ISSN 2226-4396

ВЕСТНИК

Дагестанской государственной медицинской АКАДЕМИИ

ИЗДАТЕЛЬСКО-ПОЛИГРАФИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ 1932

ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ОСНОВАНА В 1932 ГОДУ.

2020 № 1(34)

ВЕСТНИК Дагестанской государственной медицинской академии №1(34) 2020

ХИРУРГИЯ

УДК 616.344-089.86-07

Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки при использовании малоинвазивного сфинктеросохраняющего метода

М.А. Алиев[1], С.Ю. Сафаров[1], У.И. Джанмурзаев[2], А.Х. Абдулмажидов[2], З.К. Гереева[1]

[1]ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;
[2]ГБУ РД «Городская клиническая больница», Махачкала

Резюме
Лечение сложных чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки остается актуальной проблемой. В общей структуре пациентов со свищами эти формы свищей прямой кишки составляют 15%. До настоящего времени не существует единого подхода в лечении пациентов с данными формами свищей, нет четких показаний для применения того или иного метода хирургического лечения. В данном исследовании проведен анализ результатов лечения 59 больных, которые находились на лечении в республиканском отделении колопроктологии с 2014 по 2019 год. Основная группа включала в себя 35 больных с хроническим парапроктитом (транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами), которые были оперированы по разработанной малоинвазивной сфинктеросохраняющей методике, а вторая, контрольная, группа – 24 пациента, оперированных традиционными методами. Результаты исследований показали, что использование малоинвазивного метода хирургического лечения сложных ректальных свищей обладает преимуществами перед другими методами лечения данной патологии. Способ малотравматичен, значительно снижает вероятность развития недостаточности сфинктера прямой кишки и других осложнений, сокращаются сроки лечения на 1/3. Хорошие отдаленные результаты получены у 98% пациентов (в контрольной группе – у 83%).
Ключевые слова: прямая кишка, экстрасфинктерные свищи, парапроктит, малоинвазивная методика.

Results of surgical treatment of complex rectal fistulas using minimally invasive sphincter-preserving method

M.A. Aliyev, S.Yu. Safarov, U.I. Dzhanmurzaev, A.H. Abdulmazhidova, Z.K. Gereeva

FSBEI HE “Dagestan State Medical University MH RF, Makhachkala;
SBI RD "City Clinical Hospital", Makhachkala

Summary
Treatment of complex christenberry and extrasphincteric fistula remains an important issue. Patients with this pathology make up 15% of all fistula forms, and the results of surgical treatment leave much to be desired. To date, there is no single approach in the treatment of patients with these forms of fistula, there are no clear indications for the use of a particular method of surgical treatment. This study analyzed the results of treatment of 59 patients who were treated in the Republican Department of Coloproctology from 2014 to 2019. The main group included 35 patients with chronic paraproctitis (transsphincter and extrasphincter fistulas), who were operated by the developed minimally invasive, sphincter-preserving technique and the second, control group-24 patients, operated by conventional methods. The results showed that the use of minimally invasive surgical treatment of complex rectal fistulas has advantages over other methods of treatment of this pathology. The method is less traumatic, significantly reduces the likelihood of developing rectal sphincter insufficiency and other complications, reducing the duration of treatment by 1/3. Good long-term results were obtained in 98% of patients (in the control group - in 83%).
Key words: rectum, extrasphincter fistula, paraproctitis, minimally invasive technique.

Введение

Свищ прямой кишки (хронический парапроктит) – это хроническое воспаление, с вовлечением в процесс параректальной клетчатки, анальных крипт и межсфинктерного пространства, с формированием свищевого хода. Данный процесс более чем в 90% случаев связан с перенесенным острым парапроктитом. Хроническое течение заболевания обусловлено полной или частичной эпителизацией просвета свищевого хода, вследствие чего туда постоянно поступает кишечное содержимое, препятствуя ее самостоятельному заживлению. Распространенность хронического парапроктита в России составляет 15 на 100 000 населения [5]. Данной патологией страдают в основном лица трудоспособного возраста, что обусловливает социальную значимость и чрезвычайную актуальность проблемы. Среди всех пациентов колопроктологического отделения свищи отмечены у 15-20% [5, 6]. До настоящего времени не существует единого подхода в лечении пациентов со сложными свищами, нет четких показаний для применения того или иного метода хирургического лечения [1, 2]. Для хирургического лечения свищей разработано и используется более 100 различных методов. К основным видам хирургических вмешательств при сложных свищах относятся: иссечение свища с проведением как свободно лежащей, так и режу-

Для корреспонденции:
Алиев Магомед Алиевич – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней пед., стом. и мед. проф. факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: mfaz2002@mail.ru
Тел.: 8 (928)9826995
Статья поступила 9.10.2019 г., принята к печати 30.01.2020 г.

щей лигатуры [8]; иссечение свища с рассечением и ушиванием анального сфинктера [7]; пластические методы иссечения свища с использованием смещаемого лоскута стенки прямой кишки и перианальной кожи для закрытия внутреннего отверстия [4, 9]; пластические способы иссечения свища с использованием ауто- и аллотрансплантатов, а также биологического клея [11]. При всех перечисленных методах хирургического лечения повреждается анальный сфинктер, что сопровождается длительными сроками заживления ран и развитием анальной недостаточности у 15-83% пациентов. Рецидив заболевания наступает у 20% оперированных пациентов [6].

Главной задачей хирургического лечения свищей прямой кишки является прекращение попадания кишечного содержимого в свищевой ход. С этой целью большинство специалистов используют перемещенный лоскут прямой кишки в различных вариантах (слизисто-подслизистый лоскут, слизисто-мышечный лоскут, полнослойный лоскут стенки прямой кишки с внутренним анальным сфинктером, кожно-анальный лоскут, состоящий из слизистой оболочки анального канала, кожи перианальной области и части внутреннего анального сфинктера).

В настоящее время наибольший интерес представляет операция пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT), привлекающая своей простотой, высокой эффективностью и безопасностью хирургической техники в отношении запирательного аппарата прямой кишки. Операция предложена и описана хирургом из Медицинского университета Chulalong-korn (Бангкок) A. Rojanasakul в 2007 году [10]. В зарубежной и отечественной литературе с 2007 по 2018 год опубликовано более 70 оригинальных статей, посвящённых результатам применения операции LIFT в лечении различных форм свищей.

Таким образом, поиск более совершенных и малотравматичных методов лечения сложных параректальных свищей остается приоритетной задачей современной колопроктологии.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения свищей прямой кишки при использовании малоинвазивной сфинктеросохраняющей методики (в серии из 59 пациентов).

Материал и методы

Исследование ретроспективное – типа «случай-контроль» (в сравнении с «историческим» контролем). Проведен анализ результатов лечения 59 больных, которые находились на лечении в республиканском отделении колопроктологии с 2014 по 2019 год. В представленный анализ включены пациенты с транссфинктерными или экстрасфинктерными свищами 1-2 степени сложности, с наличием лишь одного свищевого хода при отсутствии у пациента глубоких затеков и гнойных полостей, а также отсутствии в анамнезе ранее перенесенных операций с пересечением сфинктера. Пациенты с воспалительными заболеваниями толстой кишки, с перианальными поражениями, онкологией и тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, легочной систем в исследование не включались.

Основная группа включала в себя 35 больных с хроническим парапроктитом (транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами), которые были оперированы по разработанной малоинвазивной, сфинктеросохраняющей методике в отделении колопроктологии с 2017 по 2019 год, а вторая, контрольная, группа – 24 пациента, оперированные традициоными методами в период с 2014 года до внедрения в клиническую практику разработанной в клинике малоинвазивной органосохраняющей методики.

В основной группе среди пациентов – 27 мужчин (67 %) и 8 женщин (23 %). Средний возраст мужчин составил 41,3±3,2 года, женщин – 39,1±5,3 года. По длительности заболевания пациенты распределялись следующим образом: менее 6 мес. – 2 чел. (6 %), от 6 мес. до 1 года – 12 (34 %), от 1 до 3 лет – 14 (40 %), от 3 до 5 лет – 3 (9 %), более 5 лет – 4 (11 %). Пациентов с транссфинктерными свищами было 24 чел. (69 %), с экстрасфинктерными свищами – 11(31%), 7 из которых относились к I степени сложности [по классификации экстрасфинктерных свищей по Дульцеву Ю. В. и Саламову К. Н. (1981)] и 4 – к II степени сложности [3].

Пациенты в контрольной группе распределялись следующим образом: мужчин – 18 (75%), женщин – 6 (25%). Средний возраст мужчин этой группы составил 38,2±4,1, женщин 40,1±6,4 лет. По длительности заболевания пациенты этой группы распределились следующим образом: до 6 месяцев – 4 (16%) человека, от 6 мес. до года – 10 (41%), от года до 3 лет – 5 (20%), от 3 до 5 лет – 3 (12%), более 5 лет – 2 (8%). Пациентов с транссфинктерными свищами было 16 чел. (66 %), с экстрасфинктерными свищами – 8 (34%): I степени сложности –5 (20%), 2 степени сложности – 3 (12%). Таким образом, обе группы по полу, возрасту и тяжести патологического процесса были сопоставимы.

Предоперационная подготовка включала в себя догоспитальную санацию свищевого хода растворами антисептиков или мазями на водорастворимой основе в амбулаторных условиях, что приводило к уменьшению воспалительных изменений вокруг свища. В стационаре предоперационная подготовка пациентов проводилась с помощью микроклизм и применения препаратов на основе полиэтиленгликоля (фортранс). Антибиотики не назначались.

Характер, локализацию свища и наличие гнойных затеков определяли с помощью трансректального ультразвукового исследования. При подозрении на наличие гнойных затеков выполняли МРТ. В послеоперационном периоде ТРУЗИ выполняли при подозрении на рецидив свища.

Пациентам контрольной группы были выполнены традиционные оперативные вмешательства,

направленные на максимально радикальное иссечение свищевого хода и ликвидацию внутреннего отверстия (иссечение причинной крипты). У 6 пациентов контрольной группы при наличии неосложненных свищей и узких протяженных свищевых ходов с одним внутренним отверстием выполнялось иссечение свища по А.Н. Рыжих с ушиванием его культи в промежностной ране.

Девяти пациентам, когда имелись выраженные рубцово-воспалительные и нагноительные процессы по ходу свища, использовали иссечение свища с ушиванием сфинктера с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки. Еще 9 пациентам произведено иссечение свища с подведением лигатуры.

Пациентам основной группы выполнялась разработанная в клинике малоинвазивная операция. Суть разработанной операции состоит в следующем.

Пациента укладывают на спину, коленные и тазобедренные суставы согнуты и уложены на подставки. Операция выполнялась под спинномозговой анестезией или внутривенным наркозом и редко под местной анестезией. Производили дивульсию сфинктеров и санацию свищевого хода. Поперечным разрезом (рисунок, поз.2) длиной 1,5 см у медиального края свищевого хода, на расстоянии 1,5 см от края прямой кишки, рассекают кожу с подкожной клетчаткой, мышцы раздвигают и освобождают свищевой ход на протяжении 1,0 см от стенки прямой кишки, без вскрытия его просвета. Освобожденный конец свища берут на держалку и, отходя от стенки прямой кишки на 0,5 см, завязывают двумя лигатурами на расстоянии 0,5 см друг от друга, (поз.5) и между ними свищевой ход пересекается. В области внутреннего отверстия свищевого хода, у пораженной крипты (поз.1), рубцово-измененные ткани иссекаются в виде треугольного лоскута (поз.4). Для закрытия внутреннего отверстия свищевого хода со стороны просвета прямой кишки, при диаметре внутреннего отверстия свищевого хода до 0,4 см используется метод сегментарного перемещения слизистой прямой кишки (поз. 6), а при диаметре свищевого хода более 0,5 см перемещается слизисто-мышечный лоскут прямой кишки на ножке (поз. 6). Послегидравлической препаровки трансанально иссекали измененную крипту, включая края внутреннего отверстия свища. Поперечным разрезом по переходной складке заднего прохода на 0,2 см выше внутреннего свищевого хода отсепаровывали слизисто-подслизистый лоскут выше внутреннего отверстия до 2 см, выкраивали треугольный лоскут слизистой на ножке, который должен свободно, без натяжения закрывать внутреннее отверстие свищевого хода. Лоскут мобилизуют и фиксируют 3-мя швами викрилом № 3 к краям свищевого хода и слизистой прямой кишки, а рану от попадания кишечного содержимого и нагноения закрывают медицинским клеем «Сульфакрилат», обладающим антибактериальным, гемостатическим эффектом. Клей наносится тонким слоем. Для укрепления шва, после нанесения клея, выдерживают в соединенном состоянии края перемещенного лоскута слизистой в течение 2-3 минут. В течение указанного времени на соединенных раневых поверхностях образуется прочный клеевой шов. Образующаяся клеевая пленка эластична, не ломается в течение 10-15 суток. Этого срока хватает для первичного заживления раны, воспаление тканей не происходит. На рану накладывают гемостатическую губку. Наружное отверстие свищевого хода санируется ежедневно антисептиками в течение 3-х дней, в просвет вводят 3% спиртовой раствор йода или 70% этиловый спирт. Это приводит к склерозированию и ликвидации наружного отверстия свища в течение 3-5 дней.

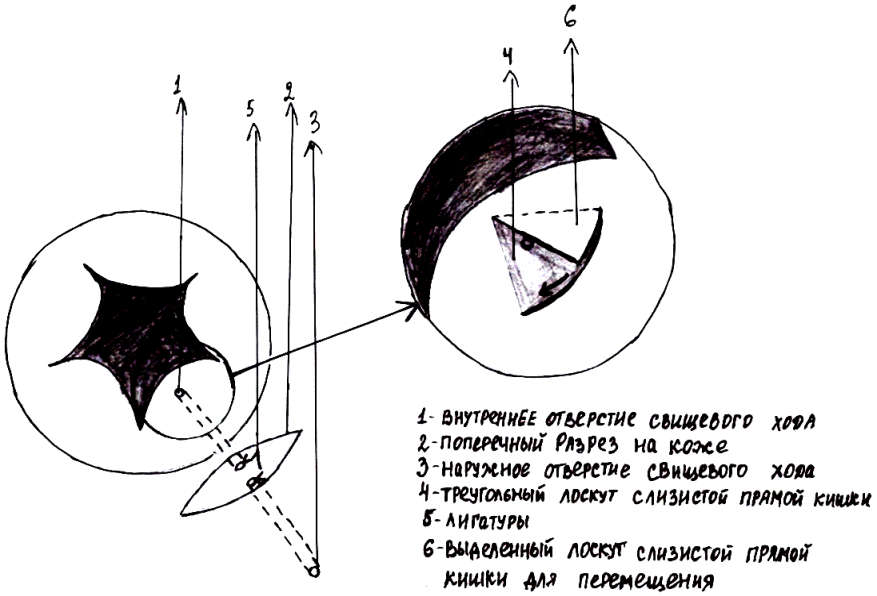

Рисунок. Схематическое изображение разработанного малоинвазивного метода хирургического лечения свищей прямой кишки

В послеоперационном периоде проводили динамическое наблюдение с целью оценки общего состояния оперированных больных, характера и сроков заживления ран, а также ближайших и отдалённых результатов. Для лабораторной оценки результатов хирургического лечения больных проведены исследования общих, биохимических показателей крови в до- и послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение

После хирургического лечения экстра- и транссфинктерных свищей прямой кишки с пластическим закрытием зоны внутреннего отверстия в раннем послеоперационном периоде у больных в I клинической группе выявлены такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны, кровотечение, тромбоз наружных геморроидальных узлов.

Таблица 1

Ранние послеоперационные осложнения в исследуемых группах

Вид осложнений	Контрольная группа (n=24)	Основная группа (n=35)
Тромбоз геморроидальных узлов	2(8%)	1(3%)
Кровотечения из мышц пересеченного сфинктера	1 (4%)	0
Нагноение послеоперационной раны	3 (12%)	0
Несостоятельность низведенного лоскута (при операции по Рыжих)	1(4%)	0
Острый проктит	1(4%)	0
Явления инконтиненции	3 (12%)	0
Итого	11 (46%)	1(3%)*

Примечание: *- критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса – 13,7; p<0.001.

Таким образом, ранние послеоперационные осложнения отмечены у 46% пациентов после иссечения высоких ректальных свищей традиционными способами и у 3% пациентов основной группы (p<0.001). Стационарное лечение в I клинической группе составило 13,7±2,3 дней.

Оценивая состояние сфинктера прямой кишки у пациентов контрольной группы, следует отметить, что в раннем послеоперационном периоде на 5-15 сутки у 3-х пациентов отмечены эпизоды частичного недержания газов. Несмотря на применение различных методов лечения, направленных на стимуляцию сфинктеров, у 2-х больных сохранялись признаки инконтиненции. Такое большое количество осложнений в контрольной группе мы связываем с тем, что ликвидировать полностью очаг инфекции применением традиционных способов лечения не удается из-за наличия гнойных затеков и инфильтрации по ходу свища, а имеющиеся микроциркуляторные нарушения в зоне вмешательства нередко способствуют некрозу тканей и рецидиву заболевания. Рецидиву заболевания также способствует и наличие свободных остаточных полостей после иссечения свищей и гнойных затеков, и при длительном заживлении таких ран формируются грубые рубцовые ткани.

В основной группе раннее послеоперационное осложнение отмечено у 1 пациента: тромбоз наружных геморроидальных узлов, который удалось купировать в первые же дни после операции и добиться заживления операционной раны без осложнений, избежав развития рецидива свища. Стационарное лечение во второй группе продлилось до 9,4±1,4 дней.

В отдаленном периоде сроки наблюдения составили 18±6 месяцев в основной и 24±11 месяцев в контрольной группах (разница в сроках наблюдения связана с тем, что разработанную методику мы начали использовать с 2017 г.). В контрольной группе пациентов у 4 (16,%) выявлен рецидив заболевания (критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса – 1,9; p=0,062), среди которых у 3 пациентов сформировался экстрасфинктерный свищ с внутренним свищевым отверстием на месте ранее существовавшего и еще в 1 случае выявлен интрасфинктерный свищ (в 2 случаях после лигатурного метода и в 2-х случаях после операции по Рыжих). В основной группе у 1 (2%) пациента установлен рецидив заболевания с формированием транссфинктерного свища (табл. 2).

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения параректальных свищей*

Отдаленные результаты	Контрольная группа (n=24)	Основная группа (n=35)
Хорошие	14 (58%)	31(90%)
Удовлетворительные	6 (25%)	3 (8%)
Неудовлетворительные	4(16%)	1 (2%)

*Примечание:** – критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса – 5,991; p=0,025.

К неудовлетворительным результатам относили случаи, когда у пациентов в отдаленном периоде наступал рецидив свища. Таких случаев в контрольной группе было 4(16%), а в основной – 1(2%). К удовлетворительным результатам относили случаи, когда у пациентов сохранялись отдельные жалобы при наличии воспалительных изменений, либо при контрольном функциональном исследовании была выявлена дисфункция сфинктеров с периодическими недержаниями стула и газов. Таких случаев в контрольной группе было 6 (25%), а в основной – 3 (8%). К хорошим результатам мы относили отсутствие в отдаленном периоде каких-либо проявлений недостаточности анального сфинктера. В основной группе хорошие результаты получены у 90% пациентов, тогда как в контрольной – только у 58 % пациентов.

В целом, общий положительный результат у пациентов основной группы получен у 98%, тогда как в контрольной группе – у 83% пациентов. Сроки заживления послеоперационной раны у пациентов основной группы составили 20±4 дней и в контрольной группе – 30±6 дней.

Заключение

Таким образом, разработанный способ лечения свищей прямой кишки демонстрирует его малую травматичность по отношению к сфинктеру прямой кишки, сопровождается меньшим количеством осложнений (p=0,025), сравнимым с уровнем рецидивов, и не сопровождается появлением инконтиненции в послеоперационном периоде.

Литература

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973. Т. 3. С. 163-376.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006. 432 с.
3. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. М.: Медицина, 1981. 207 с.
4. Костарев И.В., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю. Лечение свищей прямой кишки перемещенным лоскутом: устаревший подход или современный метод (систематический обзор литературы) // Колопроктология. 2016. N1. С. 6-15. http://www.gnck.ru/pdf/journal_1_55_2016.pdf.
5. Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. Возможности улучшения результатов хирургического лечения прямокишечных свищей с использованием фибринового клея // Колопроктология. 2013. № 2. С. 44-49.http://www.gnck.ru/pdf/journal_2_44_2013.pdf.
6. Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. Современные подходы к выбору хирургической тактики в лечении больных прямокишечными свищами (обзор литературы) // Колопроктология. 2014. № 3. С. 62-69. http://www.gnck.ru/pdf/journal_3_49_2014.pdf.
7. Arroyo A., Pérez-Legaz J., Moya P., Armacanzas L. et.al. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results // AnnSurg. 2012. V. 255(5). P. 935-939. doi: 10.1097/SLA.0b013e31824e9112.
8. Balogh G. Tube loop (seton) drainage treatment of recurrent extrasphincteric perianal fistulae // Am. J. Surg. 1999. V. 177(2). C.147-149.
9. Hjortrup A., Moesgaard F., Kjaerd J. Fibrin adhesive in the treatment of perineal fistulas // DisColonRectum. 1991. V. 34(9). P. 752-754.
10. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungru-ang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of in-tersphincteric fistula tract // J. Med. Assoc. Thai. 2007. V. 90 (3). P. 581-586.
11. Shanwani A., Nor A.M., Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano // Dis. Colon. Rectum. 2010. V. 53(1). P. 39-42.

References

1. Aminev A.M. Rukovodstvo po proktologii [Proctology Guide]. Kuybyshev. 1973. T. 3. S. 163-376.
2. Vorob'yev G.I. Osnovy koloproktologii [The basics of coloproctology]. M.: MIA, 2006. 432 s.
3. Dul'tsev Yu. V., Salamov K.N. Paraproktit [Paraproctitis]. M.: Meditsina, 1981. 207 s.
4. Kostarev I.V., Shelygin Yu.A., Titov A.Yu. Lecheniye svishchey pryamoy kishki peremeshchennym loskutom: ustarevshiy podkhod ili sovremennyy metod (sistematicheskiy obzor literatury) [Treatment of rectal fistulas with a displaced flap: an outdated approach or a modern method (systematic literature review)] // Koloproktologiya. 2016. N1. S. 6-15. http://www.gnck.ru/pdf/journal_1_55_2016.pdf.
5. Ektov V.N., Popov R.V., Vollis Ye.A. Vozmozhnosti uluchsheniya rezul'tatov khirurgicheskogo lecheniya pryamokishechnykh svishchey s ispol'zovaniyem fibrinovogo kleya [Opportunities for improving the results of surgical treatment of rectal fistula using fibrin glue] // Koloproktologiya. 2013. №2. S.44-49.http://www.gnck.ru/pdf/journal_2_44_2013.pdf.
6. Ektov V.N., Popov R.V., Vollis Ye.A. Sovremennyye podkhody k vyboru khirurgicheskoy taktiki v lechenii bol'nykh pryamokishechnymi svishchami (obzor literatury) [Modern approaches to the choice of surgical tactics in the treatment of patients with rectal fistulas (literature review)] // Koloproktologiya. 2014. № 3. S. 62-69.
7. Arroyo A., Pérez-Legaz J., Moya P., Armacanzas L. et.al. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results // AnnSurg. 2012. V. 255(5). P. 935-939. doi: 10.1097/SLA.0b013e31824e9112.
8. Balogh G. Tube loop (seton) drainage treatment of recurrent extrasphincteric perianal fistulae // Am. J. Surg. 1999. V. 177(2). C.147-149.
9. Hjortrup A., Moesgaard F., Kjaerd J. Fibrin adhesive in the treatment of perineal fistulas // DisColonRectum. 1991. V. 34(9). P. 752-754.
10. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungru-ang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of in-tersphincteric fistula tract // J. Med. Assoc. Thai. 2007. V. 90 (3). P. 581-586.
11. Shanwani A., Nor A.M., Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano // Dis. Colon. Rectum. 2010. V. 53(1). P. 39-42.

Сведения о соавторах:

Джанмурзаев Уллубий Ибрагимович – врач-колопроктолог ГБУ РД «Городская клиническая больница».

E-mail: Ullubiy777@mail.ru

Тел.: 8(928) 5552060.

Абдулмажидов Абдулмажид Хангераевич – врач-колопроктолог ГБУ РД «Городская клиническая больница».
E-mail: Dr.Abdulmajidov@bk.ru
Тел.: 8(988)2023399

Сафаров Сахрутдин Юсупович – профессор кафедры хирургических болезней пед., стом. и мед.-проф. факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: sultanat89@mail.ru
Тел.: 8(928)5600151

Гереева Залина Камильевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней пед., стом. и мед.-проф. факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: sultanat89@mail.ru
Тел.: 8(928)5438181.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

17 июня 2020 года в 10.00 в Научно-образовательном инновационном центре ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России по адресу: г. Махачкала, проспект И.Шамиля, 44 состоится VI Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы современной пульмонологии».

Приглашаются профессора, доценты и ассистенты кафедр, аспиранты, клинические ординаторы, врачи терапевты, фтизиатры, аллергологи, пульмонологи, онкопульмонологи, торакальные хирурги и студенты старших курсов медицинских вузов

Оргкомитет