Р., Шомахова Б.Ю., Марзоева Р.В. .... 136

**РОЛЬ УШИБА ЛЕГКИХ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО  
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

Мизиев И.А., Зекореева Л.И. .... 138

**СЛОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ  
ГРЫЖ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫМИ МАТЕРИАЛАМИ**

Мизиев И. А., Гедгафова З.Х., Малкарова А. А. .... 140

**ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ЗОНЫ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Мизиев И.А., Дабагов О.Ю. .... 142

**ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КБР**

Мизиев И.А., Тутуков А.Б., Дыгов В.М., Базиев З.М. .... 144

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

Мизиев И. А., Мисроков М.М., Дабагов О. Ю., Гедгафова З. Х.,  
Байчоров Б.И. .... 146

**ШКАЛЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

Мизиев И.А., Мисроков М.М., Ахкубеков Р.А., Ошроев М.М. .... 148

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫМИ ИНФИЛЬТРАТАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Борсуков А.В., Бельков А.В., Игнатъев С.П. .... 150

**ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ С ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОМ «РАДАХЛОРИН» В ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

Долидзе Д.Д., Мумладзе Р.Б., Герцен А.В., Нуждин О.И., Джигкаев Т.Д.,  
Решетников А.В., Хамукова О.С., Дзукаева Н.Т., Гобеев С.В., Габулов Д.А. .... 152

<i>ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «МИЛАЙФ».</i> Галабуева А.И., Льянова Д.К., Слонова В.М., Л.В. Цокова .....	153
<i>СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.</i> Галабуева А.И., Льянова Д.К., Слонова В. М., Дзагурова Л.А. ....	154
<i>РОЛЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.</i> Льянова Д.К., Дроздова Г.А., Косырева Т.Ф., Слонова В.М., Галабуева А.И. ....	161
<i>МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ –ОСЕТИЯ АЛАНИЯ</i> Льянова Д.К., Авдольян С.А., Галабуева А.И., Гонтарев А.Г., Слонова В.М. ....	164
<i>АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «ДИАСТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА.</i> Слонова В.М., Льянова Д.К., Галабуева А.И., Дзагурова Л.А., Авдольян С.А.....	169
<i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОГО ПОРОШКА «МИКРОБРАЙТ» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.</i> Слонова В.М., Льянова Д.К., Галабуева А.И., Авдольян С.А.....	170
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИАБЕТОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</i> Льянова Д.К., Дзагурова Л.А., Галабуева А.И., Слонова В.М. ....	171
<i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РИБОМУНАЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.</i> Льянова Д.К., Баллаева М.Ф., Галабуева А.И., Слонова В.М. ....	173