



ISSN
2187-7359

ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

№3 (87)
2020

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

Илмий-амалий журнал
1999 йилда ташкил этилган

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 1999 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Назирова Ф.Г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Акилов Х.А.	Зуфаров М.М.	Лигаев Р.Е.	Турсунов Б.З.
Алиев М.М.	Икрамов А.И.	Наврўзов С.Н.	Хаджибаев А.М.
Алимов А.В.	Кариев Г.М.	Низамходжаев З.М.	Шадманов А.К.
Девятков А.В.	Каримов Ш.И.	Собиров Д.М.	

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Акбаров М.М.	(Ташкент)	Порханов В.А.	(Краснодар)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)	Рамазанов М.Е.	(Алматы)
Ахмедов Ю.М.	(Самарканд)	Ревшвили А.Ш.	(Москва)
Байбеков И.М.	(Ташкент)	Салимов Ш.Т.	(Ташкент)
Баймаханов Б.Б.	(Алматы)	Стилиди И.С.	(Москва)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)	Хакимов М.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)	Ходжиев Д.Ш.	(Нукус)
Готье С.В.	(Москва)	Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Давыдов М.И.	(Москва)	Шарапов Н.У.	(Ташкент)
Ирисметов М.Э.	(Ташкент)	Шевченко Ю.Л.	(Москва)
Назирова Л.А.	(Ташкент)	Эргашев Б.Б.	(Ташкент)

Заведующий редакцией - Алимов А.Б.

УЧРЕДИТЕЛЬ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В.Вахидова»

AKADEMIYASI KUTUBXONASI

№3 (87) 2020

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.
ВРЕМЕННАЯ ЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ БРАДИАРИТМИЯМИ.....5
- Абдурахманов З.М., Емец И.Н.
РЕКОНСТРУКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ДЕТЕЙ.....14
- Наврузов С.Н., Наврузов Б. С., Ахмедов М. А., Кулмиев Э. Э.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА.....22
- Махкамов К.Э., Махкамов М.К. Салаев А.Б., Насимов С.Т.
МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....29

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- Бахритдинов Ф.Ш., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.
ФАКТОРЫ РИСКА ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ.....37
- Суюмов А.С.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИТЕ.....44
- Ахмедов М.Э.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....49

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

- Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш.
ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ(Руководство для врачей).....58

ОБМЕН ОПЫТОМ

- Фазылов А.А., Берёзкина А.И.
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ.....60
- Расулов У.А., Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Абдугафуров З.У.
ОСЛОЖНЕНИЯ ВАЛЬВУЛОМИИ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ АУТОВЕНОЗНОМ ШУНТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ IN SITU.....65
- Каюмходжаев А.А., Расулов Ж.Д., Аълоханов Л.Б., Гуламов А.Б., Шарапов Н.У.
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ УШНОЙ РАКОВИНЫ.....69
- Джураев М.Д., Мамаризаев Д.Ю., Холмуродов У.Х.
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО АКТИВНЫХ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКА.....72
- Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.А., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю.
СЛУЧАИ «NEAR MISS» В СТРУКТУРЕ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ.....77
- Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Усаров Ш.Н.
КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....82

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИСТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА.....87

СОДЕРЖАНИЕ

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Рахимов О.А., Бойко Е.В.,
Хасанов Ш.Т., Юнусов С.Ш., Отабоев А.Х.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С D2 ЛИМФОДИСЕКЦИЕЙ.....91

Абралов Х.К., Холмуратов А.А., Алимов А.Б., Муратов У.А., Акбархонов Б.Ж., Бердиев К.Б.
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАЦИИ РОССА, ВЫПОЛНЕННОЙ РЕБЕНКУ С ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ
КЛАПАНОМ**.....97

ЮБИЛЕИ

**К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
КАЛИШ ЮРИЙ ИВАНОВИЧА**.....101

УДК 616/132/.2-007.271-089.86-031-06:617.582/.583

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАЛЬВУЛОТОМИИ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ АУТОВЕНОЗНОМ ШУНТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ IN SITUРасулов У.А.¹, Бахритдинов Ф.Ш.², Суюмов А.С.², Абдугафуров З.У.³¹ - Центральный военный клинический госпиталь МО РУз, Ташкент, Узбекистан.² - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан.³ - Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.**ОСЛОЖНЕНИЯ ВАЛЬВУЛОТОМИИ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ АУТОВЕНОЗНОМ ШУНТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ IN SITU**Расулов У.А.¹, Бахритдинов Ф.Ш.², Суюмов А.С.², Абдугафуров З.У.³¹ - Центральный военный клинический госпиталь МО РУз, Ташкент, Узбекистан.² - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан.³ - Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Проанализированы результаты 68 операций бедренно-подколенного и бедренно-берцового аутовенозного шунтирования по методу in situ. В ближайшем послеоперационном периоде в 6 (8,8%) случаях произошел тромбоз шунта и в 2 (2,3%) случаях - перфорация шунта вследствие отрыва интимы. Причинами тромбоза в 4 случаях было неполное разрушение венозных клапанов вследствие несовершенства вальвулотомов. Причиной перфораций шунтов была неправильная техника выполнения вальвулотомии.

Ключевые слова: бедренно-подколенное шунтирование, бедренно-берцовое шунтирование, метод in situ, вальвулотомия.

IN SITU УСУЛИДА БАЖАРИЛАДИГАН СОН-ТИЗЗА ОСТИ АУТОВЕНОЗ ШУНТЛАШ АМАЛИЁТИДА ВАЛВУЛОТОМИЯНИНГ АСОРАТЛАРИРасулов У.А.¹, Бахритдинов Ф.Ш.², Суюмов А.С.², Абдугафуров З.У.³¹ - Ўзбекистон Республикаси Мудофаа Вазирлиги Марказий Ҳарбий Клиник Госпитали, Тошкент.² - В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий амалий тиббиёт хирургия маркази, Тошкент, Ўзбекистон.³ - Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон.

«In situ» усулида бажарилган 68 та сон-тизза ости ва сон-болдир аутовеноз шунтлаш операцияси натижалари таҳлил қилинди. Операциядан кейинги яқин давр ичида 6 (8,8%) ҳолатда аутовеноз шунтнинг тромбози ва 2 (2,9%) ҳолатда шунт ички қаватининг узилиши оқибатида шунтнинг перфорацияси кузатилди. 4 ҳолатда шунт тромбозига вальвулотомлар сифат даражасининг пастлиги туфайли вена ичи клапанларининг тўлиқ емирлмагани сабаб бўлди. Шунтлар перфорациясига вальвулотомияни бажаришдаги техник нуқсонлар сабаб бўлгани аниқланди.

Калит сўзлар: сон-тизза ости шунтлаш операцияси ва сон-болдир шунтлаш операцияси, «in situ» услуби, вальвулотомия.

COMPLICATIONS OF VALVULOTOMY AT FEMORO-POPLITEAL AUTOVENOUS BYPASS GRAFTING ACCORDING TO THE METHOD IN SITURasulov U.A.¹, Bakhritdinov F.SH.², Suyumov A.S.², Abdugafurov Z.U.³¹-Central military hospital Ministry of defense of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan.²- Republican specialized scientific-practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov, Tashkent, Uzbekistan.³- Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

Analyzed the results of 68 operations of femoro-popliteal and femoro-tibial autovenous bypass grafting according to the method in situ. In the immediate postoperative period in 6 (8,8%) cases there was a thrombosis of the shunt, and in 2 (2,3%) cases perforation of the shunt due to intimal separation. Causes of thrombosis in 4 cases there was a partial destruction of venous valves due to the imperfection of the existing types of valvulotomes. Cause of the shunt perforations were incorrect technique of valvulotomy.

Key words: femoro-popliteal bypass, femoro-tibial bypass grafting, the method in situ, valvulotomy.

Введение

Бедренно-подколенно-берцовый сегмент остается наиболее частой локализацией облитерирующих поражений артерий нижних конечностей. Реконструктивные операции при этой патологии являются основным способом лечения [2, 4]. Однако, результаты этих операций не столь блестящи [3,5].

Для реконструкций указанного артериального

сегмента наиболее часто применяют шунтирование, протезирование, эндартерэктомия, эндовазкулярную ангиопластику и стентирование [1]. Аутовенозное шунтирование большой подкожной веной по методике "in situ" является операцией выбора [2, 6, 8].

Ключевым этапом данного способа шунтирования является разрушение клапанов большой подкожной вены с помощью специальных устройств

– вальвулотомов [2,7]. Несовершенство последних в ряде случаев является причиной технических неудач – это пропущенные или частично разрушенные створки клапанов, перфорация стенки вены [3, 8].

Цель: улучшить непосредственные результаты аутовенозного бедренно-подколенного шунтирования in situ за счет совершенствования техники выполнения, позволяющей снизить количество осложнений.

Материал и методы

В исследование включили результаты 68 операций, проведенных в АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. Академика В. Вахидова» и в Центральном военном клиническом госпитале Министерства обороны Республики по поводу хронической ишемии нижних конечностей.

Виды операций: бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава - 33, бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава - 18, бедренно-тибиальное шунтирование - 17.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов операций показал, что к концу ближайшего послеоперационного периода были проходимы 63 (92,6%) шунта. После бедренно-подколенных шунтирований с наложением дистального анастомоза выше уровня щели коленного сустава (33 операции) в двух случаях наступил тромбоз шунта в ближайшем послеоперационном периоде.

Всего выполнены 18 операции бедренно-подколенного шунтирования с наложением дистального анастомоза ниже уровня щели коленного сустава. Тромбоз шунта в ближайшем послеоперационном периоде отмечен так же в двух случаях. В этой же группе у одного пациента при проведении вальвулотомии произошел отрыв интимы и перфорация шунта. При выполнении бедренно-тибиальных шунтирований в одном случае произошел тромбоз шунта и в одном случае - перфорация шунта.

Количество выполненных операций и осложнений отражены в таблице 1.

Тромбозы в раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) наблюдались в 5 (7,4%) случаях. При развитии тромбоза в раннем послеоперационном периоде всем больным была проведена тромбэктомия с ревизией проксимального и дистального анастомозов. Если видимых причин для развития тромбоза не обнаруживали, дополнительно проводили вальвулотомии. Появление сопротивления во время ретроградного движения вальвулотома связывали с неполным предшествующим разрушением клапанов, т.е. осложнением вальвулотомии.

Анализ причин осложнений вальвулотомии. Учитывая, что одной из основных причин тромбозов в раннем послеоперационном периоде являются погрешности вальвулотомии вследствие несовершенства вальвулотомов, мы проанализировали причины развития осложнений вальвулотомии.

Использование вальвулотома для разрушения клапанов приводило к неполному разрушению клапанов или отслойке интимы, что явилось причиной

Таблица 1.

Осложнения вальвулотомии в ближайшем послеоперационном периоде

Вид операции	Всего операций	Осложнения вальвулотомии				Всего осложнений	
		Тромбоз шунта		Перфорация			
		абс	%	абс	%	абс	%
Бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава	33	2	6,0	-	-	2	6,1
Бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава	18	2	11,1	1	5,6	3	16,7
Бедренно-тибиальное шунтирование	17	1	5,9	1	5,9	2	11,8
ВСЕГО	68	5	8,1	2	3,2	7	11,3



а



б



в

Рис. 1. Инструмент и техника вальвулотомии а) вальвулотом LeMaitre; б) режущая часть вальвулотома LeMaitre; в) схема вальвулотомии

66,7% тромбозов в раннем послеоперационном периоде, а также перфорации аутовенозного шунта. Обращает на себя внимание факт, что во всех случаях неполная вальвулотомия наблюдалась в проксимальных отделах шунта, в то время как перфорации локализовались в дистальном сегменте. Это объясняется разницей диаметров аутовенозного шунта в проксимальном и дистальном сегментах, в то время как диаметр рабочей части вальвулотома остаётся постоянным. Поэтому большой наконечник, соответствующий проксимальному диаметру вены (8 мм и более), не проходит через узкий дистальный отдел вены. Поведение инструмента с диаметром выше диаметра дистального отдела аутовенозного шунта возможно вследствие эластических свойств вены, однако сопровождается перфорацией шунта при ретроградном движении, а наконечник меньшего размера не обеспечивает полное разрушение створок клапана в проксимальном сегменте. Успех операции зачастую зависит от качества вальвулотома.

Выбор вида вальвулотома

Существуют различные виды вальвулотома - Hall, LeMaitre, Gore-Tex и др. Вальвулотом Hall представляет собой металлический (проволочный) проводник с пластиковой рабочей частью, которая, в свою очередь, состоит из оливы (служит для расправления просвета вены) и конусообразного наконечника с зазубренным режущим краем, обращенным к клапану. Вальвулотом вводится через дистальный отдел вены, проводится проксимально, затем при обратном движении острый край наконечника разрывает клапан, а олива, расправляющая

вену, препятствует повреждению венозной стенки.

Вальвулотом Gore-tex принципиально не отличается от инструмента Hall. Он пластиковый, имеет менее вытянутую рабочую часть.

Модели Hall и Gore-tex представлены набором инструментов с диаметром наконечников от 4 до 8 мм. Для первого прохождения используется инструмент с наименьшим диаметром наконечника, позволяющим беспрепятственно проводить его через узкий дистальный отдел вены. Затем применяется инструмент с большим размером наконечника, при этом нередко приходится преодолевать сопротивление в дистальных отделах вены.

При проведении операций мы всегда применяли вальвулотом LeMaitre

Вальвулотом LeMaitre представляет собой модификацию предложенного Hall инструмента: проволочная «корзина» в роли оливы, и режущие лезвия, вместо зазубренного края, подвижны и меняют свой размер в зависимости от диаметра вены. При введении инструмента в просвет вены корзина и лезвия находятся в сложенном состоянии, при расправлении корзины, обнажаются лезвия, благодаря чему происходит центрирование рабочей части в просвете вены и снижается вероятность травмы венозной стенки.

Техника выполнения вальвулотомии

Вальвулотомия осуществляется следующим образом. После наложения проксимального анастомоза БПВ с ОБА снимаются зажимы с бедренных артерий. При этом появляется отчетливая пульсация на аутовене до первого неразрушенного клапана. Через дистальный конец вены в прокси-

мальном направлении проводится вальвулотом до анастомоза. После чего осуществляется обратное движение вальвулотома одновременно с подачей шприцем физиологического раствора в область клапанного валика через канюлю устройства. При появлении сопротивления, свидетельствующего о контакте режущей кромки с клапаном подача физиологического раствора увеличивается и продолжается движение вальвулотома, разрушая створки. Процедура повторяется с незначительными вращательными движениями до появления на дистальном конце шунта хорошо пульсирующего артериального кровотока.

Заключение

При окклюзионных поражениях бедренно-под-

коленного сегмента, наличии адекватных путей притока и оттока, соразмерном диаметре большой подкожной вены методом выбора реконструкции является аутовенозное шунтирование по методике *in situ*.

Анализ осложнений послеоперационного периода показал, что конструктивные особенности наиболее широко используемых вальвулотомов могут явиться причиной неадекватной вальвулотомии, повреждения стенки вены, тромбоза аутовенозного шунта в послеоперационном периоде.

Применение вальвулотома, обеспечивающего максимальную эффективность и атравматичность вальвулотомии, технически правильное выполнение вальвулотомии обеспечивают успех аутовенозного шунтирования по методике *in situ*.

Список литературы

1. Борсов М.Х. Ближайшие результаты бедренно-подколенного шунтирования в зависимости от вида трансплантата (практический аспект исследования): учебное пособие / М.Х. Борсов. - Москва; Берлин: Директ - Медиа, 2019. - 39с.
2. Крепкогорский Н.В., Булатов Д.Г. Результаты бедренно-подколенного (берцового) шунтирования по методике *in situ* у пациентов с протяжённым поражением артериального русла нижних конечностей и критической ишемией //Казанский медицинский журнал - 2015.- Т 96.- №6. - С. 942-949
3. Муравьева Я. Ю. Тактические ошибки в лечении больных с критической ишемией при реконструкции артерий ниже паупартовой связки. -/ автореф. дис к.мн. - М.: 2014.-26с.
4. Сажинов А.П. Пути улучшения проходимости бедренно-подколенно-берцовых шунтов //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2014. - Т 20, №1. -С. 141-145.
5. Султаниян Т.Л. Осложнения после реконструктивных операций на магистральных артериях нижних конечностей и методы их коррекции //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2013. - Т 19, №1. -С. 124-127.
6. Янушко В.А. Аутовенозное шунтирование по методике «*in situ*» при атеросклеротическом поражении магистральных артерий нижних конечностей (Янушко В.А., Ладыгин П.А., Турлюк Д.В., Исачкин Д.В., Ладыгина Н.А., Кикоин Г.С.).- //Кардиология (Минск, Белорусь).- 2011.- №6.- С. 68-78.
7. Troisi N. Safety and effectiveness of a new valvulotome: insights from the LIMBSAVE registry (treatment of critical Limb Ischemia with infragenicular Bypass adopting *in situ* saphenous vein technique). // International Angiology. - 2019. -Volume 38, Issue 4.- P.299-304
8. Davidović L. B. Does the *in-situ* technique provide better long-term patency of femoro-distal bypass reconstruction? (Davidović L. B, Tomić I., Marković D. M., Kostić D. M., Marković M. D.). - //The Journal of Cardiovascular Surgery. - 2019. - February;60(1):146-7